



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Recibido: 16/02/2017. Aceptado: 04/05/2017

PSIQUIATRÍA Y DOLOR CRÓNICO

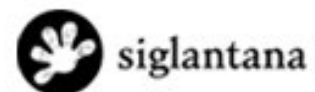
PSYCHIATRY AND CHRONIC PAIN

Pedro A. Marina González

Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Psiquiatra. Centro de Salud Mental La Corredoria. Oviedo

Correspondencia: Pedro A. Marina González, C/ Alfredo Blanco S/N. 33011 Oviedo. Tfno: 984 18 93 75. Fax: 985 11 79 90. E-mail: pepaz@telecable.es

Declaración de Conflicto de Intereses: Como autor del artículo "Psiquiatría y dolor crónico", que ha sido aceptado para su publicación en el nº 1 de la revista psicosomática y Psiquiatría, por la presente declaro: -Que no estoy afectado por ningún conflicto de interés. -Que el artículo no contiene material previamente publicado. **Pedro A. Marina.**



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1):70-80.



RESUMEN

El dolor es actualmente el fracaso de la analgesia. Disponemos de un conjunto amplio de estrategias, procedimientos y medicamentos para manejar el dolor y hacerlo tolerable. Sin embargo, algunas personas padecen un dolor que no encuentra alivio, muchas sin causa conocida. Numerosos escritos del siglo XIX y XX ponen de manifiesto el interés de la psiquiatría por el dolor crónico sin lesión. Pero hoy en día la dedicación de los psiquiatras a este tema se ha reducido: en un estudio poblacional europeo sobre el dolor, los psiquiatras son escasamente citados como médicos participantes en su tratamiento. ¿Por qué? Se identifican dos razones. La primera, ausencia de una nosografía integradora: las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales no son capaces de articular los síntomas dolorosos en un contexto psicopatológico. La segunda, el auge de las interpretaciones neurobiológicas que conducen a un dualismo mal entendido: si hay dolor debe haber una explicación biológica (mecánica) que bastará con identificar para poner un tratamiento eficaz. En consecuencia, si la psiquiatría quiere recuperar su rol en el abordaje del dolor debe volver a considerarlo como un fenómeno también mental. Además, necesita un marco psicopatológico que supere las limitaciones de la psiquiatría operacional de las clasificaciones internacionales. En este sentido, la psicopatología fenomenológica es una alternativa, puesto que recoge las experiencias del paciente vividas en primera persona y busca captar las formas sutiles de vivencia y conducta que constituyen el objeto psiquiátrico esencial, ambas imprescindibles para valorar los matices de la experiencia dolor en cada paciente.

Palabras clave: Dolor crónico; Psiquiatría; Psicopatología; Fenomenología.

ABSTRACT

Pain is currently the failure of analgesia. We have a comprehensive set of strategies, procedures, and drugs to manage pain and make it tolerable. However, some people suffer pain without relief, many of them with no known cause. There are numerous documents of the nineteenth and twentieth centuries that highlight the interest of psychiatry in chronic pain without injury. But nowadays the dedication of psychiatrists to this subject has been reduced: in a recent European population study on pain, psychiatrists are rarely cited as participating physicians in pain management. Why? Two reasons are identified. First, absence of an integrative nosography: the international classifications of mental disorders have not been able to frame the painful symptoms in a psychopathological context. Second, the peak of neurobiological interpretations that lead to a misunderstood dualism: when there is pain there must be a biological (mechanical) explanation, you just have to identify and treat it. Consequently, if psychiatrists wants to recover its role in the approach to pain, it must re-consider it as a phenomenon also mental. In addition, they need a psychopathological framework that overcomes the limitations of operational psychiatry of the international classifications of mental disorders. In this sense, phenomenological psychopathology, which gathered the patient's experiences lived in the first-person perspective, may be able to capture the subtle forms of experience and expression that constitute the "psychiatric object.", essential for assessing the singularities of the pain experience in each patient.

Key words: Chronic pain; Psychiatry; Psychopathology; Phenomenology.



DOLOR Y ANALGESIA

El dolor es actualmente el fracaso de la analgesia. Tras años de estudio e investigación sobre la fisiopatología del dolor, de las vías de transmisión de las sensaciones dolorosas y los factores moduladores de las mismas, se dispone de un conjunto amplio de estrategias, procedimientos y medicamentos para manejar el dolor y hacerlo tolerable. De este modo, parece que el dolor ha sido domesticado. Continúa siendo imprescindible para la vida como señal de alarma, pero la medicina puede dominarlo en aquellas ocasiones en que resulta inoportuno.

Alrededor de estos conocimientos se ha organizado un saber médico especializado que procura una satisfactoria analgesia en la mayoría de las ocasiones en que se precisa. Así, el dolor, un fenómeno asociado a numerosos procesos morbosos y procedimientos médicos y quirúrgicos, y, por tanto, uno de los más destacados objetos de atención de la medicina a lo largo de su historia, ha ido perdiendo aspereza.

En paralelo a este devenir, los aspectos mecánicos del dolor se han colocado en el primer plano de atención, mientras los componentes emocionales pierden relevancia. Los esfuerzos se dirigen especialmente a domeñar las sensaciones dolorosas porque las técnicas actuales permiten tener éxito en la mayoría de los casos. La premisa es razonablemente clara y sencilla: sin dolor no hay aflicción. De este modo, sin abandonar la concepción multidimensional del dolor vigente desde que Melzack y Wall (1965) formularon la teoría de la compuerta, hay más interés por los aspectos sensoriales que por los emocionales, cognitivos y psicosociales.

PSIQUIATRÍA Y DOLOR

Sin embargo, algunas personas padecen un dolor que no encuentra alivio. En un reciente estudio poblacional europeo (Breivik et al., 2006) realizado en 15 países del continente (incluida España) e Israel, en el que se entrevistó a más de 46.000 personas, se encontró que el 19% de los encuestados tenían un dolor de más de 6 meses de duración, con un 60% que lo sufrían entre 2 y 15 años y un 20% que lo padecía más de 20 años. El 34% sufría un dolor severo (8-10 sobre 10) y el 66% moderado (5-7 sobre 10). El dolor afecta a la calidad del sueño y la sexualidad de quienes lo padecen, y limita a la mayoría para desempeñar las actividades propias de la vida social, laboral y familiar. Además, el 21% refería haber sido diagnosticado de depresión. Comparativamente, la población

española entrevistada presentaba tasas más elevadas de dolor severo (44%) y depresión (29%).

El estudio de Breivik et al. (2006) aporta también información acerca del perfil de los médicos que tratan a las personas con dolor. Los más citados son los médicos de cabecera (70%), seguidos de traumatólogos (27%), neurólogos/neurocirujanos (10%) y reumatólogos (9%). Los psiquiatras quedan reunidos en el apartado "Otros" (20%), junto con homeópatas, anestesiistas, cardiólogos, quiroprácticos, otorrinolaringólogos, gastroenterólogos, ginecólogos, hematólogos, oncólogos, oftalmólogos, cirujanos plásticos y urólogos. Lo que supone la constatación actualizada de la afirmación que Erwin Stengel (1965), profesor de psiquiatría en Sheffield (Inglaterra), pronunció en 1964 con motivo de la 39 Conferencia Maudsley ante el Royal College of Psychiatrists sobre dolor y psiquiatría, enunciando: "Es probable que si se pide a legos en el tema que enumeren a los médicos según su preocupación por el tratamiento del dolor, coloquen al psiquiatra, si es que lo mencionan, al final de la lista". Además, la escasa presencia de los psiquiatras españoles en los asuntos relativos al dolor crónico se pone de manifiesto en los documentos sobre fibromialgia (Díaz y Torres, 2011) y Dolor (Pérez et al., 2014) auspiciados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, redactados por grupos profesionales multidisciplinares en los que no hay psiquiatras. Solo en el documento sobre fibromialgia aparece una sociedad científica de psiquiatras entre las consultadas.

No obstante, la psiquiatría mantiene el interés por el dolor, como se puede comprobar en los esfuerzos dedicados al estudio de los síntomas somáticos que acompañan a muchos trastornos mentales, y de manera especial a la depresión. En efecto, numerosos trabajos han puesto de manifiesto que la depresión va acompañada frecuentemente de síntomas somáticos, siendo el dolor el más frecuente, demostrando que existe una contrastada relación entre depresión y dolor (Von Korff y Simon, 1996; Bair et al., 2003; Lepine y Briley, 2004; Caballero et al., 2008; Ohayon y Schatzberg, 2010; Agüera et al., 2011). Esta relación ha sido etiquetada por algunos autores como síndrome depresión-dolor (Lindsay y Wyckoff, 1981), entendiendo que comparten substrato biológico, se exacerban mutuamente y responden a tratamientos similares (Gallagher y Verma, 1999; Blier y Abbott, 2001). La hipótesis de que el dolor es un síntoma propio de un tipo de depresión sirve de teoría explicativa para aquellos cuadros en los que los síntomas



**TABLA I. Trastornos en los que el dolor se menciona como síntoma
 (no se incluyen los trastornos ficticios ni los que se agrupan bajo la denominación de "no especificados")**

CIE 10	DSM IV	DSM 5
T. de somatización	T. de somatización	T. de síntomas somáticos
T. somatomorfo indiferenciado	T. somatomorfo indiferenciado	T. de depresión mayor
T. hipocondriaco	Hipocondría	T. de pánico
Disfunción vegetativa somatomorfa	T. por dolor	T. de ansiedad generalizada
T. de dolor somatomorfo persistente	T. depresivo mayor	T. de dolor genitopélvico/penetración
T. de pánico	T. de pánico	
T de ansiedad generalizada	T. de ansiedad generalizada	
Neurastenia	Vaginismo	
Trastornos psicóticos	Dispareunia	
Episodios depresivos		
Vaginismo no orgánico		
Dispareunia no orgánica		

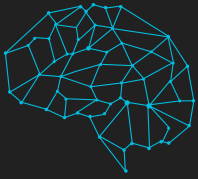
somáticos ocultan o mantienen en un segundo plano las expresiones anímicas. Tal es el caso de los "equivalentes depresivos" de López-Ibor (1979) o la "depresión enmascarada" de Walcher (1967), entre otros.

EL DOLOR EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Sin embargo, es difícil dar continuidad a ese interés si tenemos en cuenta que se carece de una nosografía integradora. En efecto, las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales no han sido capaces de articular los síntomas dolorosos en un contexto psicopatológico que trascienda de su circunscripción a los denominados trastornos somatomorfos. Si a esto añadimos el auge actual de las interpretaciones neurobiológicas, nos encontramos, por una generalización simplificadora, con la idea de que si hay dolor debe haber una explicación biológica (mecánica) que deja en un segundo plano los factores psicosociales predisponentes y las circunstancias emocionales desencadenantes. La premisa es sencilla: si hay un síntoma físico con un previsible sustrato orgánico bastará con identificarlo para darle un tratamiento eficaz. Pero, ¿será suficiente? ¿Cuál es la relación entre emoción y dolor?. ¿Puede una reacción emocional desencadenar dolor?

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su 10ª edición (OMS, 1992), recoge los cuadros en los que el dolor puede ser un síntoma preeminente en el grupo de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En cualquier caso, describe síntomas dolorosos en los siguientes trastornos: de somatización, somatomorfo indiferenciado, hipocondriaco, disfunción vegetativa somatomorfa, trastorno de dolor somatomorfo persistente, trastornos psicóticos, trastorno de pánico (dolor precordial), trastorno de ansiedad generalizada (tensión muscular), neurastenia, episodios depresivos, vaginismo y dispareunia no orgánica (**Tabla I**).

La CIE-10 describe como rasgo principal de los trastornos somatomorfos la presentación reiterada de síntomas somáticos sin encontrar justificación física o que cuando esta existe no explica la intensidad de aquellos. En la manera en que la CIE-10 perfila estos trastornos se aprecia una interpretación dualista mente-cuerpo que pone en evidencia cuando señala que "el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico" o cuando al enumerar los criterios para el trastorno de dolor somatomorfo persistente dice que "no deben incluirse los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia".



Así pues, y al margen de interpretaciones causales, la CIE-10 admite la presencia de síntomas dolorosos en las depresiones. Sin embargo, excluye al dolor de los criterios necesarios para el diagnóstico de los episodios depresivos en sus distintas intensidades (leve, moderado y grave) y lleva a las depresiones que cursan con dolor al epígrafe "otros episodios depresivos (F32.8)", con dos consecuencias: aparta al dolor de la psicopatología de las depresiones, e impide el diagnóstico de episodios reiterados de estas como trastornos depresivos recurrentes.

Por su parte, el DSM-5 (APA, 2014) intenta una declarada explicación monista. Para ello propone basar el diagnóstico de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados en los síntomas positivos y los signos más que en la ausencia de una explicación médica para los mismos. Es decir, se fija en la presencia de síntomas somáticos angustiantes y pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a aquellos. Pero al hacer esto pretende que el clínico sea indiferente a la causa de los síntomas y se fije solo en las emociones, ideas y conducta para calificar el trastorno, como si fuera lo mismo evaluar a pacientes que reaccionan a un dolor de origen conocido o desconocido.

Además, el DSM-5 sustituye la terminología al uso. Pretextando que el término "trastornos somatomorfos" del DSM-IV (APA, 1995) es confuso por el alto grado de superposición entre los trastornos y la falta de claridad en los límites de los diagnósticos, y que los médicos no psiquiatras encuentran aquellos difíciles de entender y utilizar (aceptando que las personas con estos problemas acuden principalmente a centros médicos distintos de los de salud mental), en el DSM-5 se les denomina trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Y bajo este epígrafe incluye: trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y relacionados especificados, y trastorno de síntomas somáticos y relacionados no especificados. En cuanto al dolor como síntoma, el DSM-5 lo incluye en los siguientes trastornos (sin incluir el facticio): trastorno de síntomas somáticos, trastorno de depresión mayor (menciona el dolor entre las características asociadas que apoyan el diagnóstico), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de dolor genitopélvico/ penetración (**Tabla I**). También recuerda que "es importante señalar que inicialmente algunos otros trastornos mentales pueden ma-

nifestarse principalmente por síntomas somáticos", poniendo como ejemplo al trastorno depresivo mayor y al trastorno de pánico. El DSM-5, a diferencia de la CIE-10, no hace una mención explícita a la posibilidad de que se presente dolor como síntoma en los trastornos psicóticos.

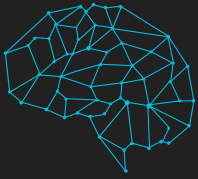
Así pues, si bien el DSM-5 en la Sección II (Criterios y códigos diagnósticos) hace una declaración de intenciones monista a la hora de interpretar los síntomas somáticos que se acompañan de una angustia y alteraciones anormales del comportamiento, pensamientos o sentimientos, no logra articular psicopatológicamente estos con los trastornos mentales donde aparecen con más frecuencia. Solo en el capítulo relativo a los trastornos de síntomas somáticos recoge que un número de factores puede contribuir a su presencia, entre los que están la vulnerabilidad genética y biológica, experiencias traumáticas tempranas (violencia, abuso,...), aprendizaje, así como las normas culturales/sociales que devalúan y estigmatizan el sufrimiento psicológico en comparación con el físico. Y concluye "por lo tanto, las presentaciones somáticas pueden ser consideradas como expresiones de sufrimiento personal dentro de un determinado contexto cultural y social".

Sin embargo, la Sección III del DSM-5 (Medidas y modelos emergentes) en el apartado Medidas de evaluación, al recoger propuestas para superar el diagnóstico categorial e intentar acercarse al dimensional, plantea evaluar lo que denominan "síntomas transversales", que serían aquellos que sin encajar de una forma clara en los criterios diagnósticos podrían tener un impacto significativo en el tratamiento y el pronóstico de las personas que los presentan. En este sentido señala 13 dominios psiquiátricos que deberían ser evaluados en todos los pacientes, entre los que se encuentran los síntomas somáticos y de manera destacada, el dolor.

Por tanto, aunque el DSM-5 deja intuir que el dolor es un síntoma a valorar durante la exploración psiquiátrica como una expresión del malestar, que puede buscar medios del cuerpo o de la mente, no propone cómo encajar este fenómeno en el conjunto de la patología del paciente. Paradójicamente, aunque es declaradamente monista, es la clasificación con menos trastornos mentales en los que el dolor se cita como un síntoma (**Tabla I**).

APROXIMACIONES TEÓRICAS AL DOLOR CRÓNICO

Karl Jaspers (1946) en la 5ª edición de Psicopatología General, cuando escribe sobre las sensaciones corporales



en los hechos psicósomáticos básicos, dice que "la mayoría de las personas no tienen frente a las sensaciones del cuerpo una tranquila actitud contemplativa, más bien aparecen falsificaciones por el miedo y otros procesos psíquicos". Y afirma: "De singular interés son los dolores. Los más violentos dolores pueden no ser sentidos [...] Por otra parte pueden aparecer violentos dolores sin base orgánica comprobable; tales dolores son entonces interpretables como símbolos, como medios inconscientes para un fin, como contenidos de la angustia".

Después de los años Trascorridos tras estas afirmaciones de Jaspers, ¿estamos en condiciones de decir algo más acerca de la relación emoción-dolor? ¿De dónde viene la opinión de Jaspers? Andrew Hodgkiss (1995) asegura que el dolor crónico sin lesión era ampliamente reconocido y teorizado en escritos médicos del siglo XIX. Las explicaciones que los estudiosos daban al fenómeno las agrupa en cuatro marcos conceptuales: neurosis, vías del dolor, cenestesia e ideodinamismos.

En el marco de la neurosis definida por Pinel, agrupando a los trastornos para los que no se había encontrado lesión estructural, existían dos corrientes de opinión: quienes asumían que la categoría iría desapareciendo a medida que las mejoras de las técnicas de observación permitieran detectar lesiones, y los que opinaban que siempre existirían síntomas somáticos inexplicables.

En el apartado de las vías del dolor están todos los autores que tuvieron como referencias los hallazgos del siglo XIX acerca de cómo se captaban y transmitían las experiencias sensoriales. Según Hodgkiss (1995), a pesar de su campo de interés, no ignoraban los aspectos psicológicos del dolor.

En 1794, el psiquiatra alemán Reil denominó cenestesia a la percepción del cuerpo de uno mismo. En su opinión, los fenómenos de dolor crónico representaban trastornos de cenestesia no corregidos por el juicio. Este pensamiento tuvo una notable influencia en la medicina psicológica británica, de modo que muchos de ellos, incluidos Tuke y Maudsley, compartían la opinión de que la excesiva asimilación del mundo subjetivo e interno de las sensaciones corporales daba lugar a los dolores y otras alucinaciones características de la histeria e hipocondría.

A finales del siglo XIX se abrió un intenso debate sobre el ideodinamismo: síntomas causados por ideas. En este sentido, Hodgkiss (1995) recoge el modelo psicofisiológico de Charcot, quien señaló que las creencias e ideas de un

paciente con respecto a la enfermedad podrían determinar la naturaleza y localización de los síntomas en la histeria, aunque solo en algunos constitucionalmente vulnerables. Por el contrario, Bernheim (Francia) y algunos miembros de la Society for Psychical Research (GB) defendían el modelo ideogénico, con experimentos en que provocaban dolor mediante sugestión en individuos sanos. Hodgkiss (1995) apunta que las diferencias entre Freud y Breuer con respecto al dolor crónico sin lesión reflejan posiciones diferentes respecto al ideodinamismo, Breuer seguía los pasos de Charcot, mientras Freud, siguiendo a Bernheim se tomaba muy en serio el contenido psíquico aunque también estaba a favor de la existencia de un sistema nervioso enfermo subyacente a la psicopatología.

En lo que respecta a nuestros días, se han producido notables avances a lo largo de los últimos cincuenta años sobre el conocimiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales implicados en el dolor. Así, la investigación en neurociencias ha permitido conocer mejor las bases de los mecanismos neurales y bioquímicos implicados en el procesamiento del dolor. Al igual que la transmisión de otros procesos neurales, la transmisión del dolor requiere una variedad de enzimas y moléculas, incluidos neurotransmisores, neuromoduladores, receptores y transductores, que dependen de la síntesis de proteínas. Para asegurar una transmisión sináptica normal es crucial que se produzca la síntesis de proteínas a partir del código genético, el transporte, almacenamiento, liberación y recaptación de neurotransmisores, la unión al receptor y todos los sucesos que la unión desencadena. Para lograr este complicado proceso se han identificado varias proteínas o péptidos implicados. Un mal funcionamiento de cualquiera de estos pasos podrá alterar la transmisión y percepción de la señal dolorosa (Gatchel et al., 2007). A partir de este conocimiento se han desarrollado aplicaciones clínicas, como agentes analgésicos para tratar el dolor crónico, y se han obtenido evidencias acerca de la patogenia compartida entre dolor crónico y depresión.

Pero la experiencia dolorosa no es solo sensorial. Actualmente se sabe que la experiencia dolorosa está compuesta de tres dimensiones: senso-discriminativa, afectivo-emocional y cognitivo evaluadora. Los tres componentes pueden ser valorados por separado pero son interdependientes (**Tabla II**). El dolor es una experiencia subjetiva que se describe siempre en términos sensoriales y afectivos, siendo numerosos los estudios que ponen de manifiesto el papel principal de esta

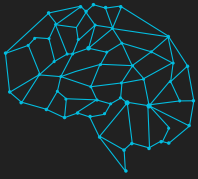


TABLA II. Manifestaciones de la interdependencia de las dimensiones sensorio-cognitivo-afectiva del dolor

El dolor es una experiencia subjetiva que se describe en términos sensoriales y afectivos
El estrés emocional puede ser un factor precipitante, modulador y/o perpetuador del dolor
La ansiedad y la depresión influyen en la severidad del dolor
El "dolor social" se expresa a través de los circuitos neurales del dolor

interrelación en la experiencia dolorosa (Robinson y Riley, 1999; Smeets et al., 2006; Keogh y Asmundson, 2004; Turk y Monarch, 2002).

Los componentes afectivos del dolor incluyen diferentes emociones negativas (depresión, ansiedad, ira). El afecto, al constituir una de las tres dimensiones del dolor, interactúa de distintas maneras con la experiencia sensorial. Así, el estrés emocional puede predisponer a experimentar dolor, actuando como un factor precipitante, modulador y/o perpetuador del dolor. En la literatura científica se pueden encontrar muchos estudios que ponen de manifiesto cómo los estados de ánimo modulan la intensidad del dolor que se siente así como la tolerancia al dolor agudo (Turk y Monarch, 2002). Por su parte, los niveles de ansiedad influyen en la severidad del dolor y también juegan un papel importante en la presentación de complicaciones posteriores a cirugía (DeGroot et al., 1997; Pavlin et al., 1998; Asmundson et al., 2000). Como se señala más arriba, depresión y dolor tienen una relación suficientemente contrastada.

Por tanto, la reunión de datos actuales indica que afecto y dolor van de la mano, pero desde una perspectiva monista, ¿dónde está el punto de concurrencia? Una acertada respuesta a esta pregunta la proporciona Eisenberger (2012) con sus estudios sobre las bases neurales de lo que denomina "dolor social". Con ellos llega a la conclusión de que las experiencias de rechazo, exclusión y pérdida social pueden ser descritas como "dolorosas" porque se expresan, en parte, a través de los circuitos neurales del dolor. En efecto, usando técnicas de neuroimagen en personas sometidas a modelos que desencadenan estados emocionales equivalentes a los que se producen cuando hay "dolor social", encontraron que estas personas, a diferencia

de los controles, presentaban un incremento de la actividad en la porción dorsal del córtex cingulado anterior y la parte anterior de la ínsula, lugares donde son procesados los componentes afectivos del dolor físico, y que los individuos que mostraban mayor actividad de estas áreas eran los que presentaban más indicadores de aflicción social. Además, las personas que tienen mayor sensibilidad a un tipo de dolor lo tienen también al otro, y los factores que aumentan y reducen un tipo de experiencia dolorosa se comportan igual con la otra. Por tanto, concluye, el "dolor social" puede causar tanta aflicción como el dolor físico (aunque no tenga una causa mecánica) y las experiencias sociales negativas tarde o temprano desencadenan una mayor sensibilidad al dolor físico (Eisenberger, 2012).

HACIA UNA RENOVADA PSICOPATOLOGÍA DEL DOLOR

A la luz de estos hallazgos, queda de manifiesto la íntima relación entre dolor emocional y dolor físico, de modo que hasta comparten una misma base neural. Siendo así, es necesario volver a contemplar, en los casos pertinentes, el dolor como un símbolo, como un fenómeno o síntoma mental. Y al hacerlo nos lleva a la siempre difícil tarea de conceptualizar el síntoma como fenómeno psicopatológico. Germán-Berrios (2000) afirma que la conducta psicopatológica está constituida por un conjunto caleidoscópico de síntomas y signos compuestos de dos componentes: una fuente biológica, que genera una alteración de la conducta, y una vertiente psicosocial, relacionada con la interpretación de esta alteración por el paciente y por el observador. La exploración psicopatológica intenta identificar los actos mentales anómalos para así conocer el origen de la alteración.

Ahora bien, la vertiente psicosocial ejerce una notable influencia sobre la significación que el paciente otorga al síntoma y, por tanto, sobre los términos en los que lo describe (actualmente el dolor es predominantemente expresado como una malestar físico), y también influyen en el marco teórico desde el que es valorado por el observador: el dolor es mayoritariamente interpretado por el psiquiatra como un fenómeno somático alejado de su campo de actuación. En este contexto, pasa inadvertido el consejo de Jaspers (1946): "Confiar en las descripciones de los pacientes sobre percepciones corporales como observaciones de legítimas percepciones de los sentidos, equivaldría a tratar las fantasías vividas por los neuróticos como observaciones de hechos".

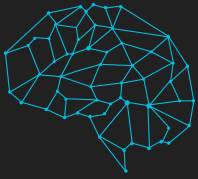


TABLA III. Aspectos a contemplar en la exploración psicopatológica del dolor sin lesión

Experiencias traumáticas tempranas
Características de personalidad
Componentes cognitivo-conductuales
Influencia de las normas culturales/sociales que estigmatizan el sufrimiento psicológico en comparación con el físico
Individualizar el síntoma doloroso, identificando relaciones de significado con experiencias anteriores, simultáneas y sucesivas

La valoración psicosocial del dolor en nuestra cultura ejerce, además, una notable influencia en los modelos asistenciales del dolor crónico auspiciados por los principales centros de investigación y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, acrónimo de las iniciales en inglés). Son modelos interdisciplinarios que tienen en cuenta las tres dimensiones del dolor, pero al que atribuyen por principio una naturaleza somática, de modo que las intervenciones biopsicosociales de médicos, psicólogos, enfermeros y fisioterapeutas están planteadas para reducir el riesgo, y, en su caso, tratar los trastornos emocionales, las cogniciones mal adaptativas y los déficits funcionales que surgen sobre la base de una "disregulación nociceptiva" (Gatchel et al., 2007; Gatchel et al., 2014).

En esta situación se hace patente la conveniencia, no exenta de dificultad, de desarrollar una manera alternativa de acercarse al dolor, observándolo como un fenómeno también mental, reabriendo una perspectiva que permita superar un dualismo mal entendido, según el cual el dolor como experiencia sensorial siempre corresponde al cuerpo como soma. Esta nueva perspectiva debería ser capaz de identificar, diferenciar y evaluar los componentes mentales del dolor experimentado como síntoma corporal (Tabla III).

En este sentido, conviene recordar que en la génesis del dolor crónico sin lesión, además de los factores genéticos y biológicos mencionados más arriba, también se ha encontrado relación con sucesos biográficos, rasgos de personalidad y aspectos psicodinámicos, conductuales y socioculturales.

Así, la relación entre dolor crónico y abuso sexual en la infancia ha sido puesta de manifiesto en distintos estudios (Lampe et al., 2003). También se ha identificado el abuso físico y/o sexual en la infancia como un factor etiológico

significativo para el desarrollo del dolor crónico en mujeres (Walsh et al., 2007).

Además, existen numerosos estudios acerca de los rasgos de personalidad en los pacientes con dolor crónico (Gatchel y Weisberg, 2000). Uno de los instrumentos más utilizados en dichas investigaciones es el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) con el que se han encontrado dos perfiles habituales en estos pacientes: la tríada neurótica y la configuración en V de conversión (Slesinger et al., 2002). Esta última se da en pacientes que presentan una puntuación en las escalas 1 (hipocondría) y 3 (histeria) por encima de la obtenida en la escala 2 (depresión) y es un perfil propio de individuos que responden al estrés desarrollando síntomas físicos y que tienen escasa capacidad para el insight y la expresión de sentimientos (alexitimia), tendiendo a ser sociables, conformistas, pasivos y dependientes. En el perfil de tríada neurótica los pacientes obtienen elevadas puntuaciones en las referidas tres escalas. Estas personas tienden a presentar numerosas quejas somáticas, obtienen ganancias secundarias y presentan tendencia a un ánimo depresivo. Además, a menudo son ambivalentes con respecto a la dependencia de otros, y suelen interactuar con otras personas de manera ingrata y exigente.

De otro lado, los pacientes que sufren dolor sin lesión pueden estar expresando de forma simbólica un conflicto intrapsíquico a través del cuerpo (McDougall, 1989). Sin olvidar los mecanismos conductuales que participan en el dolor crónico, mediante condicionamiento clásico (estímulos habitualmente neutros, en especial la tensión muscular, condiciona, provoca y mantiene el dolor), condicionamiento operante (la conducta desarrollada al sentir el dolor agudo, útil para aliviar y proteger, se puede avivar ante refuerzos positivos: cuidados del entorno, reposo, beneficios financieros, etc.; o por refuerzos negativos: esquivando situaciones onerosas como el trabajo u otras responsabilidades; contribuyendo a perpetuar el dolor), o siguiendo un modelo cognitivo-conductual para el cual el mantenimiento del dolor se explica, además de por los condicionamientos clásico y operante, por la aparición de conductas maladaptativas derivadas de la posición cognitiva (estilo de pensar, creencias y expectativas) que el sujeto desarrolla a partir de la experiencia dolorosa y del sufrimiento que le produce (Gala et al., 2003).

En cuanto a los factores socioculturales, la estigmatización de los trastornos psiquiátricos juega a favor de la somatización. Las enfermedades físicas se consideran más



reales y menos culpabilizadoras que los trastornos psiquiátricos, que a veces son vistos como signos de debilidad. La somatización puede ser la única forma de expresar el malestar mental en algunos pacientes.

Ahora bien, para poder tomar en consideración esta pléyade de aspectos relacionados con el dolor crónico, se debe disponer de un marco psicopatológico apropiado que los tenga en cuenta y articule. En este sentido, la psicopatología que propone la psiquiatría operacional de las clasificaciones internacionales no sirve. Basada en un positivismo lógico que trabaja con una colección de objetos semejantes, independientes entre sí, reunidos por definiciones "ateóricas" sin contexto y accesibles a formas de medición no problemáticas (entrevistas estructuradas), excluyen lo que no contemplan. De este modo, ni CIE ni DSM discriminan las distintas cualidades de la experiencia dolorosa.

No obstante, hay otras psicopatologías inclusivas de estos aspectos. Tal es el caso de la psicopatología fenomenológica, más adecuada para situar el síntoma dolor en el contexto de la experiencia del paciente. La investigación fenomenológica del cuerpo rechaza el dualismo cartesiano mente-cuerpo, señalando que lo que hay son dos formas diferentes de experimentar y comprender el cuerpo: uno objetivo y otro vivido. La primera noción se centra en el cuerpo tal y como es visto desde la perspectiva del observador, como una cosa que puede ser analizada, diseccionada y entendida objetivamente (perspectiva de tercera persona). El cuerpo vivido es el cuerpo como sujeto, con el que se tienen las experiencias, como agente, con el que se percibe y actúa, en constante conexión con el mundo e integrado en el mundo (perspectiva en primera persona) (Gallagher y Zahavi, 2013).

Este sentido de corporalidad no es simplemente espacial. El cuerpo se puede sentir lento, torpe, o enérgico, en completa sintonía con lo que nos rodea. Si una mala noticia pone triste se siente en el cuerpo, al igual que la euforia propiciada por una buena. Los sentimientos y estados de ánimo se sienten corporalmente (Damasio, 2001; Gallagher y Zahavi, 2013).

Pero el dolor determina un suceso especial en el universo de las experiencias del sujeto con su cuerpo. El "yo puedo" de pronto se disipa y esto altera los proyectos que definen quiénes somos. La acción se interrumpe y nuestro cuerpo de repente parece ser un objeto en nuestro camino: el dualismo, que normalmente pasa desapercibido para el cuerpo vivido, de repente aparece (Gallagher y Zahavi, 2013). Este suceso es común a todos los dolores, con y sin lesión, pero la manera

de entenderlos y abordarlos debe ser distinta. Los pacientes con dolor sin evidente causa orgánica viven las experiencias y limitaciones de su cuerpo con una intensa aflicción.

La psicopatología de influencia fenomenológica considera que los síntomas y signos no pueden ser comprendidos o identificados adecuadamente sin una valoración de la naturaleza de la consciencia o de la subjetividad, entendida ampliamente, como experiencia consciente, expresión y sentido general de la existencia. El enfoque fenomenológico de la psicopatología, que no es incompatible con los estudios de dominios de síntomas o neurobiológicos, busca captar las formas sutiles de experiencia y conducta que constituyen el objeto psiquiátrico esencial, imprescindibles a la hora de valorar el significado del dolor dentro de la experiencia del paciente en primera persona. De esta manera se pueden apreciar los matices que hacen al dolor singular para cada paciente. Matices que son básicos en la exploración psicopatológica porque ayudan a ubicar los síntomas en una categoría desde la perspectiva en tercera persona, tal y como ocurre, por ejemplo, con la "fobia social", en la que es indispensable reconocer si "evitar a los demás" ocurre en el contexto de una actitud sospechosa, un autorreproche melancólico o un sentimiento de acceso externo al propio pensamiento.

Se trata, pues, de individualizar el síntoma a lo largo de varias dimensiones, no solo a través de su contenido, sino también por medio de su estructura o forma y de sus relaciones de significado con experiencias anteriores, simultáneas y sucesivas (Parnas et al., 2013). Pues, como señalaba López-Ibor al referirse al dolor de los "equivalentes depresivos" (1979): "En lo que sí quisiera insistir es en que el dolor de estas algias no es análogo, clínica y fenomenológicamente estudiado, al dolor que produce una lesión orgánica cualquiera. Se trata de dolores o parestesias cualitativamente diferentes de lo que el enfermo puede sentir en lesiones o afecciones netamente orgánicas. La importancia del interrogatorio directo y de la penetración profunda de la propia vivencia del enfermo es lo que más enseña en este punto".

CONCLUSIONES

Muchos pacientes sufren de un dolor que no se puede explicar solo en términos mecánicos. Así lo ha entendido la psiquiatría desde sus orígenes, esforzándose por comprenderlo y tratarlo como una expresión del malestar psi-



copatológico del paciente. Sin embargo, en los últimos años el auge de la psicopatología auspiciada por la psiquiatría operacional de las grandes nosografías internacionales ha ido arrinconando el dolor en nichos que lo alejan del conjunto de síntomas que deben ser evaluados en toda exploración psiquiátrica. Pero no se puede obviar. El dolor es un síntoma muy presente en la vida del paciente y pide atención. Sobremanera cuando los conocimientos neurobiológicos actuales ponen de manifiesto que el dolor emocional y el físico comparten una misma base neural. Por tanto, el dolor se debe valorar como un fenómeno también mental para poder apreciar los matices que lo singularizan. En este sentido, la psicopatología fenomenológica, atenta a la experiencia del paciente en primera persona, constituye una opción propicia para recuperar al dolor como síntoma de interés psiquiátrico, sacándolo de este prolongado e inoportuno ostracismo, pues como Stengel (1965) señaló en la 39 Conferencia Maudsley: "El planteamiento psiquiátrico es imprescindible en el estudio y tratamiento del dolor, cualquiera que sea su origen. No podría ser de otra manera, porque el dolor es esencialmente un estado mental"

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera-Ortiz L, Failde I, Mico JA, Cervilla J, López-Ibor JJ. Pain as a symptom of depression: Prevalence and clinical correlates in patients attending psychiatric clinics. *Journal of Affective Disorders*. 2011;130: 106-12.
2. APA (American Psychiatric Association). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed (DSM IV). Editorial Masson. Barcelona, 1995.
3. APA (American Psychiatric Association). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed (DSM 5). Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2014.
4. Asmundson GJ, Wright KD, Hadjistavropoulos HD. Anxiety sensitivity and disabling chronic health conditions: State of the art and future directions. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2000;22: 100-17.
5. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives International Medicine*. 2003;163: 2433-45
6. Berrios G. Concepto de psicopatología descriptiva. En: Luque R, Villagrán JM (eds.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid, 2000. p. 109-45.
7. Blier P, Abbott FV. Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. *Journal Psychiatry Neuroscience*. 2001;26: 37-43.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10: 287-333.
9. Caballero L, Aragonés E, García J, Rodríguez F, Ayuso JL, Polavieja P, Gómez E, Romera I, Gilaberte I. Prevalence, characteristics and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*. 2008;49(6): 520-29
10. Cohen S, Rodriguez MS. Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*. 1995;14:371-93.
11. Damasio A. *El error de Descartes*. Editorial Crítica. Barcelona, 2001.
12. DeGroot KI, Boeke S, van den Berge HJ, Duivenvoorden HJ, Bonke B, Passchier J. Assessing short- and long-term recovery from lumbar surgery with pre-operative biographical, medical and psychological variables. *British Journal of Health Psychology*. 1997;2: 229-43.
13. Díaz P, López RM (Coordinadoras). *Fibromialgia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2011.
14. Eisenberger N. The neural bases of social pain: Evidence for shared representations with physical pain. *Psychosomatic Medicine*. 2012;74(2):126-35.
15. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Gómez Sanabria A, Lupiani S. Aspectos psicosociales del dolor. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2003;66:46-55.
16. Gallagher S, Zahavi D. *La mente fenomenológica*. Alianza Editorial, Madrid, 2013. p.199-228.
17. Gallagher RM, Verma S. Managing pain and comorbid depression: a public health challenge. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 1999;4:203-20.
18. Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*. 2004;59:792-4.
19. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 2007;133(4) 581-624.
20. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. *Interdisciplinary Chronic Pain Management. Past, Present, and Future*. *American Psychologist*. 2014;69(2): 119-30. DOI: 10.1037/a0035514
21. Gatchel RJ, Weisberg JN (eds). *Personality Characteristics of Patients with Pain*. American Psychological Association. Washington DC. USA 2000.
22. Hodgkiss A. Trastornos del dolor (sección clínica). En: Berrios G, Porter R (eds). *Una historia de la psiquiatría clínica, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*. Editorial Tricastela. Madrid (1995, 2012 1ª edición en español).
23. Keogh E, Asmundson GJ. Negative affectivity, catastrophizing and anxiety sensitivity. En: Asmundson GJ, Vlaeyen JW, Crombez G (eds), *Understanding and treating fear of pain*. Oxford, England: Oxford University Press., 2004. p. 91-115.
24. Jaspers K. *Psicopatología General*. 5ª ed. Fondo de Cultura Económica. México DF, 1946, 2010 6ª reimpresión de la 1ª edición en español.
25. Lampe A, Doering S, Rumpold G, Solder E, Krismer M, Kantner-Rumplmair W. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;54(4):361-7.
26. Lepine JL, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Human Psychopharmacology*. 2004;19(suppl 1): S3-S7.
27. Lindsay PG, Wyckoff M. The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics*. 1981;22:571-3.
28. López-Ibor JJ. Los equivalentes depresivos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*; 1996. (63-66). Suplemento 2: La obra de Juan José López-Ibor, 1979.
29. McDougall J. *Theaters of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. WW Norton, 1989.
30. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science*. 1965;150: 971-9.



31. Ohayon MM, Schatzberg, AF. Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of Psychiatric Research*. 2010;44: 454-61.
32. OMS (Organización Mundial de la Salud). Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª ed (CIE 10), Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid, 1992.
33. Parnas J, Sass L, Zahavi D. Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(2): 270-7, doi:10.1093/schbul/sbs153.
34. Pavlin DJ, Rapp SE., Pollisar N. Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesthesia and Analgesia*. 1998;87: 816-26.
35. Pérez J, Martín MD, Román P (Coordinadores). Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2014.
36. Ray Q. How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist*. 2004;59:29-40.
37. Robinson ME, Riley JL. The role of emotion in pain. En: Gatchel RJ, Turk DC (eds). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford, 1999. p. 74-88.
38. Slesinger D, Archer RP, Duane W. MMPI-2 characteristics in a chronic pain population. *Assessment*. 2002; 9(4): 406-14.
39. Smeets RJ, Vlaeyen JW, Kester AD, Knottnerus JA. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment of chronic low back pain. *The Journal of Pain*. 2006;7: 261-71.
40. Stengel E Pain and Psychiatrist, 39ª Conferencia de Maudsley pronunciada ante el Royal Medico-Psychological Association. *British Journal of Psychiatry*. 1965;111:795-802.
41. Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. En: Turk DC, Gatchel RJ (eds). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press. 2002. p. 3-30.
42. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*. 1996;(suppl Jun): 101-8.
43. Walcher W, Caruso IA. Some notes on the congruence of psychopharmacologic and psychotherapeutic methods with special reference to depressions *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychoanalyse*. 1967;13 (2):130-8.
44. Walsh CA, Jamieson E, MacMillan H, Boyle M. Child Abuse and Chronic Pain in a Community Survey of Women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2007;22(12):1536-54.