



Depresalgia

Depresalgia

El dolor es una experiencia subjetiva relacionada con un daño que habitualmente se interpreta como daño corporal, ya sea este de origen traumático, inflamatorio o de otros tipos. Desde 2016, a la tipificación clásica de la experiencia dolorosa como nociceptiva *versus* neuropática se ha añadido el dolor nociplástico [1-3] definido de manera amplia como un descriptor basado en mecanismos supuestos para los estados de dolor crónico no caracterizados por una activación obvia de nociceptores o por neuropatía, pero en el que los hallazgos clínicos y psicofísicos sugieren una alteración de la función nociceptiva [2]. No existe aún consenso sobre si los atributos “nociceptivo”, “neuropático” y “nociplástico” han de entenderse como categorías diferenciadas de la nocicepción o, por el contrario, como diferentes dimensiones del dolor. En cualquier caso, la experiencia clínica en medicina del dolor sugiere que, a medida que se progresa desde la sensor-percepción nociceptiva hacia la experiencia nociplástica, los atributos emocionales, el funcionamiento psicosocial y la idiosincrasia de la biografía personal cobran un protagonismo creciente a la par que la intensidad, localización y extensión de las lesiones anatómicas subyacentes pierden relevancia clínica. Con la incorporación del concepto de dolor nociplástico resulta conveniente la incorporación de nuevas perspectivas en el campo de la medicina del dolor. Proponemos a continuación una perspectiva desde la psiquiatría narrativa [4] que, si bien cercana, se diferencia de la perspectiva de la psicología clínica, que está más arraigada en la medicina del dolor.

En el currículum formativo de los psiquiatras, la medicina del dolor ha recibido tradicionalmente una atención insuficiente, cuando no estigmatizante [5,6]. Para testar el interés actual de la psiquiatría en los tres principales estados de subjetividad aversiva (el dolor, la ansiedad y la depresión), el 11 de diciembre de 2022 realizamos una búsqueda en PubMed. Obtuvimos 150.308 resultados con los descriptores (psychiatry AND depression), que disminuyen a 73.620 con (psychiatry AND anxiety) y a 20.981 con (psychiatry AND pain). Esta breve cata bibliométrica apoya nuestra sospecha de que el dolor despierta entre los psiquiatras menor interés que otros estados aversivos de la subjetividad humana, como son la ansiedad o la depresión. Pero no solo ha sido escaso el interés de la psiquiatría por el dolor, sino que, además, algunas aproximaciones clásicas a la experiencia del dolor desde la psiquiatría de tradición psicoanalítica han resultado problemáticas. Tal es la diferenciación de un “dolor psíquico” frente a un “dolor somático” [7], dicotomía que es motivo frecuente de desencuentro en las consultas psiquiátricas cuando el paciente con dolor crónico reivindica, no sin razón, la realidad de su experiencia dolorosa. Esta adjetivación dicotómica de un mismo concepto, además de ser ajena a la caracterización de los tipos nociceptivo, neuropático y nociplástico de dolor, implica el riesgo de considerar un supuesto dolor psicológico, entendido como pseudodolor, frente a otro dolor, físico o somático, que se consideraría como el dolor real.

La psiquiatría actual se aleja del periclitado dualismo cartesiano subyacente a la dicotomía del dolor físico frente al dolor psicológico y se acerca a la neurociencia clínica como sustrato de la subjetividad normal y patológica [8], a la fenomenología de la experiencia corporal [9] y al giro enactivo [10-12] y narrativo [13] experimentado por la neurociencia cognitiva. De acuerdo con la psiquiatría narrativa, la corporeidad vivida, el soma, no es un mero cuerpo biológico, sino que es un “cuerpo biográfico”. Y en la vivencia del cuerpo biográfico la memoria del daño padecido por la persona en cualquiera de sus tres dimensiones (biológica, psicológica o social) se imbrica con la vivencia del daño corporal. Es en este marco en el que a continuación hacemos tres propuestas que podrían ser útiles para la medicina del dolor nociplástico y que giran en torno a un nuevo concepto que aquí proponemos: la depresalgia.

PADECIMIENTO

La palabra “dolor” ostenta un campo semántico borroso en muy diversas lenguas, pues puede referirse tanto a una sensación corporal como a un sentimiento subjetivo. Desde el

análisis lingüístico, Liu ha concluido recientemente [14] que la palabra “dolor” es polisémica, y que incluye dos conceptos claramente diferenciados y no diferentes dimensiones o adjetivaciones de un mismo concepto poliédrico. El dolor fisiológico, entendiendo así la nocicepción, es un proceso sensorceptivo en gran medida similar a otros como, por ejemplo, la propiocepción. Pero es dudoso que el conjunto de experiencias que componen el dolor neuropático, y más aún el nociplástico, puedan definirse sin más como meros procesos sensorceptivos. Es una tarea aún por realizar la de la descripción fenomenológica rigurosa de la vivencia del padecimiento nociplástico de manera similar a como ya se ha hecho con la experiencia del dolor nociceptivo [15]. Pero una primera aproximación fenomenológica muestra que son diversas las emociones, sentimientos, intenciones, pensamientos, creencias y expectativas que componen la compleja amalgama fenomenológica del dolor nociplástico. Por ello, mejor que como un mero proceso sensorceptivo, el estado subjetivo que llamamos nociplastia se caracteriza, a nuestro modo de ver, como la vivencia de un padecimiento. Nuestra primera propuesta es esta: referirnos a la nociplastia como padecimiento y no como dolor. De esta manera, el padecimiento nociplástico haría referencia a un concepto: el padecimiento expresado principalmente en la vivencia de la corporeidad. Por su parte, la palabra “dolor” denotaría otro concepto, que a su vez tiene dos dimensiones: nociceptiva y neuropática.

Desde esta perspectiva de padecimiento, en el encuentro clínico con el paciente nociplástico el daño no se expresaría como referido solamente al cuerpo, sino que sería más abarcador, sería un daño que implica una amenaza al conjunto de la integridad personal. La desesperanza, la impotencia funcional, la ansiedad, la depresión, el insomnio, la disfunción cognitiva, la astenia, la vivencia de una salud vulnerable, la pérdida en el desempeño de roles familiares, sociales y laborales, son todos ellos elementos que coexisten con el malestar corporal conformando el padecimiento nociplástico.

Sin olvidar que los tres tipos de dolor actualmente aceptados pueden darse simultáneamente en una misma persona y en un mismo momento, la perspectiva de padecimiento pondría el foco en la experiencia subjetiva de la patología dolorosa (*illness* en inglés) y en la indisposición derivada de ella (*sickness* en inglés), y no solamente en sus mecanismos biológicos (*disease* en inglés) [16]. Esta perspectiva amplia propiciaría la disolución de los frecuentes desencuentros a que da lugar la dicotomía dolor psíquico/dolor físico, mejorando en último término la concordia terapéutica al considerar las dimensiones corporal, biográfica, social y funcional de la persona. En metáfora tomada de De Haan [11], diremos que estas cuatro dimensiones componen la vivencia indisoluble del padecimiento nociplástico, de manera similar a como la harina, la leche, el azúcar y el huevo componen indisolublemente el bizcocho.

“DEPRESALGIA”

La fibromialgia es posiblemente la situación clínica más representativa de padecimiento nociplástico. En la CIE-11, vigente desde el 1 de enero de 2022, el concepto de fibromialgia se incluye en el epígrafe MG30.01 Dolor generalizado crónico. Allí se especifica que “el diagnóstico es apropiado cuando el dolor no se puede atribuir directamente a un proceso nocisensible en estas regiones y cuando hay características compatibles con un dolor nociplástico y se identifican factores contribuyentes psicológicos y sociales”. El dolor nociplástico y el estrés psicosocial aparecen, así, íntimamente relacionados en un problema complejo de salud en el que el daño no se relaciona solo con el cuerpo, sino con la experiencia de una amenaza a la persona en su conjunto. Ello es coherente con estudios epidemiológicos que han demostrado que el abuso físico infantil o en la vida adulta triplica el riesgo de fibromialgia [17]. No obstante, en otras ocasiones las personas con fibromialgia tienen en el dolor crónico su único estresor psicosocial, resultando los síntomas emocionales meros satélites del dolor. El dolor crónico generalizado se relaciona también con la depresión, de manera que en personas con dolor crónico generalizado el riesgo de depresión se incrementa hasta tres veces [18]. La relación que se establece entre el dolor nociplástico, el estrés y la depresión conforma un entramado patológico en el que cada uno de estos tres elementos puede ser un factor causal, un efecto o un modificador del efecto de la relación de causalidad que se establece entre los otros dos factores.

Proponemos el neologismo “depresalgia” (tomado de depresión, estrés y dolor: depres-algia) para designar el síndrome en el que coexisten padecimiento nociplástico, estrés psicosocial y depresión. Proponemos la depresalgia como un “síndrome depresálgico” y no como una mera comorbilidad o como una agrupación sintomática, pues pueden postularse mecanismos comunes para los tres tipos de síntomas con implicación del cíngulo anterior; estructura clave tanto en la fisiopatología del dolor como en la del estrés y la depresión [19]. Existiría también un impacto funcional en la depresalgia similar al que se da en el trastorno de estrés postraumático complejo [20].

Como definición operativa inicial consideramos que existe depresalgia cuando en una persona en los últimos tres meses se cumplen estos cuatro criterios:

- A. Dolor nociplástico que cumple criterios CIE-11 de dolor generalizado crónico (MG30.01).
 - B. Estrés psicosocial intenso asociado a los criterios *a* o *b*:
 - a) En algún momento a lo largo de la vida exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia).
 - b) En los últimos tres meses dolor crónico de tipo nociceptivo o neuropático, persistente, resistente al tratamiento y descrito por el paciente como insoportable.
 - C. Se cumplen criterios para alguna entidad de las incluidas en los epígrafes “Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados” y “Trastornos depresivos” de CIE-11.
 - D. Disfunción social actual caracterizada por problemas en la regulación del afecto, autodesvaloración personal o dificultades para mantener relaciones interpersonales.
- Los criterios B.a y D se han tomado del requisito CIE-11 para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático complejo (6B41).

ALGOPSIQUIATRÍA

En enero de 2019 se incluyó un psiquiatra a tiempo parcial en el equipo de la Unidad del Dolor de Valladolid (UDOVA), que atiende a las dos Áreas de Salud de Valladolid y es unidad de referencia para otras cuatro, y que cuenta también con un psicóloga clínica a dedicación completa. En enero de 2021 la dedicación del psiquiatra pasó también a ser a tiempo completo. Lo expuesto en este editorial deriva de tal experiencia asistencial. A lo largo del año 2021 se atendieron en la consulta de psiquiatría de la UDOVA a 465 pacientes. De ellos, 253 (54,4 %) procedían de los ya atendidos en los dos años previos. Durante el año 2021, 143 pacientes (30,7 %) fueron derivados por primera vez desde Salud Mental y 69 pacientes (14,8 %) fueron derivados por primera vez desde la propia UDOVA. De todos ellos, 212 pacientes (45,6 %) tenían comorbilidad de dolor crónico con algún trastorno mental grave, de entre los cuales los más característicos fueron los trastornos afectivos crónicos (78 casos; 16,8 %), el trastorno de estrés postraumático (29 casos; 6,2 %) y los trastornos conversivos y disociativos (20 casos; 4,3 %). Otros motivos de derivación a la consulta de psiquiatría de la UDOVA fueron el insomnio, la ansiedad, la ideación suicida o el déficit cognitivo asociado a dolor crónico, así como algunos casos de adicción a opioides prescritos, de trastornos de la personalidad o de trastornos psicóticos. De entre las derivaciones sin patología psiquiátrica comórbida de importancia destaca la fibromialgia con 92 pacientes (19,8 %).

La experiencia en la UDOVA en estos últimos años nos conduce a llamar la atención sobre la importancia de incorporar psiquiatras en la plantilla estable de las unidades del dolor, al menos de aquellas unidades que pretendan ser de referencia. La adecuada atención a los trastornos afectivos, al riesgo suicida y al estrés postraumático en pacientes con dolor crónico es un argumento sólido para defender la presencia de “algopsiquiatras”. Estos, lejos de caracterizarse irónicamente como “solo un poco psiquiatras”, han de tener una sólida formación tanto en psicoterapia individual y grupal como en psicofarmacología, además de manejarse con soltura en diversas patologías médicas y quirúrgicas en pacientes pluripatológicos. El manejo de adicciones a opioides prescritos, el tratamiento del insomnio, la evaluación y rehabilitación neurocognitiva y el manejo de trastornos psicóticos inducidos por analgésicos como el ziconotide formarán también una parte indispensable de su cartera de servicios.

El concepto de depresalgia aquí propuesto puede abrir oportunidades terapéuticas en la optimización de nuevos tratamientos que han demostrado eficacia en el dolor crónico y en la depresión resistente, como es la esketamina [21,22], o en el desarrollo de nuevos usos en medicina del dolor de técnicas con eficacia demostrada en el trastorno de estrés postraumático, como es la *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* (EMDR) [23]. Los pacientes que cumplan criterios de depresalgia serían, hipotéticamente, candidatos idóneos para el ensayo de estos nuevos tratamientos, o también para investigar nuevas aplicaciones de la terapia electroconvulsiva en medicina del dolor [24].

En la UDOVA nos proponemos desarrollar entre 2023 y 2025 un estudio multicéntrico con un doble objetivo: 1) construir un procedimiento estandarizado para el diagnóstico clínico de depresalgia, y 2) estimar la prevalencia de depresalgia en las Unidades del Dolor españolas. Animamos a los lectores de RESED y a los miembros de la Sociedad Española del Dolor con interés en este campo a adherirse a este proyecto escribiendo a nuestra dirección de contacto.

M. L. Vargas Aragón y E. Ortega Ladrón de Cegama
*Unidad del Dolor de Valladolid (UDOVA). Alianza estratégica del Hospital Universitario
 Río Hortega y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España*

Correspondencia: mvargas@saludcastillayleon.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Kosek E, Cohen M, Baron R, Mico J-A, Rice AS, Rief W, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*. 2016;157(7):1382-6. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000507.
2. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021;397(10289):2098-110. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00392-5.
3. Walsh DA. Nociceptive pain: helping to explain disconnect between pain and pathology David. *Pain*. 2021;162(11):2627-8. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002323.
4. Lewis B. The art of medicine: Taking a narrative turn in psychiatry. *Lancet*. 2014;383(9911):22-3. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62722-1.
5. Elman I, Zubieta JK, Borsook D. The Missing "P" in Psychiatric Training: Why is it Important to Teach Pain to psychiatrists? *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(1):12-20. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.174.
6. Vargas ML. Adicción y dolor crónico: ¿cómo prevenir su estigmatización terapéutica? *Rev Española Drog*. 2020;45(2):5-12.
7. Hartung T, Steinbrecher M. From somatic pain to psychic pain: The body in the psychoanalytic field. *Int J Psychoanal*. 2018;99(1):159-80. DOI: 10.1111/1745-8315.12651.
8. Vargas ML, Guekht A, Priller J. Neuropsychiatry services in Central, Southern, and Eastern Europe. In: *Oxford Textbook of Neuropsychiatry* (Agrawal N, Faruqi R and Bodani M, Eds). Oxford: Oxford University Press; 2020. p. 5516.
9. Whitehead PM. Overcoming parallelism: Naturalizing phenomenology with goldstein and Merleau-Ponty. *Prog Biophys Mol Biol*. 2015;119(3):502-9. DOI: 10.1016/j.pbiomolbio.2015.07.003.
10. Aftab A, Nielsen K. From Engel to enactivism: Contextualizing the biopsychosocial model. *Eur J Anal Philos*. 2021;17(2):5-22. DOI: 10.31820/ejap.17.2.3.
11. De Haan S. *Enactive Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
12. Gallagher S, Hutto DD, Slaby J, Cole J. The brain as part of an enactive system. *Behav Brain Sci*. 2013;36(4):421-2. DOI: 10.1017/S0140525X12002105.
13. Cohn N, Magliano JP. Editors' Introduction and Review: Visual Narrative Research: An Emerging Field in Cognitive Science. *Top Cogn Sci*. 2020;12(1):197-223. DOI: 10.1111/tops.12473.
14. Liu M. The polysemy view of pain. *Mind Lang*. 2021;(December 2020):198-217. DOI: 10.1111/mila.12389.
15. Serrano de Haro A. Introducción a la fenomenología del dolor: la experiencia del dolor físico desde el punto de vista filosófico. *Rev d'Humanitats*. 2019;3:30-42.
16. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002;27(6):651-73. DOI: 10.1076/jmep.27.6.651.13793.
17. Kaleycheva N, Cullen AE, Evans R, Harris T, Nicholson T, Chalder T. The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Psychol Med*. 2021;51(2):177-93. DOI: 10.1017/S0033291720004547.
18. Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2018;87(B):159-67. DOI: 10.1016/j.pnpb.2017.05.012.
19. Bubb EJ, Metzler-Baddeley C, Aggleton JP. The cingulum bundle: Anatomy, function, and dysfunction. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;92(January):104-27. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.05.008.
20. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;400(10345):60-72. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00821-2.
21. Subramanian S, Haroutounian S, Palanca BJA, Lenze EJ. Ketamine as a therapeutic agent for depression and pain: mechanisms and evidence. *J Neurosci*. 2022;434(June 2021):120152. DOI: 10.1016/j.jns.2022.120152.
22. Henter ID, Park LT, Zarate CA. Novel Glutamatergic Modulators for the Treatment of Mood Disorders: Current Status. *CNS Drugs*. 2021;35(5):527-43. DOI: 10.1007/s40263-021-00816-x.
23. Scelles C, Bulnes LC. EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021;12(September):1-22. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.644369.
24. Zhang T, Hou Q, Bai T, Ji G, Lv H, Xie W, et al. Functional and structural alterations in the pain-related circuit in major depressive disorder induced by electroconvulsive therapy. *J Neurosci Res*. 2022;100(2):477-89. DOI: 10.1002/jnr.24979.