

# DOLOR CRÓNICO Y PSICOLOGÍA: ACTUALIZACIÓN

## CHRONIC PAIN AND PSYCHOLOGY: UPDATE

PS. MARGARITA GONZÁLEZ A. (1)

1. Psicóloga Departamento de Traumatología: Centro de Columna. Clínica Las Condes.

Email: mgonzalez@clc.cl

### RESUMEN

*El dolor crónico constituye uno de los problemas de salud más relevantes para la sociedad actual y tiene un impacto significativo sobre las personas que lo experimentan, sus familias, trabajo y comunidad en general. Puede llegar a ser causa de sufrimiento, incapacidad y pérdida de productividad en la población laboral.*

*Hoy en día existe un amplio reconocimiento de la participación de factores psicológicos y sociales en el inicio y la prolongación de los cuadros de dolor y de la necesidad de una identificación precoz de ellos, con el fin lograr mejores resultados en los tratamientos médicos. Sin embargo, en la práctica clínica los principios del Modelo Biopsicosocial con frecuencia no son aplicados.*

*En este artículo se revisa el rol de los factores emocionales, cognitivos y sociales en el desarrollo y persistencia del dolor y la consiguiente incapacidad. Dichos factores deben dirigir el diseño de las estrategias de intervención para el dolor crónico.*

*Palabras clave: Dolor crónico, factores de riesgo psicológico, manejo psicológico.*

### SUMMARY

*Chronic pain is one of the most relevant health problems in our society, and has a significant impact on people who are experiencing it, also on their families, work, and community in general, becoming an important cause of suffering, disability and productivity loss in the working population.*

*Nowadays exists a wide acknowledgement of the participation*

*of psychological and social factors in the beginning and prolongation of the pain episodes and the need of an early identification of them, so better results from the medical treatment can be achieved. However, on the application and medical practice the principles of the biopsychosocial are not applied frequently.*

*The aim of this article is to review the role of the emotional, cognitive and social factors on the development and persistence of the pain and disability, and its implications on the new designs of evaluation and intervention strategies on chronic pain.*

*Key words: Chronic pain, psychological risk factors, psychological management.*

### INTRODUCCIÓN

El dolor constituye un problema de salud de alta prevalencia a nivel mundial. Se estima que el dolor crónico, en su mayoría de origen musculoesquelético, afectaría a un 25 a 30% de la población en Estados Unidos (1) y a cerca del 19% de la población europea. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres y adultos mayores (2).

Conceptualmente el dolor se describe como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial, o descrito en términos de tal daño" (Mersky, 1994). Esta descripción incorpora la dimensión emocional y cognitiva de la experiencia de dolor, esto considera los aspectos psicológicos involucrados en el dolor crónico. Dado que el dolor, en parte, es una experiencia emocional, se debe reconocer que en su modulación participan procesos de aprendizaje neurobiológicos, psicológicos y cambios sociales que van adquiriendo mayor importancia en la medida que el dolor se mantiene en el tiempo.

Hoy parece existir considerable evidencia científica que describe la dinámica compleja entre estos factores en la generación y mantención del dolor crónico. Pese a esto, esta visión biopsicosocial aún no está suficientemente incorporada en la práctica médica general y a menudo, el dolor es tratado como una experiencia puramente sensorial en función del tejido dañado. El resultado es que se tiende a mantener la distancia entre la comprensión teórica del dolor crónico y la manera en que los pacientes son evaluados y tratados (3,4).

En la última década la investigación en dolor ha puesto gran interés y esfuerzos en la prevención del dolor crónico y la incapacidad asociada. Estudios en dolor lumbar han planteado que la duración del dolor es un factor que predice incapacidad. Se ha descrito que después de los primeros 14 días de dolor, el riesgo de desarrollarlo en forma crónica aumenta, independientemente de la intensidad del dolor, grado de incapacidad o calidad de vida (5).

Al persistir el dolor, los pacientes comienzan a estar más expuestos a la acción de factores psicológicos (ansiedad, miedo al dolor, depresión) y sociales (conflictos familiares, pérdida de roles, riesgo laboral). Dichos factores, aunque ajenos a la enfermedad, influyen negativamente en el curso de ésta. En esta etapa denominada de transición, es cuando se hace más relevante considerar la aplicación del **Modelo Biopsicosocial**, debido a su carácter integral y exploratorio. Su utilización cobra especial relevancia en aquellos pacientes que pueden ser candidatos a procedimientos o cirugía.

Las intervenciones psicológicas realizadas al paciente con dolor crónico son, en la actualidad, ampliamente reconocidas como un pilar fundamental para el manejo del dolor. Estas intervenciones están basadas en modelos teóricos que entregan un marco para la aplicación de técnicas específicas que han resultado ser efectivas, especialmente al ser aplicadas en tratamientos multidisciplinarios (6-8).

## 1 . FACTORES PSICOSOCIALES EN LA EXPERIENCIA DE DOLOR Y RIESGO DE CRONIFICACIÓN

Desde que se presenta un estímulo "noxa" doloroso, el organismo responde como un todo, activándose una secuencia de procesos psicológicos que si bien se describen separadamente, funcionan como un sistema concatenado, que actúa mediado por el aprendizaje y las condiciones socioculturales del paciente.

### 1.1 Factores emocionales y dolor

#### Miedo-Ansiedad

La experiencia de dolor, especialmente en los cuadros agudos, está asociada al miedo y a la ansiedad, las cuales contribuyen al dolor, pero son estados emocionalmente diferentes. El miedo es generado por una amenaza presente e inminente y motiva una respuesta defensiva activa (escape). La ansiedad en cambio, surge desde la anticipación y se caracteriza por la vigilancia y la respuesta defensiva pasiva (evitación).

Las investigaciones experimentales en dolor muestran que el miedo a un estímulo externo puede incluso inhibir el dolor, a través de la activación de opioides endógenos. Sin embargo, repetidas experiencias de miedo generan ansiedad, lo que siempre aumenta el dolor y hace que esta emoción primaria deje de ser adaptativa (9).

La ansiedad anticipatoria y el miedo asociado al dolor se transforman en emociones desadaptativas cuando el dolor persiste en el tiempo, presentando una correlación neurofisiológica que se expresa en el funcionamiento cerebral.

Estudios con resonancia nuclear magnética funcional muestran un aumento de la actividad de la corteza cingular anterior en los pacientes que experimentan dolor persistente (10).

Estas respuestas emocionales se encuentran en la base del modelo psicológico de **"miedo-avoidancia"**, que explicaría la transición de dolor agudo a crónico. Este concepto ha sido desarrollado preferentemente para el modelo del dolor lumbar (9,11).

El elemento esencial de este modelo es considerar que el miedo constituye el factor regulador de las emociones en relación al dolor y que se desarrolla a partir de una interpretación cognitiva del dolor como amenaza (catastrofización), interviniendo procesos atencionales (hipervigilancia) que a su vez llevan al sujeto a conductas de evitación con la consecuente limitación de los movimientos.

Una implicación práctica de este modelo para el tratamiento, es que los pacientes requieren importante apoyo y contención psicológica, así como una exposición muy gradual a la actividad física.

En contraste con los efectos negativos del miedo y la ansiedad en el umbral del dolor, estados emocionales positivos se asocian a la reducción del dolor. Este fenómeno ha sido llamado **"analgesia afectiva"** y se refiere a la activación de sistemas neuronales dopaminérgicos que estarían en la base de la gratificación producida por estímulos como el agua, alimento, música, afecto y uso de drogas. La activación de este sistema reduce las reacciones emocionales al dolor (9).

Otras investigaciones en dolor también han estudiado los procesos emocionales que podrían atenuar la actividad de los circuitos cerebrales asociados al dolor.

En 2006 Orme-Johnson y colaboradores utilizaron imágenes obtenidas de resonancia nuclear funcional, para mostrar que la práctica de meditación trascendental sostenida en el tiempo produce un 40-50% menos de actividad en el tálamo; y, en el cerebro total, como respuesta al dolor experimental, comparado con controles sanos interesados en el aprendizaje de la técnica. En una etapa posterior en la que los controles practicaron la técnica de meditación durante cinco meses, su respuesta cerebral al dolor experimental también se redujo en 40-50%.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830044>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830044>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)