

# Una revisión sobre la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para el abordaje de la comorbilidad de dolor crónico y el consumo problemático de sustancias

A review of the efficacy of cognitive behavioral treatment to address chronic pain comorbidity and problematic substance use.

Valentina Barrios,<sup>1</sup> Marianela Cesan,<sup>2</sup> Natalia Cieplicki,<sup>3</sup> María Guadalupe Rosales.<sup>4</sup>

1- Psicóloga Clínica (UBA), Miembro de la Comisión Directiva de la AAED, Miembro de la IASP, Docente de la 2da. Cátedra de "Clínica Psicológica y Psicoterapias", Psicología, UBA

2- Psicóloga Clínica (UBA), Miembro de la AAED, Miembro de la AATA

3- Psicóloga Clínica (UBA), Miembro de la AAED

4- Especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitivo Conductual, Facultad de Psicología, UBA Becaria Doctoral, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría General de la AAED, Ayudante de Trabajos Prácticos, Cátedra Psicoterapias II, Facultad de Psicología, UBA, Docente de Carrera de Especialización de Psicología Clínica y Terapia Cognitivo Conductual, UBA, Miembro activo de IASP, Terapeuta cognitiva certificada por AATC

## Resumen

**Introducción:** El presente artículo constituye una revisión sistemática de los tratamientos basados en la evidencia para el tratamiento de la comorbilidad de dolor crónico y abuso de sustancias. Se ha propuesto que en los pacientes con dolor crónico existen mecanismos de neuroadaptación similares a los de las personas que presentan adicciones y que en ambas condiciones se podría encontrar una alteración en la capacidad hedónica, búsqueda compulsiva de drogas y altos niveles de estrés. Se busca promover la importancia en la implementación de abordajes psicoterapéuticos eficaces con el fin de paliar la prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con enfermedades crónicas.

**Material y Métodos:** El presente trabajo se lleva a cabo a través de una revisión de estudios de resultados, lo cual permite identificar y sistematizar la investigación disponible con el fin de realizar una evaluación de los resultados presentados. Se incluyeron un total de N=6 estudios.

**Resultados:** Existen tratamientos psicoterapéuticos que se incluyen dentro del modelo cognitivo conductual que han demostrado resultados alentadores para el abordaje de la comorbilidad de ambas problemáticas.

**Discusión y Conclusiones:** En base al objetivo propuesto y los resultados analizados se concluye que se requiere mayor número de estudios controlados e investigación a los fines de ser utilizados en el ámbito clínico. Resulta desafiante y necesario potenciar en Argentina la investigación al respecto considerando la falta de desarrollo de esta temática en nuestro país.

**Palabras clave:** Dolor crónico - Consumo de sustancias - Adicción – Terapia Cognitiva Conductual - Argentina

## Abstract

**Introduction:** This article is a systematic review of the evidence-based treatments for the treatment of chronic pain and substance abuse comorbidity. It has been proposed that in patients with chronic pain there are similar mechanisms of neuroadaptation to those of people with addictions and that in both conditions an alteration in the hedonic capacity, compulsive drug seeking and high levels of stress could be found. It seeks to promote the importance in the implementation of effective psychotherapeutic approaches in order to palliate the high prevalence of substance use in patients with chronic diseases.

**Method:** The present article is carried out through a review of studies of results, which allows identifying and systematizing available research with the purpose of conduct an assessment of the results presented. A total of N=6 studies were included.

**Results:** It might be concluded that there are psychotherapeutic treatments included in the cognitive behaviorral theory that have shown encouraging results for the approach of both disorders.

**Discussion and conclusion:** Based on the proposed aims and the analyzed results it is concluded that further controlled studies and research are required in order to use them in the clinic area. Continuing research on this topic in Argentina turns out to be challenging and necessary taking into account the lack of development of the subject in our country.

**Key words:** Chronic pain - Substance use - Addiction – Cognitive Behavioral Therapy- Argentina

## Introducción

Según estudios epidemiológicos, existe una prevalencia de dolor crónico (DC) en países desarrollados del 37%, mientras que en países en vías de desarrollo esta cifra se eleva hasta el 41%.<sup>1</sup>

La International Association for the Study of Pain<sup>2</sup> define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o que se asemeja a la asociada con el daño tisular real o potencial. El dolor es siempre una experiencia personal influenciada por factores individuales, psicológicos y biológicos y no puede explicarse únicamente por la actividad de las neuronas sensoriales o mecanismos fisiopatológicos. Las experiencias que tienen los individuos a lo largo de su vida sobre el dolor, modelan modos de aprendizaje relacionados con éste. Desde esta perspectiva se enfatiza, para el diagnóstico y tratamiento, la necesidad de un abordaje de las conductas no verbales, poniendo especial énfasis en la perspectiva de quien experimenta el dolor como mecanismo de evaluación privilegiado.

En un estudio realizado por Coloma-Carmona et al.,<sup>3</sup> sobre una muestra de 254 pacientes tratados con fármacos opioides por DC no oncológico, se observó que el 46% cumplía con 3 o más criterios de dependencia a fármacos opioides, según los criterios del DSM-IV-TR. La tasa de dependencia fue significativamente mayor en los pacientes que recibían combinaciones de dos o más fármacos opioides (59%). Además, el 41% había consumido alcohol, el 28% tabaco en el último mes, y el 3% cannabis. Los investigadores descubrieron que el porcentaje de dependencia aumentaba significativamente conforme lo hacía la duración del tratamiento.

En Argentina, según el protocolo de tratamiento para el DC<sup>4</sup>, existe la necesidad de establecer la combinación de tres grupos de fármacos considerando la Escala de la OMS: "Uso graduado de analgésicos, opioides y no opioides según intensidad del dolor". Dicha información adquiere relevancia para los profesionales de la salud en todas sus áreas, en tanto que la adicción a opiáceos resulta una de las problemáticas más temidas al momento de considerar un plan de tratamiento. Según el National Drug Intelligence Center<sup>5</sup> la adicción es considerada un trastorno crónico y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y consumo compulsivo de una droga, sin considerar las consecuencias negativas de dicho acto. La OMS<sup>6</sup> caracteriza a la adicción por el consumo repetido de sustancias psicoactivas, el deseo compulsivo de consumo, o craving, y la dificultad para interrumpir o modificar el impulso de obtener la sustancia de manera voluntaria.

En el presente trabajo se menciona el consumo de sustancias de manera abarcativa, haciendo referencia a situaciones de uso problemático, abuso y adicción;

sin embargo, es necesario diferenciar el concepto "adicción" del de "abuso". El abuso de sustancias se define como el uso repetitivo e indebido de una sustancia, que puede ser interrumpido voluntariamente. El consumo de sustancias puede ser esporádico y no genera dependencia física ni búsqueda compulsiva, aunque sí provoca consecuencias a nivel social, laboral e incluso legal. A diferencia del abuso, en la adicción se presentan cambios a nivel biológico, psicológico y espiritual; además de las complicaciones en la esfera social, en tanto la persona manifiesta respuestas emocionales inadecuadas y una importante dificultad para sostener relaciones interpersonales duraderas.<sup>7</sup> Además, la tolerancia, dependencia física y aumento progresivo de la dosis para lograr el efecto buscado es lo que más define a la adicción. Desde esta perspectiva, la adicción es considerada una enfermedad neuropsiquiátrica crónica en la cual los patrones de recompensa y motivación se encuentran comprometidos al igual que los circuitos relacionados con la memoria.<sup>8</sup> Se ha propuesto que en los pacientes con DC existen mecanismos de neuroadaptación similares a los de las personas que presentan adicciones y que en ambas condiciones se podría encontrar una alteración en la capacidad hedónica, búsqueda compulsiva de drogas y altos niveles de estrés.<sup>9</sup> La neuroadaptación es un conjunto de cambios neuronales en diversas regiones cerebrales. Se produce como resultado de la adaptación constante del cerebro a los cambios y la necesidad de volver a la homeostasis, lo cual explica por qué con el tiempo y el uso frecuente de una droga, el cerebro se adapta. Con el repetido uso de la misma se requieren mayores dosis para lograr el efecto inicial dando lugar a la tolerancia de la droga.<sup>10</sup>

En lo que respecta a las intervenciones psicoterapéuticas, aquellas que se encuentran englobadas dentro de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) son las que, al día de hoy, cuentan con mayor evidencia científica para el abordaje de los trastornos psicológicos.<sup>11</sup> Se entiende por TCC a toda la familia de modelos que comparten una serie de supuestos teóricos y que además, rechazan la idea de que la conducta está determinada de manera fundamentalmente interna o externa. Es decir, la denominación cognitivo-conductual busca la integración de ambos puntos de vista.

Para las TCC, la cognición o pensamiento es mediadora ante el estilo de respuesta conductual, de modo que la introducción de un cambio cognitivo, puede modificar el estado anímico y la conducta.<sup>12</sup>

La TCC es un estilo de tratamiento que parte de la premisa de que la presencia de distorsiones cognitivas y/o conductas disfuncionales son factores mantenedores o causales del malestar psicológico.

Se busca generar el cambio sintomático y la resolución del cuadro que dio inicio al tratamiento, a través de la modificación de dichas cogniciones y conductas

disfuncionales. Son terapias basadas en evidencia cuya duración suele ser breve, directiva y orientada a objetivos.<sup>11</sup>

A partir de 1990 han ido surgiendo tratamientos denominados bajo el nombre de tercera ola de tratamientos cognitivo-comportamentales,<sup>12</sup> inspirados en el trabajo de Jon Kabat-Zinn (1990) y su Programa de Reducción de Estrés Basado en Conciencia Plena (MBSR por sus siglas en inglés). Otros abordajes son la Terapia Dialéctica Comportamental o DBT (Linehan, 1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et. al.1999), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), entre otras. Esta familia de terapias comparte la necesidad de conducir a la modificación de ciertos procesos cognitivos implícitos y automáticos, como la atención. Al favorecer el acceso a ciertos procesos disfuncionales, dichos tratamientos del modelo cognitivo conductual, buscan fomentar en el paciente un aumento de la flexibilidad cognitiva, la aceptación y conciencia plena. La premisa detrás de dicho objetivo es comprender que lo que subyace al malestar psicológico y por ende a los trastornos mentales, son procesos automáticos de carácter disfuncional. Un camino hacia la aceptación de las experiencias internas podría ayudar a los consultantes a modificar su relación con el sufrimiento humano.<sup>12,13</sup> Debido a la propensión a la adicción o uso indebido de sustancias, se vuelve imprescindible una intervención psicoterapéutica eficaz. Recientes estudios llevados a cabo por Brunkow, Cannon, Graff, et al.,<sup>14</sup> han valorado la importancia de promover y recomendar tratamientos conductuales en pacientes con DC y consumo de opioides.

Alrededor de un 83% de pacientes que padecen DC se encuentran recibiendo tratamiento con opioide, mientras que el 67.45% reportan estar realizando además tratamiento conductual. Considerando la necesidad clínica de un abordaje basado en la evidencia para esta población en particular, se propone una revisión bibliográfica de los enfoques psicoterapéuticos que han mostrado resultados eficaces para el tratamiento de ambas problemáticas en comorbilidad.

## Objetivos

El presente artículo consiste en una revisión de resultados de investigación disponibles sobre tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces en la presentación de la comorbilidad de dolor crónico y consumo de sustancias.

### Objetivos específicos

Identificar aquellos tratamientos psicológicos que se utilizan para el abordaje combinado de dolor crónico y consumo de sustancias y que han demostrado eficacia;

Explorar la existencia de estudios sobre tratamientos psicoterapéuticos para la comorbilidad de dolor crónico y consumo de sustancias en el territorio argentino.

## Metodología

El presente trabajo se lleva a cabo a través de una revisión de estudios de resultados, lo cual permite identificar y sistematizar la investigación disponible con el fin de realizar una evaluación de los resultados presentados.<sup>15</sup> El relevamiento de material se realizó a través de los siguientes buscadores: Psycinfo, Dialnet, Lilacs, Scielo, Pubmed, Elsevier. Las palabras clave utilizadas fueron “Dolor crónico” “Consumo de sustancias”, “Adicción”, “Tratamientos psicoterapéuticos”, “Terapia Cognitivo Conductual”, “Argentina” y sus equivalentes en inglés, “Chronic pain”, “Substance use”, “Addiction”, “Cognitive Behavioral Therapy”, “Psychological treatments”, “Argentina”. El periodo de búsqueda se realizó de marzo a agosto 2020. Se encontraron un total de N=86 estudios, de los cuales se desestimó N=80, por no cumplir con los criterios de inclusión propuestos. Se incluyeron un total de N=6 estudios que cumplían los siguientes criterios inclusión: estudios pilotos y ensayos aleatorios controlados en población adulta, publicados entre el 2015 y 2020. Entre los criterios de exclusión se consideraron: estudios orientados a población infanto-juvenil y tercera edad, estudios con población con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos asociados, trastornos de personalidad, trastornos bipolares y dolor oncológico.

## Resultados

Morasco et al.<sup>16</sup> llevaron a cabo un estudio piloto cuyo objetivo fue desarrollar una investigación preliminar de un tratamiento cognitivo-conductual integrativo para dolor crónico y abuso de sustancias, en pacientes con el virus de hepatitis C.

Se enfocaron en pacientes con hepatitis C debido a que esta población clínica tiene altos índices de abuso de sustancias y dolor crónico. Los participantes del estudio completaron medidas estandarizadas de dolor, funcionalidad, severidad de la depresión y de abuso de alcohol y de sustancias cuyas puntuaciones fueron utilizadas como línea de base, post tratamiento y en el seguimiento que se realizó a los 3 meses post tratamiento.

Para ser incluidos en el estudio, se requirió que los participantes presentaran diagnóstico actual de hepatitis C, un autorreporte de experimentar dolor por al menos 6 meses, un historial de abuso de sustancias evaluado con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV,

tener más de 18 años, y ser capaz de hablar en inglés. El estudio tuvo un total de N=21 participantes. Los autores fundamentan que debido al alto grado de similitud entre la TCC para dolor crónico y para abuso de sustancias, inicialmente consultaron a autores y examinaron los manuales más comúnmente usados para el tratamiento de ambas condiciones. El fin fue identificar las áreas potenciales de solapamiento, así como aquellos manuales de tratamiento de estudios recientes que han integrado tratamientos para dolor crónico y adicciones. Basándose en esta revisión y en discusiones, desarrollaron un esquema preliminar de un tratamiento integrativo cognitivo conductual grupal de 10 sesiones para abuso de sustancias y dolor crónico (CBT-cp.sud). Respecto a los resultados en severidad e interferencia del dolor, disminuyeron significativamente de la línea de base al post tratamiento. No se observaron cambios en la severidad de los síntomas de la depresión de la línea de base al post tratamiento. Las respuestas en la Impresión Global de Cambio sugieren una mejoría general. A los 3 meses de seguimiento, 16 participantes notaron moderada a significativa mejoría, mientras que un participante reportó no percibir cambios en los síntomas. Respecto a los resultados en el abuso de sustancias, el deseo de consumir que fue evaluado con PACS (Penn Alcohol Craving Scale), disminuyó de la línea de base al seguimiento; sin embargo, ni el cambio de la línea de base a post intervención, ni post intervención al seguimiento de 3 meses, alcanzaron significancia estadística. Los participantes informaron una reducción de la línea de base a post intervención en el número de días en que consumieron alcohol o usaron otras sustancias ilícitas, con una leve pero no significativa reducción de la sintomatología post intervención al seguimiento. No hubo una disminución significativa en las tasas de abuso de sustancias a lo largo del estudio. En la línea de base, 24% de los participantes cumplían el criterio para el actual abuso de sustancia basándose en una entrevista diagnóstica, mientras que el 15% y 6% cumplió el criterio en la evaluación post intervención y de seguimiento, respectivamente. Se concluye que este tratamiento es clínicamente apropiado para este tipo de pacientes. Además, los resultados en el seguimiento de 3 meses, sugieren que este tratamiento podría ser útil para mejorar la funcionalidad relacionada con el dolor, mientras que también reduce el deseo de consumir alcohol y otras sustancias. Los autores concluyen que, en futuras investigaciones, en las cuales incluirían un grupo control activo, sería necesario examinar la potencial utilidad de este tratamiento.

Por su parte, Barry et al.,<sup>17</sup> realizaron un estudio piloto cuyo objetivo principal fue evaluar la factibilidad -en términos de la realización del tratamiento y asistencia a las sesiones- y la aceptabilidad -satisfacción post sesión-, de la terapia cognitivo-conductual para el

trastorno por consumo de opioides y dolor crónico en pacientes con tratamiento de mantenimiento con metadona. El objetivo secundario fue examinar su eficacia preliminar. El estudio se enfocó en pacientes con dolor lumbar porque es uno de los sitios más comunes de dolor crónico. El ensayo aleatorio duró 12 semanas, 40 pacientes mantenidos con metadona fueron asignados para recibir TCC estándar semanal manualizada (n=21) o counseling sobre el consumo de metadona (MDC) (n=19). Para el desarrollo del manual cognitivo-conductual usaron los enfoques de la terapia cognitivo conductual para el abuso de cocaína y para el dolor crónico. Consecuentemente, entrenaron a 5 terapeutas que ya tenían experiencia en proveer TCC para el abuso de sustancias o TCC para dolor crónico y abuso de opioides.

En los resultados se halló que, 20 de los 21 pacientes asignados para realizar TCC y 18 de los 19 pacientes asignados para MDC completaron el estudio piloto.. La proporción de pacientes ausentes durante la línea de base y cada intervalo de 4 semanas fue mayor para los pacientes asignados para realizar TCC que para aquellos asignados para MDC. Las tasas de cambio clínicamente significativo, desde la línea de base al final del tratamiento en interferencia en dolor, no difirió significativamente para los pacientes asignados para TCC o MDC. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento de mantenimiento de metadona combinado con TCC es factible, aceptable y -comparado con el counseling para abuso de sustancias- podría estar asociado con mayores reducciones del abuso de opioides.

Un estudio realizado por Ilgen et al.,<sup>18</sup> buscó probar la eficacia de una intervención psicosocial para el tratamiento del dolor denominada "Mejora del Dolor durante el Tratamiento de la Adicción" (IMPAT, por sus siglas en inglés). Este tipo de intervención combina los principios de la TCC y enfoques del tratamiento del dolor basados en aceptación, con contenidos relacionados con la evitación del uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento del dolor. Los autores partieron de la premisa de que el dolor crónico es difícil de tratar en pacientes con trastornos por uso de sustancias y que, cuando esto no es resuelto eficazmente, puede entorpecer y generar resultados negativos en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Para tal fin, realizaron un ensayo de diseño controlado y aleatorizado con grupos paralelos, en el cual se comparó la eficacia del IMPAT con una condición de Control Psicoeducativo de Apoyo (SPC, por sus siglas en inglés).

Dicho estudio, se realizó con una muestra de 129 sujetos, con un promedio de edad de 51,7 años, de los cuales el 89% eran hombres, todos ellos pacientes del programa de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias de la Administración de Veteranos de Ann Arbor; como criterios de inclusión, debían presentar una intensidad media del dolor > 4 en los últimos 3 meses,

ser mayores de 18 años y con capacidad de hablar y entender el inglés, así como de brindar un consentimiento informado. Del total de la muestra, n=65 recibieron ImPAT, y n=64 SPC. Se realizaron evaluaciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, en las cuales se tomaron como medidas primarias la intensidad del dolor en 12 meses y como medidas secundarias, el funcionamiento en relación al dolor, la frecuencia de consumo de alcohol y drogas durante 12 meses. En este estudio, se halló que aquellos que habían recibido la ImPAT presentaron una intensidad de dolor significativamente menor, e informaron un mejor funcionamiento en relación al dolor, así como menor frecuencia de consumo de alcohol que aquellos que recibieron la condición SPC. Según los autores, los resultados de este estudio confirman que una intervención que combina Terapia Cognitivo-Conductual y principios basados en aceptación (ImPAT), brinda resultados más favorables en cuanto a la mejoría del dolor y funcionamiento personal autopercibido en el periodo de 12 meses de seguimiento, que aquella intervención basada en grupos de control psicoeducativo, en aquellos pacientes con dolor crónico que reciben tratamiento para trastorno de consumo de sustancia. La IMPAT además redujo significativamente el consumo de alcohol en los siguientes 12 meses, en comparación con el grupo control que recibió SPC. En cuanto al uso de drogas no se encontraron diferencias significativas, quizás por ser una muestra pequeña y por la variabilidad del tipo y uso de drogas en la línea de base que dificultaron la detección de esas diferencias. En base a lo expresado, los autores concluyen que la intervención ImPAT mejora los resultados en los pacientes ambulatorios que reciben tratamiento estándar para el trastorno por uso de sustancias. Los autores señalan que a pesar de que la mejoría en dolor y funcionamiento fue modestamente significativa, dicho estudio permitió poner a prueba el impacto de un enfoque de manejo de dolor comparándolo con una condición de control, y cómo esto se relaciona con el tratamiento estándar para adicciones.

Otro estudio, llevado a cabo por Garland et al.,<sup>19</sup> tuvo como propósito evaluar, utilizando evaluaciones ecológicas momentáneas (EMA, en sus siglas en inglés), los efectos de una intervención de Mejora de la Recuperación Orientada a la Atención (MORE, en sus siglas en inglés) para el dolor y cómo esto impacta en la experiencia afectiva; al mismo tiempo, buscaron determinar si las modificaciones en el dolor, el afecto y su interacción se asociaban o no con un uso incorrecto de opiáceos en el post tratamiento.

Para dicho estudio, los autores examinaron datos no publicados de un ensayo controlado aleatorizado, de un subconjunto de participantes (N=55) con dolor crónico donde se comparan resultados de una intervención MORE versus un grupo de apoyo (SG por sus siglas

en inglés) de control. El tratamiento fue de 8 semanas de duración, en las cuales los pacientes completaron hasta 224 medidas de evaluaciones ecológicas momentáneas, de dolor y afecto. El análisis secundario de los datos no publicados evaluó un subconjunto de participantes de los cuales N=21 eran hombres y N=34 eran mujeres, con una edad media de 48,9, SD=11,6. Se seleccionaron aquellos que habían completado al menos una medición EMA durante las 8 semanas, quedando una N=26 para MORE y N=29 en SG.

Todos los participantes cumplían con los criterios de inclusión que era diagnóstico de dolor crónico no relacionado con cáncer y consumo de analgésicos opioides diariamente o casi todos los días por 90 días. Todos ellos informaron presencia de síntomas correlacionados con dependencia fisiológica (tolerancia y abstinencia) informaron de síntomas de dependencia fisiológica (es decir, tolerancia y abstinencia) según escala MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview 6.0, Sheehan et al., 1998) que evalúa el consumo regular y prolongado de opiáceos. MORE consiste en un entrenamiento grupal en mindfulness, habilidades para disfrutar, y reevaluación cognitiva, el cual aborda mecanismos simplificados en el dolor y el mal uso de opiáceos recetados. Los sujetos aprenden técnicas de atención plena para reconocer comportamientos automáticos en sus hábitos y así evitar la reacción ante sensaciones dolorosas. Se utilizan también técnicas de re evaluación cognitiva para fomentar la regulación emocional al tiempo que ayuda a reestructurar la motivación por la que los pacientes consumen opiáceos; se les educa además en aprender a disfrutar emociones y placeres para remediar el déficit que se produce en el sistema de recompensa natural a la vez que se estimula efectos más positivos.

Como resultado, los autores afirman que aquellos pacientes que recibieron la intervención MORE, presentaron mejoras estadísticamente significativas en el dolor momentáneo ( $p = 0.01$ ) y el afecto positivo ( $p = 0.004$ ); además, exhibieron mayor regulación de afecto positivo que los pacientes del SG. Esta mejora se encontró asociada a un menor riesgo de una utilización inadecuada de opiáceos luego de concluido el tratamiento. De esta forma los autores arribaron a la conclusión de que la intervención MORE puede ser considerada una forma de tratamiento no farmacológico con gran utilidad para el dolor y para compensar y mejorar los déficit hedónicos que presentan los pacientes con DC y que se encuentran en riesgo de problemas de consumo de opiáceos.

En otra línea de tratamientos, Smallwood et al.,<sup>20</sup> realizaron una prueba piloto sobre los efectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en pacientes con dolor crónico (DC) que abusaban de opioides. El objetivo fue identificar los cambios neurofisiológicos que se producen en el post tratamiento en pacientes

con DC y abuso de opioides, lo que indicaría la eficacia de ACT en estos pacientes. El estudio parte de la eficacia comprobada de ACT para pacientes con DC y adicciones, con la necesidad de comprobar su eficacia para ambas problemáticas en comorbilidad. Para tal fin, los autores se apoyaron en el uso de la neurofisiología para medir los efectos de ACT mediante resonancia magnética en Estado de Reposo (ER) a través de la estimulación dolorosa. Las áreas de interés del estudio fueron seleccionadas considerando la literatura al respecto para formar dos grandes redes, aquellas involucradas en el procesamiento del dolor y la Red Neuronal por Defecto (RND). La RND se activa cuando el individuo se encuentra en estado de reposo mientras que, en tareas que demandan atención, se mantiene inactiva.

Se partió de la hipótesis de encontrar diferencias en la activación relacionada con el dolor en ER y entre las regiones involucradas con el dolor y la RND luego de aplicación de ACT, en comparación con pre-tratamiento ACT y post tratamiento con Educación Sanitaria (ES). Se inscribieron veinticinco (25=n) pacientes con dolor crónico lumbar persistente por <12 meses, que además cumplían criterios para dependencia a opiáceos según DSM IV, para la terapia de reemplazo de opiáceos. Los participantes fueron asignados al azar en uno de los dos grupos de 8 sesiones durante 4 semanas. Seis pacientes completaron el tratamiento con ACT para dolor crónico y otros seis el programa en Educación Sanitaria (ES). Los datos de la resonancia magnética se obtuvieron en reposo, durante la estimulación dolorosa. Además, administraron el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011) que evalúa flexibilidad psicológica, la Escala de Atención y Concentración (MAAS; Brown y Ryan, 2003) que mide atención, el Cuestionario de Discapacidad de Roland Morris con el fin de evaluar el grado de discapacidad debido al dolor de espalda. También mediante evaluación numérica del 1 al 10 se midió intensidad del dolor, interferencia y ansia de opiáceos.

En comparación con el pre tratamiento con ACT y con el grupo de ES post tratamiento, los participantes que habían completado el tratamiento ACT para DC mostraron, tras la estimulación dolorosa en reposo, una menor activación en las siguientes áreas: cíngulo frontal, lóbulo parietal inferior, corteza cingulada posterior, ínsula, corteza cingulada anterior y cíngulo temporal superior. Así mismo, se observó un aumento de actividad cerebral tanto en el pre tratamiento como en post tratamiento con ACT en las siguientes áreas: cíngulo temporal inferior izquierdo, corteza cingulada posterior inferior, corteza prefrontal antero y ventromedial, corteza cingulada posterior derecha y en área posterior derecha de la ínsula. Los resultados indicarían el efecto de ACT en la reducción de múltiples

conexiones en la RND más que en la conectividad entre las regiones relacionadas con el dolor.

Según los autores,<sup>20</sup> si bien el presente estudio presenta algunas limitaciones estadísticas, y al realizarse con una muestra no representativa se tornaría complejo realizar generalizaciones, especifican que este es el primer ensayo clínico que ha comprobado los efectos neurofisiológicos de la ACT en pacientes en comorbilidad de DC y abuso de opioides. Y postulan que, considerando los resultados obtenidos, el tratamiento con ACT podría ser prometedor para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, cambio que se vería reflejado en la actividad cerebral y conectividad de variedad de conexiones neurales. Vowles et al.,<sup>21</sup> realizaron una prueba piloto cuyo objetivo fue examinar la eficacia y viabilidad de la integración de dos intervenciones con apoyo empírico, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Terapia para la Prevención de Recaídas basada en Mindfulness (MBRP). Para la combinación de ambas intervenciones, los autores se basaron en la eficacia comprobada de ACT para la reducción de la interferencia del dolor y la búsqueda de las respuestas de adaptación de la experiencia dolorosa; MBPR fue seleccionada por los resultados que mostró en población con trastorno por consumo de sustancias y para el abordaje del craving.

El estudio se realizó con veteranos de guerra en tratamiento por dolor crónico a través del Albuquerque Veteran's Affairs Medical Center, debían tener prescrito al menos un opioide y cumplir criterios para "mal uso" del mismo. Se consideró "mal uso" de opiáceos a un porcentaje igual o mayor a 9 (nueve) según el Current Opioid Misuse Measure (COMM) y/o el cumplimiento de criterios para trastorno por abuso de sustancias según DSM V. Además, se buscó analizar las variables "interferencia de dolor" y "comportamientos frente al dolor".

De los treinta y cinco participantes (n=35) que cumplieron con los criterios de admisión para el ensayo, N=18 fueron distribuidos en el grupo de (1) Cuidado Habitual (UC, por sus siglas en inglés) y (2) N=17 para tratamiento integrado (ACT + MBPR) más UC. Se realizaron sesiones semanales de 90 minutos de duración durante doce semanas.

Finalizado el ensayo, se realizó un seguimiento 6 meses después de cada uno de los grupos.

El análisis de los resultados del presente estudio piloto, proporcionó apoyo para la eficacia del abordaje integrativo ACT más MBPR en comparación con UC, especialmente en las variables "interferencia del dolor" y "uso de opioides". El grupo de intervención integrativa se asoció con un menor uso de opioides frente al dolor y los resultados prósperos relacionados a la interferencia del dolor se sostuvieron luego del seguimiento a los 6 meses. Resultados más modestos fueron encontrados para la variable "comportamiento

frente al dolor".

Según los autores, trata de un ensayo con limitaciones varias. En principio, es un estudio piloto con una muestra pequeña, lo que haría difícil generalizar los resultados; por otro lado, la condición de UC no incluye un abordaje psicoterapéutico por lo que los efectos encontrados para la intervención integrativa propuesta podrían no ser necesariamente atribuibles al tratamiento per se. Otra de las limitaciones se halló en la falta de información respecto de otras variables relacionadas con el dolor (por ej., miedo al dolor, qué busca el paciente con el consumo de la medicación, qué tipo de medicación tiene prescrita) y la falta de evaluación de competencia del terapeuta para la aplicación del tratamiento. No obstante, se concluyó que el ensayo proporciona resultados prometedores para la viabilidad y eficacia del abordaje integrativo para este tipo de pacientes en lo que respecta a interferencia del dolor y riesgo de consumo de opiáceos, en comparación con UC únicamente.

## Discusión y Conclusión

En el contexto de una población clínica propensa al desarrollo de trastornos por consumo de sustancias se vuelve imprescindible considerar aquellos tratamientos basados en la evidencia para el abordaje de ambas problemáticas en comorbilidad. El uso indebido de opioides y los riesgos de abuso, adicción y sobredosis a los que estarían expuestos este tipo de pacientes ponen en relieve la importancia de prescribir tratamientos comportamentales para el manejo del dolor y adicciones con una frecuencia mayor a la que son recomendados por los médicos (62.82%).<sup>14</sup> En este contexto se considera vital en la valoración inicial del tratamiento en DC incluir, además de la exploración orgánica y abordaje farmacológico, una evaluación de la esfera cognitiva, conductual y afectivo-emocional, así como del impacto laboral y socio-económico.

Los estados de Dolor Crónico (DC) no son estáticos, con lo cual la propensión a las adicciones en una población con estados de dolor fluctuantes parece ser un aspecto que requiere tener en cuenta los estados motivacionales en DC.<sup>22</sup> Parecería esperable evidenciar en el tratamiento del DC con opioides a largo plazo cierta tolerancia y dependencia fisiológica.<sup>23</sup> Los opioides son analgésicos altamente efectivos porque intervienen inhibiendo las vías del dolor y alivian los efectos negativos, incluida la depresión.<sup>24</sup>

Desafortunadamente, el uso crónico de opioides, en los casos en los que no debe ser indicado de ese modo, podría generar el desarrollo de efectos adversos indeseados, como la tolerancia, hiperalgesia y propensión al abuso de los mismos. De igual modo, los estados de afecto negativo que suelen acompañar los cuadros de DC podrían aumentar la propensión

al abuso de opioides y comportamientos adictivos en general.<sup>24</sup>

En base a lo anteriormente planteado, se realizó una búsqueda de publicaciones de estudios de resultados que evaluaran la eficacia de los tratamientos basados en evidencia, para el abordaje de la comorbilidad de dolor crónico y consumo de sustancias.

Un estudio piloto realizado por Barry et al.,<sup>17</sup> es el único que se encontró que examine un tratamiento integrado que combina TCC para dolor crónico y pacientes que presentan trastorno por abuso de opioides, que además están en tratamiento de mantenimiento con metadona. Por lo tanto, los hallazgos en la factibilidad y aceptabilidad de este estudio preliminar podrían ser un avance importante respecto a la posibilidad de tener tratamientos interdisciplinarios que demuestren eficacia, teniendo en cuenta lo desafiante que puede ser el abordaje de pacientes con dolor en co-ocurrencia con trastorno por abuso de opioides.

Por otra parte, el estudio realizado por Morasco et al.,<sup>16</sup> prueba un tratamiento cognitivo-conductual para pacientes con dolor crónico y trastorno por abuso de sustancias que además tienen Hepatitis C. En este tipo de población las medicaciones que en general se usan para dolor crónico podrían no ser apropiadas para la Hepatitis C. Por ejemplo, los clínicos podrían no prescribir opioides a estos pacientes debido a un historial de trastorno por abuso de sustancias.<sup>25</sup> Por lo tanto, las intervenciones no farmacológicas podrían ser apropiadas en sujetos con dolor crónico y abuso de sustancias que además presentan hepatitis C. Teniendo esto en cuenta, los resultados de este estudio serían un aporte prometedor para futuras investigaciones que prueben la potencial utilidad de este tratamiento.

Por su parte, Ilgen et al.,<sup>18</sup> buscaron probar la eficacia de la intervención ImPAT (Mejora del Dolor durante el Tratamiento de la Adicción). Los autores pudieron confirmar que aquellos pacientes que habían recibido la ImPAT, presentaban resultados más favorables en mejoría de dolor y funcionamiento personal, además de permitir una reducción significativa en el consumo de alcohol, en el seguimiento de 12 meses post tratamiento. En base a estos resultados se podría considerar que dicha intervención podría resultar eficaz al momento de abordar la comorbilidad planteada en este estudio, desde un enfoque que utilice psicoterapias basadas en evidencia en contraposición con otro tipo de terapéutica psicológica.

Se ha demostrado a su vez que pacientes que recibieron intervenciones como MORE, presentaron mejoras estadísticamente significativas en el dolor momentáneo y el afecto positivo, además de mostrar mayor regulación de afecto positivo, lo cual se asocia con menor riesgo de utilización inadecuada de opiáceos. MORE puede ser considerada una forma de intervención no farmacológica muy útil para el tratamiento del dolor crónico, compensando y me-

jorando los déficit hedónicos en los pacientes que lo sufren y tienen riesgo de presentar problemas de consumo de opiáceos,<sup>19</sup> demostrando ser una gran alternativa de tratamiento con utilidad clínica para la comorbilidad de DC y consumo de sustancias, permitiendo abordar procesos psicológicos que subyacen a ambas condiciones a la vez.

La implementación de ACT en pacientes con DC lumbar y adicción a los opioides también demostró mejorías significativas,<sup>20</sup> logrando un impacto prometedor en distintas conexiones neuronales, más específicamente en la RND. La actividad cerebral decreciente en las distintas áreas mencionadas, íntimamente ligadas con la percepción del dolor, explicarían los efectos de ACT y cómo este tipo de intervenciones podrían resultar funcionales a los fines de promover una mayor aceptación de la experiencia dolorosa, lo que podría disminuir el riesgo de abusar de opioides.

Por su parte, la combinación de tratamientos basados en la evidencia (ACT para abordar DC y MBPR para abordar craving) podrían ser un camino conveniente y a considerar en el abordaje de esta población clínica, a pesar de que se necesita replicación de resultados y evaluar su viabilidad en población local.<sup>21</sup>

En referencia a lo anteriormente planteado, se concluye que resulta relevante trazar una línea de base sobre la cual seleccionar los tratamientos psicoterapéuticos que han demostrado eficacia para el tratamiento de ambas problemáticas en comorbilidad, considerando el riesgo potencial para el desarrollo de trastorno por abuso de sustancias en pacientes con DC.

Cabe destacar que no sería prudente considerar como adicción, a todo consumo de opioides en contexto de una enfermedad clínica, ya que la presencia de síntomas coherentes con los criterios de adicción del DSM-IV no es suficiente. En esta misma línea, Ballantyne<sup>26</sup> en una comunicación de la IASP, afirmó que debe llevarse con prudencia el diagnóstico de trastorno de uso de sustancias o adicción según el DSM V para pacientes con DC, ya que hay que aprender a distinguir las conductas de compulsión del paciente en su contexto. No obstante, es imprescindible considerar que los pacientes con DC suelen acceder al consumo de otras sustancias y que, en muchos casos, los pacientes que hoy utilizan opiáceos para el alivio del dolor, presentarían un historial de abuso de otras sustancias en el pasado, lo cual incrementaría el riesgo de presentar abuso o adicción presente o futura.

Por último, resulta relevante considerar que no se han encontrado resultados sobre la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico para dicha comorbilidad en nuestro país, lo que sugiere que los resultados podrían no ser generalizables a la población local.

Desde este punto de vista, resulta desafiante y necesario para la población clínica en cuestión, potenciar en la Argentina el desarrollo de investigaciones con el fin de ofrecer a este tipo de pacientes, tratamientos basados en la evidencia.

## Limitaciones

Los datos expuestos en el presente trabajo muestran resultados alentadores en la eficacia de aquellos tratamientos psicoterapéuticos que abordan el DC en pacientes que además abusan de sustancias. Sin embargo, 4 de estos trabajos encontrados son estudios piloto. Por lo que el tamaño de las muestras no permitiría concluir que los resultados sean estadísticamente suficientes. Consideramos entonces, que se necesitarían mayor número de estudios aleatorios controlados y mayor investigación para poder utilizar estos mismos tratamientos en el ámbito clínico.

## Bibliografía

1. Ortiz DL, Velasco DM. Dolor Crónico y psiquiatría. Rev Clínica Las Condes. 2017; 28(6):866-873.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020; 161(9):1976-1982.
3. Coloma-Carmona A, Carballo JL, Rodríguez-Marín J, Pérez-Carbonell A. Uso y dependencia de fármacos opioides en población española con dolor crónico: prevalencia y diferencias de género. Rev Clin Esp. 2017; 217(6):315-319.
4. Resolución N° 105/2013. Ministerio de Salud. Pautas de tratamiento de dolor crónico. Boletín Oficial de la República Argentina N° 32576, CABA, Argentina, 5 de febrero de 2013. Publicado (en línea) <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/205000209999/208145/norma.htm> (con acceso el 25 de abril de 2020)
5. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Bases Científicas De La Adicción. Published online 2020:1-32.
6. World Health Organization. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1994. (en línea) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000> (con acceso el 27 de abril del 2020)
7. Cornett EM, Budish R, Latimer D, et al. Management of Challenging Pharmacologic Issues in Chronic Pain and Substance Abuse Disorders. Anesthesiol Clin. 2018; 36(4):615-626.
8. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of substance and non-substance addiction. Adv Exp Med Biol. 2017; 1010:21-41.

9. Elman I, Borsook D. Common Brain Mechanisms of Chronic Pain and Addiction. *Neuron*. 2016; 89(1):11-36.
10. Edwards S. Reinforcement Principles for Addiction Medicine; from Recreational Drug Use to Psychiatric Disorder. Vol 223. 1st ed. Elsevier B.V. 2016.
11. Fullana MA, Fernández De La Cruz L, Bulbena A, Toro J. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138(5):215-219.
12. Keegan E, & Holas P. Terapia cognitivo comportamental: teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605- 629). New York: Springer. 2009. Traducción: Ariel Dalla Valle.
13. Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson K.G. *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness) [Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change]*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2014
14. Brunkow A, Cannon M, Graff FS, et al. Recommendations are Related to Patient Interest and Use of Behavioral Treatment for Chronic Pain and Addiction. *J Pain*. 2020; 00(00).
15. Gough D, Oliver S, Thomas J. *An Introduction to Systematic Reviews*. 2nd edition. London: Sage Publications Ltd. 2017
16. Morasco BJ, Greaves DW, Lovejoy TI, Turk DC, Dobscha SK, Hauser P. Development and preliminary evaluation of an integrated cognitive-behavior treatment for chronic pain and substance use disorder in patients with the hepatitis C virus. *Pain Med (United States)*. 2016; 17(12):2280-2290.
17. Barry DT, Beitel M, Cutter CJ, et al. An evaluation of the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy for opioid use disorder and chronic pain. *Drug Alcohol Depend*. 2019; 194(May 2018):460-467.
18. Ilgen MA, Bohnert ASB, Chermack S, et al. A randomized trial of a pain management intervention for adults receiving substance use disorder treatment. *Addiction*. 2016; 111(8): 1385-1393.
19. Garland EL, Bryan CJ, Finan PH, et al. Pain, hedonic regulation, and opioid misuse: Modulation of momentary experience by Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement in opioid-treated chronic pain patients. *Drug Alcohol Depend*. 2017; 173:S65-S72.
20. Smallwood RF, Potter JS, Robin DA. Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Res - Neuroimaging*. 2016; 250:12-14.
21. Vowles KE, Witkiewitz K, Cusack KJ, et al. Integrated Behavioral Treatment for Veterans With Co-Morbid Chronic Pain and Hazardous Opioid Use: A Randomized Controlled Pilot Trial. *J Pain*. Published online 2020.
22. Taylor AMW, Becker S, Schweinhardt P, Cahill C. Mesolimbic dopamine signaling in acute and chronic pain : implications for motivation, analgesia, and addiction. 2016; 157:1194-1198
23. Acuña JP. Riesgo De Adicción a Analgésicos Opioides En El Tratamiento De Dolor Crónico No Oncológico. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(6):466-479.
24. Cahill CM, Taylor AMW. *Science Direct Neuroinflammation a co-occurring — phenomenon linking chronic pain and opioid dependence*. *Curr Opin Behav Sci*. 2017; 13:171-177.
25. Whitehead AJ, Dobscha SK, Morasco BJ, Ruimy S, Bussell C, Hauser P. *Pain, Substance Use Disorders and Opioid Analgesic Prescription Patterns in Veterans with Hepatitis C*. 2008; 36(1):39-45.
26. Ballantyne JC, Stannard C. *Psychosocial Aspects of Chronic Pelvic Pain New Addiction Criteria: Diagnostic Challenges Persist in Treating Pain With Opioids*. *Pain Clin Update*. 2013; XXI(5):1-7.  
[https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/FileDownloads/PCU\\_21-5\\_web.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/FileDownloads/PCU_21-5_web.pdf)