

Orientación sobre evaluación psicológica y tratamiento del dolor crónico durante la crisis de COVID-19 *

Kathleen S. Brown, PhD, &
Daniel L. Bruns, PsyD
17 de abril, 2020

El dolor es una de las quejas más comunes que presentan los pacientes a los profesionales de la salud, documentada en alrededor del 80% de todas las visitas médicas (Centers for Disease Control and Prevention, 2010) [*Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*]. Desafortunadamente, la pandemia de COVID-19 ha interrumpido los planes de tratamiento de pacientes con dolor persistente, ya que se han cancelado o pospuesto visitas médicas de rutina, procedimientos electivos de intervención para el dolor, fisioterapia y estudios o ensayos de evaluación de medicamentos.

La ansiedad, el estrés y las reacciones de miedo a los efectos del nuevo coronavirus pueden intensificar la experiencia de dolor, lo que ocasiona un empeoramiento de trastornos como la depresión, los problemas de sueño, la pérdida de condición física y el aislamiento social; todo ello en un momento en que el distanciamiento interpersonal es uno de los principales métodos de autoprotección.

Si bien los psicólogos adaptan sus prácticas clínicas para satisfacer las exigencias que plantea la crisis del COVID-19, pueden requerir atender necesidades adicionales de sus pacientes, incluyendo el tratamiento del dolor, en parte, por el acceso limitado a atención especializada. Conviene a los profesionistas familiarizarse con los fundamentos de la evaluación y el tratamiento psicológico, a distancia, del dolor.

El objetivo de la presente guía es ayudar a los psicólogos a comprender las recomendaciones prácticas basadas en evidencia, para la evaluación psicológica del dolor y las intervenciones en formato remoto cuando no hay contacto presencial. Esta guía también aborda temas que requieren examinarse con los pacientes y con los médicos que recetan opioides durante esta crisis.

* Recuperado de my.apa.org Traducción y adaptación: Dr. J.J. Sánchez Sosa, UNAM, México.

Centrarse en el dolor durante la pandemia

El abordaje del dolor es importante en prácticamente toda la atención de salud psicológica. En el contexto de la pandemia COVID-19, las personas que sufren dolor pueden experimentarlo con más intensidad y correr el riesgo de sufrir exacerbaciones asociadas al dolor cuando hay síntomas depresivos, ansiosos, trastorno por estrés postraumático, problemas interpersonales o angustia en la familia. El aumento del dolor también podría desencadenar recaídas durante el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y sustancias.

Por ello, se alienta a los psicólogos a preguntar a los pacientes sobre la presencia e intensidad de dolor y sobre cualquier cambio en esa intensidad y sus características. También es importante observar cómo repercute el dolor en el funcionamiento físico y emocional del paciente, y en su capacidad para seguir su tratamiento, médico o psicológico y su funcionamiento diario.

Cuando hay dolor significativo, especialmente si no está bien controlado, se debe alentar a los pacientes a mantenerse en estrecho contacto con los profesionales de atención al dolor que lo atienden, durante la pandemia.

En la pandemia, los síntomas de dolor, los problemas de salud mental y la disfunción marital y familiar pueden intensificarse rápidamente. Se recomienda a los psicólogos a mantenerse en contacto y abordar aspectos críticos sobre el dolor y es fundamental que establezcan o fortalezcan en sus pacientes conductas saludables, especialmente el no fumar, comer bien y hacer ejercicio.

También es importante que los psicólogos pregunten y apoyen los esfuerzos de los pacientes para continuar su plan de atención para el dolor durante la pandemia, con autocuidado adaptativo y tomando sus medicamentos para el dolor con apego a las indicaciones médicas. Lo ideal sería que, por acuerdo con sus pacientes, los psicólogos mantuvieran comunicación con los demás profesionales de la salud para asegurar una atención coordinada.

La naturaleza del dolor

Hay muchos malentendidos sobre la naturaleza del dolor, sea agudo o crónico. El dolor suele considerarse como algo malo, cuando en realidad es una experiencia indispensable.

El dolor agudo es el sistema de alarma del cuerpo porque advierte de un posible daño. El dolor agudo inicia reacciones defensivas para proteger al individuo, tales como apartar la mano de algo caliente o disparar la respuesta de lucha o huida para escapar o afrontar una amenaza. El dolor resultante de una lesión

normalmente se resuelve en un período de pocos días a tres meses. Al dolor que dura más de tres meses se le denomina dolor crónico.

Según el DSM-III, DSM-IV y el CIE-10, un síntoma que definía los trastornos del dolor era la presencia de "síntomas médicamente inexplicables" (SMI). Aunque éstos siguen siendo una construcción clínica usual, recientemente tanto el DSM-5 como el CIE-11 desaprobaron este criterio. En el DSM-5 se dice que el concepto de SMI había creado actitudes "peyorativas y degradantes" hacia los pacientes, junto con las implicaciones de que sus síntomas no son "reales" (Asociación Estadounidense de Psiquiatría *American Psychiatric Association*, 2013). Por el contrario, en los últimos 20 años la investigación científica ha descubierto explicaciones para muchas condiciones de dolor "inexplicables".

El dolor como trastorno biopsicosocial

Si bien a veces el dolor crónico es secundario a un proceso identificable de enfermedad, como el cáncer o la artritis, en muchos otros casos su etiología no se asocia con ninguna enfermedad conocida o "primaria". En estos casos, el dolor crónico se considera como un trastorno biopsicosocial y sensorial.

Como ejemplo, cuando alguien nos toma una foto con un "flash" de luz muy intensa frente a los ojos, inmediatamente después, vemos una mancha de color flotando por la habitación. La luz del flash ha desaparecido, pero uno continúa "viendo" sensorialmente una imagen. De manera similar, a veces el dolor persiste después de que una lesión ha sanado debido a un fenómeno parecido a una post-imagen sensorial visual. El sistema sensorial de dolor ha memorizado la experiencia de dolor (Apkarian, Baliki y Geha, 2009).

Las concepciones actuales del dolor crónico primario lo consideran una enfermedad en su propio derecho (Nicholas y colaboradores, 2019; Treede y colaboradores, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2019). A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico primario es una falsa alarma y no una indicación de daño en un tejido.

Se sabe que el dolor crónico está asociado con una alteración en circuitos del cerebro, donde la información sensorial del dolor se entrelaza con las cogniciones, con el estado de ánimo, con la activación, con trastornos del sueño y el mal funcionamiento. Esto hace que el dolor crónico sea un claro ejemplo de trastorno biopsicosocial.

Evaluación del dolor

Dado que el dolor crónico, como trastorno biopsicosocial es multidimensional, su evaluación también requiere ser multidimensional. La evaluación de los pacientes

con dolor puede conceptualizarse como un proceso en dos niveles: evaluación de factores de riesgo **a)** extremos y **b)** moderados (D'Bruns y Disorbio, 2009; D'Bruns y Disorbio, 2015; Colorado Division of Workers' Compensation: Chronic Pain Task Force, 2017).

Los factores de riesgo extremos que obstaculizan un tratamiento eficaz del dolor son indicadores de "foco rojo", también llamados factores de riesgo "excluyentes" o "primarios". Al evaluar el dolor crónico, esos factores de riesgo incluirían tendencia al suicidio, tendencias violentas, psicosis, intoxicación o abuso de sustancias activas y otros tipos de afecciones graves. Estos factores de riesgo son tan desestabilizadores que el tratamiento de esas afecciones normalmente requiere resolverse antes de iniciar el tratamiento del dolor (D'Bruns y Disorbio, 2009).

A los factores de riesgo moderados que obstaculizan un tratamiento eficaz del dolor se les han denominado indicadores de "foco amarillo", también llamados "cautelares" o "secundarios" (D'Bruns & Disorbio, 2009; D'Bruns & Disorbio, 2015; Celestin, Edwards & Jamison, 2009). Esos factores incluyen:

- La depresión,
- La ansiedad,
- Las dolencias somáticas (síntomas físicos de estrés, activación autonómica exagerada o depresión vegetativa),
- Intensidad del dolor,
- Afrontamiento pobre,
- Distorsiones cognitivas como la catastrófica,
- Fobia a moverse,
- Tendencias adictivas,
- Mal funcionamiento físico,
- Sistema de apoyo social insuficiente,
- Edad avanzada,
- Larga duración del dolor y
- Litigios jurídicos (por ejemplo, con compañías de seguros)

Baterías de evaluación

Estos factores de riesgo pueden evaluarse de varias maneras incluyendo plataformas de tele-salud (a distancia). Se puede montar una batería de evaluación del dolor usando una serie de cuestionarios unidimensionales para dolencias relacionadas con el dolor.

Comúnmente, la batería incluye:

- Cuestionario sobre salud del paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9) (PHQ-9) (PDF, 434KB)

- Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) (GAD-7) (PDF, 130KB)
- Cuestionario de Salud del Paciente-15 (Patient Health Questionnaire-15) (PHQ-15)
- Gravedad de síntomas somáticos (Somatic Symptom Severity) (PDF, 18KB)
- Escala de catastrofización del dolor (Pain Catastrophizing scale) (PDF, 3.49MB)
- Escala de Kinesiofobia de Tampa (Tampa Kinesiophobia scale)
- PROMIS medida de la función física (PROMIS measure of physical function) (PHQ-9) (PDF, 434KB)

Las evaluaciones psicológicas del dolor también incluyen la vulnerabilidad específica de la persona al consumo excesivo de opiáceos. Para evaluar el riesgo de opiáceos se pueden usar varios instrumentos breves, aunque hay pocos datos empíricos sobre su sensibilidad y especificidad. Al compararse cuatro medidas de riesgo de opioides, la entrevista clínica mostró mejor sensibilidad para predecir ese riesgo (Jones y colaboradores, 2012).

Es posible que en algunos centros ya haya una opción de tele-salud para administrar algunas de estas medidas breves, ya que suelen ser parte de las historias clínicas electrónicas. Algunas o todas pueden administrarse verbalmente por teléfono o videoconferencia si no se cuenta con programas informáticos de registro directo.

Alternativamente, la evaluación de esas variables puede realizarse con un solo inventario multidimensional de psicología de la salud, como:

- Batería Breve para la Mejora de la Salud-2 (BBHI-2),
- Batería para la Mejora de la Salud-2 (BHI-2),
- El Diagnóstico de Medicina del Comportamiento de Millon (MBMD) o
- El MMPI-2-RF.

La ventaja de estos inventarios multidimensionales es que cuentan con medidas de validez y puede haber un software compatible con la HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) aplicable a distancia.

Cualquiera que sea el inventario que se use, el objetivo de la evaluación psicológica de un paciente con dolor crónico es comprender las actitudes y comorbilidades que influyen en su experiencia de dolor, para poder elaborar un plan de tratamiento.

Tratamientos

Hay varios tratamientos psicológicos efectivos para el dolor. Las siguientes guías sobre tratamiento del dolor describen intervenciones basadas en evidencia:

- Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2018);
- Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y Ambiental, (*American College of Occupational and Environmental Medicine*, 2017);
- División de Compensación Laboral de Colorado: Comisión para el Dolor Crónico, (*Colorado Division of Workers' Compensation: Chronic Pain Task Force*, 2017).

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC está identificada en múltiples guías como el tratamiento psicológico con mayor evidencia de eficacia para el dolor crónico. En la TCC, las cogniciones distorsionadas o inexactas sobre el dolor se corrigen y se reemplazan por otras más precisas y útiles para mejorar el funcionamiento del paciente. Se ha demostrado que hay dos tipos de cogniciones relativas al dolor crónico, la catastrófica y la evitación del miedo al movimiento (quinesiofobia) que influyen negativamente en la experiencia del dolor. Estas distorsiones parecen aumentar la percepción de dolor y depresión y reducir el funcionamiento del individuo.

Terapia de Conciencia y Expresión Emocional TCEE (EAET por sus siglas en inglés).

La TCEE es un tratamiento que añade una dimensión al tratamiento psicológico del dolor. Mientras que la terapia cognitiva se centra en la alteración de creencias, la TCEE se centra en la aclaración y la expresión de las experiencias emocionales. Este tratamiento ha demostrado eficacia con ciertos tipos de síndromes de dolor como la fibromialgia.

Entrenamiento de relajación

Debido a la asociación del dolor crónico con la hipertrofia, los tratamientos psicológicos que reducen la activación del sistema nervioso simpático suelen ser benéficos. Estos tratamientos incluyen el entrenamiento de relajación muscular progresiva profunda y técnicas de imaginación guiada y el entrenamiento puede hacerse por teléfono. Alternativamente, los pacientes pueden descargar, en caso de haberla, una aplicación, o se les puede enviar un CD o una liga a una guía grabada de relajación para completar en casa.

Reducción del Estrés basado en la Atención Plena REAP (MBSR por siglas en inglés)

La REAP es una habilidad que muchos pacientes encuentran útil para regular su dolor. Los pacientes con dolor crónico rara vez se permiten experimentar su dolor

sin juzgarlo. La REAP permite a los pacientes experimentar los aspectos sensoriales de su dolor sin asignarles o sobreponerles pensamientos y sentimientos negativos, y esto puede reducir su nivel percibido de sufrimiento.

Entrenamiento en Higiene del Sueño/TCC para el insomnio

Los pacientes con dolor crónico suelen tener trastornos del sueño. Muchos se quejan de dormir cuatro o menos horas por noche, que es otra manifestación de la hipertonía. Como el agotamiento tiende a aumentar el dolor, el tratamiento del trastorno del sueño también puede reducir el nivel percibido de sufrimiento.

Enfoque en las Ganancias Funcionales

Numerosas guías señalan que, al tratar el dolor crónico, no conviene centrarse sólo en las quejas de dolor sino atender la mejoría en el nivel de funcionamiento del paciente. En general, centrarse en el aumento de la función, la amplitud de movimiento y la fuerza suele ser un mejor tratamiento del dolor que concentrarse sólo en la eliminación del mismo. Actividades sencillas como ir a pasear diariamente pueden generar beneficios significativos.

Comunicación con pacientes y profesionales sobre medicamentos opiáceos

El dolor, los opiáceos y el sistema inmunológico

Es importante que los pacientes y los profesionales de la salud comprendan que el dolor en sí mismo, así como algunos medicamentos (por ejemplo, los esteroides y los opiáceos) pueden debilitar el sistema inmunológico, principal defensa del cuerpo contra el nuevo coronavirus.

El dolor persistente, y el consiguiente estrés corporal aumenta el nivel de cortisol, hormona producida por el estrés. Cuando el estrés es intenso y prolongado puede dañar las células del sistema inmunológico. Esta falla de la función inmune puede interferir con la capacidad para combatir las infecciones y los procesos de curación, lo que hace que algunos pacientes con dolor sean más vulnerables al COVID-19.

El sistema inmunológico juega un papel crítico en varios procesos fisiológicos y fisiopatológicos. Dado que los opiáceos, al igual que el nuevo coronavirus, pueden causar problemas respiratorios, hay que aconsejar a los pacientes que hablen con sus médicos que los recetan, sobre los riesgos. También es importante que pregunten sobre cualquier cambio en su régimen de tratamiento del dolor que pueda deteriorar su funcionamiento físico y su calidad de vida.

Un enfoque multimodal

Como se ha señalado, el control del dolor es más eficaz cuando se emplean múltiples modalidades, como:

- Las terapias de rehabilitación (por ejemplo, la fisioterapia y los programas de ejercicio),
- Las terapias cognitivo-conductuales para cambiar pensamientos, sentimientos y acciones,
- La farmacoterapia para reducir la inflamación y atenuar el dolor, y
- Los cambios en el estilo de vida, el sueño, el control del peso y practicar estiramientos para facilitar flexibilidad.

Evaluar el riesgo de los analgésicos opiáceos es importante en el proceso de farmacoterapia, dado el aumento epidémico de las muertes relacionadas con opiáceos en las últimas dos décadas. La evaluación del dolor y el riesgo de los opiáceos ayuda a los profesionales de la salud a identificar factores psicosociales, como patrones de no adherencia, la ineficacia a pesar del aumento de las dosis, los trastornos subyacentes del estado de ánimo y la adicción. También se busca mitigar los posibles resultados conductuales negativos del uso de opiáceos, como la sobre-medicación. Siempre conviene recordar y evaluar los componentes multi-dimensionales en términos de los objetivos del tratamiento.

Supervisión del tratamiento con opiáceos

Si el médico que receta requiere que se supervisen los resultados de terapia a largo plazo con opiáceos, la siguiente guía de cuatro puntos (AAEC) da información útil para orientar el plan de tratamiento (Passik et al., 2004):

- Analgesia: *Mejores, medianas y peores intensidades diarias de dolor*
- Actividades: *¿Qué hacen físicamente? ¿Qué no están haciendo?*
- Efectos adversos: *¿Qué y qué tan graves son los efectos secundarios?*
- Comportamiento aberrante: *¿Alguna evidencia de mal uso, abuso o adicción a los opiáceos? ¿Hay consumo simultáneo de alcohol u otras sustancias?*

A diferencia de la dependencia física (consecuencia del uso prolongado de opiáceos), la adicción implica el uso aberrante de una sustancia. La adicción se caracteriza por los siguientes cuatro puntos:

- Uso continuo a pesar del daño
- Antojo intenso ("ganas locas" o "craving")
- Uso compulsivo
- Un control alterado o dañado.

Las conductas aberrantes pueden surgir por una variedad de razones y requieren evaluarse para determinar si son problemáticas. El médico busca información

específica para guiar su toma de decisiones sobre la prescripción continua de opiáceos como:

- Patrones de funcionamiento del paciente, es decir, si no mejora el efecto a pesar de optimizar la dosis
- Cuestiones de comorbilidad, por ejemplo, el uso indebido de sustancias
- Problemas de adherencia mal entendidos o persistentes
- Sospecha de que los opiáceos están siendo desviados para otro propósito

Finalmente, una forma en que los psicólogos que tratan pacientes con dolor crónico pueden valorar sus resultados clínicos es mediante la Herramienta de Evaluación y Documentación del Dolor (*Pain Assessment and Documentation Tool, PADT*). Es una entrevista basada en la guía de cuatro puntos de Passik y colaboradores, descrita arriba, diseñada para centrarse en resultados clave. La herramienta permite documentar de manera consistente el progreso de la terapia para controlar el dolor a lo largo del tiempo y se puede incorporar fácilmente a la documentación de cada sesión.

Compartir información con los médicos

Dadas las presiones y los factores de estrés que todos los profesionales de la salud están experimentando en la pandemia, se requiere usar comunicación sucinta, clara y "al grano" con los médicos con respecto a cualquier cambio o recomendación.

En el ámbito médico, la técnica SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*) (Haig, Sutton y Whittington, 2006) se usa para transmitir información de manera eficiente. Todas las advertencias habituales sobre confidencialidad, consentimiento informado, registros y documentación se aplican en tele-salud, al igual que en el trabajo presencial.

Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). *Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review*. Rockville, Maryland.: Agency for Healthcare Research and Quality

American College of Occupational and Environmental Medicine. (2017). Chronic pain guidelines. In K. Hegmann (Ed.), MDGuidelines®. *Occupational medicine practice guidelines: Evaluation and Management of Common Health Problems and Functional Recovery in Workers* (3rd ed., Vol. 2017). Westminster, Colorado: Reed Group.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Apkarian, A.V., Baliki, M.N. and Geha, P.Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Prog Neurobiol*, 87(2), 81-97. doi:S0301-0082(08)00113-5 [pii] 10.1016/j.pneurobio.2008.09.018

Bruns, D. and Disorbio, J.M. (2009). Assessment of biopsychosocial risk factors for medical treatment: a collaborative approach. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(2), 127-147. doi:10.1007/s10880-009-9148-9

Bruns, D. and Disorbio, J.M. (2015). The psychological assessment of patients with chronic pain. In T.R. Deer, M.S. Leong and A. L. Ray (Eds.), *Treatment of chronic pain by integrative approaches : the American Academy of Pain Medicine textbook on patient management* (pp. xix, 325 pages). New York; Heidelberg; Dordrecht; London: Springer.

Celestin, J., Edwards, R.R. and Jamison, R.N. (2009). Pretreatment psychosocial variables as predictors of outcomes following lumbar surgery and spinal cord stimulation: a systematic review and literature synthesis. *Pain Medicine*, 10(4), 639-653. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00632.x

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2009*. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_249.pdf (PDF, 3.53MB)

Colorado Division of Workers' Compensation: Chronic Pain Task Force. (2017). Rule 17, Exhibit 9: Chronic Pain Disorder Medical Treatment Guidelines. *Colorado Medical Treatment Guidelines*. 2017. Retrieved from <http://www.healthpsych.com/tools/chronicpain.pdf> (PDF, 4.15MB)

Haig, K. M., Sutton, S. and Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Committee. *Journal of Quality Patient Safety*, 32(3), 167-175. doi:10.1016/s1553-7250(06)32022-3

Jones, T., Moore, T., Levy, J. L., Daffron, S., Browder, J. H., Allen, L., & Passik, S. D. (2012). A comparison of various risk screening methods in predicting discharge from opioid treatment. *Clinical Journal of Pain*, 28(2), 93-100. doi:10.1097/AJP.0b013e318225da9e

Nicholas, M., Vlaeyen, J.W.S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., . . . Pain, I.T.f. t.C.o.C. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28-37. doi:10.1097/j.pain.0000000000001390

Passik, S.D., Kirsh, K.L., Whitcomb, L., Portenoy, R.K., Katz, N.P., Kleinman, L., . . . Schein, J.R. (2004). A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. *Clinical Therapy*, 26(4), 552-561. doi:10.1016/s0149-2918(04)90057-4

Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., . . . Wang, S.J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. doi:10.1097/j.pain.0000000000001384

World Health Organization. (2019). *The International Classification of Diseases 11th Revision*. Retrieved from <https://icd.who.int/en>