

dolor crónico – chronic pain

Authored by
memjavad

November 15, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *dolor crónico – chronic pain*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4592>

Dolor Crónico

Primary Disciplinary Field(s): Medicina, Neurociencia, Salud Pública, Psicología.

1. Definición Central y Clasificación

El **dolor crónico** (DC) constituye una condición de salud compleja y multidimensional que se distingue del dolor agudo principalmente por su duración y su naturaleza patológica intrínseca. La [Asociación Internacional para el Estudio del Dolor](#) (IASP, por sus siglas en inglés) lo define formalmente como aquel dolor que persiste o recurre durante más de tres meses, aunque históricamente el umbral de seis meses también ha sido utilizado. Crucialmente, el DC deja de ser un síntoma de una lesión subyacente y se convierte en una enfermedad por derecho propio, caracterizada por adaptaciones maladaptativas del sistema nervioso central y periférico. Esta recalibración neural implica que la experiencia dolorosa persiste incluso después de que la causa inicial de la lesión o enfermedad haya sanado o desaparecido, lo que lo convierte en un desafío diagnóstico y terapéutico fundamental debido a la disociación entre el estímulo inicial y la percepción mantenida del dolor.

Desde la perspectiva de la clasificación clínica, la [Clasificación Internacional de Enfermedades](#) (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha introducido categorías específicas para el DC, reconociendo su impacto global y la necesidad de una codificación precisa. Esta clasificación distingue entre el **dolor crónico primario**, donde el dolor es el síntoma predominante y se asocia a un malestar emocional o discapacidad funcional significativa (como la fibromialgia o el síndrome de dolor regional complejo, donde la etiología es predominantemente nociplástica), y el **dolor crónico secundario**, que surge como consecuencia de otra condición médica subyacente (como el dolor oncológico, el dolor neuropático post-traumático o el dolor musculoesquelético crónico). Esta diferenciación es vital, ya que dirige los esfuerzos de tratamiento hacia la modulación de los mecanismos centrales del dolor en el primer caso y hacia el manejo de la enfermedad causal en el segundo, aunque a menudo ambos enfoques son necesarios debido a la superposición de mecanismos fisiopatológicos.

Es fundamental comprender que el DC abarca una amplia heterogeneidad de síndromes. No se trata de una única entidad nosológica, sino de un espectro que incluye condiciones nociceptivas (activación continua de nociceptores debido a daño tisular persistente), neuropáticas (dolor causado por lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial, como la neuralgia postherpética o la radiculopatía) y **nociplásticas** (dolor que surge de la alteración de la nocicepción sin evidencia clara de daño tisular o lesión del sistema nervioso, reflejando una disfunción primaria de la modulación del dolor). Esta última categoría, introducida recientemente, subraya la primacía de los fenómenos de **sensibilización central** como motor del dolor persistente. La definición, por lo tanto, exige una aproximación integral que considere las

dimensiones sensorial, emocional, cognitiva y funcional del paciente, reconociendo que la experiencia dolorosa es siempre una construcción compleja del cerebro.

2. Epidemiología y Carga Global

La prevalencia del dolor crónico representa una **crisis de salud pública** silenciosa a nivel mundial, impactando a una porción sustancial de la población adulta con consecuencias socioeconómicas devastadoras. Los estudios epidemiológicos varían en sus estimaciones debido a las diferencias metodológicas y de umbrales temporales utilizados, pero consistentemente sitúan la prevalencia global entre el 20% y el 30% de la población, alcanzando tasas superiores al 50% en poblaciones ancianas. Esto significa que miles de millones de personas viven con dolor persistente, superando la incidencia combinada de enfermedades graves como la diabetes, las cardiopatías y el cáncer. En el contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles, el dolor crónico es la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD) a nivel global, siendo el dolor lumbar crónico y la cefalea las contribuciones más significativas a esta carga.

La **carga económica** asociada al dolor crónico es monumental y a menudo subestimada por los sistemas de salud. Incluye costos directos relacionados con la atención médica (consultas especializadas, farmacoterapia compleja, fisioterapia, procedimientos intervencionistas y cirugías fallidas) y costos indirectos derivados de la pérdida de productividad laboral, el ausentismo, la jubilación anticipada y el impacto en los cuidadores. En países de altos ingresos, se ha documentado que los costos anuales asociados al manejo del dolor crónico superan los de la suma del tratamiento del cáncer y las enfermedades cardiovasculares, lo que subraya la necesidad de una asignación de recursos más eficiente y efectiva. Esta carga financiera se ve agravada por la ineficacia de los tratamientos tradicionales en muchos casos de DC, lo que lleva a la polifarmacia y al uso prolongado de medicamentos con efectos adversos significativos.

Además de la morbilidad física y económica, el dolor crónico genera una significativa **disparidad social y de equidad en salud**. Afecta desproporcionadamente a poblaciones con bajos ingresos, niveles educativos inferiores y a ciertos grupos étnicos, lo que sugiere una interacción compleja entre factores biológicos, ambientales y socioeconómicos. La cronicidad del dolor a menudo conduce al aislamiento social, la depresión, la ansiedad y trastornos del sueño, creando un ciclo vicioso de dolor, disfunción psicológica y desempoderamiento. Reconocer el DC como un problema de salud pública requiere no solo mejorar las estrategias de tratamiento basadas en la evidencia, sino también implementar políticas preventivas y de manejo temprano, especialmente en la transición del dolor postoperatorio o post-traumático agudo a la cronicidad, un periodo crítico para la intervención.

3. Bases Neurobiológicas y Fisiopatología

La transición del dolor agudo (un sistema de alarma protector y adaptativo) al dolor crónico (un sistema disfuncional y maladaptativo) está mediada por profundas alteraciones en la **neuroplasticidad** del sistema nervioso central y periférico. El dolor crónico no es simplemente una señal nociceptiva amplificadas, sino el resultado de cambios estructurales y funcionales permanentes en las vías nociceptivas. Los mecanismos clave que impulsan esta cronificación incluyen la sensibilización periférica sostenida, la sensibilización central y la desregulación de las vías descendentes de modulación del dolor, lo que resulta en un estado de hiperexcitabilidad mantenida en la médula espinal y el cerebro.

La **sensibilización periférica** ocurre en los nociceptores primarios, donde la exposición prolongada a mediadores inflamatorios (como bradiquinina, prostaglandinas, y diversas citocinas y quimiocinas) reduce el umbral de activación de las terminaciones nerviosas. Esto provoca **hiperalgesia primaria**, una respuesta exagerada a estímulos dolorosos en el sitio lesionado. No obstante, el mecanismo definitorio y más recalcitrante del DC es la **sensibilización central**, que ocurre en las astas dorsales de la médula espinal y en estructuras supramedulares. Implica un aumento de la excitabilidad de las neuronas de segundo orden (fenómeno conocido como *wind-up*), facilitado por la activación persistente de los receptores NMDA y la subsecuente plasticidad sináptica de larga duración, que literalmente reconfigura los circuitos del dolor. Esta hiperexcitabilidad central es la responsable de la alodinia (percepción de dolor ante estímulos que normalmente no son dolorosos) y la hiperalgesia secundaria (dolor exagerado en áreas no lesionadas, fuera del foco original de la lesión).

Adicionalmente, el DC involucra la desregulación crítica de las vías descendentes que normalmente modulan (inhiben o facilitan) la transmisión del dolor, originándose en regiones como la sustancia gris periacueductal (PAG) y el núcleo del rafe magno (NRM). En muchos síndromes de dolor crónico, se observa una disminución o disfunción de las vías inhibitorias descendentes. Este fallo en el "freno" del dolor permite que las señales nociceptivas asciendan al tálamo y la corteza sin ser adecuadamente filtradas. Estos cambios, junto con la **reorganización somatotópica** en la corteza (el llamado "borrón cortical") y la implicación del sistema límbico (que procesa la emoción, la memoria y la motivación), explican por qué el DC tiene componentes emocionales, catastróficos y cognitivos tan prominentes, y por qué la simple anestesia periférica no es suficiente para resolver el problema central.

4. Mecanismos de Sensibilización y Plasticidad Molecular

La profundización en los mecanismos moleculares de la sensibilización es esencial para el desarrollo de la próxima generación de analgésicos. La **plasticidad neuronal** inducida por el dolor crónico se manifiesta a nivel génico, proteico y morfológico. Uno de los mecanismos más detallados es la potenciación a largo plazo (PLP) en las sinapsis nociceptivas, donde la actividad aferente sostenida resulta en la fosforilación de receptores AMPA y la inserción de más receptores

en la membrana postsináptica, haciendo que la neurona sea permanentemente más sensible a estímulos de baja intensidad, perpetuando así la memoria del dolor.

Otro mecanismo clave reside en la desregulación de los **canales iónicos**. En el dolor neuropático, las lesiones nerviosas periféricas pueden causar la expresión ectópica y el agrupamiento de canales de sodio voltaje-dependientes (particularmente los subtipos Nav1.7, Nav1.8 y Nav1.9) en el ganglio de la raíz dorsal (GRD) y el neuroma. Este agrupamiento disminuye drásticamente el umbral de disparo del axón, generando descargas espontáneas que el cerebro interpreta como parestesias o dolor. La investigación actual se centra intensamente en el desarrollo de fármacos que modulen estos canales específicos de las neuronas sensoriales primarias, buscando silenciar la actividad espontánea patológica sin comprometer la función cardíaca o motora.

La interacción entre el sistema nervioso y el **sistema inmune**, conocida como neuroinflamación, es un motor central de la cronificación. Las células gliales, especialmente la microglía (en el SNC) y los astrocitos, que tradicionalmente se consideraban solo células de soporte, se activan persistentemente en estados de dolor crónico. Esta activación glial no solo ocurre por daño directo, sino que se mantiene por la señalización neuronal. Las células gliales activadas liberan una miríada de mediadores proinflamatorios, quimiocinas y citocinas (como IL-1 β , IL-6 y TNF- α) que actúan directamente sobre las neuronas, amplificando y manteniendo el estado de sensibilización central. Este circuito neuroinmune mantiene un estado de "fuego bajo" inflamatorio que es clave para la persistencia del dolor nociplástico y representa una diana terapéutica prometedora para intervenir en la progresión de la enfermedad, utilizando agentes que inhiban la activación microglial o la liberación de citocinas.

5. Evaluación Clínica y Diagnóstico

El diagnóstico del dolor crónico es inherentemente complejo, ya que la principal medida de resultado es la experiencia subjetiva del paciente, lo que presenta desafíos para la objetivación y la estandarización. La evaluación debe ser exhaustiva y multimodal, trascendiendo la simple localización y gravedad del dolor. Se requiere una historia clínica detallada que abarque la duración, la intensidad (a menudo medida mediante escalas psicométricas validadas como la **Escala Visual Analógica** o la Escala Numérica), las características cualitativas del dolor (quemante, lancinante, opresivo, sordo) y los factores que lo exacerban o alivian. Es crucial utilizar herramientas de cribado específicas (como el cuestionario DN4 o la Escala de Dolor Neuropático de Leeds) para diferenciar los componentes nociceptivos, neuropáticos y nociplásticos.

Un componente esencial de la evaluación es la consideración de las **comorbilidades psicológicas y funcionales**. El dolor crónico raramente existe de forma aislada; está intrínsecamente ligado a trastornos del sueño, fatiga, depresión, ansiedad y, fundamentalmente, la discapacidad funcional. Es imperativo evaluar el grado de limitación en las actividades de la vida

diaria (uso de escalas como el Índice de Discapacidad de Oswestry o el Brief Pain Inventory), la presencia de miedo al movimiento (kinesiofobia) y la catastrofización del dolor (una tendencia a exagerar la amenaza y las consecuencias negativas de la experiencia dolorosa). Estos factores psicosociales no son meras consecuencias pasivas del dolor, sino poderosos moduladores que pueden amplificar la intensidad percibida y dificultar significativamente la rehabilitación.

Aunque las pruebas de imagen (resonancia magnética, tomografía) y los estudios electrofisiológicos son indispensables para descartar patologías estructurales graves o confirmar el daño nervioso en casos secundarios, el diagnóstico del dolor crónico primario es a menudo clínico y de exclusión. La tendencia actual en la práctica clínica se dirige hacia la **fenotipificación del dolor**. Este proceso busca clasificar a los pacientes no solo por la causa aparente (ej. dolor lumbar) sino por los mecanismos fisiopatológicos predominantes subyacentes (ej. predominio neuropático, predominio inflamatorio, predominio de sensibilización central). Esta fenotipificación permite una aproximación de medicina de precisión en el manejo del dolor, seleccionando terapias que se dirijan específicamente a los mecanismos biológicos identificados en el individuo, en lugar de un enfoque de tratamiento único para todos los síndromes.

6. Enfoques Terapéuticos Multimodales

Dada la naturaleza biopsicosocial y la etiología compleja del dolor crónico, el tratamiento más eficaz es invariablemente un enfoque **multimodal e interdisciplinario**, gestionado idealmente por clínicas especializadas en dolor. Este modelo integra la farmacoterapia racional, las intervenciones físicas, la terapia psicológica y, cuando es necesario, las técnicas intervencionistas. La meta del tratamiento no es la eliminación completa del dolor, lo cual es inalcanzable en muchos casos de DC bien establecido, sino la mejora sustancial de la función, el aumento de la calidad de vida y el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas. Los equipos de manejo del dolor suelen incluir algólogos, fisioterapeutas especializados, psicólogos clínicos, y a menudo, terapeutas ocupacionales y psiquiatras.

La farmacoterapia para el DC es particularmente desafiante debido a la limitada eficacia, los efectos secundarios y el riesgo de dependencia asociados a muchos agentes. La evidencia actual desaconseja el uso rutinario de **opioides** para el dolor crónico no oncológico, ya que los riesgos de dependencia, tolerancia e hiperalgesia inducida por opioides superan los beneficios funcionales a largo plazo en la mayoría de los casos. Las directrices clínicas favorecen el uso de fármacos que actúan sobre los mecanismos de sensibilización central y el dolor neuropático, como los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN, como la duloxetina) y los ligandos alfa-2-delta de los canales de calcio (como la gabapentina o la pregabalina), que modulan la liberación de neurotransmisores excitatorios.

Las intervenciones no farmacológicas son consideradas el pilar del manejo a largo plazo. La

fisioterapia y los programas de ejercicio estructurado son cruciales para contrarrestar el desacondicionamiento físico y la kinesiophobia. Las terapias psicológicas son esenciales: en particular, la [Terapia Cognitivo-Conductual](#) (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) han demostrado ser altamente efectivas. Estas terapias ayudan a los pacientes a reestructurar las creencias maladaptativas sobre el dolor, a reducir la catastrofización y a aumentar la participación en actividades valiosas, desacoplando la intensidad de la sensación dolorosa de la discapacidad funcional. Las técnicas intervencionistas (bloqueos nerviosos diagnósticos y terapéuticos, neuroestimulación medular o periférica) se reservan para subtipos específicos de dolor, como el dolor neuropático refractario.

7. Impacto Psicosocial y Calidad de Vida

El dolor crónico ejerce un impacto profundamente negativo y multidimensional sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del individuo. La persistencia incesante del dolor erosiona progresivamente la capacidad para participar en actividades diarias, mantener relaciones sociales, ejercer roles laborales y familiares, y disfrutar del ocio. La naturaleza subjetiva y a menudo invisible del dolor crónico lleva frecuentemente a la incompreensión social y médica, lo que resulta en sentimientos de culpa, frustración, estigmatización e invalidación. Este fenómeno de "**dolor invisible**" intensifica el aislamiento social y el sufrimiento psicológico, contribuyendo a la carga alostática del paciente.

La relación bidireccional entre el dolor crónico y los trastornos del estado de ánimo es una característica definitoria de la enfermedad. Se estima que una mayoría sustancial de los pacientes con DC experimentan síntomas clínicos significativos de depresión, ansiedad o ambos. Esta comorbilidad no es una mera reacción psicológica al sufrimiento, sino que está ligada a vías neurobiológicas compartidas, particularmente la desregulación de los circuitos límbicos y de neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina y el glutamato, que están implicados tanto en la modulación del dolor como en la regulación del estado de ánimo. La presencia de depresión no solo disminuye drásticamente la CVRS, sino que también es un predictor de una peor respuesta a los tratamientos analgésicos farmacológicos y no farmacológicos.

El manejo exitoso del DC requiere, por lo tanto, abordar activamente esta dimensión psicosocial. Esto incluye la promoción de estrategias de afrontamiento activo, el fomento de la **autoeficacia** (la creencia del paciente en su capacidad para manejar la condición) y, cuando sea necesario, la rehabilitación vocacional. La meta final de la intervención en el dolor crónico es maximizar la funcionalidad y la participación social, permitiendo al paciente vivir una vida significativa y valiosa a pesar de la persistencia residual de la sensación dolorosa. En este contexto, la CVRS y la mejora funcional se convierten en los principales indicadores de éxito terapéutico, superando la métrica tradicional de la reducción de la puntuación en la escala de dolor.

8. Controversias y Desafíos en la Investigación

A pesar de los significativos avances en la neurociencia del dolor, el campo del dolor crónico enfrenta numerosos desafíos y controversias que limitan la eficacia terapéutica. Una de las más apremiantes es la necesidad de desarrollar analgésicos no adictivos y más eficaces para el dolor crónico no oncológico, un imperativo acelerado por la **crisis de los opioides** en muchas naciones. La investigación actual se centra en dianas moleculares novedosas que eviten los receptores mu-opioides, como los antagonistas de los receptores de purinas (P2X3), los moduladores de canales de sodio específicos (Nav1.7) o los agentes que actúan sobre los receptores de citocinas gliales. Sin embargo, la traslación de estos prometedores descubrimientos preclínicos a la aprobación clínica ha sido lenta y frustrante.

Otra controversia significativa gira en torno a la **subjetividad inherente del dolor**. El dolor es una experiencia sensorial y emocional totalmente personal, lo que dificulta la validación objetiva de los síntomas y la medición precisa de la respuesta al tratamiento. La falta de biomarcadores objetivos y fiables para el DC complica el diagnóstico, contribuye a la estigmatización y perpetúa el escepticismo en algunos contextos clínicos y legales. La investigación actual está explorando el uso de técnicas avanzadas de neuroimagen funcional (fMRI) y electroencefalografía (EEG) para identificar firmas neuronales o "huellas de dolor" que puedan correlacionarse objetivamente con la experiencia subjetiva del paciente, lo que podría revolucionar tanto el diagnóstico como la monitorización terapéutica.

Finalmente, existe un desafío crucial en la implementación y el acceso a la atención interdisciplinaria. Aunque el modelo multimodal es reconocido como el estándar de oro, su disponibilidad es limitada, especialmente en sistemas de atención primaria o en áreas geográficas con baja densidad de especialistas. Superar este desafío requiere no solo la formación de más profesionales especializados en algología, sino también la integración de la educación sobre los mecanismos del dolor crónico y el manejo biopsicosocial en los planes de estudio de todas las disciplinas sanitarias. El futuro del manejo del dolor crónico depende de la capacidad de la investigación para desentrañar completamente la complejidad de la sensibilización central y de la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer cuidados integrales, accesibles y centrados en la funcionalidad del paciente.

9. Lecturas Adicionales

[IASP Taxonomy: Chronic Pain Classification](#)

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\): Códigos de Dolor Crónico CIE-11](#)

[Neurobiology of Chronic Pain: From the Periphery to the Cortex](#)

[American Psychological Association \(APA\): Terapia Cognitivo-Conductual \(TCC\)](#)