

## 2. Afrontamiento psicológico del dolor crónico: depresión y ansiedad

**Virginia Molina Rivas**

Diplomada en Fisioterapia y Osteópata.  
Clínica privada en Toledo.

**Miguel García Escudero**

Diplomado en Fisioterapia y Osteópata.  
Clínica privada en Toledo.

**Fecha recepción:** 21.05.2021

**Fecha aceptación:** 24.06.2021

### RESUMEN

Este trabajo aborda el complejo tema del dolor crónico y todo lo que éste supone tanto para el sujeto que lo padece como para los terapeutas encargados de tratar al paciente con dolor. La principal característica de este tipo de dolor es lo abstracto o difícil que resulta a los pacientes transmitir su sintomatología, lo que provoca que nos encontremos con numerosos estudios que investigan a cerca de los motivos que pueden provocar el dolor crónico y las diferentes herramientas terapéuticas que pueden existir para ayudar al sujeto que lo padezca.

El término que acompaña a "dolor", el adjetivo "crónico", nos da una gran pista del impacto emocional que éste supone en el paciente que lo padece, pues cuando hablamos de crónico nos referimos a algo que se alarga en el tiempo y cuya duración es desconocida. Todo ese tiempo supone un sufrimiento para el paciente que repercutirá, en la mayor parte de los casos, en su estado de ánimo y en sus emociones en general.

El paciente puede ver alterado su estado psicológico, por eso debemos plantearnos el tratamiento desde la psicología como una herramienta principal para este tipo de sujetos. En el desarrollo de este trabajo aparecerán diferentes formas de tratamiento que trabajan en esta línea, examinaremos su éxito o su fracaso y las posibles líneas de investigación que quedan aún abiertas. Profundizaremos en el dolor, tanto sus aspectos fisiológicos como emocionales, los cuáles nos llevan a la depresión y la ansiedad como posible consecuencia secundaria del dolor crónico.

**Palabras clave:** Dolor crónico, psicología, depresión, ansiedad, tratamiento.

### ABSTRACT

*This study addresses the complex issue of chronic pain and all that entails for the two parts involved. On the one hand, the*

*patient who suffers from this pain and on the other hand, the therapists in charge of treating the patient. The main characteristic that arise from this type of pain is how difficult it is for patients to transmit their symptoms. An evidence of this are the numerous studies that investigate the reasons that can cause chronic pain and the different therapeutic tools that exist to help the subject who suffers it.*

*The term that accompanies "pain", the adjective "chronic", gives us a great clue of the emotional impact that it has on the patient who suffers from it, because when we speak about chronic we refer to something that lasts over time and whose duration is unknown. All this time is a suffering for the patient that will affect, in most cases, their mood and emotions in general.*

*The patient may see his psychological state altered, for this reason, we must consider treatment from psychology as a main tool for this type of subjects. In this study we will analyze different forms of treatment under psychology, we will examine its success or failure and the possible lines of research that are still open. We will delve into pain, both its physiological and emotional aspects, which can lead into depression and anxiety as a possible secondary consequence of chronic pain.*

**Keywords:** Chronic pain, psychology, depression, anxiety, treatment.

### INTRODUCCIÓN

#### El dolor

#### Definición fisiológica

Para definir el dolor desde el aspecto fisiológico nos referiremos a él como un mecanismo o respuesta de defensa del organismo a los estímulos dañinos.<sup>1</sup>

La cadena de transmisión del dolor comienza con el daño tisular, este estímulo tiene que transformarse en estímulo eléctrico para poder propagarse a través de las diferentes fibras nerviosas, éste primer paso recibe el nombre de transducción.<sup>1</sup>

Hay dos tipos de nociceptores:

1. *Los de conducción rápida (Aδ):* conectados a través de fibras mielinizadas, elaboran una respuesta para los estímulos de temperatura y estímulos mecánicos.
2. *Los de conducción lenta (C):* transmiten la señal a través de fibras amielínicas, respondiendo a estímulos de presión y temperatura entre otros.

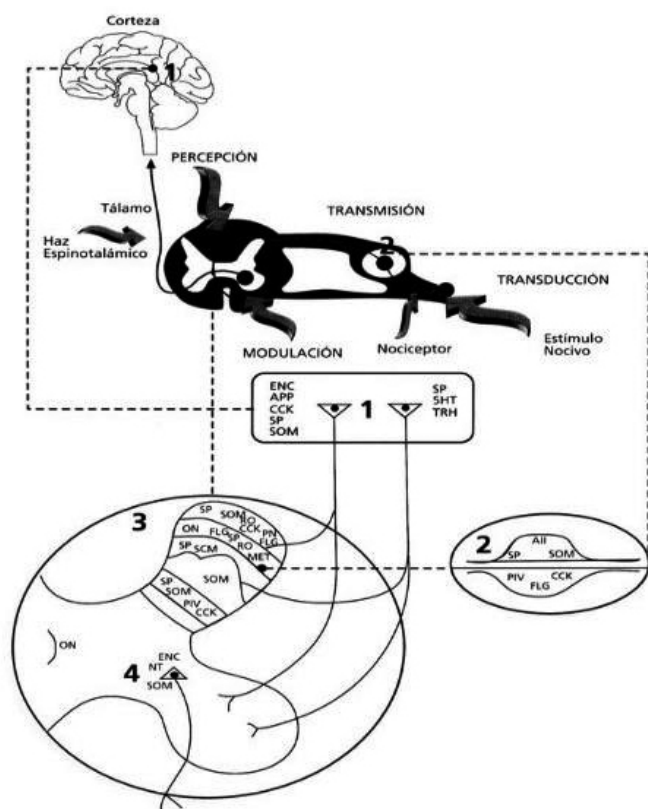
Los estímulos tanto térmicos, como de presión o de lesión, se convierten en estímulo eléctrico y viajan por las fibras nerviosas, especialmente las fibras nerviosas alfa (α), delta (Δ) y sigma (Σ), las cuales son llamadas fibras aferentes primarias. El mecanismo por el cuál viaja el estímulo a través de estas fibras es lo que se conoce como conducción o transmisión.

El siguiente paso viene dado con el proceso de modulación que se produce cuando el estímulo llega a la médula espinal (ME) a través de sus astas dorsales, donde se lleva a cabo un fenómeno neuroquímico en el cuál se discriminan los estímulos que llegan de la periferia.

El estímulo en forma de potencial de acción es ignorado en las capas 1 a 5 de la médula espinal y continúa su trayecto a través de las vías ascendentes del dolor, denominadas tractos espinotalámicos y tracto espinoreticular, una vez que el estímulo es conducido hasta el tálamo en el núcleo postero-ventro-lateral, de aquí, el estímulo viaja hasta la corteza cerebral donde el dolor se hace consciente y sentimos dolor como tal.

La definición queda representada con la imagen que aparece a continuación, donde se dibujan los cuatro fenómenos que tienen lugar para que el cuerpo interprete un estímulo como doloroso<sup>1</sup>:

- **Transducción:** se crea el estímulo eléctrico a través de la transformación del estímulo nocivo periférico.
- **Transmisión:** difusión del impulso nervioso que llega al Sistema Nervioso Central, concretamente a los nervios sensoriales.
- **Modulación:** la transmisión del impulso nervioso es cambiada por los sistemas analgésicos endógenos, lo más habitual es que las astas posteriores de la médula sean inhibidas.
- **Percepción:** fase en la cual se forma el dolor con la interacción de los tres primeros más otros fenómenos. Cuando



**Ilustración 1.** Transducción, transmisión, modulación y percepción. C. Muriel Villoria, A. García Román. *Catedral del Dolor. Máster Dolor. Módulo 2. Bases de la fisiología y fisiopatología del dolor, p.3.*

do hablamos de dolor nos referimos a una experiencia emocional y subjetiva.

El fenómeno de sensibilización ocurre en los tejidos que se encuentran inflamados. Cuando una zona se lesiona y se inflama aparecen sustancias como la bradicinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos o la serotonina. En presencia de estas sustancias los nociceptores son más sensibles, de esta forma para que se produzca una señal dolorosa sólo hacen falta estímulos de poca potencia. Este fenómeno ocurre a nivel somático y a nivel visceral. Concretamente en las vísceras encontramos los llamados nociceptores silenciosos, se trata de neuronas aferentes que en un estado normal de la víscera no producen ningún tipo de señal, en cambio, si la víscera se encontrara inflamada, con la consiguiente presencia de las sustancias anteriormente nombradas, los nociceptores se volverían muy sensibles a estímulos mecánicos y térmicos, generando entonces dolor. Es por esto por lo que las estructuras profundas son consideradas relativamente insensibles en situaciones normales pero, cuando están inflamadas pueden llegar a transmitir mucho dolor.

La sustancia P es un mediador liberado por los nociceptores cuando se desencadena la señal, esta sustancia da lugar a la vasodilatación, desgranulación de mastocitos y además impulsa la fabricación de mediadores inflamatorios.

El dolor referido surge de la conexión de las neuronas medulares con el cerebro. Muchas neuronas aferentes pueden ser estimuladas por una sola neurona medular, lo que puede dar lugar a confusión en el cerebro el cuál manda la sensación de dolor a la zona de la que proviene pero sin conseguir una precisión que localice la fuente de dolor.

Las fibras aferentes entran por las raíces dorsales en la médula espinal y acaban en las astas posteriores de la sustancia gris, lugar en el que enlazan con las neuronas medulares. Las neuronas medulares formarán un circuito conectando con el tálamo contralateral, desde donde llevan la señal a la corteza frontal y a la somatosensorial, responsables de la percepción del dolor. También existen otros circuitos neuronales que se encargan de la modulación del dolor y de su percepción emocional y afectiva. Los circuitos moduladores tienen estructuras que son sensibles a los opioides endógenos (encefalinas, endorfinas) y exógenos.

Los dolores intensos pueden ser provocados por trastornos funcionales y lesión de los nervios periféricos. También encontramos este tipo de dolores cuando el tálamo y el haz espinotalámico se ven afectados, y se convierten en dolores muy difíciles de tratar. Las neuronas lesionadas pasan a ser muy sensibles de manera que puedan llegar a activarse incluso espontáneamente lo que produciría impulsos de dolor. Este fenómeno es muy importante para el desarrollo de nuestro trabajo, pues encontramos aquí una breve explicación fisiológica de lo que el dolor crónico puede suponer para el cuerpo.<sup>2</sup>

### Epidemiología del dolor

El dolor se ha convertido en el motivo más frecuente por el que los pacientes acuden a una consulta médica y la

causa más repetida de demanda de medicamentos sin receta.

Si valoramos los datos recogidos en las encuestas realizadas en nuestro país encontraremos:

- El 30% aproximadamente de la población refiere haber sufrido dolor las últimas 48h.
- Superior al 40% durante la última semana.
- Casi un 80% ha padecido dolor los últimos seis meses, lo que entraría dentro de la definición de este trabajo en el que denominamos a este dolor como dolor crónico.

Los dolores más registrados en consulta de mayor a menos frecuencia son:

- Dolor osteoarticular en primer lugar, sobre todo las lumbalgias.
- Cefaleas en segundo lugar.
- Dolores torácicos y abdominales menos frecuentes pero no menos importantes.

Las actividades diarias del paciente y su calidad de vida se ven alteradas a consecuencia del dolor crónico, sin olvidarnos de los costes indirectos que esto supone como consecuencia de pérdidas de horas y la disminución del rendimiento que el dolor puede provocar al trabajador en su puesto de trabajo.<sup>2,3</sup>

### **Tipos de dolor**

Existen muchas formas para poder clasificar el dolor según la duración, curso, localización, patogenia, pronóstico del control de dolor, intensidad y farmacología. A continuación se explica detalladamente cada tipo de dolor según estas características.<sup>4</sup>

#### *1. Según su duración*

Aspecto muy importante para este trabajo, podemos dividirlo en dos:

- **Dolor agudo.** Es una fase de corta duración, limitada en el tiempo y con escaso componente psicológico. El dolor agudo se suele asociar a un daño tisular y desaparece una vez que el daño tisular está curado. Es fácil de localizar y la intensidad está directamente relacionada con el estímulo que lo provocó. Con este tipo de dolor aparecen los reflejos protectores, como sería la retirada de la extremidad afectada o espasmos musculares, y se produce un estado de excitación y estrés que puede provocar un aumento de la tensión arterial.
- **Dolor crónico.** Se trata de un dolor que se prolonga en el tiempo durante más de 3 o 6 meses. La sensación de dolor llega a superar el tiempo de la curación de la lesión que lo causó o puede estar ligada a una enfermedad crónica. Sus características son muy inconstantes, su patrón de evolución, su etiología y su intensidad. Este tipo de dolor se ve muy influido por factores psicológicos, ambientales y afectivos, como hemos nombrado anteriormente. La larga duración y la incertidumbre hacen que estos factores

jueguen un papel importante en el transcurso del dolor y en su proceso de curación. Será desarrollado más adelante desde el aspecto psicológico de la persona que lo padece.

#### *2. Según su patogenia*

- **Dolor neuropático.** Este dolor es el resultado del estímulo directo del sistema nervioso central o de lesión en la vías nerviosas periféricas y es frecuente que se presente con disestesias y parestesias. Suele manifestarse con hiperalgesia, lo que quiere decir que el dolor que se produce es desproporcionado con respecto al estímulo que lo provoca y tiene lugar sin que haya una causa identificable. Es considerado un dolor patológico al no tener ninguna utilidad como mecanismo de alerta o defensa. A pesar de que puede manifestarse por motivos muy distintos, suele acompañarse de factores comunes en la mayor parte de los sujetos, como son quemazón, opresión, hormigueo, picazón, punzadas o descargas eléctricas. Por este motivo los pacientes lo definen como un dolor punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- **Dolor nociceptivo.** Este dolor se produce por la activación de los nociceptores (los receptores del dolor), como consecuencia de un estímulo como pueden ser una inflamación, infección, daño tisular o enfermedad. Es el más habitual y se manifiesta con una intensidad y severidad de la lesión directamente relacionadas.
- **Dolor psicógeno.** En este tipo de dolor el ambiente psico-social que rodea al individuo juega un importante papel. El paciente requiere muy frecuentemente la ingesta de analgésicos de poca efectividad. Tiene una causa psíquica, como puede ser la depresión o la hipocondría, no es provocado por una estimulación nociceptiva ni una alteración neuronal. También puede deberse a factores psicológicos que provoquen una intensificación desproporcionada de un dolor orgánico.

#### *3. Conforme a su localización*

Hablamos del dolor nociceptivo, anteriormente descrito, el cuál podemos dividir en dos tipos atendiendo a lugar dónde se produce:

- **Dolor somático.** Surge de la estimulación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Sus características principales son la capacidad de poder localizar el dolor, tipo punzante e irradiado siguiendo los trayectos nerviosos. Para su tratamiento es necesario incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) cuando se estimulan el sistema músculo esquelético o vascular y los receptores de la piel.
- **Dolor visceral.** Es producido por la excitación anormal de nociceptores viscerales. El dolor se caracteriza por ser profundo, continuo y difícil de localizar, además puede verse irradiado a zonas lejanas de su punto de origen. Puede estar acompañado de síntomas neurovegetativos como náuseas, vómitos o sudoración. Se trata de dolor visceral por ejemplo aquel dolor tipo cólico, me-

tástasis hepáticas, infecciones de riñón, etc. Este dolor puede ser tratado con opioides, a los que responde muy bien, aunque no podemos olvidar que existen vísceras que no duelen como el hígado o el pulmón.

#### 4. Según su curso

Podemos dividirlo en dos

- **Dolor continuo.** Es aquel persistente durante todo el día y el cuál no consigue aliviarse.
- **Dolor irruptivo.** Dolor estable y controlado que cursa con episodios de aumento de intensidad.
  - **Dolor incidental:** dolor que aparece provocado por algún movimiento voluntario del sujeto. Es un subtipo del dolor irruptivo.

#### 5. Según su intensidad

Podemos dividirlo en tres tipos

- **Dolor leve.** El dolor es de poca intensidad, le permite al paciente realizar sus actividades habituales de su vida diaria
- **Dolor moderado.** El dolor es de intensidad media, sí interfiere en la realización de las actividades habituales del paciente.
- **Dolor severo.** El dolor de intensidad alta que incluso llega a afectar al descanso.

#### 6. Según factores pronósticos de control del dolor

A la hora de afrontar el tratamiento del dolor cada profesional aborda una estrategia analgésica. En el caso de que el dolor no responda a la estrategia analgésica habitual podemos clasificarlo como dolor difícil o complejo.

Escala analgésica de la OMS en ilustración 2.

#### 7. Según su farmacología

- **Dolor que responde bien a los opiáceos.** Como pueden ser los dolores de origen visceral y somático.
- **Dolor que es parcialmente sensible a los opiáceos.** Cómo puede ser el dolor de origen óseo (en los que también son de utilidad los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).
- **Dolor levemente sensible a opiáceos.** Dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsionantes).

#### Valoración del dolor. Escalas

Cuando hablamos de dolor no podemos olvidar que este término recoge una parte subjetiva muy importante. Para empezar la definición de dolor, no su parte científica sino su parte subjetiva, las sensaciones, es compleja y cada sujeto utiliza sus propios términos para intentar transmitir al profesional lo que siente. Ambas partes realizan una tarea de comprensión y comunicación muy complicada pero que sin embargo resulta clave para la resolución del problema que padece el paciente.

Poder medir el dolor nos daría pistas muy importantes sobre la evolución del paciente para saber si nuestro tratamiento va por el buen camino o si debemos hacer ajustes en el tratamiento. Por ello es necesario recurrir a las escalas de valoración del dolor.

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos con los que podemos medir la intensidad y cuantificar la percepción individual y subjetiva del paciente con respecto al dolor. Es importante que el paciente conserve todas sus capacidades cognitivas para la utilización de estas escalas, de manera que sepamos que la información que

ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S.			
<b>ESCALÓN I</b>	<b>ESCALÓN II</b>	<b>ESCALÓN III</b>	<b>ESCALÓN IV</b>
Analgésicos no opioides	Opioides débiles	Opioides potentes	Métodos invasivos
+	+	+	+
-	-	-	-
Coanalgesicos	Coanalgesicos	Coanalgesicos	Coanalgesicos
.....	.....	.....	.....
Paracetamol	Escalón I	Escalón I	.....
AINE	.....	Morfina	.....
Metamizol	-	Oxicodona	.....
	Codeína	Fentanilo	.....
	Tramadol	Metadona	.....
		Buprenorfina	.....

**Ilustración 2.** Escala analgésica de la OMS. F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. Scielo. Oncología (Barcelona) vol. 28 nº 3. 2005. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci_arttext&lng=en)

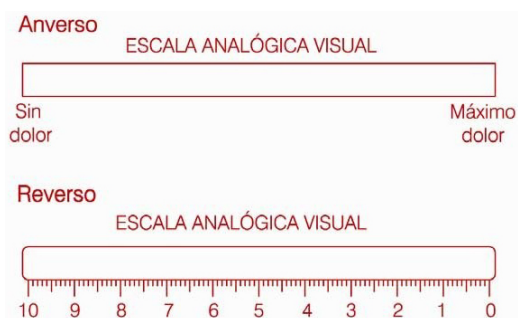
nos proporciona es totalmente fiable. Existen muchos tipos de escalas, pero las más comunes y fáciles de usar, además de ser las que más nos pueden ayudar a la hora de tratar a un paciente con dolor crónico, son las que se exponen a continuación.<sup>5</sup>

### 1. Escala visual analógica (EVA)

Es uno de los métodos más extendidos y utilizados para medir la intensidad de dolor del paciente. Se trata de una línea horizontal de 10 centímetros, en el extremo izquierdo aparecerá la ausencia o menor percepción de dolor, en el extremo derecho se marca cómo la máxima intensidad de dolor.

El paciente debe marcar un punto de la línea que se dibuja de extremo a extremo en función de su percepción y sensación de dolor en ese momento.

La intensidad se medirá en centímetros o milímetros como podemos observar en la imagen que viene a continuación.

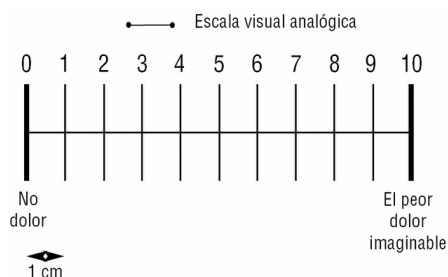


**Ilustración 3.** Ramón Eizaga cebollar; y María Victoria García Palacios. *Escalas de valoración del dolor.* Feb. 2015. Disponible en: [https://www.researchgate.net/figure/Figura-5-Escala-visual-analogica\\_fig5\\_321462394](https://www.researchgate.net/figure/Figura-5-Escala-visual-analogica_fig5_321462394)

### 2. Escala numérica (EN)

Se trata de otro método muy sencillo y de los más utilizados para medir la intensidad de dolor.

Aparece una escala numerada del 0 al 10, en la que 0 será la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor percibido. El paciente debe señalar un número de la escala que refleje su sensación a cerca de la intensidad de dolor que padece. La escala se muestra en la imagen siguiente.



**Ilustración 4.** C. Pardo, T. Muñoz, C. Chamorro y Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Monotorización del dolor. Medicina intensiva.* Vol. 30, nº 8. Nov. 2006. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000800004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004)

### 3. Escala categórica (EC)

Esta escala se usa cuando el paciente no es capaz de cuantificar su dolor. Se le plantean una serie de categorías que reflejan la intensidad de los síntomas y se establece una relación entre las categorías y su equivalente numérico. De tal manera que el paciente solo tiene que señalar una de las categorías en función de sus sensaciones de la tabla que aparece a continuación:

0	4	6	10
NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO

**Ilustración 5.** Fuente de elaboración propia.

### 4. Escala visual analógica de mejorado

Se trata de una escala muy importante, pues ayuda a paciente a posicionarse en el lado positivo de su sensación con respecto al dolor, que por norma general suelen identificarlo como algo negativo.

Con esta escala el sujeto nos da pistas sobre la eficacia de su tratamiento y su evolución. Se trata de una línea de 10 centímetros, igual que en la primera escala, sólo que en esta ocasión en el extremo izquierdo pondremos los malos resultados, que serían la no mejora, y en el extremo derecho pondremos los buenos resultados que serían la mayor mejoría de los síntomas.

El paciente debe comprender que el uso de estas escalas es una herramienta básica para analizar la evolución de su sintomatología y, por lo tanto, para la futura toma de decisiones con respecto a su tratamiento. El paciente ha de estar en plenas facultades cognitivas que le permitan colaborar en la realización de los análisis, para ello el lenguaje ha de estar en concordancia con el nivel cultural del sujeto el cuál es necesario que entienda el significado y contenidos de la escala o cuestionario. El médico encargado de la valoración debe puntuar sin juzgar y sin intervenir.

### Cuestionarios de dolor

Como ya hemos dicho, no solo las escalas nos sirven para analizar la evolución de los síntomas del paciente, también es habitual el uso de cuestionarios. A continuación se explican alguno de los más utilizados<sup>5</sup>:

#### 1. Cuestionario de dolor de McGill (MPQ)

Se trata de uno los cuestionarios más usados. Analiza las esferas sensorial y afectiva. Los sujetos deben escoger un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. A cada adjetivo se le asigna una puntuación específica con la que se podrá calcular la puntuación total y el índice de dolor en cada faceta.

Este cuestionario es muy práctico para discriminar entre pacientes que tienen tipos distintos de dolor. Existe una adaptación en español.

## 2. Cuestionario de Dolor en Español (CDE)

Este cuestionario recoge varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa. Está dirigido a los pacientes que sufren tanto dolor agudo como crónico.

## 3. Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD)

Dirigido a aquellos sujetos que padecen un dolor de evolución de más de seis meses. Se trata de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Nos ayuda a valorar cómo afrontan los pacientes el dolor crónico y sus áreas.

## 4. Cuestionario DN4

Está constituido por 7 ítems que tratan de los síntomas y tres referidos a la exploración. Sencillo de puntuar. Un resultado total de 4/10 o mayor lo relaciona con dolor neuropático. Existen adaptaciones en quince idiomas, entre ellos el español.

## 5. Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI)

Está constituido por 52 ítems agrupados en 12 escalas que a su vez son distribuidas en tres partes:

*1ª parte:* 20 ítems. Evalúa cinco escalas de la experiencia del dolor como son su intensidad, su interferencia en áreas de la vida diaria del paciente, la insatisfacción de éste por su situación actual, su visión con respecto al apoyo que recibe de los otros, el control que percibe tener sobre su vida y sus estados de ánimo negativos.

*2ª parte:* 14 ítems en tres escalas, evalúa la respuesta de las personas que rodean al paciente en su día a día con respecto a las demostraciones y quejas de dolor del sujeto.

*3ª parte:* 18 ítems analizan la participación del paciente en diferentes actividades de la vida diaria.

## 6. Test de Lattinen

Es muy fácil de utilizar, muy empleado en las Unidades de Dolor. Ayudar a conseguir una idea global del estado del paciente mediante la suma del estudio de distintos aspectos.

## 7. Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Scale)

Creado originalmente para el dolor oncológico. Muy usado tanto en clínica como en investigación para analizar la intensidad e impacto del dolor, además de los efectos del tratamiento analgésico. Existen dos versiones, larga y corta, ambas validadas en español.

## 8. The LANSS Pain Scale

Está constituido por cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 sugiere dolor neuropático. Cuestionario validado en español.

## 9. The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)

Consta de 12 ítems, 10 de ellos tratan de sensaciones o respuestas sensoriales y dos de ellos referidos al afecto. Tiene poder discriminatorio entre dolor neuropático y no neuropático.

## 10. Pain DETECT

Se trata de un formulario autorrellenable con 9 ítems que no requiere examen clínico. Validado en español.

## El uso de escalas y cuestionarios

Las escalas y cuestionarios creados con el fin de poder medir la intensidad de dolor del paciente pueden darnos un dato cuantificable y objetivo de la intensidad de dolor que éste sufre. Es una herramienta muy importante cuando hablamos del dolor crónico, pues al ser un dolor que se alarga en el tiempo y que es difícil de tratar cualquier dato resulta esencial para que el terapeuta identifique si va por el buen camino. Aún así las escalas y cuestionarios no dejan de tener una parte subjetiva en sus resultados, parte que no debemos olvidar y que habría que tener en cuenta.

Son muchos los estudios que se han realizado sobre el dolor crónico, la discapacidad que conlleva y los factores psicológicos que le rodean, y sobre todo cuando mezclamos todo ello con el mundo laboral. La discapacidad que provoca el dolor lleva en numerosas ocasiones al paciente a abandonar su puesto de trabajo, pero es cierto que otras veces el paciente sí que puede continuar con su oficio. La pregunta que todos se plantean es si hay algo que marque la diferencia entre unos pacientes u otros. Alguna señal que nos indique que el dolor se va a transformar en incapacidad para que el sujeto desarrolle su trabajo. Evidentemente hay multitud de factores que influyen todo esto, sobre todo uno de los más importantes es el tipo de trabajo que el sujeto desarrolle, pues una de las causas más comunes de baja laboral es el dolor lumbar (lumbalgia) y puede estar directamente relacionado con el oficio a desarrollar por parte de la persona que solicita la baja. Pero no es éste el único condicionante de la discapacidad, pues cuando hablamos de ésta nos referimos a un fenómeno multifactorial que no se desarrolla por igual en todos los pacientes.<sup>5</sup>

Existen variaciones entre el dolor que sienten diferentes personas con la misma patología "de base", esto se debe a que según se encuentre el paciente psicológicamente se determinará la sensación subjetiva del dolor, el cuál presenta gran cantidad de variables. Varios estudios han llegado a la conclusión de que el estado emocional puede llegar a pronosticar el triunfo de las terapias médicas y psicológicas en el tratamiento del dolor, la incapacidad funcional o la asiduidad del paciente a visitar las consultas del sistema sanitario.<sup>20</sup>

Aquí aparecen los factores psicológicos jugando un papel muy importante en el desarrollo del dolor crónico. Hay estudios que nos hablan de la depresión crónica, nerviosismo previo y eventos negativos en la vida del paciente

cómo aspectos que predicen una discapacidad laboral por dolor. También encontramos que el deterioro psicológico puede encontrarse antes, durante o después de la etapa de padecimiento del dolor crónico, lo que supondría una complicación (durante) o una consecuencia (después), pero todas afectan directamente a la capacidad laboral del paciente.

Por todo ello se han empezado a plantear intervenciones para tratar el dolor crónico diseñadas hacia la mejora del estado de ánimo del paciente y se ha concluido que se consigue un mayor impacto en la salud. Evaluar y reforzar la creencia del paciente puede ayudarle a superar su dolor lo que repercutiría directamente sobre la discapacidad que a éste le producía.

Aún no existe ninguna evidencia científica de todo ello, pero sí resultados favorables, lo que nos demuestra que la parte psicológica y subjetiva del dolor es tanto igual de importante que su parte objetiva, y que a la hora de utilizar las escalas y cuestionarios de valoración explicados anteriormente hay que tenerlo muy en cuenta, pues ya todos sabemos que "cada paciente es un mundo" lo que refleja directamente que la psicología del sujeto es un factor que no debemos olvidar.<sup>5</sup>

## **Dolor crónico**

### ***Las dos caras del dolor crónico***

Como ya hemos descrito anteriormente en su epidemiología el dolor se considera uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas. En nuestro país, se estima que más de 5 millones de personas padecen dolor crónico a diario, de éstas en un 28.8% lo consideran de intensidad severa, provocando un importante deterioro en la calidad de vida de estas personas, afectando su entorno laboral y familiar y a su estado de ánimo en general.

Las causas del dolor crónico pueden ser muchas y muy diversas, pero el efecto generalizado sobre la vida de los pacientes que lo padecen, incluida su incapacidad para trabajar, la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático puede afectar a cualquier persona sea de dónde sea.

Los investigadores empiezan a plantearse si el dolor crónico persistente puede ser el resultado de una respuesta de aprendizaje en las neuronas que se encuentran en la columna vertebral. Las neuronas cambian su forma cuando participan activamente en el aprendizaje, tanto en términos del número de conexiones físicas entre las células como del número de receptores en las sinapsis de esas conexiones. La propuesta de los investigadores es que, cuando el dolor persiste, se fortalecen las conexiones neuronales que se encargan de transmitir ese dolor, lo que facilitaría la transmisión de la respuesta y reduciría el umbral de dolor del sujeto. Esta línea de investigación supondría un gran paso a la hora de comprender el dolor crónico y nos da la posibilidad de tener una explicación científica que ayudaría mucho a la hora de plantear su tratamiento.

Los pacientes con dolor crónico acuden a las consultas de los profesionales de la salud con la esperanza de encontrar

una solución que les alivie. Pero es habitual que cuando el paciente informa de dolor continuo en ausencia de una patología definitiva, característica muy presente en el dolor crónico, la consulta al profesional no le sea del todo satisfactoria, pues no ha conseguido ese alivio de dolor que el paciente deseaba. En ese momento el dolor crónico puede conducir a procesos de retroalimentación neurológica que sólo sirven para empeorar el dolor y hacer que sea más difícil de tratar. La psicología del paciente comienza a verse afectada.

La situación lleva al paciente a intentar sacar sus propias conclusiones y sumergirse en pensamientos que le acerquen a la solución de su problema. En los centros cerebrales superiores comienzan a fluir las cogniciones del paciente para evaluar su sensación de dolor que ingresará al sistema nervioso. Los pensamientos se producen de manera consciente o inconsciente pero van a influir en gran medida en cómo se percibirá la señal de dolor. Por ejemplo el paciente puede percibir como un "dolor bueno" aquel que siente en sus músculos y articulaciones tras realizar un ejercicio de la intensidad, a la vez que puede asumir como "dolor malo" aquel que es relacionado con una enfermedad médica como puede ser la artritis. Se trata de una reflexión del paciente a cerca de su dolor y que le lleva a clasificarlo según sus sensaciones.

Las emociones producidas por el dolor son claves a la hora de afrontarlo. El factor emocional es la respuesta de una persona a sus conclusiones sobre el dolor que padece. Si valora el dolor como una amenaza, como por ejemplo lo sería un cáncer, las respuestas emocionales que se producirán habitualmente en el paciente serán miedo, depresión y ansiedad, entre otros. Sin embargo si el paciente no identifica el dolor como una amenaza la respuesta emocional no tendrá importancia

Cuando el paciente identifica su "dolor" como un "sufrimiento", términos teórica y conceptualmente diferentes, tiene mucho que ver con cómo el paciente gestiona su dolor sobre todo desde el aspecto emocional.

Debemos tener en cuenta que el dolor presenta dos caras muy importantes, por un lado nos encontramos la parte física y fisiológica, explicada anteriormente, que es la que provoca las molestias e incapacidades físicas en el paciente. Por otro lado aparece la parte psicológica, ya introducida y posteriormente desarrollada. El procesamiento psicológico de ese dolor tan difícil de explicar y afrontar por parte del paciente, es la parte más compleja e incluso, también culpable de incapacidades en las actividades de la vida diaria del paciente.

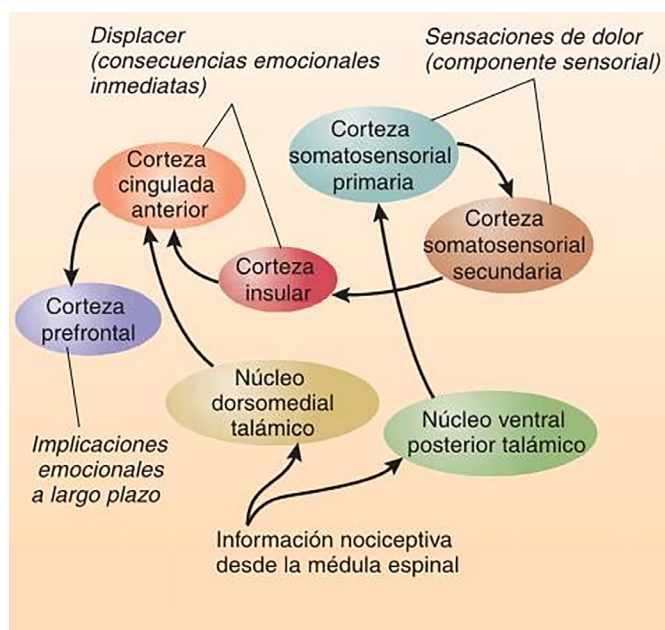
Experimentar dolor puede llevar a sufrir un estado de ánimo alterado como consecuencia de la cascada de eventos neurológicos y sensoriales que se desencadenan.

Como hemos introducido anteriormente, estados psicológicos previos pueden determinar un alto riesgo para la cronificación del dolor, debido a procesos como sensibilización cruzada, en los que la exposición a un estrés en el pasado, provoca mayor sensibilidad a otros estímulos aparentemente no relacionados, como un trauma en la infancia, pérdida de uno de los progenitores o una adicción.<sup>6</sup>

## Componentes del dolor

Por lo tanto podemos decir que el dolor presenta tres componentes diferentes atendiendo a la sensibilidad y a las emociones<sup>16</sup>:

- *El componente sensorial*: está mediado por vías que van desde la médula espinal al núcleo ventral posterior del tálamo, y llegan a la corteza somatosensorial primaria y secundaria.
- *El componente emocional inmediato*: parece estar mediado por vías que llegan a la corteza del cíngulo anterior y la corteza de la ínsula.
- *El componente emocional a largo plazo*: parece estar mediado por vías que llegan a la corteza prefrontal. Los daños de la corteza prefrontal pueden suponer, para la persona que los padece, un cambio en su personalidad a cerca de sus planes de futuro o incluso su capacidad para reconocer el significado personal de acontecimientos que esté viviendo. Disminuye su comprensión hasta el punto de no sentir la influencia de las consecuencias que envuelven a una enfermedad crónica, el dolor crónico incluido, con respecto a su futuro.



**Ilustración 6.** Diagrama esquemático y simplificado de los mecanismos cerebrales involucrados en los tres componentes del dolor: el componente sensorial, el componente emocional inmediato y el componente emocional a largo plazo. (Adaptado de Price, D. B., *Science*, 2000, 288, 1769–1772). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. *Guía Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto*. Avalia-t. Edición 2014.

## Aspectos psicológicos del dolor

A propósito de un artículo de Laura Simons y cols. del año 2014 podemos hablar de las principales reacciones conductuales que se producen en relación a circuitos neuronales y, cómo éstos pueden verse afectados a consecuencia del dolor crónico. Definiremos los neurocircuitos, cambios, con-

ductas y alteraciones que el dolor crónico es capaz de producir en la persona que lo padece, de manera que podamos comprender mejor el aspecto psicológico que se encuentra detrás del dolor crónico.<sup>7</sup>

### 1. Circuitos neurales y cambios desadaptativos

- *Neurocircuitos y conducta*: es difícil reconocer cuándo un dolor agudo evoluciona a crónico. La mayoría de las veces esto ocurre como consecuencia de un trauma o enfermedad específica, como artritis o fibromialgia, o puede ocurrir que aparezca de manera espontánea.
- *Conducta de dolor*: esta puede ser adaptativa, como sería la reacción normal de esquivar un estímulo doloroso, frente a una amenaza aguda, sin embargo, en el dolor crónico ya no podemos considerar la conducta como adaptativa.

Podemos poner el ejemplo de un paciente que padezca artrosis en grado medio en sus articulaciones, la vida sedentaria y la falta de movimiento pueden empeorar su enfermedad, el paciente evita el movimiento para evitar el dolor lo que supondría una conducta desadaptativa.<sup>6</sup>

### 2. Alteraciones del procesamiento psicológico en dolor crónico

- *Cognición y atención*: para definir la cognición la veremos como el acto de conocer incluyendo en su definición: la alerta, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio. La evidencia sugiere que el dolor puede tener un efecto negativo en el desempeño cognitivo y en el procesamiento de la atención y este puede afectar las regiones cerebrales involucradas en la cognición.
- *Alteración en la percepción*: la interpretación corporal juega un papel muy importante en el dolor crónico, podemos explicarlo con un ejemplo cómo es la percepción del miembro fantasma: la terapia en espejo y la estimulación sensorial, proveen de inputs visuales o propioceptivos al cerebro, que son capaces de corregir estas anomalías perceptuales, produciendo una gran disminución del dolor.
- *Interocepción*: se trata de la percepción individual de la condición fisiológica del propio cuerpo, que depende del estado emocional y los niveles de estrés a que esté sometido el sujeto. La ínsula anterior juega un importante papel en este proceso de evaluación. La sensibilidad interoceptiva aumenta la intensidad de la sensibilidad al dolor agudo y disminuye la tolerancia al dolor, además de servir de herramienta de desarrollo del temor aprendido en sujetos con dolor crónico.
- *Refuerzo, aversión y motivación*: sería posible cambiar la conducta a través de estímulos de refuerzo y aversivos. Varios estudios sobre sujetos sanos mencionan mutaciones en la actividad de los circuitos de recompensa, que pronostican la efectividad de los opioides sobre el dolor.
- *Aprendizaje y memoria*: es posible que el dolor afecte de manera importante al estrés emocional y que facilite



la consolidación amnésica y el aprendizaje. Procesos de aprendizaje, tanto implícitos como explícitos, son vinculados a la instauración del dolor crónico, donde los procesos implícitos son predominantes, los que debido a su naturaleza inconsciente, son más difíciles de extinguir; entre estos estaría el condicionamiento operante, el aprendizaje social y el condicionamiento clásico.

Bajo condiciones de contingencia operante, un refuerzo negativo puede ser una conducta de dolor como es mantener una postura antiálgica, por ejemplo estar agachado para evitar el dolor lumbar actual o futuro. O un refuerzo positivo sería interpretar esa postura como una forma de atraer la atención hacia el "rol de enfermo".

Cuando un estímulo neutro se convierte en un dolor aprendido estamos ante un condicionamiento clásico. Por ejemplo podemos hablar de lo que le supondría acudir al hospital a un niño el cuál sufrió una experiencia dolorosa en su anterior visita, éste puede provocar una respuesta condicionada en su próxima visita como podría ser la sudoración de manos al ver el hospital de nuevo.<sup>6</sup>

### 3. Factores de riesgo pre mórbido y dolor

- *Trauma físico o psicológico previo:* el abuso psicológico y físico se puede vincular con una futura aparición de dolor crónico. El abuso sexual se trata del tipo que resulta ser el más condicionante para el posterior desarrollo del dolor crónico.
- *Disfunción social:* influyen en la sensación de dolor situaciones sociales cómo la exclusión, la falta de ayuda, el bullying o el aislamiento, provocando una sensibilización cruzada.
- *Catastrofización:* actitud de inseguridad ante el dolor el cuál es representado por el sujeto como algo nocivo, desastroso y perjudicial, que le lleva a una situación de debilidad pudiendo incluso provocar la depresión.
- *Estatus social:* un nivel social inferior puede estar relacionado con el desarrollo de dolor crónico. Un ejemplo podría ser el bajo nivel educacional o la obesidad.
- *Género:* varios estudios tratan a cerca de la influencia del género en los aspectos psicológicos que envuelven al dolor crónico, pero ninguno de ellos ha conseguido llegar a una conclusión evidente. Sin embargo apuntan a que, tras la adolescencia, es mayor el número de mujeres que padecen dolor crónico que de hombres. Se apunta a que los factores fisiológicos cómo las hormonas o la menopausia juegan un papel importante en este aspecto.<sup>6</sup>

### Factores cognitivos del dolor

Toda las personas manifiestan unos rasgos de personalidad e historia previa diferentes, lo que supone grandes diferencias en sus habilidades para regular las emociones, juicios y atribuciones con respecto al dolor que padecen. Afrontamientos y evaluaciones cognitivas diferentes con respecto a sus creencias de la enfermedad, su esperanza de ayuda y de apoyo social y emocional, junto con su sentido de control y dominio sobre el dolor.<sup>9</sup>

### 1. Creencias y actitudes

Cuando los pacientes sienten dolor una de las principales respuestas de su cerebro será procesar toda la información para poder darle significado de la forma más rápida y eficiente. Necesitan interpretar todos los estímulos para poder asumir la situación actual que se les presenta. Pero todo esto no deja de ser peligroso para el sujeto, pues ocurre en muchas ocasiones que la anticipación puede llegar a distorsionar la respuesta sin dar tiempo al organismo a poner en marcha su capacidad adaptativa.

Estas creencias y actitudes que desarrolla el sujeto vienen acompañadas del contexto social el cuál influye con su opinión y visión a cerca del dolor que padece, interpretando un diagnóstico y pautando un posible tratamiento. También puede ocurrir que se interprete el estímulo doloroso cómo algo crónico terminando en la obligación del sujeto de realizar reposo que le lleve a una situación de incapacidad. Por ejemplo un atleta de élite refiere dolor, se interpreta que existe un exceso de entrenamiento y se le receta reposo y pruebas complementarias.

Las creencias pueden ser interpretadas también cómo la perspectiva que el paciente tiene a cerca de la salud y juegan un papel muy importante durante la fase de dolor. Cada sujeto tiene su punto de vista a cerca de cómo debería responder el tratamiento o cuánto tiempo va a pasar hasta que se recupere completamente. Los terapeutas debemos tener especial cuidado con estas expectativas desarrolladas por los pacientes, informando siempre de su situación de manera que nos comprendan lo máximo posible y se hagan responsables de su patología. En el caso de que el sujeto cree falsas esperanzas sobre su recuperación puede suponer el posterior hundimiento de su estado emocional con un bombardeo de pensamientos negativos que le lleven a la desconfianza. Este estado puede incluso aumentar la percepción del dolor y el riesgo de cronicidad, entrando en un círculo físico y emocional del que es necesario sacar a sujeto a través de las terapias necesarias.

### 2. Catastrofización del dolor

Se trata de un patrón cognitivo que desarrolla el sujeto y el cuál le lleva a hacer un análisis erróneo de su situación actual y futura. Cuando el paciente sufre dolor este análisis catastrófico le lleva a representarlo con una magnitud superior y un enfoque más negativo lo que puede suponer una limitación directa de su actividad. Esta creencia afecta a su recuperación ya que puede retrasarla e incluso incrementar las posibilidades de cronicación del dolor.

### 3. Baja expectativa de recuperación

Se trata de una creencia que aparece con frecuencia asociada a dolores prolongados en el tiempo. La esperanza del sujeto con respecto al fin de su dolor es baja, lo que provoca una autolimitación en sus actividades de la vida diaria e incluso en su vuelta al trabajo. Esta incapacidad impuesta por los pensamientos del paciente puede suponer un contratiempo en su tratamiento y recuperación.

#### 4. Autoeficacia

La autoeficacia es la visión que desarrolla el paciente sobre sí mismo con respecto a su potencial para superar la enfermedad o lesión que padece. Evalúa sus posibilidades de recuperación y de realización del tratamiento que debe llevar a cabo para conseguir los objetivos, en el caso de que la autoeficacia sea baja el pensamiento será negativo, el paciente verá imposible controlar el dolor y por ello se autolimitará sus actividades. Esta incapacidad supone una amenaza para la cronicidad del dolor.

En este tipo de pacientes es de gran importancia analizar su estado emocional y su perspectiva con respecto al dolor para garantizar el éxito en el tratamiento. De nuevo los factores psicológicos juegan un papel importante a la hora de la superación del dolor.

#### 5. Apoyo social

Se trata de una variable determinante en el dolor crónico. El apoyo social puede suponer un factor modulador ya que, parece que aquellos pacientes que reciben más ayuda de su entorno luego son los que menos sufren dolor y discapacidad, según nos muestra un estudio de Kerns, Rosenberg y Otis del 2002. El apoyo social es capaz de ayudar a los pacientes a través de dos vías: práctica y emocional. Es probable que la explicación de todo ellos sea que aquellos pacientes que reciben mayor apoyo social tienen la posibilidad de expresar sus sentimientos con respecto al dolor que padecen y además pueden obtener más información y ayuda con las que solucionar los problemas que se le presenten.<sup>8</sup>

#### 6. Nivel educacional

Se trata de una variable indirecta que afecta a la discapacidad a través de la evaluación cognitiva de la situación. Un estudio realizado por Roth y Geisser en 2002 demostró que a menor nivel educacional hay una respuesta mayor de in-

daptación al dolor. Las personas con un nivel intelectual más bajo tienen una mayor tendencia a sospechar que el dolor señala daño tisular y por lo tanto presentan más pensamientos catastróficos.<sup>8</sup>

#### 7. Rasgos de personalidad e historia previa

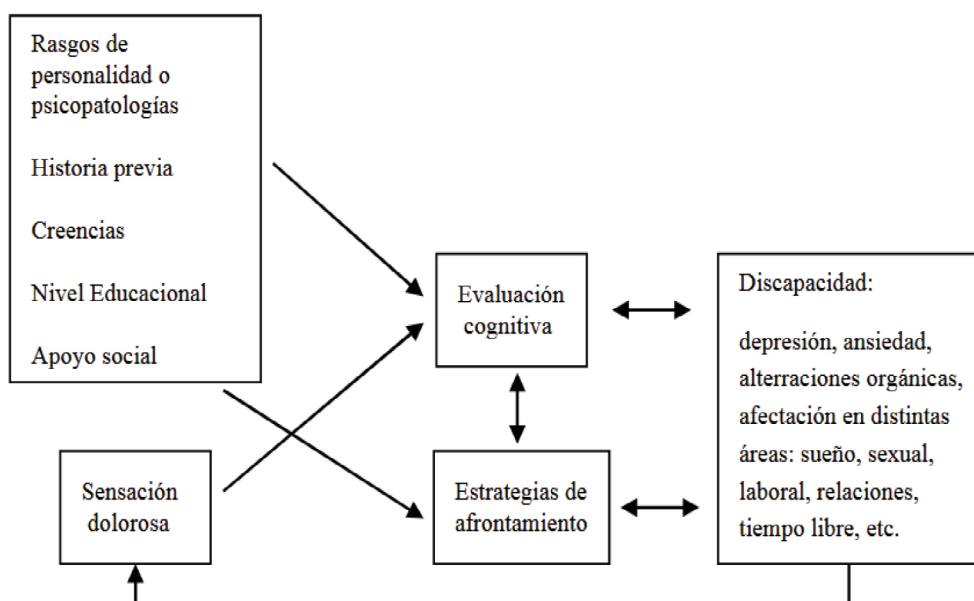
Conseguir relacionar el dolor crónico y la discapacidad es el objetivo de numerosas líneas de investigación. Se plantea la posibilidad de que los pacientes con psicopatologías previas tengan más tendencia a padecer dolor crónico o a sentirse menos capacitados que los que presentan una historia previa sin ningún antecedente.

Las psicopatologías que guardan más relación con el dolor crónico son la ansiedad y la depresión, aunque no se puede afirmar qué dirección toma dicha influencia. Pero sí podemos concluir que los pacientes que sufren alguna afectación psicológica, que no sea la culpable del inicio del dolor, son más propensos a la cronificación de su dolor.

Para concluir este apartado hemos podido analizar cómo la manera de evaluar y afrontar el dolor influyen en gran medida en la discapacidad que acompañará al paciente en su día a día. Esta forma de evaluación y afrontamiento está determinada por la multitud de factores indirectos ya explicados y que están representados en el esquema que aparece a continuación. Cuando comienza la percepción del dolor se lleva a cabo un análisis de la situación con el fin de conseguir las herramientas necesarias para afrontarla. Se forma entonces un hipotético círculo de dolor-discapacidad-dolor representado a través del siguiente esquema.<sup>8</sup>

#### Factores emocionales del dolor

Los factores emocionales juegan un papel muy importante durante el curso del dolor. Son herramientas claves que mal utilizadas o un exceso de ellas pueden llevar al pacien-



**Ilustración 7.** Esquema: Factores psicológicos posibles moduladores la discapacidad, el dolor y su cronicidad. Jenny Moix Queraltó. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anuario de Psicología, 2005. Vol. 36, nº 1, 37-60. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61806/75658>

te a un callejón sin salida, lo que supondría una complicación para su recuperación. El miedo, la ansiedad y el estrés son actitudes que ponen en alerta al organismo, pero el momento en que estas emociones no son controladas por el individuo se produce una cascada difícil de frenar que puede llevar a una consecuencia más severa como es la depresión.

A continuación se explica cada emoción según actúa en el organismo de la persona en función de cómo es regulada por ella.<sup>9</sup>

### 1. Miedo-ansiedad

La experiencia de dolor, sobre todo en los cuadros agudos, se encuentra muy ligada al miedo y a la ansiedad. Se trata de situaciones anímicas distintas pero ambas influyen negativamente en la sensación de dolor.

El miedo se desarrolla a consecuencia de un peligro inmediato lo que el sujeto convierte en un acto de defensa como podría ser la retirada. Las investigaciones revelan que el miedo tiene la capacidad de activar opioides endógenos pudiendo incluso inhibir el dolor ante un estímulo externo. Pero experiencias de miedo repetidas en el tiempo podrían dar lugar a la ansiedad, la cuál intensifica el dolor y provoca que la emoción primaria deje de ser adaptativa.

La ansiedad, en cambio, aparece como consecuencia del adelanto del sujeto a la situación lo que le lleva a observar e incluso esquivar como respuesta defensiva pasiva. La ansiedad anticipatoria y el miedo asociado al dolor se transforman en emociones desadaptativas si el dolor se mantiene en el tiempo, mostrando una correlación neurofisiológica que se expresa en el funcionamiento cerebral.

Estas respuestas emocionales se encuentran en la base del modelo psicológico de "miedo-evitación", que puede darnos una explicación a cerca de la transición que se produce de dolor agudo a crónico. Se trata de un concepto que se desarrolló sobre todo para el modelo de las lumbalgias.

En esta teoría debemos tener presente el miedo como componente principal en la normalización de las sensaciones con respecto al dolor. El miedo juega un papel importante a la hora de interpretar de manera cognitiva el dolor como un peligro o influyendo en procesos atencionales como es la observación y vigilancia, pudiendo llevar al sujeto a adquirir una actitud de evitación que le limite en sus actividades de la vida diaria.

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

El sujeto entra entonces en un callejón sin salida en el que cree que la única solución posible para sus dolores es la limitación de la actividad, ya que desarrolla un miedo al movimiento culpándole de agravar de su situación y causarle su dolor. Por lo que si el paciente llega a esta situación podemos considerar el miedo como un factor que puede llegar a ser más incapacitante que el propio dolor.

Además si la evitación es mantenida en el tiempo provoca un desacondicionamiento músculoesquelético que reduce

aún más la tolerancia al dolor y disminuye los intentos por superar las limitaciones funcionales aumentando así a incapacidad.

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.

### 2. Estrés emocional

El estrés emocional surge de un conjunto de factores que provocan la sobreactivación del sistema nervioso autónomo. Estos síntomas asociados pueden ser físicos o cuadros de ansiedad y depresión.

Existe una investigación a cerca de la incapacidad producida por lumbalgias en sujetos que presentaban un estado anímico con alto nivel de estrés. Se trata de un estudio prospectivo que se llevó a cabo durante doce años. El resultado fue que los sujetos que padecían estrés tenían más riesgo de incapacidad por dolor lumbar siempre y cuando tuvieran episodios previos de lumbalgia. Todo ello coincide con investigaciones previas que concluyen que el estrés emocional aumenta el riesgo de incapacidad lumbar ocupacional.

### 3. Depresión

La depresión es un estado anímico muy habitual en los sujetos que padecen dolor, pudiendo influir en una mayor percepción de su intensidad, en la pérdida de funcionalidad e incluso suponer un riesgo de cronicidad. La persona que sufre depresión experimenta desesperanza, anhedonia, estado de ánimo negativo, insomnio y otros síntomas que explicamos en el siguiente apartado con el fin de poder comprenderla mejor.

Se estima que un 52% de los pacientes con dolor persistente cumplen con el criterio de diagnóstico para depresión. Además si tomamos la depresión como un antecedente psicológico previo, de los que hemos comentado anteriormente, la enfermedad que sufre el paciente se vería asociada a peores resultados en su rehabilitación.

## Depresión

### Epidemiología

De acuerdo con los datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad la depresión representa uno de los motivos primarios de discapacidad<sup>10</sup>:

- Repercute a unos 121 millones de personas a nivel mundial.
- Una de cada cinco personas a lo largo de su vida padecerá un trastorno depresivo, agravándose en el caso

de que se vincule con otras circunstancias como estrés o comorbilidad.

- Menos del 25% de las personas que desarrollan depresión tendrán posibilidad de recibir las terapias adecuadas.

### Definición

La depresión es un estado anímico representado por una suma de emociones en su mayoría afectivas como son apatía, anhedonia, tristeza patológica, desesperanza, irritabilidad, decaimiento o sentimientos de malestar e impotencia para llevar a cabo las actividades del día a día. Los factores cognitivos, somáticos y volitivos también influyen en el estado de depresión, por lo tanto estamos ante una afectación tanto psíquica como física enfocándonos más en las emociones afectivas.

A la hora de diagnosticar un cuadro depresivo hay que poner especial atención en la información que podemos obtener de la simple observación del paciente fijándonos en su apariencia y aspecto personal, su dificultad psicomotriz, nivel de su tono de voz, rasgos de tristeza, llanto fácil, bajo nivel de atención, pensamientos negativos y pesimistas (culpabilidad, hipocondría...) alteraciones del sueño y dolores no específicos. Para diferenciar si estamos ante un cambio patológico debemos analizar la continuidad de la clínica, su gravedad y el nivel de desgaste social y funcional.

La depresión es fácilmente identificable en la práctica clínica pero, muy frecuentemente, viene asociada con otras patologías psíquicas. De este modo es habitual que la depresión se relacione con trastornos como la ansiedad o venga acompañada de otras actitudes patológicas como es el abuso de alcohol o drogas. Los trastornos de conducta alimentaria y de personalidad también pueden cursar con cuadros depresivos y la relación entre ambos puede ser muy perjudicial ya que pueden verse afectados negativamente de manera recíproca.

La depresión puede aparecer en todas las etapas de la vida siendo más habitual entre los quince y cuarenta y cinco años, debido a ello influye mucho en la educación, productividad, funcionamiento y relaciones personales. Los síntomas dependen de los años de la persona que la padece, a menor edad afecta más al comportamiento, y a mayor edad son más frecuentes los síntomas somáticos.<sup>10</sup>

### Factores de riesgo

En el adulto la depresión puede verse influida por varios factores como son los genéticos, psicológicos, biológicos y ambientales. Existen algunos factores anatómicos que pueden explicar la depresión como, el tamaño diferente del hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se le atribuye a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, estrés, inflamación o incluso vulnerabilidad genética. La alteración de la serotonina puede relacionarse con depresión en personas vulnerables, o la etiología vascular parece estar ligada a la depresión tardía.<sup>18</sup>

Analizamos los factores de riesgo más destacados a continuación:

### 1. Demográficos

La proporción suele ser mayor en áreas rurales que en áreas urbanas.

### 2. Biológicos

- *Enfermedad orgánica:* Son varias las enfermedades que se han relacionado con la depresión en el adulto mayor de 65 años. Varias investigaciones avanzan sobre la comorbilidad de la depresión con enfermedades como las vasculares, cerebro-vasculares, cardio-vasculares, cardio-metabólicas, ansiedad, dolor y desórdenes-neuropsiquiátricos o diabetes.
- *Deterioro funcional:* En adultos mayores la pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio suele ser algo habitual. La fragilidad de los mayores suele traducirse en una limitación funcional la cuál está relacionada con la depresión y los sentimientos de inutilidad.
- *Deterioro cognitivo:* Son muchas las líneas de investigación abiertas a cerca de la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión. La depresión puede ser un signo de demencia incipiente y algunos pacientes que sufren depresión permanecer sin síntomas mientras no tienen demencia.
- *Insomnio:* Al igual que los trastornos cognitivos el insomnio guarda gran relación con la depresión, pero puede convertirse en un factor o un efecto. Los estudios apuntan a que ambas patologías pueden estar relacionadas.

### 3. Sociales

Podemos relacionar varios factores sociales con la depresión cómo son:

- El aislamiento: puede provocarla o agravarla, e influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida.
- Situaciones de riesgo social, baja condición socio económica y menor calidad de vida.
- El dolor y las enfermedades crónicas están muy relacionadas también con la depresión cómo vemos en este trabajo.

### 4. Económicos

Como hemos nombrado anteriormente la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, la persona con bajos ingresos económicos tiene mayor probabilidad de encontrarse triste, y esto puede suceder a todas las edades. Las crisis económicas de los países pueden afectar directamente al estado anímico del paciente, pues la economía propia puede verse de manera objetiva pero tiene también una implicación subjetiva importante. Una quiebra financiera puede ser interpretada de dos formas totalmente diferentes según la persona afectada. Por lo tanto las variables subjetivas como la autoestima de

la salud, la satisfacción con la vida y la situación económica deben considerarse a la hora de tratar con el paciente deprimido.<sup>18</sup>

### Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).<sup>10</sup>

#### *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)*

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 → Episodio depresivo leve
- F32.1 → Episodio depresivo moderado
- F32.2 → Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 → Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 → Otros episodios depresivos
- F32.9 → Episodio depresivo, no especificado

Es imprescindible que el episodio depresivo haya transcurrido en un periodo mínimo de dos semanas y que se deñ al menos dos de los tres de los aspectos que se exponen a continuación:

- Tendencia a ánimo depresivo.
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.
- Aparición recurrente de la fatiga.

### Ansiedad

#### Definición

La ansiedad es uno de los trastornos principales que nos encontramos en las consultas de atención primaria, pero no suele presentarse sólo, lo normal es que curse junto con otros trastornos psicológicos y psicósomáticos. Por todo ello la ansiedad es una de las piezas principales cuando hablamos de psicopatología, es el problema mental más habitual en los trastornos psiquiátricos.

Como la ansiedad es un concepto muy usado en psicología, su uso generalmente ha estado asociado a la utilización de diversos términos relacionados, como son el miedo, la fobia, la angustia y el estrés. Podemos diferenciar los conceptos de miedo y ansiedad atendiendo a su definición y a aquello con lo que ambos se asocian. La ansiedad la identificamos como una emoción difusa, parecida al estado de alerta sin ningún estímulo externo en particular que le lleve a esa situación, sin embargo el miedo sí que aparece a causa de una amenaza en particular. Es verdaderamente difícil hacer una clara diferenciación entre ambos, pues hay oca-

siones que es complicado identificar los estímulos externos que desencadenan ambos estados. También puede suceder que dichos estímulos sean de tipo interoceptivo (internos), de manera que son más difíciles de identificar por el paciente.

En 1972 Epstein hizo distinción entre ambos estados, miedo y ansiedad, atendiendo a la acción que desencadenaba cada uno de ellos. La ansiedad puede considerarse como una respuesta emocional de miedo no resuelto o de activación sin un rumbo específico tras percibir el estímulo de amenaza externo. Sin embargo el miedo provoca un comportamiento de evitación tras captar la señal de peligro.<sup>11</sup>

### Componentes de la ansiedad

#### 1. El triple sistema de respuesta

El estado de ansiedad suele aparecer acompañado de tres sistemas de respuesta, también llamados modos o componentes, éstos son los siguientes:

A. *Subjetivo-cognitivo*. Conocido a su vez como verbal-cognitivo. Es un sistema de respuesta asociado a la experiencia interna propia. Se compone de numerosos factores vinculados con la percepción y el análisis subjetivo de los estímulos y estados relacionados con la ansiedad. Por lo tanto a este componente perteneces las experiencias de miedo, alarma, pánico, preocupación, inquietud, obsesiones, aprensión, pensamientos intrusivos, etc. La persona que sufre ansiedad experimenta de manera subjetiva un estado emocional no agradable, cualitativamente diferente de la ira y la tristeza, semejante a la emoción anteriormente nombrada que es el miedo. El componente subjetivo se trata de un elemento central ya que sin él la ansiedad no tendría valor clínico.

B. *Fisiológico-somático*. Se trata de un componente biológico que provoca cambios fisiológicos durante el estado de ansiedad cómo puede ser un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede ser reflejado tanto en cambios externos como puede ser la sudoración, dilatación de pupilas, palidez facial, aumento de la tensión muscular, etc; como en cambios internos como podría ser la aceleración respiratoria y cardíaca, la disminución de saliva, etc. Unos son capacidades funcionales corporales que podrían ser controladas voluntariamente como la defecación, respiración, agitación, etc; y otros a funciones involuntarias o medio voluntarias como palpitaciones, temblor, vómitos, etc. La experiencia subjetiva percibida de estos cambios orgánicos suele ser molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

C. *Motor-conductual*. Son los sistemas de respuesta observable de conducta que incluyen factores como la expresión facial, movimientos o posturas corporales y, sobre todo se relacionan con el resultado de escape, evitación y huida.<sup>11</sup>

## 2. Disociación entre los sistemas de respuesta

Numerosas investigaciones consideran que las modalidades del sistema de triple respuesta podrían no estar unidas, lo que da lugar al fenómeno de fraccionamiento de respuestas. Son muchas las críticas y preguntas que se encuentran alrededor del sistema de triple respuesta y su asincronía entre los tres modos que lo componen.

Sin embargo, el área científica aprueba la disociación entre los tres tipos de respuesta. Se abre una línea de estudio influida por este fenómeno que investiga patrones o perfiles de respuesta diferenciales en sujetos que presenten trastorno de ansiedad. Por todo ello se indican perfiles cognitivos fisiológicos y conceptuales según el predominio de los distintos sistemas.

Existen diferentes niveles en los que se confirma la relevancia de los perfiles de respuesta:

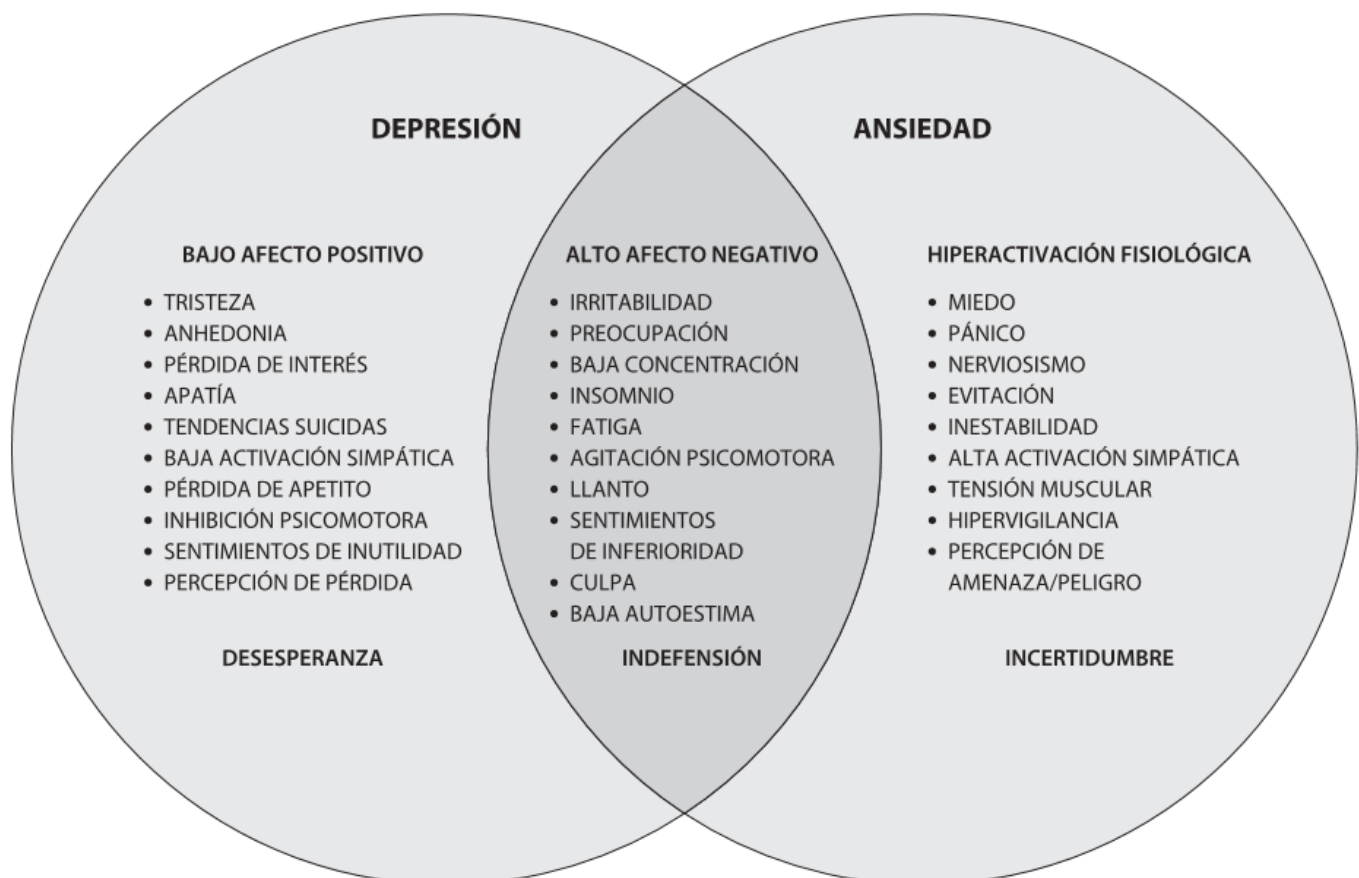
- A nivel diagnóstico: dividir al conjunto de pacientes.
- Implementación de tratamientos: mayor eficacia del tratamiento maximizando la consonancia perfilterapia, por ejemplo en un paciente que presente un perfil cognitivo puede maximizarse el beneficio terapéutico incluyendo técnicas de reestructuración cognitiva.
- Pronóstico: a mayor concordancia mejor pronóstico terapéutico.<sup>11</sup>

## Comorbilidad depresión y ansiedad

Los términos de depresión y ansiedad recogen unas emociones que les hacen estar particularmente unidos. Aunque algunos autores han llegado a decir que la ansiedad y la depresión son factores de un trastorno único, ciertamente existen más evidencias que indican lo contrario, la ansiedad y la depresión son patologías muy distintas. La verdad es que en ocasiones la depresión y la ansiedad comparten síntomas o pueden dar lugar a un trastorno común, lo que supondría lo que denominamos trastorno mixto de ansiedad-depresión.

Entre los autores se ha barajado la posibilidad de que exista un síndrome propio específico, mixto de ansiedad y depresión. La delimitación de una categoría independiente de este tipo podría tener importantes implicaciones psicopatológicas y terapéuticas.

La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los depresivos es muy alta. Es muy frecuente que sujetos que presentan trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico o de ansiedad, entren también en el perfil del trastorno de depresión mayor. El terapeuta suele encontrarse ante diferentes situaciones en las que puede ocurrir que se muy fácil diferenciar ambos trastornos para establecer un diagnóstico principal o, existen casos en los que los síntomas de ansiedad y depresión se comparten hasta tal nivel que decidir el diagnóstico primario es una tarea



**Ilustración 8.** Ansiedad y depresión: aspectos comunes y aspectos específicos. Basados en los autores Clark y Watson 1981, Ally y cols. 1990, y otras fuentes. Amparo Belloch. Bonifacio Sandín. Francisco Ramos. *Manual de Psicopatología volumen II. Segunda edición.* Madrid. Mc Graw-Hill. 2009.

muy complicada. El DSM-IV (APA, 1994) no incorpora una categoría precisa mixta de ansiedad-depresión, sí incluye la probabilidad de una alteración mixta de ansiedad-depresión dentro del trastorno de ansiedad no especificado en los casos que coexistan síntomas principales tanto de ansiedad como depresión, pero no se cumplan los requisitos para el diagnóstico de un trastorno concreto, de ansiedad o depresivo.

Por otro lado la CIE-10 sí contempla un trastorno mixto de ansiedad-depresión en los pacientes en que, encontrando síntomas de ansiedad y depresión, ninguno de ellos sobresalga explícitamente como para poder evidenciar un diagnóstico individual. Cuando se manifiesten ambos tipos de síntomas y sean lo bastante graves como para poder justificar un diagnóstico por separado, deben diagnosticarse la ansiedad y la depresión cómo un trastorno individual, en cuyo caso no debe emplearse el diagnóstico de la categoría mixta (OMS, 1992). La OMS refiere que es elevada la frecuencia con que los sujetos con presencia de síntomas leves de ambos trastornos, ansiedad y depresión, acuden a las consultas de atención primaria.

En el esquema que aparece a continuación figuran los vínculos que existen entre la ansiedad y la depresión apoyándose, por un lado, en el modelo y las aportaciones del autor Watson a cerca del concepto de afecto positivo y negativo y, por otro lado en la hipótesis de los autores Alloy, Kelly, Mineka y Clements (1990) sobre la interrelación entre la ansiedad y depresión según la teoría de la indefensión-desesperanza.

En el espacio sombreado de la ilustración 8 aparecen los factores comunes de la ansiedad y depresión. Las letras de mayor tamaño representan las variables básicas relacionadas con ambos modelos: el modelo tripartito (arriba) y el modelo de indefensión-desesperanza (abajo). Los síntomas emocionales, somáticos y cognitivos se ajustan entre los conceptos de ambas teorías.<sup>11</sup>

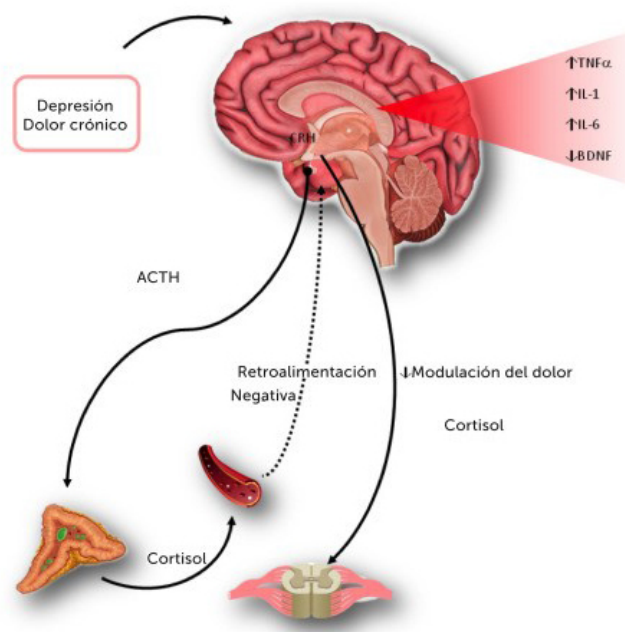
### Depresión, ansiedad y dolor crónico

Como ya hemos dicho el dolor puede llevar al paciente a un estado de aletargamiento que le provoque un efecto negativo en su estado de ánimo y le produzca pensamientos catastróficos, bien porque el dolor le incapacita para realizar las tareas habituales de su día a día, o bien porque el dolor es de una intensidad no tolerable.

Los procesos de dolor crónico, desde una visión psicológica, son provocados por estímulos somáticos y físicos o por niveles de tensión significativos.

Al mismo tiempo que existe una afección física también tiene lugar un proceso funcional como una reacción fisiológica al estrés que se traduce en contractura en la musculatura, incremento de la sensibilidad de los receptores de dolor e hiperactividad vegetativa. Según van evolucionando estos procesos los agentes primarios que provocaron el dolor van perdiendo importancia mientras que los sistemas psicológicos de cronificación van consiguiendo poder. Es entonces cuando los efectos del síntoma de dolor pueden volverse una causa para sostener los síntomas.<sup>12</sup>

En la imagen que tenemos a continuación podemos observar cómo un estresor provoca un aumento de cortisol que llevará al cuerpo a realizar a una serie de reacciones para conseguir disminuir el dolor. Si todo este proceso se mantiene el tiempo el cuerpo perderá su capacidad para producir analgesia y podemos encontrar aquí una posible explicación fisiológica de cómo el dolor se va transformando en persistente para el organismo.



**Ilustración 9.** Un estresor crónico activará el HHA y aumenta la liberación de cortisol. Cristian Fuentes, Lina Ortiz, Álvaro Wolfenson, Gabriela Schonfeldt. Dolor crónico y depresión. Revista médica clínica Las Condes. Vol. 30, p 459-465. Nov-Dic. 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300902>

El mantenimiento del estímulo da lugar a la pérdida de la retroalimentación negativa. La liberación constante de cortisol provoca cambios desadaptativos que desregulan los factores de la inflamación. El incremento de citoquinas reduce el Factor Neutrónico Derivado del Cerebro (BDNF) y la neurogénesis influyendo de manera negativa en la transmisión monoaminérgica. La vía descendente del dolor, que necesita monoaminas, pierde el poder de inducir analgesia.<sup>12</sup>

### Fenómeno de neurosensibilización

Por otro lado se ha mostrado en estudios recientes que, en la depresión, la ansiedad y el dolor crónico, tienen lugar procesos de neurosensibilización. Se trata de un fenómeno análogo al kindling que ha sido descrito en la epilepsia. Se trata de un incremento constante de la reactividad neural, que comparte orígenes neurológicos con la depresión y el dolor crónico, por ejemplo los cambios en la expresión genética y los cambios neuropilásicos.

Hay investigadores que consideran la neurosensibilización como el fundamento de una etiología común del dolor crónico, la depresión y los trastornos de ansiedad, en todos los casos se produce un proceso fisiopatológico

en el que las manifestaciones son asociadas primariamente a circunstancias endógenas, y tendrán menos importancia factores estresantes externos como enfermedades dolorosas, traumatismos y/o estrés psicosocial. Son aspectos que inicialmente desencadenan el proceso en un sujeto genéticamente vulnerable.<sup>13</sup>

La neurosensibilización provoca que los síntomas clínicos sean cada vez más automáticos, constantes y graves, tanto en la depresión como en el dolor. Como se muestra en la ilustración 10.

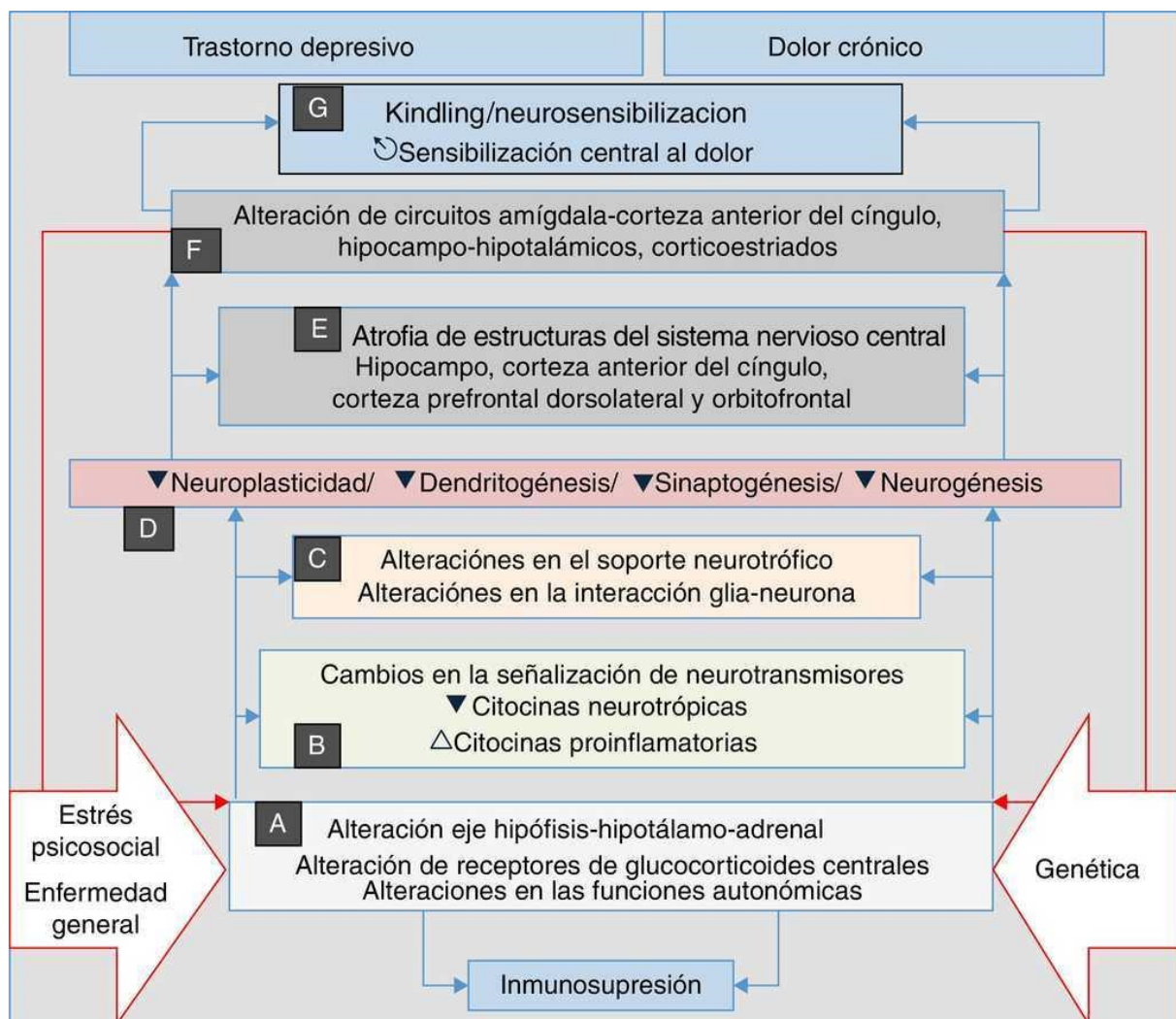
En el esquema se representan la enfermedad, el estrés y los factores genéticos como factores que causan los procesos que confluyen en manifestaciones clínicas de ansiedad, depresión, insomnio y dolor. Comienzan con alteraciones autonómicas y en el eje neuroendocrino (A) que desencadenan cambios neuroquímicos (B) y en el soporte trófico (C), lo cual genera alteraciones microestructurales (D) y posteriormente macroestructurales (E) y funcionales (F), con lo que se establece un complejo patológico (G) que puede ser común a las 4 manifestaciones clínicas. Obsérvese la perpetuación del fenómeno psicopatológico por la influencia de (F) en (A) (líneas dobles rojas).<sup>13</sup>

### Comorbilidad depresión, ansiedad y dolor crónico

Si atendemos a las investigaciones podemos observar que la depresión y la ansiedad pueden agravar las sensaciones de dolor, lo que conlleva también a empeorar el insomnio. El dolor y el insomnio, en conjunto, aumentan los síntomas de ansiedad y depresión. Cuando confluyen la depresión, la ansiedad, el insomnio y el dolor se produce una situación clínica complicada en la que todas las combinaciones son posibles.

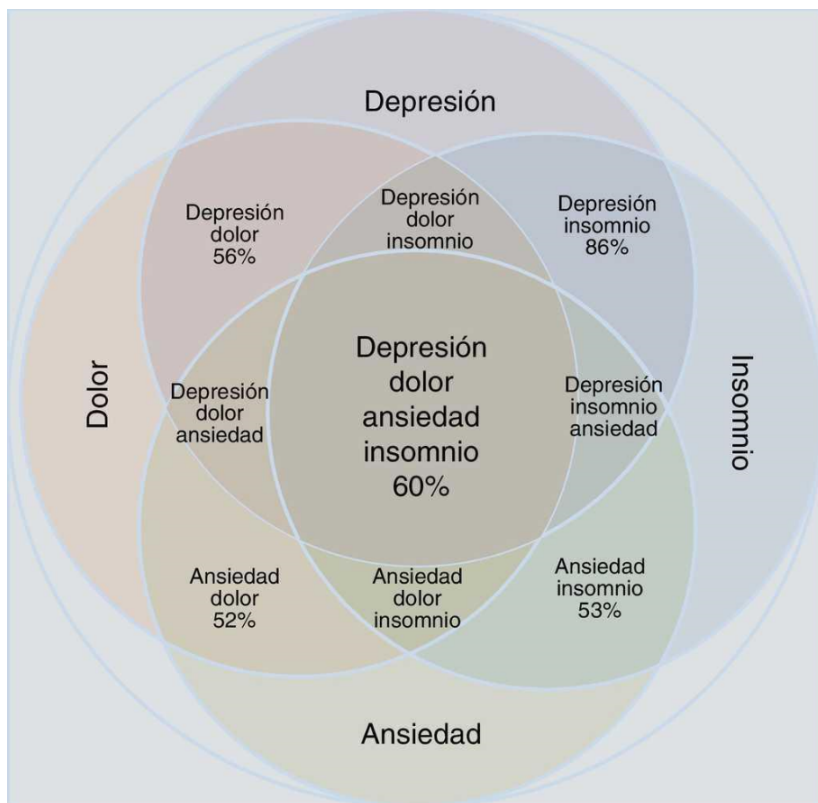
Por todo ellos se hace necesario que el terapeuta tenga en cuenta todos los factores de las relaciones depresión-ansiedad e insomnio-dolor para valorar correctamente las posibilidades de tratamiento y mejoría de los pacientes.<sup>13</sup>

La Medicina encuentra un apoyo en la Psicología de la Salud en el razonamiento e intervención sobre los efectos perceptivos específicos del dolor y su efecto psicosocial. Los estados emocionales negativos de depresión, ansiedad e ira suelen ser los más habituales entre los pacientes con dolor crónico. La investigación de estas emociones en estos pacientes se ha centrado en analizar su influencia tanto en la génesis como en el mantenimiento de la en-



**Ilustración 10.** Neurosensibilización en el trastorno depresivo y el dolor crónico. César A. Arango-Dávila y Hernán G. Rincón-Hoyos. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista colombiana Psiquiatría*. Vol. 47. N° 1. pp. 46-55. Enero/marzo 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-trastorno-depresivo-trastorno-ansiedad-dolor-S0034745016301202>





**Ilustración 11.** Aproximación acorde con los datos epidemiológicos de la concomitancia, el solapamiento y la comorbilidad del trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad en relación con las manifestaciones de dolor e insomnio. César A. Arango-Dávila y Hernán G. Rincón-Hoyos. *Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común.* Revista colombiana Psiquiatría. Vol. 47. Nº 1. pp. 46-55. Enero/marzo 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiQUIATRIA-379-articulo-trastorno-depresivo-trastorno-ansiedad-dolor-S0034745016301202>

fermedad. La mayor parte de los estudios concluyen que la ansiedad y la depresión son las psicopatologías más vinculadas con el dolor crónico.<sup>20</sup>

En la siguiente imagen se muestran las relaciones entre todos los aspectos descritos y cómo influyen y se complementan unos con otros dando lugar a complejos trastornos que es necesario desengranar para poder llegar a comprenderlos de una manera acertada.

En la imagen encontramos todas las posibles combinaciones, los porcentajes hacen alusión a estimaciones epidemiológicas de comorbilidad. También podemos apreciar el pequeño espacio que abarcan las entidades individuales con respecto al conjunto fusionado.

**OBJETIVOS**

**Objetivo**

- Descubrir los aspectos psicológicos que se esconden detrás del dolor crónico.

**Objetivos específicos**

- Aprender la fisiología y los aspectos psicológicos del dolor.
- Aprender cómo evaluar y cuantificar el dolor.

- Conocer el trastorno de la depresión y la relación que guarda con el dolor crónico.
- Conocer el trastorno de ansiedad y la relación que guarda con el dolor crónico.
- Conocer la comorbilidad del dolor crónico con el trastorno de depresión y ansiedad.
- Conocer los posibles tratamientos para los pacientes que padecen dolor crónico junto con algún trastorno psicológico.

**METODOLOGÍA**

Se realiza la revisión de la evidencia científica en la base de datos de Google Scholar introduciendo los términos de la tabla que aparece a continuación:

Palabras clave	Ítems
Dolor crónico y psicología	5
Dolor crónico y depresión	6
Dolor crónico y ansiedad	3
Tratamiento dolor crónico, ansiedad y depresión	5
Dolor crónico	4

Se seleccionan únicamente aquellos artículos que sirven para la revisión de nuestro estudio, con la peculiaridad de que, al cambio de la palabras claves de búsqueda, algunos de los artículos aparecen de nuevo. También se realiza búsqueda en libros de texto de Psicología.

## DESARROLLO

### Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con dolor

#### Datos recogidos en clínicas

Según un estudio de revisión bibliográfica sobre la depresión y el dolor realizado por los autores: Matthew J. Bair; Rebeca L. Robinson, Wayne Katon; Kurt Kroenke. Las tasas de prevalencia promedio (rango) de la depresión presente en pacientes identificados con dolor según el contexto del estudio son las siguientes:

- En clínicas de dolor o programas de dolor para pacientes hospitalizados: 52% (1.5% -100%);
- En clínicas psiquiátricas o consulta psiquiátrica: 38% (6% -64%).
- En clínicas ortopédicas o clínicas de reumatología (excluyendo estudios centrados en fibromialgia o artritis reumatoide): 56% (21% -89%).
- En clínicas dentales que abordan el dolor facial: 85% (35% -100%).
- En clínicas de ginecología que abordan el dolor pélvico crónico en pacientes con laparoscopia: 13% (12% -17%).

- En entornos poblacionales: 8% (4.7% -22%).
- En clínicas de atención primaria: 27% (5.9% -46%).

Además, cuando consideramos que la depresión tiene una etiología de la afección del dolor las tasas de depresión aumentan del 12% al 32% y del 32,4% al 56,8%, respectivamente.<sup>14</sup>

#### Datos recogidos en estudios

Algunas investigaciones se han centrado en la asociación entre la depresión y el dolor, abordando concretamente cómo puede aumentar el riesgo de depresión en función de diferentes aspectos que pueden empeorar el dolor, como puede ser la gravedad de la situación del paciente, la frecuencia con la que lo padece, según el dolor se alargue en el tiempo o en función del número de síntomas que presente.

Los pacientes con ansiedad y dolor tienden a prestar más atención a las sensaciones corporales e identificar síntomas físicos, perciben el dolor con más intensidad, presentan menos tolerancia al dolor y refieren más ansiedad y pensamientos catastróficos que los pacientes que padecen dolor crónico sin ningún cuadro de ansiedad.

Llegaron a la conclusión de que los pacientes con múltiples síntomas de dolor, como puede ser espalda, abdomen, cabeza, etc. Tienen más probabilidades de padecer depresión que aquellos pacientes que no presenten dolor.

El estudio de G. Magni, M. Marchetti, C. Moreschi, H. Merskey y S.Luchini (1993) basado en la población nos habla

TRASTORNO	COMORBILIDAD	PROPORCIÓN
Fibromialgia	Trastorno depresivo mayor	20-80%
	Trastorno de ansiedad	13-63,8%
	Trastorno de ansiedad moderado-grave	38%
	Trastorno depresivo moderado-grave	27%
Dolor neuropático	Trastorno depresivo mayor	34%
	Trastorno de ansiedad	25-59,4%
Dolor lumbar crónico	Trastorno depresivo	26%
Migraña	Trastorno depresivo	48%
Síntomas dolorosos persistentes	Trastorno de ansiedad generalizada	60-93%
Síntomas físicos dolorosos	Trastorno depresivo	93,5%
	Trastorno depresivo con síntomas dolorosos como causa de consulta	72,4%

**Ilustración 12.** Proporción entre la comorbilidad de depresión y ansiedad con síndromes dolorosos crónicos. César A. Arango-Dávila y Hernán G. Rincón-Hoyos. *Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común.* Revista colombiana Psiquiatría. Vol. 47. N° 1. pp. 46-55. Enero/marzo 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-trastorno-depresivo-trastorno-ansiedad-dolor-S0034745016301202>

de que los sujetos con dolor crónico tienen 3 veces más probabilidades de presentar una depresión que aquellos sin dolor.

La asociación entre la depresión y el dolor se fortalece a medida que aumenta la gravedad de cualquiera de las afecciones. Por ejemplo, a medida que aumenta la intensidad del dolor, los síntomas depresivos y los diagnósticos de depresión se vuelven más frecuentes. Del mismo modo también ocurre que a medida que los síntomas de depresión aumentan las quejas de dolor son informadas con mayor frecuencia.

En 2006 Dersh, Gatchel y colaboradores investigan a sujetos con patología de columna e incapacidad crónica ocupacional (n = 1329) para detectar el predominio de patología psiquiátrica. Los datos que obtuvieron fue que el 65% de los sujetos presentaba alguna alteración psicológica. Entre los trastornos psicológicos más comunes que se observaron estaban la depresión mayor con un 56%, la ansiedad con un 11% y el abuso de sustancias con un 14%.

Según un artículo de revisión de César A. Arango-Ávila y Hernán H. Rincón-Hoyos nos muestran datos de la relación que existen entre depresión, ansiedad y dolor crónico. Atendiendo a dolores específicos como la fibromialgia, el dolor neuropático, el dolor lumbar crónico, la migraña, los síntomas físicos dolorosos persistentes. En la siguiente tabla se muestra la relación de todos ellos con los porcentajes de los casos que comparten el dolor específico con el trastorno depresivo o de ansiedad.<sup>13</sup>

### Posibles terapias de tratamiento del dolor crónico

Podemos entonces plantearnos que el dolor crónico tiene un efecto psicológico sobre el sujeto que lo padece, por lo general un efecto negativo como puede ser la depresión y la ansiedad. Entonces podríamos plantearnos que si afrontamos el dolor desde la psicología también podamos mejorar sus efectos negativos.

Las intervenciones psicológicas ocupan una parte muy importante para el tratamiento del dolor. La terapia psicológica se considera un elemento importante de la asistencia médica y también es empleada con éxito en pacientes que presentan alguna alteración somática.

Los componentes psicosociales son decisivos para determinar el tiempo que durará el dolor y, por lo tanto, saber cuándo el paciente podrá recobrar su actividad normal de la vida diaria. Para todo ello es necesaria la intervención psicológica en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico.

La combinación de la rehabilitación psicológica con la terapia convencional del dolor y cuidados básicos mejora significativamente el estado emocional negativo y la calidad de vida de los pacientes. Aplicar entrenamiento en rehabilitación psicológica puede incrementar el manejo del dolor y mejorar todo el proceso terapéutico, pudiendo acortar el tiempo de tratamiento y aliviar los síntomas del dolor con más rapidez. Como nos hablan en su estudio Linna Hao, Guihua Li, Liu Yang, Lieying Yang y Louyis Petridis, en el que estudiaron a 118 pacientes con dolor crónico divididos en dos grupos, grupo de control y grupo de intervención, este último es el

que recibió tratamiento psicológico junto con las terapias convencionales de dolor. Llegaron a la conclusión de que los cambios en los niveles de emociones negativas, como la ansiedad y la depresión y la mejoría en la calidad de vida fue mayor en el grupo de intervención al que se le aplicó rehabilitación psicológica que en el grupo de control el cual no recibió ningún tipo de tratamiento psicológico.<sup>19</sup>

A continuación se plantean diferentes terapias posibles para abordar el tratamiento de pacientes que sufren dolor crónico junto con algún trastorno depresivo y/o de ansiedad.

### Bioretroalimentación y activación física y fisiológica

Entre los procesos físicos que mejor resultado producen en el paciente nos encontramos con la bioretroalimentación y la activación física y psicológica. Los pacientes que padecen dolor crónico a menudo son envueltos por una sensación de impotencia de poder hacer algo sobre su dolor. Muchas terapias fracasan, y cada intento fallido provoca que el paciente se vuelva más pasivo y entre en un estado de desesperación, ansiedad y depresión.<sup>15</sup>

Uno de los objetivos principales de las terapias de dolor psicológicas debe ser disminuir en el paciente ese sentimiento de impotencia. La participación activa suele suponer una difícil barrera por parte del paciente sobre todo cuando éste no puede manejarse activamente. Ésto sucede cuando nos planteamos como objetivo principal de la terapia la eliminación del dolor, una meta demasiado optimista que podría volverse en contra de la terapia provocando en el paciente una profunda desilusión en el caso de que no se consiga el objetivo llegando a producir un impacto de largo alcance en todas las áreas de su día a día.

Es primordial que el paciente acepte su situación, que no es lo mismo que resignarse a ella, de manera que se enfrente a unos objetivos asumiendo sus limitaciones. El planteamiento de objetivos personales por parte del paciente sería una buena herramienta para luchar contra la depresión y la ansiedad, no olvidando que dichos objetivos deben ser flexibles para evitar el dolor y la frustración que supondría no poder cumplirlos. Los objetivos podrían ser los siguientes:

- No dejar la lucha contra dolor.
- Mantener una confrontación realista del dolor.
- Trabajar el interés en las actividades diarias positivas.

Podemos aplicar terapias psicológicas que se rigen según los principios de la teoría de aprendizaje, la cuál propone las siguientes pautas:

- Darle confianza al paciente dejándole que encuentre sus propios límites en las actividades diarias como andar, sentarse, subir escaleras, etc. Todo ello sin que se produzca un incremento de dolor.
- Formar un equipo paciente y terapeuta para ir fijando las diferentes fases del tratamiento de manera que decidan de forma conjunta los aumentos graduales de nivel y el establecimiento de objetivos intermedios y, sobre todo, realistas.

- La medicación debe ser consumida de acuerdo a un horario y no únicamente cuando es necesaria.
- Gradualmente confronte situaciones que creen ansiedad (por ejemplo, levantar objetos pesados, movimientos de rotación o repentinos).
- El terapeuta debe educar al paciente para que los cambios de conducta no sucedan sólo cuando el terapeuta lo ordene si no que se enseñen a través de información cuidadosamente redactada.

La terapia psicológica debe ser combinada con el trabajo de los equipos interdisciplinarios, con un concepto de tra-

tamiento biopsicosocial que no haga distinción entre los componentes somáticos y psicológicos, sino que ambos sean tratados al mismo tiempo. Los procedimientos médicos y fisioterapéuticos también deben tenerse presentes en las intervenciones psicológicas.

A continuación se presenta una lista de intervenciones psicológicas y sus objetivos de terapia habituales. Los objetivos se refieren tanto a la terapia de grupo como individual. Las intervenciones pueden ser usadas dentro del contexto de varias terapias y requerir niveles diferentes de maestría psicológica, como se muestra en la siguiente tabla de la ilustración 13.

Intervenciones psicológicas y objetivos de terapia			
Intervención	Objetivos terapéuticos	Contexto del tratamiento	Experiencia en psicología necesaria
Capacitación del paciente	Educar, es decir, ampliar la teoría de dolor subjetiva del paciente (la integración de aspectos psicosociales)	Medicina general	+
Manejo de medicamentos	Reducir medicamentos. Usar el medicamento correcto y prevenir el mal uso	Medicina general	++
Capacitación en relajación	Aprender como usar la relajación para enfrentarse con el dolor y la tensión	Psicólogo + fisioterapeuta	+
Optimización de recursos	Analizar y reforzar los recursos propios para enfrentarse con el dolor	Medicina general	+
Regulación de la actividad	Optimizar los niveles de actividad (equilibrio entre descanso y actividad); reducir la evasión motivada por miedo y aumentar el nivel de actividad	Médico + psicólogo / psiquiatra	++
Dolor y afrontamiento	Optimizar las capacidades para afrontar el dolor	Psicólogo / psiquiatra	++
Compromiso de los cuidadores	Implicar a los cuidadores del paciente en objetivos alcanzables de terapia	Medicina general	+
Mejora de auto-observación	Encontrar una conexión personal entre el dolor y eventos internos ó externos, que pueden ayudar a establecer modos de controlar el dolor. Analizar condiciones que aumentan el dolor y el estrés	Psicólogo / psiquiatra	+++
Manejo del estrés	Aprender herramientas sistemáticas de solución de problemas y como enfrentarse con el estrés	Psicólogo / psiquiatra	+++
Aprender cómo disfrutar actividades	Fortalecer actividades que el paciente disfrute y le guste hacer	Medicina general/ fisioterapeuta	+
Comunicación	Cambiar la comunicación inadecuada del dolor y la interacción	Medicina general ó psicólogo	+
Desarrollo de perspectivas para el futuro	Desarrollar perspectivas realistas para el futuro (profesional, privado) e iniciar planes de acción	Medicina general	+
<b>Terapias especiales</b>			
Reestructuración cognitiva	Modificar cogniciones catastróficas y depresivas	Psicólogo / psiquiatra	+++
Bio-retroalimentación	Aprender cómo activar funciones específicas motoras y neuronales (nervios vegetativos y centrales) y aprender mejor auto-regulación	Psicólogo	++++
Restauración funcional	Restaurar la funcionalidad privada y profesional; reducir la percepción subjetiva de daño y el movimiento relacionado con la ansiedad	Interdisciplinario: médico ortopédico + fisiólogo	++++
• Bajo (+) a alto (++++).			

**Ilustración 13.** Tabla intervenciones psicológicas y objetivos de la terapia. Harald C. Traue, Lucía Jerg-Bretzke, Michael Pfingstein y Vladimir Hrabal. *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. Capítulo 4: Factores psicológicos del dolor crónico. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Editado por Andreas Kopf y Nilesh B. Patel. IASP SEAT-TTLE. 2010. Disponible en: [https://fundaciongada.org.ar/wp-content/uploads/2016/02/GuidetoPainManagement\\_Spanish.pdf#page=37](https://fundaciongada.org.ar/wp-content/uploads/2016/02/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf#page=37)*

## Tratamiento con humor

A estas alturas ya no podemos descartar que un porcentaje de pacientes que padezcan dolor crónico verán afectado su estado de ánimo viéndose mermado debido a la incapacidad que provocan los síntomas en el sujeto. Esta relación de la parte física de la persona con su parte psicológica nos abre un gran abanico de posibilidades a la hora de buscar técnicas con las que aliviar el dolor crónico y conseguir así que los síntomas disminuyan y mejore la calidad de vida del paciente.

Se plantea el humor cómo medio para ayudar en la analgesia del paciente. Son numerosos los estudios que han investigado acerca del humor cómo técnica de afrontamiento para el dolor crónico.<sup>16</sup>

### 1. Definición de humor

Haciendo una breve definición de humor podemos entenderlo como una característica humana, universal y transcultural, aunque actualmente no es posible encontrar una definición común que incluya las distintas características y fenómenos asociados al humor.

El humor puede considerarse de dos maneras distintas:

- *Como estado*: fenómeno actual y de duración determinada.
- *Como rasgo*: fenómeno habitual persistente en el tiempo.

### 2. Tipos de humor

También podemos atender a diferentes tipos de humor según un estudio realizado por Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir (2003) en el que se habla de cuatro estilos de humor que aparecen en diversos grupos y culturas:

- *Humor afiliativo o social*: facilita la relación con otras personas
- *Humor de auto-afirmación*: facilita la regulación de emociones negativas y su afrontamiento
- *Humor agresivo*: está vinculado con las emociones de hostilidad e ira.
- *Humor descalificativo*: autonombrarse con expresiones despectivas y cínicas.

El humor de auto-afirmación es también considerado "humor amortiguador" o humor de afrontamiento pues se ha considerado como una cualidad resiliente que actúa cómo amortiguador del estrés y se relaciona con una mejor adaptación ante él mismo.

### 3. Referencias

Analizando diferentes estudios que abordan la investigación de la utilización del humor para combatir el dolor nos encontramos con diferentes resultados:

- Algunos afirman que el humor de autoafirmación permite alejarse de la situación amenazante haciendo posible

cambios en la valoración de la misma, lo que generaría menor impacto e podría incrementar las emociones positivas, relacionándose a su vez con una mejora en la calidad de vida. Cann y Etzel (2008); Erickson y Feldstein (2007); Kuiper y Nicholls (2004)

- Kuiper y Harris (2009); Martin, (2003) también coinciden en que el estilo de humor de autoafirmación se asocia con un cambio de perspectiva más positiva de los síntomas físicos.

A pesar de los resultados positivos obtenidos en los múltiples estudios nombrados, los autores apuntan a que sería necesario seguir creando nuevas líneas de investigación en las que se analicen qué componentes del humor deben ser incluidos en estas terapias y estudiar la eficacia de los mismos en la adaptación al dolor crónico.

Estos hallazgos suponen un paso muy importante en el alivio de los pacientes que padecen dolor junto con alguna afectación psicológica, se trata de una posible ayuda que maneja su situación desde una perspectiva cómoda, pero no menos potente, y puede suponer un paso inicial importante en su recuperación.<sup>16</sup>

### Tratamiento desde las emociones positivas/negativas

Existen estudios, como el de Mayne, 1999; Petrie et al. 2004, que demuestran la influencia de las emociones negativas en la patología física dando lugar a que el paciente adopte una actitud negativa ante su enfermedad provocando el incremento de sus quejas con respecto a los síntomas.

La adaptación al dolor por parte del paciente se ve muy influida por el efecto, el cuál es un claro indicador emocional. El afecto negativo puede llegar a incrementar el dolor, puede inducir en el paciente una actitud pesimista ante la vida que dificulte su adaptación.

Por otro lado los investigadores Pressman y Bach, 2012; Seebach et al. 2011, concluyen en sus estudios que el afecto positivo está directamente relacionado con el bienestar físico. Las emociones positivas influyen en el paciente con dolor crónico jugando un papel muy importante en las reacciones que éste experimenta ante el dolor consiguiendo disminuirlo. Mejora el bienestar del sujeto gracias a la regulación de varios sistemas como los estados de ánimo negativos y el fortalecimiento del apoyo social (Tugade, 2011).

Estas investigaciones proporcionan una valiosa línea por la que seguir avanzando en la comprensión de cómo son capaces de adaptarse al dolor crónico los sujetos que lo padecen. Por lo tanto es importante plantearse el papel de las terapias psicológicas positivas para próximos estudios con el fin de poder mejorar la calidad de vida de los pacientes. Así podríamos conseguir que el dolor no supusiera el centro de la vida del individuo y se fomentaría su focalización en los factores positivos de su vida. En estas reflexiones encontramos la importancia de investigar la influencia de las características positivas que benefician a los pacientes en su lucha por enfrentarse y adaptarse a la adversidad del dolor crónico.<sup>16</sup>

## Tratamiento farmacológico

Es muy común encontrarnos hoy en día con pacientes que han acudido a consulta por algún tipo de dolor que persiste en el tiempo y han salido de la consulta con una receta de algún medicamento antidepressivo. Por otro lado también es común que ese medicamento haya conseguido disminuir el dolor por el que el paciente acudió a la consulta lanzando al aire una pregunta:

*¿El tratamiento farmacológico para la depresión mejora el dolor?<sup>14</sup>*

Los informes anecdóticos señalan que cuando la depresión se trata con éxito, los síntomas somáticos del paciente, más concretamente las molestias por dolor, también resultan ser aliviadas.

En un estudio se realizó un ensayo clínico de 6 semanas en el que se comparó fluoxetina con placebo, los pacientes ambulatorios con depresión mayor que fueron tratados con medicación activa tuvieron un efecto significativo, mejoraron en la salud funcional, incluidos los síntomas dolorosos, en comparación con el grupo placebo.

Por otro lado, un ensayo que investigó un programa de manejo colaborativo para la depresión en comparación con la atención habitual mostró significativamente menos síntomas de somatización en el seguimiento, pero ningún efecto de intervención significativo sobre los síntomas del dolor.

También encontramos un metaanálisis del uso de antidepressivos en el tratamiento de síndromes de síntomas y síntomas inexplicables donde se demostró que la mejoría de los síntomas generalmente no se correlaciona con la respuesta a la depresión en los estudios donde se evaluaron tanto el dolor como la depresión. Solo un tercio de los estudios mostró una mejoría en los síntomas físicos junto con la respuesta a la depresión.

Del mismo modo, una revisión de la terapia cognitivo-conductual para los síntomas somáticos mostró un efecto sobre los síntomas somáticos que parecían, al menos en parte, independientes de un efecto sobre la angustia psicológica. Varios estudios han examinado el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en síndromes de dolor como la neuropatía diabética y fibromialgia, pero pocos de ellos han evaluado los cambios tanto en el dolor como en la depresión.

Existen otros estudios que sugieren que la combinación de antidepressivos junto con la terapia cognitiva conductual puede resultar beneficioso en el tratamiento de pacientes con depresión y dolor crónico.

Es evidente que los fármacos producen una respuesta positiva en algunos pacientes reduciendo no sólo su problema de bajo estado anímico si no que también encontramos una reacción beneficiosa en la mejoría de su estado físico. Por lo tanto encontramos aquí otra evidencia de que el estado psicológico y el estado físico de una persona guardan una estrecha relación, por lo que a la hora de buscar una solución a los problemas que puedan surgir en nuestro organismo, sea cual sea el estado que se vea afectado, no hay que olvidar esta relación.<sup>14</sup>

## Tratamiento con mindfulness

### Definición de mindfulness

Se trata de un técnica meditativa que data de hace ya más de dos mil quinientos años y que ha sido transmitida por religiones y tradiciones espirituales. La meditación es definida cómo el proceso a través del cuál el sujeto observa y toma consciencia de lo que sucede en su cuerpo y en su mente a cada instante, aceptando las experiencias que se presentan tal y cómo éstas son.

Esta práctica fue enseñada por Buda, y lo que busca es desprenderse del sufrimiento y las emociones negativas. Según la tendencia budista la felicidad y el sufrimiento dependen directamente de nuestra propia mente y no de circunstancias externas.

Hoy en día es habitual encontrar la técnica de mindfulness incorporada a diferentes modelos de psicoterapia, en investigaciones de neurofisiología y también en la educación, donde muchos profesores la ven como una herramienta educativa.

Durante la práctica del mindfulness la persona debe ser capaz de identificar sus pensamientos, sensaciones y emociones, sin juzgarlas, debe focalizar toda su atención en el presente, en lo que hace y siente. Todo ello se realiza con el fin de pasar de la reactividad de la mente, de respuestas automáticas e inconscientes, a respuestas controladas y conscientes, y así coger el control.<sup>17</sup>

### Componentes del mindfulness

1. Atención al momento presente.
2. Apertura a la experiencias.
3. Aceptación: muy importante para que el sujeto trabaje en conductas adaptativas sobre su situación actual en la que se encuentran presentes el dolor, la depresión o la ansiedad. La aceptación supone un primer paso para dejar de lado las conductas desadaptativas.
4. Dejar pasar: componente muy importante para enfermos para intentar desprenderse de la idea negativa que rodea a sus síntomas.
5. Intención: tener un objetivo personal o propósito para motivarnos y comenzar a movernos hacia él.

### Psicoterapias y mindfulness

Encontramos numerosas terapias basadas en mindfulness o algunas que incluyen los componentes anteriormente explicados. Algunas de estas terapias son:

1. *Psicoterapia gestáltica*: su creador es el psiquiatra y psicoanalista Fritz Perls. Su principal lemas es "aquí y ahora".
2. *Terapia Conductual Dialéctica (TCD)*: creada por la psicóloga Marsha Linehan. Terapia dirigida sobre todo a personas con Trastorno Límite de Personalidad o con Adicciones y Trastornos de Conducta Alimentaria. Se basa sobre todo en la aceptación y el cambio.

3. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*: creada por Hayes. Nos habla de fusión cognitiva refiriéndose a la tendencia a que el conocimiento verbal domine otras fuentes de regulación conductual.
4. *Terapia Breve Relacional (BRT)*: desarrollada por Safran y Mura. Esta terapia se caracteriza por una manera particular de abordar las sesiones individuales y por usar estrategias de resolución de las rupturas de la alianza terapéutica.
5. *Reducción del Estrés basado en Mindfulness (MBSR)*: creado por Jon Kabat-Zinn. Se trata de un programa muy pionero que se utiliza como complemento en algunos hospitales al tratamiento de enfermedades susceptibles de producir estrés, como puede ser una psoriasis, fibromialgia, etc. Su duración es de ocho semanas en las que se trabajan los componentes anteriormente nombrados de mindfulness en la meditación, junto con ejercicio físico, Hatha Yoga.
6. *Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)*: creada por Segal, Williams y Teasdale. Trabaja en los pensamientos negativos y catastróficos de los pacientes que han superado una depresión crónica para evitar su recaída.

#### Aplicaciones clínicas del mindfulness

El mindfulness en la actualidad es una técnica en continuo crecimiento que, además de trabajar directamente con el dolor, el estrés y la mejora en la calidad de vida hoy en día es empleada en numerosas aplicaciones clínicas como son: el estrés-díster, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, la somatización, el dolor, el abuso de sustancias, el trastorno de conducta alimentaria, los trastornos de personalidad, el cáncer, la enfermedad cardiovascular, etc.

A continuación se desarrollan las cinco aplicaciones más importantes en referencia a este trabajo en las que aparece la evidencia científica de cada una de ellas:

1. *Estrés-Díster*: existen diferentes estudios que han investigado la efectividad del MBSR, anteriormente explicado, que concluyen que es moderadamente efectivo para reducir el estrés.
2. *Trastornos del estado de ánimo*: Klainin-Yobas, Cho y Creedy (2012), realizaron un metaanálisis para evaluar el éxito de las terapias basadas en mindfulness en pacientes con patologías mentales y síntomas depresivos. Los resultados fueron positivos y propusieron usar las intervenciones basadas en mindfulness en conjunto con otros tratamientos.  
El papel preventivo del MBCT en la recidiva de pacientes con depresión mayor recurrente fue estudiado por Piet y Hougaard. Llegaron a la conclusión de que la MBCT ayuda en la prevención de recidivas ya que interrumpe el patrón de pensamiento rumiador en el momento de riesgo de recaídas.
3. *Trastornos de ansiedad*: el investigador Hoge en 2013 estudia a 39 sujetos con TAG para analizar la eficacia del entrenamiento en MBSR. Los datos obtenidos demostraron

una importante disminución de la ansiedad pudiendo afirmar que la MBSR puede ser útil para reducir síntomas ansiosos en TAG, así como disminuir la reactividad al estrés. Otro estudio realizado por Evans (2008) también llegó anteriormente a la misma conclusión en este caso con la técnica MBCT con la que se redujeron síntomas de ansiedad y depresivos respecto a la línea basal.

4. *Somatización*: en una revisión sistemática realizada por Lakha y Schofield (2013), evaluaron la eficacia de las terapias basadas en mindfulness con respecto al dolor, la ansiedad, la depresión y la severidad de los síntomas asociados con la somatización, viendo cómo la calidad de vida de los pacientes mejoraba. Llegaron a la conclusión de que las intervenciones basadas en mindfulness podrían haber sido útiles para tratar algunos aspectos del trastorno de somatización.
5. *Dolor*: Reiner, Tibi y Lipsitzen (2013) realizaron un estudio de revisión a cerca de la disminución del dolor gracias a la aplicación de terapias basadas en mindfulness. Hallaron resultados positivos de alivio del dolor crónico en pacientes que habían sido tratados con terapias de mindfulness, pero sin una evidencia concluyente debido a que existen otras revisiones y metaanálisis que apuntan a que no son suficientes los datos para poder afirmar que el mindfulness intervenga directamente en el dolor.<sup>17</sup>

#### Tratamiento fisioterapéutico

Como ya hemos visto el tratamiento ideal para el dolor crónico debe plantearse desde una perspectiva multidimensional. Es importante influir sobre todas las aferencias psicológicas, sociales y biológicas. Desde la Fisioterapia se manejan herramientas útiles en el tratamiento del dolor desde su lado físico y biológico, teniendo como finalidad la regeneración del daño tisular que esté provocando el dolor en el paciente. Gracias a la recuperación de la lesión también conseguiremos efectos positivos en los factores psicológicos y sociales del dolor crónico.<sup>21</sup>

A nivel general, para realizar un tratamiento de fisioterapia con éxito se plantean los siguientes objetivos:

- Disminuir el dolor y reducir la inflamación
- Trabajar la funcionalidad el miembro lesionado: manteniendo o aumentando su recorrido articular y fuerza muscular.
- Mantener y aumentar la sensibilidad y propiocepción.
- Ayudar al paciente a su reinserción social y laboral consiguiendo su independencia en la realización de sus actividades de la vida diaria (AVDs).

#### DISCUSIÓN

Queda demostrado lo conocido y a la vez desconocido que puede llegar a ser el término "dolor". Su parte científica ha sido y es estudiada y aceptada por todos los investigadores y terapeutas que trabajan con él en su día a día, sin embargo, su parte psicológica, aunque estudiada y en

procesos de investigación, no es igual de aceptada, dando lugar a la controversia y discusión.

El primer factor psicológico del dolor que hoy por hoy continúa siendo muy difícil de controlar de manera exacta es su intensidad. Las escalas y cuestionarios nos dan una pista muy importante para lograr cuantificarlo de la manera más exacta posible pero, no podemos nunca dejar a un lado el componente subjetivo que las condiciona de la mano del paciente que esté realizando el test.

El afrontamiento psicológico del dolor, es decir, las respuestas emocionales que éste despierta en el sujeto que lo padece, también son muy difíciles de controlar. Podemos encontrarnos dos sujetos que presentan la misma sintomatología, según nuestra clínica, y uno de ellos mostrarse muy alegre y optimista mientras que el otro puede estar envuelto en la tristeza y los pensamientos catastróficos. De nuevo nos encontramos con el factor subjetivo de la mano del paciente que presenta el cuadro de dolor. No podemos controlar la parte emocional con la que el paciente va a responder ante el dolor pero sí investigar sobre las situaciones o factores comunes que se repiten en aquellos pacientes con dolor crónico que terminan presentando algún tipo de trastorno psicológico.

Debido a la parte psicológica del dolor que hemos visto que lo acompaña, su tratamiento se ve inevitablemente condicionado por ese lado emocional y subjetivo. Podemos investigar qué terapias funcionan mejor estadísticamente pero siempre con la condición de que serán las emociones del paciente las que dicten el resultado.

En la era actual que vivimos están resurgiendo terapias, más conocidas con el nombre de prácticas, como son la meditación, yoga, mindfulness, etc. Todas ellas tienen un denominador común que es el trabajo interior con uno mismo, ayudan a que la persona consiga aprender a frenar su mente para así poder adentrarse en sí mismo y poder conocerse mejor, pudiendo dejar de prestar atención a todo lo que supone un día rutinario y, normalmente, estresante. Gracias a la realización de estas prácticas se puede conseguir un estado de calma que indirectamente ayuda tanto a los pacientes que sufren dolor como a los que no. También repercuten positivamente en las investigaciones y estudios del dolor, pues la capacidad de que los sujetos que participan en el estudio puedan conocerse e identificar mejor su estado tanto físico como emocional es un paso muy importante para poder llegar a comprender el funcionamiento del dolor en todas sus facetas.

Es largo el camino que queda por recorrer con respecto a la psicología que envuelve el dolor crónico, pero la línea que siguen las investigaciones les hace estar cada día un poco más cerca de su análisis y comprensión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bautista Sánchez SG, Jiménez Santiago A. Epidemiología del dolor crónico. Archivos en medicina familiar. Artículo de revisión. Vol.16(4)69-72. 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144c.pdf>
2. Juan del Arco. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Elsevier. Vol. 29, nº 1. Págs. 36-43. 2015. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
3. Bautista Sánchez SG, Jiménez Santiago A. Epidemiología del dolor crónico. Archivos en medicina familiar. Artículo de revisión. Vol.16 nº4. pp 69-72. 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144c.pdf>
4. F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. Scielo. Oncología (Barcelona) vol. 28 nº 3. 2005. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci_arttext&lng=en)
5. M.T. Vicente-Herrero, S. Delgado-Bueno, F. Banderés-Moya, M.V. Ramírez-Iñiguez de la Torre, L. Capdevilla-García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Vol. 25, nº 4. Madrid jul/ago 2018. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462018000400228](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228)
6. Dra. Lina Ortiz Msc, Dra. Maritza Velasco. Dolor crónico y psiquiatría. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 28, issue 6, Nov.-Dic. 2017. Pp 866-873. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301438>
7. L. Simons, I. Elman, D. Borsook. Psychological Processing in Chronic Pain: A Neural Systems Approach. Neurosci Biobehav. Rev., 2. pp. 61-78. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3944001/>
8. Jenny Moix Queraltó. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anuario de Psicología. Vol 36, nº 1. Págs. 37-60. 2005. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61806/75658>
9. Margarita González, A. PS. Dolor crónico y psicología: actualización. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 25. pp 610-617. Julio 2014. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700811>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guía Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto. Avalia-t. Edición 2014.
11. Amparo Belloch. Bonifacio Sandín. Francisco Ramos. Manual de Psicopatología volumen II. Segunda edición. Madrid. Mc Graw-Hill. 2009.
12. Cristian Fuentes, Lina Ortiz, Álvaro Wolfenson, Gabriela Schonfeldt. Dolor crónico y depresión. Revista médica clínica Las Condes. Vol. 30, p 459-465. Nov-Dic. 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300902>



13. César A. Arango-Dávila y Hernán G. Rincón-Hoyos. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista colombiana Psiquiatría*. Vol. 47. nº1. Págs. 46-55. enero/marzo 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-trastorno-depresivo-trastorno-ansiedad-dolor-S0034745016301202>
14. Matthew J. Bair, MD, MS; Rebecca L. Robinson, MS; Wayne Katon, MD; Kurt Kroenke, MD. Depression and Pain Comorbidity. *American Medical Association*. Vol.163; pp 2433-2445. 2003. Disponible en: [https://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1453/1453400\\_bair.pdf](https://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1453/1453400_bair.pdf)
15. Harald C. Traue, Lucía Jerg-Bretzke, Michael Pflingstein y Vladimir Hrabal. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. Capítulo 4: Factores psicológicos del dolor crónico. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Editado por Andreas Kopf y Nilesh B. Patel. IASP SEATTLE. 2010. Disponible en: [https://fundaciongada.org.ar/wp-content/uploads/2016/02/GuidetoPainManagement\\_Spanish.pdf#page=37](https://fundaciongada.org.ar/wp-content/uploads/2016/02/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf#page=37)
16. S. Sánchez-Espinar, C. Ramírez-Maestre, M. Correa-Guerra, G.T. Ruiz-Párraga, E. Serrano Ibáñez, A.E. López Martínez, R. Esteve. Humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de salud*, ISSN-e 2386-2300, ISSN 0214-6118, vol. 4, nº 1, 2016. Págs. 93-129. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5816457>
17. Edgar R. Vásquez-Dextre. Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Vol 79. nº1. Lima. 2016. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100006&script=sci_arttext&lng=pt)
18. Diego Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. Vol. 29. Nº 3. Lima. Julio 2018. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2018000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009)
19. Linna Hao, Guihua Li, Liu Yang, Lieying Yang y Louyis Petridis. Influencia del entrenamiento en rehabilitación psicológica de las emociones negativas y calidad de vida en pacientes con dolor crónico. *Revista Argentina Clínica Psicológica*. Vol. 25. nº 1. Págs. 99-106. 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989011.pdf>
20. Yamila Ramos Rangel, Adela Rosa Santana Morfa, Anais Marta Valladares González, Laura López Angulo y Mónica González Brito. Relación entre estados emocionales y variables en pacientes con dolor crónico lumbar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 33. nº 2. Abril-junio 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200003)
21. Santivañez Arauzo, GC. Enfoque fisioterapéutico en el dolor crónico. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima. Noviembre 2018. Disponible en: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4535/TRABSUFICIENCIA\\_SANTIVA%c3%91EZ\\_GABRIELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4535/TRABSUFICIENCIA_SANTIVA%c3%91EZ_GABRIELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**#ESHEBAREMA** **BECA ÚNICA**  
 En ESHE queremos demostrar la validez de nuestra formación

<b>MÁSTER UEMC</b>	<b>719€</b>	<b>EXPERTOS</b>	<b>225€</b>
<b>MÁSTER UI1</b>	<b>615€</b>	<b>ESPECIALISTAS</b>	<b>355€</b>



COMPARTÉ tu experiencia y benefíciate de esta beca única 

Más info en: [www.eshe.es](http://www.eshe.es)