

IX Curso de actualización

# Psiquiatría

## 2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

## Dolor crónico: Perspectiva del psiquiatra

### **Diego A. Espíndola Fernández**

Médico Psiquiatra, Universidad de Antioquia.

Psiquiatra de Enlace, Universidad Pontificia Bolivariana.

Profesor vinculado al departamento de psiquiatría y ciencias del comportamiento,

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

### **Juan Manuel Ospina Giraldo**

Residente de psiquiatría

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.



## ¿Qué es dolor y cómo se clasifica?

A modo de introducción, el dolor es definido por la IASP como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o que se asemeja a dicha experiencia” (1). El dolor siempre es una experiencia personal que está influida en distintos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. A lo largo de sus experiencias de vida, los individuos aprenden el concepto de dolor. Aunque el dolor normalmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos en la función, así como en el bienestar social y psicológico. Dolor y nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente a partir de la actividad en las neuronas sensoriales. El informe de una persona sobre una experiencia de dolor debe ser respetado. La descripción verbal es solo una de varias conductas para expresar el dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal no humano experimente dolor (2).

La IASP propone clasificar el dolor según duración, localización, etiología y fisiopatología (3). El dolor agudo es aquel que dura menos de 3 meses, se define como dolor que persiste por más de 3 meses, supera el tiempo normal de curación y que no cumple ninguna función biológica. Según localización de los nociceptores, podríamos hablar de dolor somático y dolor visceral. Según etiología se habla de dolor relacionado con cáncer y dolor no relacionado con cáncer. Por último, en términos de su fisiopatología, el dolor puede clasificarse como nociceptivo (surge de un daño real o potencial en tejido no neuronal y que se debe a la activación de nociceptores), neuropático (causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial y ocurre como resultado de una actividad neuronal anormal), nociplástico o sensibilización central (dolor que surge de una nocicepción alterada, a pesar de que no haya evidencia clara de daño tisular real o potencial que active los nociceptores periféricos, ni evidencia de enfermedad o lesión en el sistema somatosensorial que cause el dolor) (3).

## Fisiopatología

La **nocicepción** es la respuesta neuronal a estímulos traumáticos o nocivos. La nocicepción implica cuatro procesos fisiológicos: transducción, transmisión, modulación, percepción (4).

En la **transducción** los estímulos nocivos se transforman en señales eléctricas en las terminaciones nerviosas sensoriales. En la **transmisión**, la señal eléctrica generada en los nociceptores se propaga en neuronas aferentes (primer orden) hasta el ganglio de la raíz dorsal y de allí hacen sinapsis con las neuronas de segundo orden en la asta dorsal de la medula espinal. La transmisión medular del dolor se da principalmente vía tracto espinotalámico. Hay vías alternativas como el tracto espino reticular, el tracto espino mesencefálico, entre otros. Estas vías medulares hacen sinapsis en el tálamo, especialmente en el núcleo posterior ventral y de allí se proyectan las neuronas de tercer orden hacia la corteza somatosensorial donde ocurre la **percepción** del dolor. Existen distintos tipos de modulación: una modulación periférica (a nivel de nociceptores) y una central (que puede ser espinal o supraespinal).

Las estructuras supraespinales que envían fibras hacia la médula espinal para inhibir el dolor en la asta dorsal incluyen: sustancia gris periacueductal, formación reticular, núcleo raphe magnus.

Estas vías median su acción anti nociceptiva a través de mecanismos de receptores  $\alpha_2$  adrenérgicos, serotoninérgicos y opioides ( $\mu$ ,  $\delta$  y  $\kappa$ ). La acción analgésica de los antidepresivos se media bloqueando la recaptación de catecolaminas y serotonina.

Existen múltiples **neurotransmisores y receptores** implicados en la nocicepción y percepción del dolor, en términos generales podríamos diferenciar entre receptores excitatorios (glutamato, aspartato, sustancia p, ADP) e inhibitorios (GABA, glicina, serotonina, norepinefrina, B-endorfinas, encefalinas, acetilcolina) (4).

Para entender la **interrelación entre los estados cognitivos y emocionales con el dolor**, algunos autores han desarrollado una *matriz del dolor* de diferentes capas. En una capa perceptiva- atencional, encargada de la modulación cognitiva, atencional y de las reacciones somáticas están involucradas áreas cerebrales como la corteza prefrontal, la corteza cingulada anterior, la ínsula y la corteza parietal posterior. En una capa reinterpretativa-emocional, afectada por el contexto emocional, los factores individuales y psicológicos, formación de memorias, están implicadas áreas como la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior perigenual y la corteza cingulada anterior anterolateral.

## Sensibilización central

Amplificación de la señalización neuronal dentro del sistema nervioso central que provoca hipersensibilidad al dolor y excitación neuronal continua que persiste más allá de la entrada inicial de los nociceptores. Condiciones con características clínicas y fisiopatológicas superpuestas (es decir, aquellas relacionadas con la sensibilización central), los factores centrales pueden estar desempeñando un papel prominente o exclusivo en su patogénesis. Las personas que desarrollan COPCs comienzan a desarrollar dolor y otros síntomas relacionados con la sensibilización central: fatiga, trastornos del sueño, sensibilidad sensorial (4).

## Modelo biopsicosocial

El dolor crónico surge y se mantiene por una interacción compleja entre **factores físicos, emocionales, cognitivos, conductuales y ambientales**. Dentro del componente **cognitivo** cobra relevancia elementos como el control percibido, la autoeficacia, la catastrofización, las creencias de miedo-evitación y los estilos de afrontamiento que pueden ser evitativos, asimilativos, confrontativos, o acomodativos. Para tener presente en el componente **conductual** del modelo biopsicosocial del dolor, puede influir el condicionamiento clásico (si un estímulo doloroso se empareja con un estímulo neutral, el estímulo neutral provocará una respuesta de dolor), el condicionamiento operante (las consecuencias de un comportamiento determinarán si ese comportamiento se repetirá o no en el futuro, las reacciones del entorno ante el dolor actúan como un refuerzo), y el aprendizaje social (aprendizaje por observación de la reacción de los demás al dolor). Los factores **afectivos** como la depresión y ansiedad tienen una relación bidireccional con el dolor, lo cual se abordará a continuación (4).

## Dolor crónico, enfermedad mental y trastorno depresivo mayor

Hay una alta **prevalencia de enfermedades mentales en pacientes con dolor crónico**, siendo las más frecuentes los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno por uso de sustancias y el trastorno de estrés posttraumático (5) Hasta el 38 % de pacientes con diagnóstico de fibromialgia tienen un diagnóstico establecido de trastorno depresivo mayor, y hasta el 33 % tiene diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Otras condiciones de dolor crónico asociadas

a alta prevalencia de síntomas y trastorno depresivos mayor son: síndrome doloroso regional complejo (47 %), trastorno de la articulación temporomandibular (39 %), dolor pélvico crónico (36 %), dolor lumbar crónico (32 %) (6).

Existen **factores de riesgo** generales para que se presente esta alta comorbilidad, dentro de ellos: aislamiento, desesperanza, experiencias adversas de la infancia. Por otro lado, están los factores asociados al dolor crónico como intensidad del dolor, la catastrofización del dolor, la discapacidad percibida, el acceso a analgésicos, la evitación y el escape del dolor, los déficits para resolver problemas (5).

## Evaluación integral y estrategias de tamización

Debe realizarse una completa evaluación clínica y examen físico. Evaluar la cronología y detallar las características del dolor: inicio, calidad, intensidad, distribución, duración, evolución, componente sensoriales y afectivos, factores que lo exacerban y alivian (7). Debe revisarse las historias clínicas previas del paciente, evaluar sus antecedentes médicos, quirúrgicos. Es fundamental indagar por la historia social y familiar del paciente, incluyendo consumo de sustancias. Realizar una amplia revisión por sistemas. Se debe indagar por las causas y los efectos del dolor, por ejemplo: desacondicionamiento físico, cambios en estado ocupacional, disfunción psicosocial. Una completa evaluación psicosocial incluye la evaluación de síntomas de enfermedades mentales, rasgos de personalidad, mecanismos de afrontamiento, impacto del dolor crónico en la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria, calidad de sueño, afectación de las relaciones interpersonales. Se debe evaluar y documentar la presencia de conflictos laborales o legales, así como si hay procesos de calificación de invalidez (5).

Existen múltiples estrategias de tamizaje, enfocadas en distintas áreas de evaluación del paciente con dolor crónico y enfermedad mental. No se mencionará cada una de las herramientas de tamizaje, pero estas se enfocan en los siguientes puntos: discusión del problema percibido por el paciente, identificación del diagnóstico de trabajo, identificación de los factores psicológicos, proveer psicoeducación, evaluar otros factores clínicos y psicológicos del paciente (5).



## Manejo integral

### Manejo interdisciplinario e integral

El manejo interdisciplinario implica la participación conjunta y coordinada de distintos profesionales del área de la salud y especialistas médicos. En el centro del equipo debería estar el médico de atención primaria, y contar con el apoyo de ortopedistas, fisiatras, deportólogos, neurocirujanos, neurólogos, reumatólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, fisioterapeutas, todo esto según las necesidades del paciente (8).

El manejo integral implica la combinación de distintas estrategias como farmacoterapia, psicoterapia, cambios en el estilo de vida, terapias físicas, intervencionismo, y terapias de medicina complementaria (9).

### Manejo psicoterapéutico

Existe evidencia de diferentes técnicas psicoterapéuticas empleadas en el abordaje de pacientes con dolor crónico y comorbilidad con enfermedad mental. Buscan mejorías a largo plazo en intensidad del dolor, discapacidad, calidad de vida, capacidad de afrontamiento, estado anímico, comportamientos de búsqueda de atención médica. Las intervenciones psicoterapéuticas con más evidencia son la terapia cognitiva conductual, la terapia de aceptación y compromiso, el mindfulness, y la rehabilitación multidisciplinaria del dolor (10).

### Manejo farmacológico

De forma somera se mencionarán medicamentos de tres grupos farmacológicos que se han usado para la comorbilidad de dolor crónico y enfermedad mental. Tienen un efecto analgésico en sí mismos por la neuromodulación en vías de transmisión en dolor y por su efecto sobre neurotransmisores como norepinefrina, glutamato, serotonina. Su uso debe hacer parte de un enfoque integral, y se debe tener cuidado con la polimedición, ya que existe la tendencia de que cada médico implicado en el tratamiento del paciente con dolor crónico los formule, se debe hacer una lista de la medicación prescrita al paciente para evitar caer en esto (10).

Dentro de los **antidepresivos tricíclicos** tenemos la *Imipramina* que puede usarse a una dosis de 10 a 25

miligramos/día, y la *Amitriptilina* que puede usarse a una dosis de 50 a 150 miligramos/día. Su uso está limitado por su amplio repertorio de efectos adversos: cardiovasculares y anticolinérgicos principalmente, lo que limita su uso en mayores de 65 años, o pacientes con enfermedad cardiovascular (10).

Entre los **antidepresivos duales** tenemos la Duloxetina y la Venlafaxina. *Duloxetina* tiene aprobación por la FDA para neuropatía diabética, fibromialgia y dolor crónico musculoesquelético; se usa en dosis de 60 a 120 miligramos/día. La *Venlafaxina* en dosis de 150 a 225 miligramos/día se emplea en la profilaxis para migraña (10).

Dentro los **gabapentinoides**, o inhibidores de los canales de calcio dependientes de voltaje: la *Pregabalina* se emplea en dosis entre 150 a 225 mg/día y tiene aprobación por la FDA para neuropatía diabética, fibromialgia, dolor en pacientes con trauma raquímedular y neuralgia post-herpética. La *Gabapentina*, con dosis entre 1.800 a 3.600 miligramos al día, está aprobada por la FDA para el tratamiento de la neuralgia postherpética (10).

### Alternativas terapéuticas

Existen terapias complementarias que pueden emplearse basados en un enfoque centrado en el paciente y sus preferencias (acupuntura, yoga, tai-chi). Hay terapéuticas en estudio con evidencia acumulándose cada día, como la neuroestimulación, las intervenciones sobre la microbiota la terapia génica, los anticuerpos monoclonales, el uso de células madre (5).

### Conclusiones

- Dolor y nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente a partir de la actividad en las neuronas sensoriales.
- El dolor crónico se considera que surge y se mantiene por una interacción compleja entre factores físicos, emocionales, cognitivos, conductuales y ambientales
- La depresión mayor es la enfermedad mental más común asociada con el dolor crónico. También se han descrito altas tasas de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés posttraumático y uso indebido de sustancias.
- Los ATC, los ISRN, pregabalina y gabapentina tienen eficacia en dolor crónico y en síntomas específicos de en-

---

fermedad mental como ansiedad y depresión.

- El manejo de la comorbilidad del dolor crónico y enfermedad mental requiere un manejo integrado y multimodal, abordando aspectos psicológicos, sociales y farmacológico.

## Bibliografía

1. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Giamberardino MA, Goebel A, Korwisi B, Perrot S, Svensson P, Wang SJ, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28-37.
2. Nicholas M,; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28-37.
3. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Giamberardino MA, Goebel A, Korwisi B, Perrot S, Svensson P, Wang SJ, Treede RD; IASPTaskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28-37.
4. Abd-Elseyed, A. (Ed.). (2019). *Pain: a review guide*.
5. Cao, B., Xu, Q., Shi, Y. et al. Pathology of pain and its implications for therapeutic interventions. *Sig Transduct Target Ther* 9, 155 (2024).
6. Aaron RV, Ravyts SG, Carnahan ND, et al. Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2025;8(3):e250268
7. Practice Guidelines for Chronic Pain Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine
8. Pergolizzi J et al. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(9):1127–35.
9. Deweerth, Jacob, and Ratan K. Banik. "Multimodal Analgesia for Chronic Pain." *Anesthesiology In-Training Exam Review: Regional Anesthesia and Chronic Pain*. Cham:Springer International Publishing, 2022. 341-346.
10. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016 Jul;91(7):955-70. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.029. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27344405.