

EDITORIAL

El dolor en la psiquiatría: causa frecuente de atención

El dolor es una de las causas más comunes (Schappert, 1989) y más personales por las que un paciente busca atención médica. Lo hace no sólo para conocer la causa del mismo a fin de encontrarle un remedio, sino también por la incapacidad que ocasiona éste para desarrollar las actividades diarias y por la preocupación que genera (Gureje, 1998). Cuando el dolor persiste por meses o años, su efecto deletéreo sobre el individuo es muy importante. Lo anterior implica que deja de ser un síntoma para conformar un síndrome. El síndrome de dolor crónico es un problema multidimensional que se acompaña de cambios en el comportamiento, como limitar las actividades diarias así como propiciar la búsqueda frecuente y excesiva de medicamentos y atención médica. También se acompaña de cambios constantes en el estado de ánimo que se hacen más evidentes cuando no se encuentra una causa orgánica del dolor (Aronoff, 1998b).

El dolor crónico es un problema de salud frecuente, que tiene repercusiones graves sobre el individuo, la familia y la sociedad (Bonica, 1992). Es asimismo causa frecuente de incapacidad laboral en adultos entre 24 y 64 años (Aronoff, 1998a). Además del sufrimiento, la pérdida económica que conlleva el dolor crónico es muy alta. En pacientes que acuden a una unidad médica de primer nivel de atención, la presencia de dolor de más de seis meses de evolución es de hasta 22% (Gureje, 1998).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (por sus siglas en inglés, IASP, 1995) menciona que entre 30 y 40 millones de personas padecen en Estados Unidos algún tipo de dolor crónico. La cefalea crónica o recurrente afecta aproximadamente a 40 millones de estadounidenses; más de 65 millones de días de trabajo se pierden solamente por migraña, y el dolor crónico o recurrente de espalda baja afecta a más de 15 millones debido a accidentes laborales. Múltiples son los síndromes de dolor crónico y se dice que el costo anual en aquel país es de 150 mil millones de dólares (Aronoff, 1998a).

Con frecuencia, el paciente con dolor crónico presenta una intensidad de dolor fuera de proporción con los hallazgos de la historia clínica, la exploración física y los estudios paraclínicos. Asimismo, la intensidad y las molestias afectan aspectos de la personalidad, el afecto y el funcionamiento del sujeto (Bonica, 1992). De la misma manera, diferentes aspectos psicológicos modifican la percepción de incomodidad e intensidad del dolor (Crook y cols., 1989).

Los factores médicos (localización y duración del dolor) y el nivel sociocultural no difieren entre los pacientes que asisten a una clínica de dolor respecto de aquellos que no lo requieren. La diferencia estriba en los factores afectivos cognoscitivos, que además de influir en la percepción del dolor dificultan el diagnóstico y el tratamiento de su causa (Crook y cols., 1989).

El dolor y su comorbilidad con los trastornos mentales han sido documentados (Fishbain, 1999), y es la depresión mayor la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en pacientes con dolor crónico (Romano y Turner, 1985). La prevalencia de depresión mayor entre los asistentes a una clínica de dolor es entre 40 y 100% (Turk, 1987).

El segundo grupo de trastornos de comorbilidad psiquiátrica encontrada en pacientes con dolor crónico son los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Fishbain, 1999). La dependencia a fármacos es de 3.2 a 37%, y el abuso de sustancias ilícitas en estos pacientes llega a ser hasta de 12.5% (Fishbain y cols., 1992). El tercer grupo de comorbilidad corresponde a los trastornos somatomorfos, entre los más frecuentes se cuentan el trastorno conversivo (2 a 37%) y el trastorno por dolor (0.3 a 97%) (Fishbain, 1999).

Los trastornos de ansiedad conforman la cuarta causa de comorbilidad psiquiátrica. La alta prevalencia del trastorno de ansiedad (10 a 62%) no resulta sorprendente, ya que se ha asociado con las enfermedades médicas crónicas (Wise y Taylor, 1990). La ansiedad es también el síntoma mental que se presenta en forma más temprana en relación con cualquier enfermedad médica (Wise y Taylor, 1990). Se ha reportado la presencia de dolor hasta en 81% de los pacientes con trastorno de pánico (Katon, 1984).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) la prevalencia de dolor en pacientes que acuden por primera ocasión a consulta psiquiátrica externa es de 77%. El 53% tiene más de seis meses de evolución y es continuo en 18%. El 29% describe a su dolor como incapacitante y la mitad ha recibido tratamiento. El principal diagnóstico asociado con el dolor es el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), que se manifiesta hasta en 83% de los pacientes (Graff-Guerrero y cols., 2001).

La comorbilidad se define como un problema clínicamente significativo que se presenta durante la evolución de otro padecimiento principal (Feinstein, 1970). Es claro que la presencia de una enfermedad en comorbilidad, afecta el tratamiento y la evolución del padecimiento principal, con lo que empeora el pronóstico. La comorbilidad tiene aún mayores repercusiones cuando no se detecta y trata a tiempo (Merikangas y Gelernter, 1990). Por tales razones, es de gran importancia realizar el diagnóstico y el tratamiento del dolor, ya sea como padecimiento principal o comórbido, sobre todo en el caso de las enfermedades mentales debido a su alta coexistencia.

El dolor crónico es una condición difícil de manejar que ha generado la formación de centros especializados para su atención (Bonica, 1992). Actualmente hay en Estados Unidos más de 2 000 unidades dedicadas a tratar y estudiar el dolor. Estas unidades varían con respecto a su personal, filosofía y abordaje de los pacientes con dolor crónico (Fishbain, 1995). En su mayoría son centros multidisciplinarios de dolor (CMD), formados por médicos de diversas especialidades: anestesiología, neurocirugía, ortopedia, cirugía, medicina de rehabilitación y psiquiatría (IASP, 1995). También participan otros profesionales de la salud como dentistas, psicólogos y trabajadores sociales. Estos CMD se caracterizan por la capacidad de brindar apoyo y comprensión (Aronoff, 1998a; Sullivan, 1993). La mayoría de los reportes respalda la eficacia de los CMD (Turk, 1996).

A diferencia de los CMD, las clínicas de dolor son dirigidas por departamentos individuales como anestesiología, neurología, medicina interna y psiquiatría. Su enfoque principal está en función del departamento del cual derivan; con todo, la experiencia, el interés y la filosofía en el manejo del dolor son más importantes que el área de especialización (Aronoff, 1998a). Es poco frecuente que las clínicas de dolor sean dirigidas por los departamentos de psiquiatría (Sullivan, 1993), aun cuando la frecuencia de morbilidad psiquiátrica es alta en esta población, como ya mencionamos. Por tanto, una clínica psiquiátrica de dolor ofrece una ventaja significativa en la evaluación y el tratamiento de estos pacientes.

Anooshian y cols. (1999) publicaron la experiencia vivida y los resultados obtenidos en el manejo de una "Clínica Psiquiátrica de Dolor". Esta clínica atiende a pacientes referidos de una unidad médica de primer nivel de atención. La mayor parte de los pacientes atendidos presentaron dolor con más de siete años de evolución; la dependencia a medicamentos y el TDM fueron los principales diagnósticos psiquiátricos asociados. El 69% presentaba dolor en más de una región del cuerpo. Después de seis meses de recibir atención especializada para su tipo específico de dolor, los pacientes tuvieron una mejoría que se reflejó en una disminución significativa en el número de consultas y exámenes paraclínicos realizados. Además, 44.6% de los pacientes reportó una mejoría en su problema de dolor, y los médicos de primer nivel documentaron que 55.4% de los pacientes manifestó mejoría clínica. Este estudio es importante por ser el único que documenta la utilidad de una clínica psiquiátrica de dolor.

Los antecedentes mencionados apoyan y documentan la necesidad de establecer unidades para el estudio y manejo del dolor, sobre todo para atender a aquellos pacientes con dolor crónico y comorbilidad psiquiátrica en que es frecuente no detectar una causa orgánica del padecimiento.

Ariel Graff-Guerrero

REFERENCIAS

1. ANOOSHIAN J, STRELTZER J, GOEBERT D: Effectiveness of a psychiatric pain clinic. *Psychosomatics*, 40:226-232, 1999.
2. ARONOFF GM. Pain centers: treatment for intractable suffering and disability resulting from chronic pain. En: *Evaluation and Treatment of Chronic Pain*. Aronoff G (ed.) Williams and Wilkins, Londres, 1998a.
3. ARONOFF GM: Psychiatric aspects of nonmalignant chronic pain: a new nosology. En: *Evaluation and Treatment of Chronic Pain*. Aronoff G (ed.) Williams and Wilkins, Londres, 1998b.
4. BONICA JJ: Introduction. En: *Evaluation and Treatment of Chronic Pain*. Aronoff G (ed.) Williams and Wilkins, Londres, 1992.
5. CROOK J, WEIR R, TUNKS E: An epidemiological follow-up survey of persistent pain sufferers in a group family practice and specialty pain clinic. *Pain*, 36:49-61, 1989.
6. FEINSTEIN A: The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*, 23:455, 1970.
7. FISHBAIN DA: Approaches to treatment decision for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *Medical Clinics North America*, 83:737-760, 1999.
8. FISHBAIN DA: DSM-IV: Implications and issues for the pain clinician. *Am Pain Soc Bull*, 5:6-18, 1995.
9. FISHBAIN DA, STEELE-ROSOMOFF R, ROSOMOFF HL: Drug abuse, dependence and addiction in chronic pain patients. *Clin J Pain*, 8:77-85, 1992.
10. GRAFF-GUERRERO A, LOPEZ-AVILA A, PELLICER F, GARCIA-MARIN J, HEINZE-MARTIN G: En: *The Pain in Psychiatric Patients: Cause or Effect?* (NR52). American Psychiatric Association, Annual Meeting, Nueva Orleans, 2001.
11. GUREJE O, VON KORFF M, SIMON GE, GATER R: Persistent pain and well-being. A world health study in primary care. *JAMA*, 280:151-174, 1998.
12. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *Pain*, 63:277-278, 1995.
13. KATON W: Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *Am J Med*, 77:101-106, 1984.
14. MERIKANGAS KR, GELERNTER CS: Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatr Clin North Am*, 13:613-631, 1990.
15. ROMANO JM, TURNER JA: Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull*, 97:18-34, 1985.
16. SCHAPPERT SM: National ambulatory medical care survey: 1989 summary. National center for health statistics. *Vital Health Stat*, 13: 11, 1992.
17. SULIVAN M. Psychosomatic clinic or pain clinic-which is more viable? *Gen Hosp Psychiatry*, 5: 375-380, 1993.
18. TURK DC: Efficacy of multidisciplinary pain centers in the treatment of chronic pain. En: *Pain Treatment Centers at a Crossroads: A Practical and Conceptual Reappraisal. Progress in pain Research and Management*. Cohen MJM, Campbell JN (eds.) WA, JASP Press. Seattle, 1996.
19. TURK DC: Pain and depression. *Pain Management*, 1:17-26, 1987.
20. WISE MG, TAYLOR SE: Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry*, 51:27-32, 1990.