

# MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL DOLOR CRÓNICO

BORIS ARAOS S.  
PSICÓLOGO - HIPNOTERAPEUTA.  
UNIDAD DE DOLOR.  
CLÍNICA LAS CONDES.

## RESUMEN

*El dolor crónico es considerado uno de los grandes problemas de salud en la actualidad, tanto por su prevalencia, como por los costos económicos, sociales y psicológicos que conlleva.*

*Dada la complejidad de este tipo de dolor, que es persistente y, con frecuencia, resistente a la terapéutica médica convencional, es que ha surgido la necesidad de un tratamiento especializado en el dolor.*

*En este artículo se revisa la literatura científica sobre el concepto de dolor crónico, la relevancia de las variables psicológicas que intervienen en la percepción de dolor y en su cronificación y el manejo multidisciplinario del dolor crónico, que ha mostrado mayor eficacia que el tratamiento convencional, de acuerdo a medicina basada en evidencia.*

## SUMMARY

*Chronic pain is considered to be one of the biggest problems of health care at present, not only because of the high prevalence but also by the economic, social and psychological costs that it carries.*

*Given the complexity of this type of pain, which is persistent and often, resistant to the conventional medical therapeutic, is that it has arisen the need of a specialized treatment in the pain.*

*In this article, the scientific literature on the concept of chronic pain is reviewed , including the relevancy of the psychological variables that intervene in the perception of pain and in its chronification and the multidisciplinary managing of the chronic pain. According to evidence based*

*medicine, this approach to pain therapy has showed superior efficacy than the conventional pain treatment.*

## INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es considerado uno de los mayores problemas de salud en la actualidad (1). Aunque no hay datos epidemiológicos exhaustivos, se estima que el 11 a 35% de la población sufre de dolor crónico no oncológico (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que en el año 2000 ya existían 600 millones de personas mayores de 60 años con dolor crónico, una cifra que se doblará en el año 2025. Los tipos de dolor más comunes, como el dolor lumbar, la artritis y la cefalea recurrente, son tan frecuentes, que a veces se consideran como una parte normal e inevitable de la vida.

Los costos económicos y sociales del dolor crónico son muy elevados. Aunque en Chile no hay datos disponibles, se sabe que en Estados Unidos el dolor crónico representa el problema más costoso de salud: se calcula en US\$ 100 billones anuales los costos anuales estimados, incluidos los gastos médicos directos, pérdida de ingresos, pérdida de productividad, pago de compensaciones y gastos legales. El costo de salud de los enfermos con dolor crónico se situó en 23.000 dólares por paciente, mientras que para el resto de pacientes la media fue de 6.300 dólares.

Desde el punto de vista personal, el dolor crónico trae importantes repercusiones sobre las actividades diarias, la autonomía, el empleo y el bienestar económico. Con frecuencia, el dolor afecta la capacidad para trabajar. Se calcula que en Europa uno de cada cinco pacientes con dolor crónico ha perdido su trabajo debido a su afección (3, 4).

El dolor crónico afecta la salud mental de quién lo padece y deteriora

la calidad de vida, de una forma mayor a otras enfermedades médicas crónicas (5). Dentro del abanico de posibles trastornos psicológicos que pueden aparecer como respuesta al dolor, se encuentran los trastornos adaptativos de tipo depresivo, ansioso y mixto, insomnio, irritabilidad, sentimientos de miedo e indefensión, episodios de angustia, disfunción sexual, problemas familiares, pérdida de roles y aislamiento social (6).

La consideración de la complejidad del dolor y del hecho que afecta múltiples aspectos de la vida de una persona, es que han surgido numerosas propuestas de tratamiento más especializado y con un enfoque multidisciplinario. John Bonica, anestesiólogo de la Universidad de Washington, creó en 1953 el concepto de Clínicas del Dolor, y ya en sus publicaciones hace una referencia explícita a la necesidad de multidisciplinariedad de dichas clínicas (7). El tiempo le ha dado la razón sin ninguna duda. El Dr. Bonica fue pionero en considerar el dolor en muchos pacientes como una enfermedad en sí misma, más que como un síntoma de algún proceso patológico subyacente.

## CONCEPTUALIZACIÓN DEL DOLOR Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DE CRONIFICACIÓN

### Modelo biologicista del dolor

Según este modelo el dolor es orgánico o psicógeno, en el dolor orgánico existe una relación directa y proporcional entre la cantidad de daño objetivable y la intensidad de dolor experimentado. Y el dolor psicógeno no es producto de la imaginación del paciente. Dicho paradigma puede resultar útil para el dolor agudo, pero es claramente insuficiente para el dolor crónico, porque existen múltiples casos de no correspondencia entre el dolor experimentado y la intensidad del estímulo nocivo o la magnitud de la herida. La vivencia que tienen distintas personas ante un mismo estímulo nociceptivo es diferente. Por eso la aproximación centrada sólo en los aspectos sensoriales para abordar la compleja realidad del dolor es insuficiente.

### Modelo biopsicosocial del dolor

Considera al ser humano como una integridad biológica, psíquica y social, donde cada dimensión de la realidad influye en las demás. Desde este modelo, no se divide el dolor en orgánico o psicógeno sino que se considera como una experiencia sensorial y emocional a la vez, donde los factores orgánicos producen cambios emocionales y viceversa.

Desde esta perspectiva, el dolor es definido por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) como, "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular presente o potencial, o descrita en términos del mismo" (9). El modelo biopsicosocial es más apropiado para explicar la complejidad del dolor. En este contexto, la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (8), afirma que la percepción de dolor no sólo está influida por los mensajes que llegan al cerebro, sino también por los mensajes descendentes, que pueden atenuar y hasta bloquear tal percepción. Así, el dolor está determinado no sólo por sensaciones aversivas, sino también por aspectos cogni-

tivos, emocionales, motivacionales y conductuales. No sólo "abrirían la puerta" al dolor factores físicos, como heridas, cicatrices, posturas inadecuadas, sino también factores emocionales como el estrés, la ansiedad, el miedo, la ira o la depresión, y factores cognitivos como las actitudes disfuncionales y las creencias negativas. Y como estos factores se pueden modificar, para "cerrar la puerta", luego se hizo evidente la necesidad de la intervención psicológica en el contexto de un abordaje multidisciplinario.

Se llama dolor crónico cuando el dolor persiste al menos seis meses y habitualmente es resistente a la terapéutica médica convencional. Algunos tipos de dolor crónico se explican por una patología subyacente prolongada, como la artritis, pero en muchos casos, no existe un daño físico o lesión identificable.

Existen varios enfoques psicoterapéuticos que buscan explicar como un dolor puede evolucionar y convertirse en crónico y los tratamientos psicológicos se basan en dichos enfoques (10).

**1.- El Enfoque Conductual:** Fordyce (11) define el dolor por la presencia de conductas de dolor, es decir, por signos verbales y no verbales de distress que son independientes del reporte subjetivo (quejarse, no mover un miembro, adoptar posturas rígidas, tomar medicamentos). Un problema de dolor puede llegar a ser crónico o empeorarse cuando las conductas de dolor se refuerzan positivamente (obtener más atención de su familia, obtener licencias médicas y así evitar un trabajo que no satisface, evitar una actividad sexual con su cónyuge en una mala relación de pareja), mientras que las conductas de salud o adaptativas no se refuerzan (dolor operante o aprendido). El tratamiento buscará revertir esta situación, reforzando las conductas de salud del paciente y no reforzando las conductas de enfermedad o desadaptativas.

Un gran aporte de este enfoque se encuentra en su rigurosa metodología de investigación del dolor. Su limitación se encuentra en su aproximación simplista del dolor, en la poca atención a las respuestas individuales o en los estilos de afrontamiento de la enfermedad.

**2.- El Enfoque Cognitivo Conductual:** Es el resultado de una integración teórica, en que el enfoque conductual se expande e incorpora las cogniciones y las emociones en la terapia. Afirma que el dolor puede cronificarse o exacerbarse por factores cognitivos, entre los que destacan las creencias, las expectativas, las necesidades, la información, la percepción de competencia y los estilos de afrontamiento al dolor y al estrés (12). Pone su énfasis en las complejas interacciones entre cogniciones, afecto y conductas en el dolor crónico.

**3.- El Enfoque Psicodinámico/ Personalidad:** Muchos pacientes con dolor crónico se benefician con el abordaje psicoterapéutico de tipo cognitivo conductual descrito en el punto anterior. Pero existe un porcentaje de pacientes -muy difícil de precisar- que no responden adecuadamente a ese tipo de tratamiento y que se beneficiarían con una psicoterapia psicodinámica.

El enfoque psicodinámico enfatiza la necesidad de integrar a las estrategias conductuales y técnicas cognitivas una perspectiva psicodinámica que evalúe la importancia del desarrollo de la historia personal -el tipo de vínculo y apego con las figuras parentales, la existencia de maltrato o abuso sexual en la infancia, las experiencias tempranas de abandono, entre otros antecedentes- los conflictos intrapsíquicos, las dificultades interpersonales y los rasgos de personalidad en los pacientes con dolor crónico (13).

**El dolor como la cristalización de un conflicto:** Freud, en "Studies on Hysteria" trató el dilema diagnóstico -dolor somático o dolor psicógeno- que continua hoy. A propósito de la discusión sobre el dolor de Elizabeth von R señala: "Las circunstancias indican que su dolor somático no fue creado por la neurosis pero fue utilizado, aumentado y mantenido por ella" (14). Un dolor puramente psicógeno es raro. Sin embargo, un dolor originado en una causa física que se prolonga aún cuando la causa física ha sanado es frecuente. El síntoma físico se mantiene por factores psíquicos, como es el encapsulamiento de un conflicto que de otra manera podría emerger a la conciencia y causar angustia. La psicoterapia psicodinámica puede explorar e interpretar la cristalización del conflicto.

En el **Trastorno de conversión**, antes llamado Histeria, la distribución y atribución del dolor no concuerda con las vías neurofisiológicas y suele deberse a conflictos no resueltos y a defectos mayores de las funciones del yo en la experiencia y expresión de las emociones. Un conflicto mental, de tipo agresivo o sexual, al no tener un canal normal de expresión, sería trasladado al sistema sensoriomotriz sugiriendo un trastorno neurológico o médico. Dicho trastorno es potencialmente reversible, mediante sugerencias, hipnosis o psicoterapia (15). La **Alexitimia**, o dificultad para reconocer las propias emociones y verbalizarlas, es frecuente en dicho trastorno. Desde la perspectiva psicoanalítica, la alexitimia es el desarrollo de un grupo de defensas cercanas a la negación y al splitting, que restringe severamente la habilidad para comunicarse afectivamente y puede ser relevante en pacientes con dolor crónico y en enfermedades psicosomáticas.

**El desarrollo de la infancia y experiencias tempranas en dolor** son tópicos importantes a considerar, no sólo experiencias traumáticas propias sino también de otros significativos. Así, la observación clínica y los hallazgos retrospectivos sugieren que las identificaciones tempranas con un parent enfermo puede jugar un rol en el desarrollo posterior de síndromes de dolor crónico (16).

**El abuso sexual y físico en la infancia** tiene efectos diversos y de largo alcance en la personalidad y en la psicopatología del adulto (16). Debido a que existe evidencia que algunos síndromes de dolor crónico, trastornos somatomorfos y conductas de enfermedad anormales se asocian a experiencias de abuso sexual y físico, es necesario que el clínico las considere en la evaluación de pacientes con dolor crónico (16).

**Ira, desesperanza y pérdida:** Las experiencias tempranas reales o

temidas de abandono o pérdida pueden asociarse a niveles excesivos de ira mal manejada y de sentimientos profundos de desesperanza, al cronificarse el dolor y las limitaciones físicas. Ellas necesitan ser exploradas y tratadas en psicoterapia para el dolor (16). Whale (17) notó que la pérdida internalizada de un parent enfermo puede llevar a un dolor similar y que la resolución de las pérdidas puede producir la disminución del dolor y mejorar la adaptación.

**Rasgos de personalidad:** Pueden ser relevantes en síndromes de dolor. Así, en los pacientes con **Hipocondría**, que presentan una excesiva preocupación y miedo de tener una enfermedad grave a partir de dolores menores, el dolor puede ser una forma de satisfacer necesidades pasivo-dependientes en el cuidado médico. Las características para identificar la hipocondría son: una historia vaga e imprecisa de enfermedad, dificultad notoria para localizar y describir el dolor, críticas y resentimiento a supuestos maltratos médicos, síntomas dramáticos y reacciones drásticas a ellos, acompañado de síntomas neuróticos (15).

La personalidad **obsesiva compulsiva** -caracterizada por autoexigencia, perfeccionismo, competitividad, apresuramiento, impaciencia, meticulosidad, dominancia, crítica, indecisión, sobrecontrol y excesiva dedicación al trabajo- es más propensa a sufrir problemas de stress y algunos tipos de dolor crónico (18). Así mismo, se ha encontrado niveles más altos de **Neuroticismo** (estrategias de percepción y conductas que se exageran), ansiedad e introversión social en pacientes con dolor lumbar en comparación con poblaciones sin dolor (19).

Engel (13) encontró pacientes con **rasgos masoquistas**, que deseaban consciente o inconscientemente tener un dolor crónico, a causa del temor al éxito o de un sentimiento de culpa; el dolor cumpliría la función de castigo merecido o expiación.

Por otra parte, personas con **rasgos psicopáticos o antisociales**, también llamados simuladores o con neurosis de "compensación" pueden ser especialmente difíciles de identificar y tratar, por el beneficio secundario asociado al dolor: disminución de responsabilidades, ganancias económicas, licencias, adquisición de drogas, hasta resolución de procesos judiciales o conflictos matrimoniales. Un aspecto que puede ser útil como diagnóstico es que estos pacientes niegan a menudo cualquier fluctuación del dolor -es decir, éste siempre es igualmente intenso- cuando los pacientes con dolor orgánico o psicógeno de otra índole, comunican habitualmente alguna fluctuación.

La mayor contribución del enfoque psicodinámico está en el reconocimiento del rol que juega la individualidad del paciente, su desarrollo psicosexual, sus experiencias pasadas, sus emociones y sus rasgos de personalidad en la percepción y respuesta al dolor. Sin embargo, el nivel de evidencia de algunas de sus conclusiones aún es insuficiente y requieren más estudios para su aceptación completa (15).

**4.- El Enfoque Sistémico:** Considera relevante las interrelaciones del paciente con los otros sistemas de los que forma parte (pareja, familia, trabajo, sistema social) en el curso del dolor. Así por ejemplo,

si una familia es por costumbre excesivamente solicita ante pequeños problemas de salud y de dolor de sus miembros y éstos usan el dolor para recibir atención, es más probable que el individuo responda de manera similar ante esos problemas.

Se ha encontrado una alta incidencia de alcoholismo en las familias de pacientes con dolor crónico y un número significativo de esos pacientes había sufrido abuso físico o sexual en su infancia. Por otra parte, en el ámbito de la pareja, se ha encontrado que altos niveles de dolor, bajos niveles de actividad y mayor duración del dolor, se encuentran asociados a refuerzos del cónyuge sano hacia el cónyuge con dolor, y a un excesivo involucramiento del cónyuge sano en el problema de dolor del otro, hasta el punto que el dolor interfiere excesivamente en su propia vida (15).

**Integración de enfoques en la práctica:** Ya que son muchas las variables implicadas en la experiencia de dolor, el tratamiento más efectivo es un abordaje integral, que aborde todos los aspectos biopsicosociales relevantes de cada paciente, incorporando diferentes componentes de los enfoques vistos.

### NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

Dada la relevancia de los factores psicosociales como predictores de cronicidad, es útil tener presente lo que nos muestra la Medicina basada en evidencia respecto a los mismos. Destaca un estudio de Linton, que analiza 900 estudios entre 1967 y 1998, identificando las asociaciones más frecuentes de factores psicológicos y dolor crónico (20).

### Depresión

La depresión influye en el desarrollo de dolor crónico, de acuerdo a 14 de 16 estudios bien controlados, con un nivel de evidencia 1 A (20). (Nota: El nivel 1 A corresponde a metaanálisis de alta calidad o revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados y que demuestran consistencia global en los resultados):

La relación entre depresión y dolor crónico ha sido objeto de muchos estudios. Quizás las experiencias iniciales de tratar a pacientes con dolor crónico con antidepresivos tricíclicos contribuyeron a la idea de que el dolor crónico es una forma de depresión. Pero la relación entre dolor y depresión es mucho más compleja que eso. La literatura existente indica la existencia de al menos cuatro posibles relaciones entre dolor y depresión (21,22):

- El dolor puede ser un síntoma de depresión (depresión manifestada mediante equivalentes somáticos).
- La depresión puede ser una complicación del dolor crónico.
- La depresión y el dolor pueden estar unidos y se refuerzan mutuamente.
- La depresión y el dolor pueden coexistir, pero no están relacionados.

Así mismo, la sensibilidad al dolor se incrementa en las personas con depresión, probablemente por problemas en ciertos neurotransmisores como la serotonina, involucrados en la depresión y en el dolor crónico (15).

### Ansiedad

La ansiedad condiciona el desarrollo del dolor crónico y se correlaciona positivamente con la intensidad del dolor y la discapacidad, con un nivel de evidencia 1 A.

En un porcentaje alto de pacientes los síntomas de ansiedad son previos a la aparición del dolor lumbar (23).

Algunas investigaciones sugieren que las personas ansiosas son más sensibles al dolor que las personas que no lo son, porque la actividad cortical se incrementa, con un decrecimiento subsecuente en la actividad reticular inhibitoria (24).

### Estrés psicológico

Se correlaciona significativamente con la cronificación del dolor, con evidencia tipo 1 A (20)

La psicofisiología aplicada al dolor, que estudia la influencia de los eventos mentales (pensamientos, recuerdos y emociones) en los cambios físicos que producen dolor, afirma que la reacción de estrés psicológico genera cambios importantes en la actividad muscular, en el sistema vascular y en el arousal autónomo y son relevantes en algunos problemas de dolor, como cefaleas, síndrome miofascial y lumbagos (25).

Las respuestas fisiológicas al estrés son distintas, de acuerdo a la forma como las personas afrontan los eventos estresantes. Mediante el uso de la electromiografía (EMG), la electroencefalografía (EEG) y otros exámenes, se han identificado distintos patrones de respuesta al estrés, tanto a nivel de respuestas neuromusculares, neurovasculares, neuroinmunes, interneuronales y depresiones parasimpáticas. Estos distintos patrones pueden ser relevantes en cuadros específicos de dolor crónico (15).

### Insatisfacción laboral

Existen investigaciones bien controladas en dolor lumbar, que evidencian un alto riesgo de cronificación cuando existe insatisfacción laboral, ya sea porque el trabajo es monótono o muy desagradable, cuando las relaciones interpersonales con superiores, iguales o subordinados son pobres o malas, o cuando existen demandas o litigios laborales. No se ha encontrado evidencia suficiente respecto a un alto ritmo de trabajo. Y el regreso al trabajo después de seis meses a causa de dolor lumbar, no se relaciona con hallazgos físicos o biomecánicos, sino con el grado de satisfacción en el trabajo, el estrés psicológico y la percepción de control sobre el dolor (26).

### Estrategias de afrontamiento al dolor

La forma como las personas afrontan el dolor se correlaciona con su intensidad y persistencia en el tiempo, con el grado de sufrimiento emocional y de discapacidad. Se han identificado tres estrategias cognitivas y conductuales desadaptativas al dolor (27, 28):

- **La Catastrofización**, que se expresa en pensamientos como: "Debo tener algo muy grave", "Es terrible, me supera", "Creo que nunca mejoraré", "Me preocupo constantemente", "No lo puedo controlar"
- **La Esperanza pasiva**, en que el paciente espera que su mejoría

ocurrirá principalmente por una cirugía (previo a la opinión médica), medicamentos, suerte o destino. Habitualmente implica una escasa disposición a usar estrategias activas de autocontrol (como relajación, ejercicios físicos, distracción).

- **La Evitación de actividades**, se manifiesta cuando el paciente reduce su grado de actividad, más allá de lo que condiciona el dolor por temor. Habitualmente el paciente cree que si se mueve y le duele, aumenta el daño, entonces evita moverse.

### **Creencias y expectativas**

Las creencias acerca del dolor, como que el dolor de espalda significa la existencia de una lesión grave, influyen notoriamente en el grado de discapacidad. Lo mismo ocurre con las expectativas respecto al tratamiento (29).

### **Autoeficacia**

La autoeficacia es una buena predictora de la cronicidad del dolor. Una baja autoeficacia y una pobre percepción de control sobre el dolor y sobre situaciones problema en general, se correlaciona positivamente con la persistencia del dolor en el tiempo (30).

### **Abuso sexual**

La literatura es consistente al señalar que el abuso sexual es un antecedente frecuente y relevante en el dolor crónico pélvico (31).

### **Otros temas:**

Existen otros tópicos que pueden ser muy importantes al tratar el dolor crónico, como son el trastorno de personalidad límite, el narcisismo, el negativismo, el masoquismo, el miedo, la evitación de conflictos, el incesto y las dinámicas familiares disfuncionales, pero faltan más estudios para llegar a un nivel de evidencia aceptable.

## **EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS MULTIDISCIPLINARIOS PARA EL DOLOR CRÓNICO**

Como mencionamos, ya el Dr. Bonica en los años 1953 y 1990 (7, 32) señala explícitamente la necesidad de un tratamiento multidisciplinario del dolor, debido a la complejidad de los síndromes dolorosos y a sus implicaciones neuroanatómicas, neuroquímicas y psicológicas. No parece posible que una sola persona o una sola especialidad abarque todas las dimensiones implicadas en el dolor crónico.

El mismo Dr. Bonica señala que un tratamiento médico convencional, por ejemplo, con medicación, cirugía y reposo, que no considera los factores psicológicos, puede ser muy efectivo para el dolor agudo, pero fracasa o incluso puede ser contraproducente, al aplicarse a pacientes con dolor crónico (32).

En las Clínicas de Dolor, el manejo multidisciplinario abarca las dimensiones físicas, cognitivas, emocionales, conductuales y sociales involucradas en el trastorno. El equipo de profesionales capacitados es dirigido habitualmente por un anestesiólogo, y forman parte del equi-

po, traumatólogos, neurólogos y neurocirujanos, fisiatras, psicólogos y psiquiatras, kinesiólogos, enfermeras y terapeutas ocupacionales.

El tratamiento médico incluye control de medicamentos analgésicos, antiinflamatorio, bloqueo nervioso y anestesia regional.

La terapia kinesiológica incluye ejercicios para reducir la espasticidad, las contracturas, la inflamación de las articulaciones, las desviaciones de la columna, el desacondicionamiento físico y la atrofia muscular. También se usa la estimulación eléctrica local, las aplicaciones de calor y de frío, y los masajes.

Respecto al abordaje de los factores psicológicos involucrados en el dolor, existen múltiples propuestas de tratamiento psicológico (33). La **Terapia Cognitiva Conductual** ha demostrado su efectividad en muchos problemas de dolor crónico, de acuerdo a varios meta-análisis de alta calidad (12, 34). Dicha terapia psicológica ha mostrado eficacia en la disminución del dolor, del sufrimiento emocional y de las limitaciones de las actividades. Es por eso que muchos programas de tratamiento multidisciplinario del dolor incorporan métodos cognitivo-conductuales, junto con la terapia física. Dicho tratamiento incluye psicoterapia individual y grupal, manejo del estrés, entrenamiento en relajación, meditación, hipnosis, modificación del comportamiento, higiene del sueño, expresión emocional y reestructuración cognitiva.

En el área de las estrategias cognitivas de **manejo del dolor**, se ayuda al paciente a comprender el rol que juegan las cogniciones en los estados de ánimo, en las emociones, en las conductas y en la experiencia de dolor. Beck (35) llama "pensamientos automáticos" a aquellas cogniciones específicas, rápidas, no reflexivas, que constituyen un trasfondo mental, con frecuencia negativo, y que condicionan la percepción de dolor y las conductas desadaptativas. Pensamientos como "Este dolor es terrible, no lo puedo controlar", "nunca mejoraré", se asocian a más percepción de dolor, más sensación de indefensión y sufrimiento emocional. Mediante técnicas de **Reestructuración cognitiva**, se modifican esos pensamientos, como un paso necesario para el alivio del dolor.

Las técnicas de **manejo del estrés** son fundamentales en los programas de tratamiento del dolor. Ellas incluyen organización de actividades diarias, manejo de rasgos obsesivos ansiosos, manejo de la ira, solución de problemas, entrenamiento en asertividad y técnicas de relajación.

Con el **entrenamiento en Asertividad**, se busca que el paciente exprese sus emociones y necesidades de manera directa y no agresiva, ni pasiva o manipuladora, ni desde un rol de víctima.

Las **técnicas de relajación y de autohipnosis** son necesarias para el alivio del dolor. Existe evidencia científica de la eficacia de algunas de ellas, especialmente en dolores de tipo muscular, incluyendo Fibromialgia y cefaleas tensionales (36, 37, 38).

Cuando existen antecedentes de experiencias traumáticas en la infan-

cia, abuso sexual o físico, figuras parentales u otros significativos que sufrieron dolor crónico, fueron abusivos entre ellos o con el niño/a, padres muy castigadores, abandonadores o culpabilizadores, experiencias de pérdida y duelos no resueltos, es necesario un abordaje psicodinámico y/o hipnótico que permita la resolución de esos problemas. Es necesario considerar que no siempre esos problemas son inmediatamente accesibles al recuerdo consciente, la interpretación psicoanalítica y la hipnosis pueden ser estrategias para recuperar ese material inconsciente (39).

Una atención especial requieren los **trastornos de la personalidad**. Se han propuesto muchos tratamientos para dichos problemas, pero son escasos los estudios sobre su eficacia clínica. El tratamiento con fármacos psicotrópicos y la psicoterapia conductual dialéctica de Linehan para el trastorno límite de personalidad, cuentan con avales empíricos para ser considerados tratamientos probablemente eficaces (40, 41).

Al revisar la literatura científica, encontramos una serie de meta-análisis de alta rigurosidad científica, que evalúan la eficacia de los tratamientos para el dolor (42, 43). Por citar alguno, en el meta-análisis realizado por Flor, Fydrich y Turk (44), fueron examinados 65 estudios que evaluaban la eficacia de tratamientos multidisciplinarios para el dolor crónico de espalda, llegando a las siguientes conclusiones:

- 1.- El tratamiento multidisciplinario es superior a los tratamientos monodisciplinarios.
- 2.- Los efectos son estables en el tiempo y no se limitan a una disminución del dolor o a una mejora del estado de ánimo, sino que también se extiende a variables conductuales como retorno al trabajo, o disminución del uso del sistema de salud y de fármacos.

## CONCLUSIÓN

Existe un número importante de estudios que demuestran la complejidad del dolor crónico, la relevancia de los factores psicológicos y sociales, y la mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinarios comparado con los tratamientos médicos convencionales. El manejo multidisciplinario es, en la actualidad el tratamiento más indicado, que cuenta con más validación empírica para los problemas de dolor crónico.

En el área del tratamiento de los factores emocionales, existe una evidencia científica sustancial de la eficacia de la terapia psicológica Cognitiva Conductual para diversos problemas de dolor crónico. Algunos pacientes que no responden bien a dicha terapia, se benefician con una Psicoterapia Psicoanalítica.

La Clínica Las Condes cuenta con una Unidad del Dolor formada por profesionales especializados en el área. Su esfuerzo es extender este tipo de tratamiento y colaborar con las diversas especialidades que tratan a pacientes con dolor crónico, contribuyendo, en último término, a su mejoría.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española del Dolor: Prevalencia del dolor en España. Diariomedico.com, diciembre 2000.
2. Verhaak P, Kerssens J, Dekker J, et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of literature. Pain 1998; 77: 231-9.
3. Smith B, Elliot A, Chambers W, et al. The impact of chronic pain in the community. Family Practice 2001; 18: 292-9.
4. González M, Condón M. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc) 2000; 114: 491-2.
5. Bassols A, Bosch F, Eladi J. Epidemiología del dolor en la población general. Dolor 2000; 15: 149-58.
6. Esteve R, Ramírez C, López AE. Aspectos emocionales en el dolor. Actualizaciones Dolor 2001; 2 (4): 252-61.
7. Bonica J. 1990. The Management of Pain. Second Edition. Lea & Febiger, Philadelphia.
8. Melzack R, Wall P. Pain Mechanisms: A new theory. Science, 1965. 150: 971-79.
9. IASP: Subcomité on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes of usage. Pain, 6: 249-252, 1979.
10. Rose MJ, Slade PD, Reilly JP, Dewey M. 1995. A comparative analysis of psychological and physical models of low back pain experience. Physiotherapy 81:710-716.
11. Fordyce WE, Roberts AH, Sternbach RA. 1985. The behavioral management of chronic pain: Response to critics. Pain, 22, 113-125.
12. Turner J, Jensen M, Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. Pain 1993; 52: 169-177.
13. Grzesiak RC, Ury G, Dworkin R. 1996. Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: Gatchel R, Turk D. Psychological approaches to pain management. N. York: The Guilford Press.
14. Breuer, Freud 1893-1895/1955, p. 174. Studies on Hysteria. In: Grzesiak RC, Ury G, Dworkin R. 1996. Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: Gatchel R, Turk D. Psychological approaches to pain management. N. York: The Guilford Press.
15. Adams N, Taylos D. 1997. The psychophysiology of low back pain. N York: Churchill Livingstone.
16. Grzesiak RC, Ury G, Dworkin R. 1996. Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: Gatchel R, Turk D. Psychological

- approaches to pain management. N. York: The Guilford Press.
- 17.** Whale J. 1992. The use of brief focal psychotherapy in the treatment of chronic pain. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6, 61-72.
  - 18.** Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: A prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res* 1993; 27: 211-21.
  - 19.** Bradley LA, McCreary C, Williams D A. 1993. MMPI and personality assessment instruments: useful in evaluating chronic pain patients. *Abstracts of the 7<sup>th</sup> World Congress on Pain*. IASP Press, Seattle, p 356.
  - 20.** Linton S. Neck and Back Pain. Philadelphia. Ed. Nachermon and Jonson. 2000.
  - 21.** Dworkin RH, Gitlin MJ. 1991. Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 7, 79-94.
  - 22.** Polatin et al. Psychiatric illness and chronic low back pain. *Spine* 1993; 18:66-71.
  - 23.** Linton S. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148-56.
  - 24.** French S. 1992. Physiotherapy. A psychosocial approach. Butterworth Heinemann, Oxford.
  - 25.** Gamsa A. 1994. The role of psychological factors in chronic pain. A half century of study. *Pain* 57: 5-15.
  - 26.** Gallager RM, Rauh V et al. Determinants of return to work among back pain patients. *Pain* 1989; 39: 55-67.
  - 27.** Keefe et al. Psychological Assessment of the Pain Patient for the General Clinician. *Pain* 1999, 45: 47-52.
  - 28.** Thrbjornsson et al. Physical and psychosocial factors related to low back pain during a 24 years period. A nested case-control analysis. *Spine* 2000; 25:369-74.
  - 29.** Waddell y Main Beliefs about back pain. In Waddell G The Back Pain Revolution. Churchill Livinstone, Edinburg ch 12 p. 187-202 .1998.
  - 30.** Jensen et al. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 47: 249-283. 1991.
  - 31.** Lampe A, Solder E, Ennmoser A, et al: Chronic pelvis pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol* 2000 Dec; 96 (6): 929-33.
  - 32.** Bonica J. The Management of Pain. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990.
  - 33.** Hanson R, Gerber K. Coping with chronic pain. N. York: The Guilford Press. 1990.
  - 34.** Keefe F, Dunsmore J, Burnett R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 528-536.
  - 35.** Beck A., Rush J, Shaw B , Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Barcelona. Ed. Desclee de Brouwer. 2005.
  - 36.** Carroll D, Seers K. Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *J Adv Nursing*. 1996;27:476 - 487.
  - 37.** Rusy LM, Weisman SJ. Complementary therapies for acute pediatric pain management. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47:589 - 599.
  - 38.** Kanji N. Management of pain through autogenic training. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2000;6:143 - 148.
  - 39.** Gatchel R, Turk D. 1996. Psychological approaches to pain management. N. York: The Guilford Press.
  - 40.** Gabbard G. 2000. Psychotherapy of personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9 (1), 1-6.
  - 41.** Sanislow C, Mc Glashan T. 1998. Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (3), 237-250.
  - 42.** Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2001;17:S114 - S127.
  - 43.** Collado A, Torres X, Arias A, Cerad D, Vilarrasa R, Valdés M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin* 2001; 117: 401-5.
  - 44.** Flor H, Fydrich T, Turk D. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review. *Pain*, 1992; 49: 221-230.