

# DOLOR CRÓNICO – UN PROBLEMA COMPLEJO DE TRATAR

HERBERT C. SPENCER H.  
JEFE UNIDAD DE MEDICINA DEL DOLOR.  
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA.  
CLÍNICA LAS CONDES.

## RESUMEN

*El paciente de dolor crónico habitualmente llega al médico con una mala experiencia previa como resultado de intentos terapéuticos inefectivos. Algunos llegan con una cierta ira hacia el sistema de salud ya que éste ha sido inefectivo para librarlo de un dolor que ha trastornado su vida. Otros se han adaptado a esta condición y recurren al médico como un intento más pero sin muchas esperanzas. El tratamiento bajo la perspectiva biopsicosocial requiere una nueva visión del cuadro de dolor por parte del paciente y que éste adopte una actitud activa y no pasiva frente a la terapia que se le ofrece. Por otro lado, el tratamiento producirá cambios en la percepción del dolor y en la condición de vida del paciente en la medida que éste comprenda que no hay tratamientos rápidos para un dolor que lleva años en su vida y en la medida que realice la terapia multidisciplinaria que normalmente comprende un período de alrededor de ocho semanas. Estos y otros factores hacen difícil el tratamiento duradero de los cuadros de dolor crónico.*

## SUMMARY

*Quite frequently the chronic pain patient gets to the pain specialist with a bad experience after many ineffective treatments. Some are frankly annoyed with the health system for the inefficiency in curing them of a condition that has completely overturned their lives. Others have adapted to their situation and go to the doctor as a last resort yet with modest expectations.*

*The treatment under the biopsychosocial approach demands a new perspective of the pain process and a proactive attitude of the patient to the planned therapy.*

*On the other side, the treatment will bring positive results in the pain perception and quality of life as long as the patient*

*carries out the therapy, which normally includes around 8 weeks, and as long as he/she is aware of the fact that there are no speedy results for a process that has been carried on for many years. This and other barriers make chronic pain cases difficult to treat.*

## INTRODUCCIÓN

Cada especialidad tiene que enfrentarse con un grupo de patologías cuya principal manifestación es el dolor que no desaparece a pesar de los múltiples tratamientos que se intentan. Las dificultades que enfrenta el clínico para tratar estas patologías son múltiples, tanto del paciente y su experiencia previa, como del sistema de salud y también de los seguros de salud.

Muchos pacientes con dolor crónico han sido tratados en la forma tradicional por largo tiempo. Tanto el médico como el paciente abrigan la esperanza que la historia médica, el examen físico y los exámenes clínicos que se soliciten llevarán a un diagnóstico y eventualmente a un tratamiento efectivo del dolor.

Sin embargo, este modelo tradicional que funciona bien para el dolor agudo no funciona para el dolor crónico. El paciente se ve sometido reiteradamente al fracaso terapéutico, a falta de ayuda eficaz, a la desesperanza, depresión, dependencia de terceros, pérdida de actividad social y trastornos serios en su vida laboral y familiar que se agregan a cualquier problema psicológico preexistente.

## CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DE DOLOR CRÓNICO

Los médicos de distintas especialidades se ven enfrentados a pacientes de dolor crónico en diversas patologías asociadas. Podemos mencionar como ejemplo:

- Dolor lumbar crónico, con o sin cirugía de columna que persisten con dolor;
- lesión de extremidades que desarrolla cuadro de dolor regional complejo (distrofia simpática refleja y otros);
- cuadros neurológicos que se acompañan de dolor crónico (neuropatía postherpética, polineuropatías, neuralgia facial atípica, etc);
- dolor crónico pelviano;
- patología gastrointestinal acompañadas de dolor crónico (Sn.colon irritable y otros);
- patología urogenital acompañadas de dolor crónico (Sn.uretral, cistitis intersticial, orquialgia crónica, etc.);
- diversas patologías reumatológicas y patologías asociadas.

El manejo unidisciplinario de estas y otras patologías en que está presente el dolor crónico habitualmente resulta en tratamientos inefectivos que provocan desánimo y frustración tanto al paciente como al médico tratante. Ansiedad, depresión e ira son tres componentes emocionales que se presentan frecuentemente en los pacientes de dolor crónico y que complican su manejo (1).

Estos casos configuran un tipo de pacientes "difíciles" que tienen características comunes:

- 1.- El paciente se presenta habitualmente con un ánimo "quejoso", es inconsistente en su sintomatología (ya no sabe por donde empezar a relatar su larga historia) y no sigue el tratamiento indicado;
- 2.- las consultas son largas, tediosas y atrasan el resto de la consulta;
- 3.- consulta diferentes especialistas ("vitriño médico") por el mismo cuadro u otro relacionado;
- 4.- consulta en forma repetida al Servicio de Urgencia y tiene múltiples hospitalizaciones y/o cirugías, etc.;
- 5.- el personal administrativo y el médico temen las consultas de estos pacientes.

Todo esto lleva a que el médico y la mayoría de los especialistas que les toca tratar a pacientes de dolor crónico no experimenten sentimientos de entusiasmo, competencia o satisfacción profesional. Más bien afloran sentimientos de ineficacia, cinismo o franca hostilidad (2).

## DIFICULTADES EN EL MANEJO DEL PACIENTE DE DOLOR CRÓNICO

### 1.- El Dolor Crónico no responde al modelo biomédico

Una característica de muchas enfermedades crónicas es el dolor crónico; y éste afecta a más personas que la diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer combinados en EEUU (3).

Es imposible desconocer que hay un número de patologías que no responden a un enfoque causal directo, y que la medicina moderna no ha podido dar respuesta satisfactoria.

Resulta paradójico por ejemplo que, no obstante encontrarnos en el III milenio, en la cima de la era científico-tecnológica, la llamada Medicina Alternativa ha irrumpido ofreciendo una respuesta diferente a problemas que la Medicina Clásica inspirada en el paradigma biomédico no ha podido satisfacer.

## Modelo Biopsicosocial de la salud

Hace algunas décadas se comenzó a reevaluar la forma en que entendemos el proceso de salud-enfermedad, abandonando la visión simplista en pro de un modelo más complejo de enfermedad que incluye los factores psicológicos y sociales (1, 2) (anexo1).

En el Modelo Biopsicosocial de la medicina se mira a la mente y al cuerpo como dos sistemas importantes que están interconectados. El término medicina mente-cuerpo es otra forma popular de describir la conexión de la mente y el cuerpo en contraposición al modelo biomédico de la medicina.

El modelo fue propuesto en la revista Science en 1977 por el psiquiatra George Engel (4). El modelo Biopsicosocial trata los aspectos biológicos, sociales y psicológicos como sistemas del cuerpo, en forma similar a como la medicina tradicional trata a los sistemas respiratorio, cardiovascular o digestivo.

Este modelo distingue entre el proceso que causa la patología ("disease"), y la percepción del paciente acerca de su salud y del efecto que tiene la patología en él, llamada enfermedad ("illness").

Patología y enfermedad, por lo tanto, no van necesariamente de la mano. Un paciente puede estar razonablemente bien ("no enfermo") pero si se siente mal está "enfermo". De modo similar, un paciente con algún defecto físico o proceso tiene una "patología", pero puede sentirse completamente bien y no está "enfermo".

El modelo Biopsicosocial señala que es importante manejar estos dos aspectos en forma conjunta (5). Sus proponentes arguyen que se gasta mucho dinero en tratar patologías y no enfermedades, y desde esta perspectiva, un paciente no se ha recuperado de la enfermedad en cuestión hasta que se sienta bien y la "enfermedad" haya curado.

El modelo da gran importancia a la "enfermedad" y por lo tanto, requiere de más información durante la consulta médica. Junto con los signos y síntomas, el médico debe indagar acerca del estado psicológico del paciente, de sus sentimientos y creencias acerca de la enfermedad, de los aspectos sociales, tales como su relación con familiares y la comunidad en un sentido amplio, incluyendo el ámbito laboral. Para el clínico puede resultar difícil visualizar los factores sociales como contributivos importantes a una enfermedad, y menos que sean causales de la muerte de un paciente. No obstante, vale la pena tener en mente un fenómeno social como el "bullying" o matonaje a nivel de adolescentes que ha llevado recientemente al suicidio a jóvenes, por lo demás sanos (7).

Desde este punto de vista, en la consulta médica se alienta al paciente a proporcionar información de sus síntomas físicos, de las condiciones psicosociales en las cuales se ha desarrollado la enfermedad o dolor, y de la forma cómo la enfermedad lo ha afectado psicosocialmente. Este enfoque está centrado en el paciente y abre el camino para que se involucre activamente en el tratamiento para superar la "enfermedad" y el "proceso patológico".

Aún cuando algunos cuadros de dolor puedan seguir teniendo un carácter crónico, el reconocer la naturaleza multidimensional de éste constituye un enfoque de manejo y un ayuda específica de gran valor para estos pacientes. Si bien para algunos de ellos la rehabilitación es una meta más realista que la curación, para la mayoría de los pacientes con dolor crónico el modelo biopsicosocial ha contribuido a brindar los mejores resultados cuando se lo compara con el modelo médico tradicional.

Debemos advertir, sin embargo, que en la actualidad hay críticos de este enfoque biopsicosocial, en el sentido que, si bien el modelo logra describir el dolor como una experiencia multicausal, no explica los procesos ni describe como estos evolucionan a la cronicidad (6).

## 2.- La Terapia Biopsicosocial es compleja y requiere tiempo y participación activa del paciente

### Bases de la terapia en el modelo biopsicosocial.

En términos generales, esta modalidad de tratamiento considera los tres factores más importantes en la etiopatogenia del dolor:

1.- Los factores biológicos o físicos de la nocicepción; estos factores normalmente han sido estudiados, buscados y tratados con escasa o nula respuesta por el médico tratante. Aún más, pareciera que el axioma: "PATOLOGÍA MÍNIMA CON DISFUNCIÓN MÁXIMA" definiera al paciente de dolor crónico.

2.- Los factores psicológicos\*;

3.- los factores sociales\*;

(\* ver artículo Manejo Multidisciplinario del Dolor Crónico).

Este enfoque requiere la intervención en estas tres áreas y sienta las bases para una terapia multidisciplinaria del dolor crónico

Bajo esta perspectiva, los resultados adversos tanto clínicos como sociales, son la resultante de una interacción compleja entre estímulos nociceptivos o biológicos y múltiples determinantes psicológicos y sociales.

El comportamiento del paciente en relación a su enfermedad ("conducta de enfermo") depende en gran medida de lo que éste sabe o cree respecto de la enfermedad (aspectos cognitivos: información previa, qué ha leído, qué se le ha dicho), y de la forma en que percibe su enfermedad (aspectos afectivos: representa un castigo; o un sacrificio necesario para el bienestar de un ser querido; necesario para la victoria de su equipo: no pain-no gain, etc.).

De acuerdo al modelo conceptual de la Terapia Biopsicosocial, los estímulos nociceptivos (trastorno de motilidad intestinal, dolor lumbar, jaqueca, u otros) prevalentes en una población, no se trasformarán en un cuadro de dolor crónico adverso si no coexisten factores psicossociales específicos.

Nota: Ver artículo "Dolor Lumbar Crónico".

Por otra parte, este modelo también predice que la erradicación de un estímulo nociceptivo sin alteración de los factores psicosociales predisponentes conducirá a una mejoría transitoria de los síntomas y posteriormente habrá una recidiva o aparición de sintomatología equivalente en otro órgano (cefalea, Sn. fatiga crónica, síndrome colón irritable, etc). Esto se conoce como migración de la sintomatología.

Este nuevo enfoque, por lo tanto, no mira al dolor como un fenómeno puramente biológico o nociceptivo, sino como una experiencia de la persona en un contexto social (comunicado con otros).

La meta terapéutica, por lo tanto, se orienta a buscar y diagnosticar no sólo los aspectos biológicos o somáticos, sino que a identificar también los factores psicológicos y sociales que han determinado un estilo de vida que ha conducido gradualmente a través de los años a la condición de vida en que se encuentra el paciente en la actualidad. Esto hace de la terapia un proceso más complejo que lo que normalmente se espera de una consulta al médico, y constituye un esfuerzo enorme para el clínico, quien debe ofrecer un nuevo enfoque terapéutico conceptual, racional e integrador a un paciente que ha experimentado terapias que no han sido efectivas.

De aquí deriva la necesidad de que el paciente comprenda este nuevo enfoque y entienda su historia médica pasada. Se requiere que esté dispuesto a asumir un rol activo en su terapia con el objeto de efectuar un re-enfoque global en el manejo de su vida en la cual el DOLOR ha pasado a formar parte de su estructura vital. La comunicación directa y franca es fundamental para crear la confianza que se ha perdido en el sistema de salud por los reiterados fracasos anteriores.

El paciente activo, en contraposición al paciente pasivo, (que espera que el médico lo mejore) es lo que se requiere para iniciar un nuevo tratamiento, entendiendo por éste, un nuevo camino que el paciente debe andar y que el médico no puede caminar por él.

Si bien la cura o el alivio del síntoma es el resultado deseado, el médico en su rol de "sanador" debe ir más allá de la aguja y el bisturí, y debe asumir un papel de educador y reorientador (motivador) en que la comunicación con el paciente es una de las armas fundamentales. En este enfoque, el abordaje farmacológico, o eventualmente el manejo invasivo del dolor, se enriquece y fortalece con la contribución de los procesos cognitivo/afectivos y conductuales.

Cabe mencionar que en la actualidad las diversas escuelas de manejo del dolor varían entre aquellas que son principalmente intervencionistas y otras que privilegian el enfoque cognitivo-conductual.

La enorme diversidad y complejidad de los diferentes patologías de dolor crónico no permiten, a nuestro juicio, adherirse en forma rígida a ninguna de ellas con exclusión de las otras. Por el contrario, creemos que el criterio y la experiencia clínica son las mejores guías para aplicar una u otra según corresponda al caso en particular. En todo caso, el empleo de técnicas invasivas (como algunos bloqueos regionales) que

logran un período libre de dolor tienen un valor enorme para recuperar la confianza del paciente que tenía la certeza que su dolor era inmanejable.

Independientemente de las técnicas usadas para tratar al paciente con dolor crónico, este modelo conceptual se caracteriza por ser:

**1.- Activo.** La colaboración y disposición del paciente a asumir un rol activo es fundamental; para esto, el equipo profesional debe asumir un rol de educador y guía del paciente en su tratamiento. La comunicación entre el médico y el paciente y entre los miembros del equipo multidisciplinario es vital, por lo cual la comunicación debe ser clara, franca y transparente.

**2.- Estructurado.** La filosofía está orientada a diseñar un Programa de Tratamiento específico para cada paciente, para lo cual éste será sujeto a una etapa de evaluación que incluye:

**a.- Evaluación Médica** completa que incluye historia médica, historia del dolor y examen físico detallado. Precisar el componente físico de la nocicepción. Ver más arriba: "PATOLOGÍA MÍNIMA CON DISFUNCIÓN MÁXIMA".

**b.- Evaluación Psicológica: Historia Psicológica.** Destinada por un lado a hacer un diagnóstico del perfil psicológico del paciente y por otro a conocer su historia psicológica pasada, evaluando la percepción que éste tiene del dolor en sus aspectos cognitivos y afectivos, y el modo en que es afrontado por el paciente (repercusiones conductuales). Estos aspectos son fundamentales para diseñar el tratamiento y que éste sea aceptado y seguido por el paciente. Un diagnóstico preciso del aspecto psicológico es útil en varios aspectos en los pacientes con dolor crónico: 1) ayuda al clínico a comprender si los patrones conductuales y rasgos patológicos observados son crónicos y la probabilidad de que persistan en el futuro. 2) Puede traducirse en un mejor manejo del paciente y mejor adherencia a la terapia. 3) Proporciona una visión de la forma en que el paciente maneja sus recursos de adaptación ante las situaciones de tensión crónicas a nivel familiar, laboral, etc.

**c.- Historia Social.** Es fundamental conocer cómo la experiencia social pudiese contribuir a la génesis del dolor, y cómo éste ha repercutido en la vida laboral y social del paciente. Esta sección está destinada a indagar la historia social previa: antecedentes familiares; valoración y nivel de actividad; satisfacción laboral, respuesta a estresores previos, historia de dolor en la familia, uso/abuso de alcohol o drogas, maltrato/abuso familiar, historia marital, relaciones familiares, etc.

**d.- Evaluación Kinésica.** La terapia física tiene el doble objetivo de romper el círculo vicioso dolor (dolor → inmovilidad → desacondicionamiento físico y cardiovascular → mayor limitación y dolor), y por otro lado de evaluar y rehabilitar las alteraciones musculoesqueléticas adoptadas en el curso de la historia de dolor (contracturas de grupos musculares, sobreuso de grupos musculares compensatorios, desbalances kinésicos, etc). La terapia debe tener en consideración las limitaciones propias de cada patología o de las cirugías previas. Por otra parte, se

intenta poner al paciente en las condiciones físicas de acuerdo a su edad y sexo.

**3.- Duración adecuada.** En nuestra experiencia, un programa multidisciplinario difícilmente logra cambios importantes a nivel de creencias y conductas, y que el paciente perciba claramente, con menos de 50 horas de terapia (dos horas para evaluación kinésica y psicológica, más dos horas tres veces por semana, por ocho semanas de terapia). Centros europeos tienen programas multidisciplinarios de 100 horas de terapia.

El plan o programa debe ser discutido ampliamente, entendido y aceptado por el paciente.

Junto con la búsqueda de un cambio conceptual fundamental tanto de la génesis como de la forma en que el paciente vivencia su dolor, los objetivos específicos son:

- 1.- Abolición o disminución del nivel del dolor.
- 2.- Disminución del uso de medicamentos.
- 3.- Disminuir el comportamiento de dolor aumentando las respuestas adaptativas.
- 4.- Aumentar conductas de bienestar y mejorar la calidad de vida (cambio del estilo de vida).
- 5.- Aumentar el nivel de actividad y reintegro laboral.

### 3.- Barreras del paciente ante la terapia

Dentro de las barreras frecuentes que vemos en el paciente de dolor crónico, podemos citar:

**1.-** El paciente llega con un grado variable de decepción e ira en contra del sistema de salud: ha hecho todo lo que le han dicho y no se ha librado del dolor. Por ende los médicos y el sistema le han fallado y no pocas veces han deteriorado aún más su condición de salud.

**2.-** El paciente busca una solución rápida, un nuevo medicamento o una nueva intervención que lo cure casi mágicamente y en el menor tiempo posible. Esto tampoco es una esperanza realista y el médico que lo aliente se enfrenta a la posibilidad de un nuevo fracaso.

**3.-** Existe un número no despreciable de pacientes, que si bien buscan una solución a su dolor, se han adaptado al modo de vida de "paciente crónico", protegido, minusválido, en que gozan (si así puede decirse) de una condición especial. Y al plantearseles una terapia compleja, larga, que incluye un importante trabajo de su parte rechazan la terapia o la abandonan al poco andar. Son pacientes que pareciera que se han "graduado" de paciente crónico y aceptan esa condición de vida.

**4.-** Barreras de cobertura de los aseguradores de salud. Los sistemas de salud prefieren declarar incurable o intratable al paciente y promueven la jubilación de éste como una forma de "solución" al problema del



dolor crónico. Paradójicamente, los aseguradores muchas veces están dispuestos a financiar una nueva cirugía del paciente y no un tratamiento multidisciplinario del dolor, a pesar del reducido costo de este último en relación a la mayoría de las cirugías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anxiety, Depression, and Anger in Pain. APS Bulletin • Volume 13, Number 3, 2003.
2. Clifford JC. (1993) Successful Management of Chronic Pain Syndrome. Can Fam Phys, 39:549-559.
3. American Pain Foundation - Pain Facts and Figures. <http://www.painfoundation.org/page.asp?file=Newsroom/PainFacts.htm>
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
5. Deep P. Biological and Biopsychosocial Models of Health and Disease in Dentistry. J Can Dent Assoc 1999; 65:496-7 Psychosomatic Medicine and

the Behavioral Sciences. Psychosomatic Medicine 23:277-286 (1961).

6. Derbyshire SWG. The Biopsychosocial Model: Meaningless Catchphrase or Fundamental Cornerstone? J Cancer Pain & Symp. Palliation, Vol 1(1) 2005:79-84

7. Diario La Nación, Jueves 30 de noviembre de 2006.

## ANEXO 1

Fritjof Capra (1982) describe el cambio de paradigma como un "cambio profundo del pensamiento, de la percepción y de los valores que conforman una visión de una determinada realidad". Ejemplo de paradigma en el mundo occidental es aquella visión según la cual, como consecuencia de la revolución científica, el método científico es la única forma válida de conocer la realidad y el universo, al cual se lo ve como un sistema mecánico complejo compuesto por unidades estructurales; se considera a la vida en la sociedad como una lucha por la existencia; y se cree en el progreso material ilimitado a través del crecimiento económico y tecnológico"

The Tao of Physics, Fritjof Capra, Shambhala, 4rd edition 2000: ISBN 1-57062-519-0



Kaiku Benecol es una línea de productos lácteos destinados a reducir el colesterol de manera grata y sabrosa, a base de leche descremada y yogures descremados con **Estanol Ester Vegetal**. Consumiendo diariamente Benecol, puede reducir su colesterol LDL hasta un 15% en dos semanas, como complemento de una dieta adecuada.

Más de 40 estudios científicos avalan las cualidades de estos productos y la ausencia de efectos secundarios de los estanoles vegetales al resultar prácticamente inabsorbibles por el organismo.

Encuéntrelo en los principales supermercados del país

Contáctenos en: [info@kaiku.com](mailto:info@kaiku.com) o llamando al fono: (02) 2078037



\*Este producto está principalmente indicado para personas que necesitan reducir su nivel de colesterol. Puede no ser nutricionalmente adecuado para embarazadas, durante la lactancia o menores de 5 años. Se recomienda mantener una dieta saludable con frutas y verduras.

Certificado y Analizado por INTA  
EL INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA  
DE LOS ALIMENTOS DE LA UNIVERSIDAD DE  
CHILE ANALIZA Y CERTIFICA EL CONTENIDO  
DE ESTANOL ESTER EN ESTE PRODUCTO.



Por una alimentación más sana