# Alteración de la percepción del dolor en personas con esquizofrenia y mecanismos responsables: Revisión narrativa

**Khadija El Abidi, Anna Esteve Barcelo, Xavi Aliart Perarnau, Carmen Daura Luna, Rosa Aceña Dominguez**

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar de Barcelona.
Correspondencia: *62327@parcdesalutmar.cat*
XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Ávila, 10, 11 y 12 de abril de 2019.

## Introducción

El dolor crónico es frecuente en personas con esquizofrenia y disminuye su calidad de vida (1). Es necesario prestar más atención a esta comorbilidad, en la cual la enfermera tiene un papel fundamental. Diversos metanálisis sobre la percepción del dolor en personas con esquizofrenia señalan una respuesta disminuida al dolor en estas, sin embargo, otros estudios afirman lo contrario (2). Debido a la dimensión psiquiátrica, la percepción del dolor en pacientes que padecen esquizofrenia es compleja. Comprender el dolor en la salud mental requiere un modelo que integre factores biológicos, psicológicos y socioculturales. El estado actual de la ciencia no niega la disminución de la sensibilidad al dolor en la esquizofrenia, pero falta una explicación satisfactoria de la hipoalgesia en este tipo de pacientes. La valoración del dolor es imprescindible para las enfermeras y, para tener en cuenta el dolor en personas que sufren trastornos psiquiátricos, es esencial conocer si tienen una percepción alterada del dolor (3).

## Objetivo

Revisar la literatura científica para determinar si las personas con esquizofrenia tienen respuestas de dolor disminuidas y analizar los mecanismos responsables.

## Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scielo y Elsevier para encontrar estudios originales publicados en los últimos 10 años que evalúan el dolor clínico y/o experimental en personas con esquizofrenia. De los 167 artículos inicialmente identificados, 24 se consideraron relevantes y solo 9 cumplieron los criterios de inclusión para la revisión (tabla 1). El contenido de estos artículos fue analizado de forma deductiva por dos investigadores de forma independiente. Después se consensuaron los hallazgos en función del tipo de estimulación y sensibilidad de dolor.

**Tabla 1. Resultados de los estudios incluidos en la revisión**

| Autor (año) | Diseño | Muestra | Tipos de dolor | Variable de resultado | Resultados principales | Mecanismos responsables |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Birgenheir et al. 2013 General Hospital Psychiatry xxx | Descriptivo transversal comparativo retrospectivo | N= 93874 PDS<br>n= 96186 PDTB<br>n= 757807 PDTD<br>n= 4247684 CS | **Dolor clínico** | Artritis, migraña, dolor espalda, dolor crónico, dolor psicógeno, y neuropático. | Los PDS → más expuestos a dolor crónico, migraña, y dolor psicógeno y menos expuestos a la artritis y el dolor neuropático<br>Los PDTB y PDTD → Más dolor en comparación con los PDS y PS | **Dificultades con la expresión del dolor**<br>**Condiciones de dolor menos frecuentes** en PDS. |
| Boettger y Grossmann. 2012 Eur J Pain | Ensayo clínico aleatorización estratificada | n= 18 PDS<br>n= 18 CS | **Dolor térmico**<br>(Frío, calor y TGI) | **- Umbral e Intensidad del dolor**<br>**- Dolor desagradable**<br>- Escala visual analógica (0-10) | **Mayor umbral de dolor de frío y calor en PDS.**<br>4 PDS no experimentaron dolor incluso siendo expuestos a la temperatura máxima. | **Percepción atenuada de ilusiones visuales, en PDS.**<br>**Discriminación sensorial alterada de los estímulos térmicos.** |
| De La Fuente Sandoval et al. 2012 Journal of Psychiatric Research | Estudio piloto comparativo de diseño de bloque periódico | n= 12 PDS<br>n= 13 CS | **Dolor térmico**<br>Estímulos dolorosos a +39ºC y no dolorosos a 37ºC. | **- Tolerancia al dolor e Intensidad del dolor**<br>**- Dolor desagradable**<br>- Cambios en el nivel de oxígeno en sangre, **BOLD** | **Mayor tolerancia al dolor en PDS.**<br>3 PDS no informaron dolor cuando estuvieron expuestos a la temperatura máxima | **Procesamiento del dolor de forma diferente y menos especializada,** en la activación de BOLD a través de las áreas del cerebro. |
| Dubal et al. 2016 Scientific Reports | Ensayo clínico aleatorización estratificada | n= 21 PDS<br>n= 21 CS | **Dolor eléctrico:**<br>Estimulaciones eléctricas por debajo del umbral del dolor | **- Sensación de dolor**<br>**- Dolor desagradable**<br>- Niveles ACTH / cortisol) | **Los índices de dolor de PDS fueron más altos**<br>Lo calificaron como más doloroso y desagradable en alta intensidad<br>Los niveles de ACTH/cortisol de los PDS tendieron a ser más altos | **Hay una implicación del estrés inducido por el estímulo.**<br>Asociación con la actividad excesiva de los ejes hipotalámico-pituitario-adrenales. |
| Girard et al. 2011 Clin J Pain | Estudio experimental longitudinal | n= 35 PDS<br>n= 35 CS | **Dolor mecánico**<br>Presión o isquemia. | **- Intensidad del dolor**<br>**- Tiempo de presión mecánica** | **Los PDS evaluaron la compresión promedio como más dolorosa**<br>Hiperalgesia al dolor agudo y hipoalgesia al dolor prolongado<br>↑ Sensibilidad observada se relaciona con la producción de alucinaciones. | **Informes de dolor menos de lo normal o expresión deteriorada del dolor.**<br>**La preparación para una sensación dolorosa modifica la correspondiente percepción de dolor posterior.** |
| Levesque et al. 2012 Pain Medicine | Ensayo clínico aleatorización estratificada | n= 12 PDS<br>n= 11 CS | **Dolor eléctrico**<br>Estimulaciones transcutáneas dolorosas | **- Umbral del dolor i reflejo de retirada**<br>**- Escala numérica verbal 0-10** | **Menor umbral de dolor entre PDS**<br>**Hiperalgesia** al dolor agudo y hipoalgesia al dolor prolongado.<br>↑ Sensibilidad observada se relaciona con los síntomas positivos | Los síntomas positivos<br>juegan un papel clave al explicar por qué algunos **pacientes con esquizofrenia son más sensibles al dolor que otros.** |
| Martins et al. 2011 Psychiatry Research | Estudio experimental aleatorización estratificada | n= 27 PDS<br>n= 27 CS | Test de sensibilidad a las expresiones del dolor (STEP) | **- Sistema Integral de Pruebas de Afecto con 22 estímulos:**<br>Concordancia de identidad, discriminación de afecto y nombrar el tipo de afecto, a través de retratos. | Los PDS fueron menos propensos a atribuir "Dolor fuerte" a "Dolor moderado" y atribuyen intensidades de dolor más bajas. Curiosamente, este sesgo es más débil en la discriminación entre "sin dolor" y otros niveles de intensidad. | El **estado cognitivo** general podría explicar la variación del rendimiento en el grupo de pacientes. |
| Minichino et al. 2016 Bipolar Disorders | Estudio experimental prospectivo | n= 20 PDS<br>n= 38 PDTB<br>n= 19 CS | **Dolor de láser** | **- Umbral del dolor**<br>**- Procesamiento del dolor (LEP)**<br>Escala numérica verbal 0-10 | **Los PDS mostraron umbrales de dolor más altos.** | **Anomalías en el procesamiento y percepción del dolor.** |
| Potvin et al. 2008 Journal of Psychiatric Research | Ensayo clínico aleatorización estratificada | n= 23 PDS<br>n= 29 CS | **Dolor mecánico y térmico:**<br>Presión en frío y pulso de calor | **- Intensidad del dolor:**<br>- Prueba de suma temporal: un pulso de calor durante 2 min.<br>- Prueba de presión en frío (7-12ºC): inmersión en agua fría durante 2min. | **Falta de sensibilidad al dolor en los PDS.**<br>Los índices de dolor no aumentaron durante la estimulación térmica tónica entre PDS. | **Presencia de mecanismos excitatorios anormales.**<br>**Hipofunción de los receptores NMDA.** |

PDS: Pacientes diagnosticados de Esquizofrenia; PDTB: Pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar; PDTD: Pacientes diagnosticados de Trastorno Depresivo; CS: Controles sanos (sin trastorno psiquiátrico); LEP: Potenciales Evocaos por Laser; TGI: Thermal Grill Illusion

## Conclusión

Los hallazgos de esta revisión indican una clara disminución del dolor en las personas con trastorno esquizofrénico que podría deberse a varios factores. Además, los síntomas positivos de la esquizofrenia juegan un papel clave al explicar la disociación entre el dolor agudo y prolongado. Siendo algunos pacientes con esquizofrenia más sensibles al dolor que otros.
Los resultados reflejan la necesidad de un manejo integrado del dolor en pacientes con problemas relacionales, como los problemas de salud mental. La enfermera tiene que considerar con especial atención la evaluación del dolor de las personas con Trastorno Esquizofrénico debido a tener un umbral de dolor más alto.

## Bibliografia

1. Almeida JGd, Braga PE, Lotufo Neto F, Pimenta CAdM. Chronic Pain and Quality of Life in Schizophrenic Patients. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013;35(1):13-20.
2. Stubbs B, Thompson T, Acaster S, Vancampfort D, Gaughran F, Correll CU. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. Pain. 2015;156(11):2121-31.
3. Ngu SS, Tan MP, Subramanian P, Abdul Rahman R, Kamaruzzaman S, Chin AV, et al. Pain Assessment Using Self-reported, Nurse-reported, and Observational Pain Assessment Tools among Older Individuals with Cognitive Impairment. Pain manag Nurs. 2015;16(4):595-601.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut MAR Barcelona