

Adicción y dolor crónico: ¿cómo prevenir su estigmatización terapéutica?

Addiction and chronic pain: how to prevent its therapeutic stigmatization?

Martín L. Vargas

Programa de neuropsiquiatría del dolor. Unidad del Dolor de Valladolid. Hospital Universitario Río Hortega
Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

Resumen

Tanto el dolor crónico como las adicciones son problemas complejos de salud que en la última década han tomado condiciones epidémicas en los países occidentales. Ello ha condicionado un intenso debate sobre el uso terapéutico de sustancias analgésicas potencialmente adictivas como son los opioides y los cannabinoides. Una consecuencia indeseable de la indeterminación clínica relacionada con estos problemas emergentes es la estigmatización de las personas que sufren dolor crónico, quienes han comenzado a ser el foco de prejuicios sociales que ya sufren los enfermos adictos.

Se describe la utilidad del concepto de “alostasis” para evitar el estigma asociado al desconocimiento de estos problemas complejos de salud. Se propone que la neuropsiquiatría entendida desde una perspectiva antropológica puede ayudar en la integración teórica del abordaje y tratamiento del dolor crónico y la adicción como problemas estrechamente relacionados.

Palabras Clave

Adicción; alostasis; antropología; dolor crónico; fenomenología; neuropsiquiatría.

— Correspondencia a: —

M.L. Vargas

Email: mvargas@saludcastillayleon.es



Abstract

Chronic pain and addiction disorders are both complex health problems which take epidemic dimension in the last decade in occidental countries. It has conditioned a profound debate on the therapeutic use of potentially addictive analgesic substances as opioids and cannabinoids are. An undesirable consequence of the clinical indeterminacy related with these emergent problems is the stigmatization of persons suffering chronic pain, which are beginning to be the focus of social prejudices the addiction patients are suffering.

The utility of the concept “allostasis” to avoid the stigma related to the unknowledge of these complex health problems is described. It is proposed that neuropsychiatry understood under an anthropological perspective can be helpful in the theoretical integration for the management and treatment of chronic pain and addiction as closely related problems.

Key Words

Addiction; allostasis; anthropology; chronic pain; phenomenology; neuropsychiatry.

Thomas De Quincey, el ilustre opiófago, escribía en 1821: “Cierto es que durante casi diez años consumí opio ocasionalmente por el exquisito placer que me proporcionaba; pero mientras lo tomé con este objetivo estuve protegido de todas las consecuencias adversas por la necesidad de interponer largos intervalos entre los momentos de complacencia con el fin de renovar las sensaciones agradables. No fue para obtener placer, sino para mitigar el dolor en su más alto grado por lo que empecé a consumir opio a diario” (De Quincey, 1821, p. 18). Entonces, como ahora, el uso del opio y sus derivados en el tratamiento del dolor es motivo de controversia debido a su potencial adictivo y al riesgo de muerte por dosificación excesiva.

El pasado mes de marzo Barnett (2020) matizaba algunos mitos relativos a la hiper e infraprescripción de opioides en los EEUU donde, tras el pico de uso descontrolado que se alcanzó en 2011, el 17 % de la po-

blación aún sigue teniendo prescrito algún tratamiento de este grupo terapéutico. Una consecuencia social de la controversia sobre el uso de opioides es la estigmatización de los pacientes que sufren dolor crónico, ello a pesar de que un subgrupo puede beneficiarse del correcto tratamiento crónico sin un patrón nocivo de consumo ni una dependencia de la sustancia. La problemática acompaña también a los cannabinoides en su indicación terapéutica para el tratamiento del dolor. Su dualidad como sustancia de uso recreativo, con potencial adictivo y riesgo conocidos, pero también con potencial terapéutico, ha sido analizada recientemente en *Revista Española de Drogodependencias* (Sánchez Nàcher, 2019; Rojo Moreno, 2019) a cuyos trabajos nos remitimos.

La relación entre adicción y dolor es compleja y tiene en los factores socioeconómicos importantes elementos comunes. Feinberg (2019) pone el foco en los aspectos labora-

les, económicos y sociales que darían cuenta de la vulnerabilidad social a sufrir cualquier tipo de epidemia de trastornos adictivos. Estas dependerían de la sociedad al menos tanto como de la sustancia vinculada a cada ola epidémica, ya sean estas de uso ilegal o de medicamentos prescritos. La importancia de los factores socioeconómicos como factor de vulnerabilidad también ha sido analizada para el caso del dolor crónico por Borsook et al. (2018), quienes proponen la metáfora de que el dolor crónico expresa una suerte de “viscosidad, rigidez o pegajosidad” (*stickiness*) por la que se ven afectadas de manera multidireccional muy diversas dimensiones de la vida de la persona con dolor.

El abordaje de este tipo de problemas mediante esquemas conceptuales insuficientes, de causalidad lineal sobresimplificadora, aboca a la frustración y al agotamiento de los profesionales y, en último término, a la estigmatización de los pacientes que sufren el problema. Cabe entonces preguntarse: ¿cómo prevenir desde los sistemas de salud el estigma asociado al tratamiento del dolor crónico con medicamentos potencialmente adictivos?

Goldberg (2017) ha estudiado específicamente el problema de la subjetividad del dolor y su relación con el estigma. Pone en relación la estigmatización de los pacientes con dolor crónico con la visión naturalista y mecanicista imperante en la medicina moderna de los siglos XIX y XX. La carencia de claros referentes somáticos objetivos en la patología y su caracterización casi exclusiva según síntomas subjetivos serían los dos atributos responsables de una visión social estigmatizadora. Link y Phelan (2001) describen cuatro atributos necesarios para considerar la existencia de estigma: etiquetado de diferencias humanas, estereotipos nega-

tivos referidos a dichas diferencias, separación de las personas etiquetadas y pérdida de estatus con discriminación. El estigma se elicitaría en situaciones en las que se ejerce cierto poder, resultando desfavorecida la persona que lo sufre. Si entendemos que el acceso a cuidados de salud obedece a ciertas condiciones de poder (recibir determinadas prescripciones médicas, o acceder a determinados servicios y prestaciones), tiene sentido plantearse el riesgo de que las personas etiquetadas como afectas de dolor crónico (fibromialgia, lumbalgia crónica y condiciones similares), estén resultando estigmatizadas. Tal estigma vendría determinado por: 1) estereotipos negativos entre la comunidad médica hacia el dolor crónico, habitualmente por desconocimiento de la complejidad de este problema de salud, 2) exclusión de las personas con dolor crónico en procedimientos diagnósticos y terapéuticos potencialmente indicados y 3) discriminación en el acceso a derechos de protección social aduciendo escasa credibilidad de los síntomas subjetivos que presentan.

El segundo aspecto ya se ha comentado someramente en los primeros párrafos de este texto, por lo que dedicaremos algunos comentarios al primero y al tercero. El estigma hacia las personas con dolor crónico se resume en la creencia de que se trata de personas adictas a sustancias analgésicas y que utilizan la queja de dolor como estrategia de acceso a lo que para ellas se habría convertido en una droga. La propuesta que quiere defenderse en este trabajo es que, para disminuir su estigma, sería recomendable: 1) clarificar los mecanismos cerebrales comunes al dolor crónico y a los trastornos adictivos y 2) comprender mejor la subjetividad de las personas que sufren dolor cró-



nico y trastornos adictivos. Se intentará lo primero en el epígrafe referente a la alostasis y lo segundo en el correspondiente a la reintegración de la subjetividad.

Alostasis: un modelo para dos problemas complejos de salud

Los modelos aplicables al estudio de los sistemas complejos se caracterizan por hacer compatibles teorías de diversos ámbitos (García, 2006). Por ejemplo, los modelos bioquímicos son compatibles tanto con teorías biológicas como con teorías químicas. El modelo bioquímico, precisamente, tiene por objetivo articular ambos campos del conocimiento. Un tanto de lo mismo sucede en los problemas de salud en los que son relevantes tanto sus mecanismos biológicos como sus aspectos socioculturales. Tanto el dolor crónico como los trastornos adictivos pueden por ello caracterizarse como “problemas complejos de salud”, los cuales definimos como aquellos problemas de salud cuya modelización requiere no sólo de la postulación de mecanismos biomédicos sino también de una adecuada hermenéutica sociocultural. Este marco teórico está a su vez sustentado en el principio de la dualidad constitutiva del ser humano (biológica y cultural), que es el presupuesto fundamental de una antropología de fundamentación fenomenológica basada en el concepto de intersubjetividad (San Martín, 2015). Más adelante se verá cómo tal intersubjetividad se aplica al encuentro clínico.

Un antecedente en el abordaje de problemas complejos de salud puede encontrarse ya en 1913 con la teorización que Karl Jaspers hizo para las enfermedades psiquiátricas. Su “pluralismo metodológico” (Stanghellini y Fuchs, 2013) propone que la psicopatología de-

ber ser capaz simultáneamente de comprender y de explicar las enfermedades psiquiátricas. Viktor von Weizsäcker, en los años 40 y 50 del siglo pasado amplió esta perspectiva para comprender en general toda la medicina en el marco de un sistema global antropológico (von Weizsäcker, 1956). Más recientemente, en 1988, el epidemiólogo Joseph Eyer y el neurobiólogo Peter Sterling formularon el concepto de “alostasis” (Sterling y Eyer, 1988), el cual permite profundizar en esta visión amplia y sistémica de la salud-enfermedad hasta llegar a un nivel fisiológico. Si la homeostasis da cuenta del equilibrio interno de los organismos, la alostasis pretende dilucidar los ajustes que se producen en el organismo humano en respuesta al entorno: “la alostasis enfatiza el hecho de que el organismo varía para encajar las demandas percibidas y las anticipadas. Este ajuste es ejecutado por múltiples mecanismos neuronales y neuroendocrinos que se potencian mutuamente anulando los mecanismos homeostáticos. El modelo alostático, enfatizando la subordinación de las retroalimentaciones locales a su control cerebral, proporciona un potente marco conceptual para explicar la modulación social y psicológica de la fisiología y de la patología” (Sterling y Eyer, 1988). Tras su formulación inicial, el modelo ha sido aplicado a diversos problemas complejos de salud, por ejemplo el cáncer y la patología inmunológica (McEwen y Stellar, 1993), la relación de la pobreza (Schulz et al., 2012) con la carga alostática (McEwen y Stellar, 1993) o la relación de la carga alostática con los trastornos psicóticos (Misiak, 2020).

Basándose en el marco teórico de la alostasis, Elman y Borsook (Elman y Borsook, 2016) presentan un modelo que permite representar de manera unificada los meca-

nismos tanto del dolor crónico como de la patología adictiva. El modelo se sustenta en la coincidencia de gran parte de las estructuras cerebrales implicadas en el dolor, en el efecto de los analgésicos y en los mecanismos de la adicción. El sistema dopaminérgico mesolímbico y su implicación en procesos aberrantes de aprendizaje sería el elemento central, tanto en dolor como en adicción. Se produciría incluso una sensibilización cruzada entre dolor y adicción dependiente de factores estresantes ambientales. La propuesta central del modelo es que, en respuesta al estrés ambiental mantenido, se produciría un “ajuste alostático” de manera que el dolor y sus señales condicionadas aberrantes activarían el sistema dopaminérgico de recompensa. Este mecanismo serviría para explicar aprendizajes aberrantes como la algofilia (experimentación placentera del dolor, que se presenta en las conductas autolesivas de personas con trastorno límite de la personalidad). También serviría para explicar algunos fenómenos inducidos por el uso excesivo de opioides que alteran la homeostasis dando lugar a mecanismos ajenos al organismo, o alostáticos; tal es el caso de la hiperalgesia (dolor desproporcionado causado por estímulos físicos) y la hiperkatefia (estados emocionales negativos desproporcionados tras estímulos psicosociales) (Shurman, Koob y Gutstein, 2010).

Del “dolor en mí” a “mi dolor”: la reintegración subjetiva del dolor

El modelo de la alostasis describe una ruptura o disociación de procesos homeostáticos causada por el entorno del sistema biológico. Traducido al sistema global de la persona humana, puede aplicarse también para una relectura de los modelos clásicos

de la disociación ocasionada por eventos traumáticos, los cuales tienen en la obra de Freud *Más allá del principio del placer* (Freud, 2004) uno de sus textos fundacionales. La repetición de conductas perjudiciales para el sujeto, ya sea el uso adictivo de sustancias, la repetición de conductas de dolor o la producción de autolesiones dolorosas, sugiere algún tipo de ruptura en la cohesión de la vivencia personal que estaría ocasionada por factores de vulnerabilidad social actuantes como agentes alostáticos.

En una aproximación fenomenológica a la relación médico-enfermo, Laín se refiere a la “estructura interna de la vinculación entre el médico y el paciente” como una “relación cuasi-diádica”, una convivencia coejecutiva en la que se comparte lo más íntimo y recoleto de la mismidad. Esa esfera que se comparte en el encuentro clínico, donde la intimidad de la experiencia subjetiva es máxima, queda denominada por Laín como “lo mío” (Laín Entralgo, 1964, pp. 242-251). En contraste con la esfera de “lo mío”, describe nuestro filósofo médico la esfera de “lo en mí”. En esta segunda esfera, externa a la radical intimidad, es donde cabría ubicar la experiencia del dolor.

Un análisis del dolor desde esta perspectiva lainiana permite atribuir dos características al síntoma: 1) a pesar de ser una mera experiencia subjetiva, el dolor se reifica como un hecho externo ajeno a la esfera más íntima de la subjetividad y 2) el dolor identifica de manera fuerte a su portador como un enfermo, haciéndole merecedor de cuidado médico. Tales atributos del dolor se asocian con sendas consecuencias clínicas.

La primera es que, en consecuencia con la ubicación periférica dentro del campo de la subjetividad de la experiencia dolorosa, el



dolor resultaría una especie de “cuerpo extraño” localizado en un tercer espacio subjetivo, marginal entre el espacio subjetivo del médico y el del enfermo. Desde ese reducto territorial de la subjetividad urge el dolor a ser delimitado “en mi” cuerpo y eliminado al modo quirúrgico. Mientras tanto el núcleo de la subjetividad, “lo mío”, se aísla defensivamente respecto a la experiencia dolorosa. Si desde una perspectiva explicativa el modelo de alostasis propone la presencia de mecanismos aberrantes de aprendizaje, desde una perspectiva comprensiva tales mecanismos se corresponden con una disociación de la vivencia de la subjetividad de manera que el dolor que hay “en mi” dificulta experimentar el cuerpo como “mío”. El cuerpo dolorido, igual que la droga, se transforman en elementos externos que controlan la subjetividad al modo de agentes alostáticos. Todo ello deriva en una dificultad para el adecuado afrontamiento emocional, conductual y cognitivo del dolor desde una subjetividad disociada.

La segunda consecuencia clínica es que la persona con dolor “está enferma”, pero no tanto “es un enfermo”. El sentido habitual del dolor en nuestra cultura occidental moderna es el de condición pasajera. No disponemos de un concepto bien establecido que dé cuenta del dolor crónico. La fibromialgia, que sería la entidad clínica más cercana a este concepto, aún no se ha consolidado como una entidad clínica totalmente aceptada en la comunidad médica. De manera que la relación médico-enfermo en los casos de dolor crónico no goza habitualmente de la deseable “convivencia coejecutiva” entre el médico y el enfermo. En otro lugar definíamos la concordia terapéutica como el establecimiento conjunto de objetivos te-

rapéuticos entre el sistema asistencial y el paciente, construido como una narración compartida y basado en la empatía (Vargas, 2012). En el caso del dolor crónico ese “cuerpo extraño” en el que se convierte el síntoma doloroso, suele transformarse en un elemento de discordia que debilita la estructura interna del encuentro clínico con el saldo de una escalada descontrolada en el uso de medicamentos analgésicos.

Los analgésicos opioides se asocian en el imaginario colectivo con la racionalidad biomédica moderna. El popular personaje de la serie televisiva Dr. House sería paradigmático de tal enfoque: una medicina altamente eficaz, incluso al precio de resultar una medicina deshumanizada. Si bien tal deshumanización resulta paradójica. Por una parte prescinde del encuentro médico-enfermo, elude la *philia médica* característica desde tiempos de la medicina hipocrática, y en ese sentido se convierte en una medicina deshumanizada. Pero por otra parte conduce a una hipertrofia del individualismo y de la autodeterminación. La imagen del Dr. House aliviando su propio dolor con oxicodona se convierte en un icono del hombre moderno prometeico, autodeterminado incluso por encima del dolor. El alivio del dolor a voluntad gracias a la tecnología farmacológica actuaría como engranaje integrador de una medicina eficaz, a la vez deshumanizada y cada vez menos necesitada del encuentro médico-enfermo. Una desvirtuación extrema de la relación médico-enfermo es la que posiblemente mantuvieron la peculiar persona de Michael Jackson y su médico, el Dr Conrad Murray. El dolor crónico tras un accidente laboral y el anestésico propofol colonizaron un espacio marginal, ajeno a la intersubjetividad médico-enfermo, avocan-

do a la muerte del ídolo del pop y al procesamiento por homicidio imprudente de su médico (Lyons, 2013).

“*Homo sum, humani nihil a me alienum puto*” reza el aforismo latino. Nada humano debe ser ajeno en la elucidación de los problemas complejos de salud: ni la explicación de los procesos de enfermedad ni la comprensión hermenéutica del sufrimiento y del estigma. Una neuropsiquiatría con orientación antropológica (Vargas, 2020) puede ser de ayuda en la integración de problemas relacionados con el dolor crónico, las adicciones y el uso de sustancias derivadas del opio y del cannabis. Su objetivo sería la reestructuración de la subjetividad mediante una psicoterapia y una farmacoterapia que atiendan a los cambios cerebrales que se producen en las personas adictas al dolor crónico por motivo del estrés psicosocial persistente. La relación médico-enfermo es el territorio necesario para tal reestructuración.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo es parte del programa de investigación “Neurofenomenología: teoría y crítica para una fundamentación antropológica de la psiquiatría”, que se incluye en la línea de investigación “Fenomenología, antropología filosófica y filosofía de la religión” de la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnett, M.L. (2020). Opioid Prescribing in the Midst of Crisis — Myths and Realities. *N Engl J Med*, 382 (12):1083–1086.
- Borsook, D.; Youssef, A.M.; Simons, L.; Elman, I. y Eccleston, C. (2018). When pain gets stuck: the evolution of pain chronification and treatment resistance. *Pain*, 159 (12): 2421–2436.
- De Quincey, T. (2007). *Confesiones de un opiófago*. Gerona: Atlanta.
- Elman, I. y Borsook, D. (2016). Common Brain Mechanisms of Chronic Pain and Addiction. *Neuron*, 89 (1): 11–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2015.11.027>
- Feinberg, J. (2019). Tackle the epidemic, not the opioids. *Nature*, 573 (7773): 165.
- Freud, S. (2004). *Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras 1920-1922*, Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Goldberg, D.S. (2017). Pain, objectivity and history: Understanding pain stigma. *Med Humanit.*, 43 (4): 238–243.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.
- Link, B.G. y Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.*, 27: 363–385.
- Lyons, B. (2013). Medical manslaughter. *Ir Med J.*, 106 (1): 24–26.
- McEwen, B.S. y Stellar, E. (1993). Stress and individual. Mechanisms Leading to Disease. *Arch Intern Med.*, 153: 2093–2101.



- Misiak, B. (2020). Stress, Allostatic Load, and Psychosis: One Step Forward in Research But Where to Go Next? *Front Psychiatry*, 10 (January): 1–8.
- Rojo Moreno, J. (2019). Cannabis, opiniones y ciencias. *Rev Española Drog.*, 44 (4): 5–9.
- Sánchez Nàcher, N. (2019). Cannabis y dolor ¿Podremos ver el bosque tras los árboles? *Rev Española Drog.*, 44 (3): 5–12.
- San Martín, J. (2015). Intersubjetividad, interculturalidad y política. *Thémata Rev Filos.*, (52): 129–145.
- Schulz, A.J.; Mentz, G.; Lachance, L.; Johnson, J.; Gaines, C. e Israel, B.A. (2012). Associations between socio-economic status and allostatic load: Effects of neighborhood poverty and tests of mediating pathways. *Am J Public Health.*, 102 (9): 1706–1714.
- Shurman, J.; Koob, G.F. y Gutstein, H.B. (2010). Opioids, Pain, the Brain, and Hyperkatifeia: A Framework for the Rational Use of Opioids for Pain. *Pain*, 11 (7): 1092–1098.
- Stanghellini, G. y Fuchs, T. (eds.) (2013). *One century of Karl Jaspers' general psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sterling, P. y Eyer J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In: S Fisher, & J Reason (Eds), *Handbook of life stress, cognition and health* [Internet], p. 629–649. New York: John Wiley & Sons. Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=846297](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=846297)
- Vargas, M. L. (2012). Ni medicalización ni apatognosia : concordia terapéutica. *A tu salud*, 77 (Marzo): 3–6.
- Vargas, M. L. (2020). Neuroscience-Based Anthropological Psychiatry (NBAP): Ten Introductory Concepts. In Woolfolk, R.; Allen, L.; Durbano, F. and Irtelli, F (eds), *Psychopathology An International and Interdisciplinary perspective* (p. 43–59). <https://doi.org/10.5772/intechopen.89573>
- Weizsäcker, V. von. (1956). *El hombre enfermo. Introducción a la antropología médica*. Barcelona: Luis Miracle, Editor.