

Declaración conjunta de la SIP sobre el dolor y la salud mental 2023

La Declaración Conjunta de la SIP presenta la posición común de las organizaciones abajo firmantes en relación con el dolor y la salud mental y esboza las recomendaciones clave que deben adoptar tanto los responsables políticos nacionales como los de la UE para promover la acción y el cambio en este campo.

Principales recomendaciones

La SIP hace un llamamiento a los responsables políticos nacionales y de la UE para que:

- 1) Incluya una evaluación de la interferencia del dolor en personas que viven con enfermedades mentales, como depresión mayor, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis y trastornos por consumo de sustancias.
- 2) Integrar mejor los servicios para el dolor y la salud mental en lugar de tratarlos de forma aislada en servicios separados.
- 3) Asignar una financiación adecuada a la investigación sobre la relación entre la salud mental y el dolor.
- 4) Proporcionar un acceso temprano a los programas de tratamiento del dolor a las personas con un alto riesgo de desarrollar dolor crónico y a las que ya lo padecen, para que sirvan como programa preventivo de las afecciones mentales.
- 5) Proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la fuerte relación bidireccional entre el dolor y los resultados de salud mental.
- 6) Implicar a las personas con experiencia de afecciones y enfermedades mentales que cursan con dolor, en el desarrollo de servicios integrados.
- 7) Reconocer que unas buenas condiciones de trabajo pueden repercutir positivamente en el bienestar físico y mental y, por lo tanto, debe apoyarse la prevención del absentismo laboral y la reintegración y adaptación de las personas que padecen dolor y/o enfermedades mentales a la población activa.
- 8) Garantizar que los factores biológicos, psicológicos y sociales del dolor se aborden de forma exhaustiva en las políticas de salud mental, con el fin de atender las necesidades de las personas que padecen tanto dolor crónico como afecciones mentales.
- 9) Apoyar el cambio cultural en todos los países, para reducir el estigma en las conversaciones públicas y privadas sobre la salud mental y el dolor, a través de campañas de concienciación, incluyendo campañas dirigidas específicamente a los profesionales sanitarios, así como al público en general.

Antecedentes

En Europa hay aproximadamente 740 millones de personas, la mayoría de las cuales experimenta un episodio de dolor intenso en algún momento de su vida. Aproximadamente el 20%, presentará un dolor durante más de tres meses y será un dolor crónico. Por lo tanto, en la actualidad, 150 millones de personas sufren dolor crónico en toda Europa, lo que equivale aproximadamente a la población de Francia y Alemania juntas. El dolor crónico es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y algunas estimaciones sugieren que las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir dolor crónico que los hombres.

En 2018, la plataforma "Impacto social del dolor" (SIP, por sus siglas en inglés), una asociación de múltiples partes interesadas liderada por la Federación Europea del Dolor EFIC y Pain Alliance Europe (PAE), publicó su documento marco que incluye recomendaciones para la acción y la colaboración de la Comisión Europea, los Estados miembros y la sociedad civil para reducir el impacto social del dolor. Estas recomendaciones

constituyen los principios generales y rectores de la SIP, y se dividen en cuatro categorías: indicadores de salud, investigación, empleo y educación.

El documento marco del SIP pide que se exploren las oportunidades de aprovechar los instrumentos existentes para definir, establecer y/o utilizar el dolor como indicador en la evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios. Ello contribuirá a evaluar y colmar la laguna de datos sobre el impacto social del dolor.

Las afecciones mentales y el dolor interactúan de forma significativa entre sí. La recopilación que figura a continuación esboza sus estrechas conexiones y las implicaciones para la salud en su conjunto, así como para la política sanitaria.

1. La estrecha relación entre el dolor y la salud mental

Las afecciones mentales y el dolor crónico concurren con frecuencia, debido a mecanismos fisiológicos de circuitos neuronales compartidos y a factores de riesgo entre los que se incluyen las desventajas sociales (la pobreza, el desempleo, las altas tasas de trabajo manual y la falta de acceso a los servicios sanitarios). La depresión, la ansiedad y el dolor suelen coexistir, con una tasa de comorbilidad estimada del 65%. En el caso de las personas con trastorno bipolar, los datos muestran una prevalencia del dolor del 29% (principalmente dolor musculoesquelético crónico y migraña), lo que supone más del doble del riesgo que las personas sin una enfermedad mental. Además, las personas que no padecen ningún trastorno mental corren un alto riesgo de desarrollarlo si padecen dolor de moderado a intenso durante más de 12 meses. Las personas que padecen a la vez dolor y trastornos mentales, como depresión grave, trastorno bipolar y esquizofrenia, tienen una salud física considerablemente peor y un mayor riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares, todo lo cual contribuye a una menor esperanza de vida.

Sin embargo, el dolor no se evalúa ni se trata de forma rutinaria en personas con trastornos mentales, y la comunicación y la evaluación del dolor podrían quedar ocultas por la naturaleza del trastorno mental (por ejemplo, trastornos mentales graves como la psicosis). Además, las afecciones mentales como la depresión suelen estar infravaloradas y, por tanto, frecuentemente infratratadas en las personas con dolor crónico.

1. Include an assessment of pain interference in people living with mental health conditions, such as major depression, anxiety, bipolar disorder, schizophrenia, psychosis, and substance use disorders.

2. Better integrate pain and mental health services instead of treating them in isolation in separate services.

3. Allocate adequate funding for research on the relationship between mental health and pain.

2. El dolor y los trastornos mentales son experiencias biopsicosociales

Tanto el dolor crónico como los trastornos mentales se conceptualizan mejor como experiencias biopsicosociales que implican interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales. El tratamiento contemporáneo del dolor se centra en gran medida en la evaluación y el tratamiento biopsicosocial abordando individualmente según las necesidades de cada paciente. Para conseguirlo, los pacientes con dolor crónico necesitan tener un acceso temprano a servicios de atención integrados en los que participen múltiples disciplinas. En el dolor crónico, los profesionales de la salud mental, como psicólogos y fisioterapeutas, trabajan como parte de un equipo multidisciplinar para ofrecer intervenciones biopsicosociales que incluyen terapias cognitivo-conductuales, exposición, cambio de conducta, terapias de conciencia corporal, programas de actividad física y actividades de relajación. Las intervenciones

biopsicosociales tienen buena evidencia de su beneficio para el dolor crónico, pero muchos pacientes no tienen acceso a ellas. Además, los problemas de salud relacionados con el dolor crónico pueden verse agravados por factores sociales y culturales relacionados con el género y, por lo tanto, debe prestarse especial atención tanto en la investigación como en la evaluación y el tratamiento del dolor.

El dolor y la pobre salud mental se influyen mutuamente, creando un círculo vicioso de discapacidad. Tanto el dolor como las afecciones mentales provocan una reducción de la calidad de vida, la movilidad y la participación social a lo largo de la misma. Cuando se trata de forma aislada, el tratamiento de las afecciones de salud mental tiene menos éxito si los pacientes también padecen dolor crónico, y el tratamiento del dolor crónico tiene menos éxito si los pacientes también padecen una afección de salud mental.

Tanto el dolor como los trastornos mentales interfieren en la calidad del sueño y en los niveles de actividad física, ambos factores de riesgo independientes. Es importante destacar que tanto los trastornos mentales graves como el dolor se asocian a un mayor riesgo de suicidio.

Algunos medicamentos para el dolor (por ejemplo, los opiáceos) pueden provocar síntomas de salud mental. El riesgo de adicciones es alto con muchos analgésicos y, en particular, con los opiáceos. En la mayoría de los países europeos, la morbilidad y la mortalidad por consumo de opiáceos ha aumentado en las dos últimas décadas, a menudo debido al aumento de la prescripción. El dolor crónico es un problema importante para 1 de cada 2 personas con trastornos por consumo de opiáceos. En general, Europa tiene mucho que hacer para mejorar la calidad y el acceso a tratamientos biopsicosociales del dolor seguros y eficaces.

Cuando un paciente padece a la vez dolor y trastornos mentales, el dolor repercute negativamente en su compromiso y en los resultados generales del tratamiento de salud mental, incluida la farmacoterapia y la psicoterapia. Por lo tanto, es necesario controlar mejor el dolor para que las personas obtengan mejores resultados en salud mental.

4. Provide early access to pain management programmes for people with a high risk of developing chronic pain and those with chronic pain, to serve as a preventive programme for mental health conditions.

5. Provide training to healthcare professionals in the strong bidirectional relationship between pain and mental health outcomes.

6. Involve people with lived experience of mental health conditions and illnesses featuring pain, in developing integrated services.

3. El vínculo entre el dolor, las afecciones mentales y el empleo

Las personas con dolor y trastornos mentales tienen menos probabilidades de tener un empleo a tiempo completo y declaran tasas sustancialmente más altas de absentismo y presentismo (estar presente en el trabajo pero trabajar con una capacidad reducida), en comparación con las que no declaran tener dolor. En Europa, se calcula que el dolor musculoesquelético es responsable del 50% de las bajas por enfermedad y del 60% de las incapacidades permanentes.

Existen pruebas que demuestran los beneficios positivos de un buen trabajo, por ejemplo, el empleo es normalmente el principal medio de obtener recursos económicos y seguridad, lo que es esencial para el bienestar material y la integración en la sociedad. El empleo también satisface importantes necesidades psicosociales y proporciona identidad individual, roles sociales y estatus social, todos ellos impulsores clave de estratos sociales en la salud mental y física, así como en la mortalidad. Por otro lado, el desempleo se asocia

a una mayor mortalidad, una peor salud general y mental, las enfermedades crónicas, la angustia psicológica y la morbilidad. El reemplazo conlleva una mejor autoestima, una mejora general de la salud física y mental, y una reducción de la angustia psicológica y la morbilidad.

7. Recognise that good work conditions can have a positive impact on physical and mental wellbeing and therefore, prevention of work absence and the reintegration and adaptation of people living with pain and/or mental health conditions into the workforce should be supported.

4. Integración del dolor en la política de salud mental

Como ya se ha mencionado, el dolor no se evalúa ni se trata de forma rutinaria en las personas con trastornos mentales, y la comunicación y la evaluación del dolor pueden verse oscurecidas por la naturaleza de las afecciones mentales. Los trastornos mentales y el dolor están muy estigmatizados, lo que puede suponer una barrera para su reconocimiento y el acceso a la atención sanitaria.

La identificación de las personas con trastornos mentales que padecen dolor o corren el riesgo de padecerlo es esencial para la prevención y la intervención temprana. Por lo tanto, es crucial incorporar el dolor y su tratamiento en los planes de evaluación y tratamiento de la salud mental, así como promover el acceso equitativo a la atención para mejorar los resultados sanitarios para todos.

Los grupos socialmente marginados tienden a presentar tasas más elevadas de afecciones mentales que la población general. Esto incluye, como ejemplos, a las personas sin hogar, los refugiados y los trabajadores del sexo. También se necesitan estrategias para comprender mejor la intersección entre el dolor y la salud mental en estos sectores de la población, y las políticas necesarias para reducir las desigualdades sanitarias en este ámbito.

Los profesionales de la salud mental están bien posicionados para realizarlo, ya que incorporar el dolor puede ayudar a maximizar la eficacia del tratamiento tanto para el dolor como para las afecciones de salud mental. Dado que el dolor y las afecciones mentales se refuerzan mutuamente, los tratamientos integrados dirigidos a ambos pueden tratarlos de forma más eficaz que los tratamientos centrados en una sola afección. Estos tratamientos deberían estar presentes en la atención primaria, secundaria y terciaria y también estar disponibles en los programas preventivos. Los profesionales de la salud mental pueden reforzar los comportamientos positivos ante el dolor, por ejemplo, mediante la práctica de ejercicio, programas de concienciación corporal, programas de actividad física y actividades de regulación emocional, para hacer frente a formas de pensar poco útiles. De este modo, los profesionales de la salud mental actúan como colaboradores en un plan integrado de atención al dolor.

Reconocer y abordar el dolor en los entornos y las políticas de salud mental es esencial para optimizar la satisfacción de las necesidades de las personas que sufren tanto dolor como trastornos mentales.

8. Ensure that the biological, psychological, and social factors of pain are comprehensively addressed in mental health policies, in order to address the needs of people both living with chronic pain and mental health conditions.

9. Support cultural change in all countries, to reduce stigma in public and private conversations about mental health and pain, through awareness campaigns, including campaigns targeted specifically at healthcare providers, as well as the general public.

5. Firmantes (Orden alfabético)

- Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC)
- Euro Youth Mental Health (EYMH)
- Europe Region World Physiotherapy
- European Brain Council (EBC)
- European Cancer Organisation (ECO)
- European Federation of Neurological Associations (EFNA)
- European Federation of Psychologists Associations (EFPA)
- European Psychiatric Association (EPA)
- GAMIAN-Europe
- The Societal Impact of Pain (SIP) Platform

6. Referencias

- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
- Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness—evidence of a bidirectional relationship. European Journal of Pain. 2018 Aug;22(7):1304-11.
- De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. Pain. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Nakane H, Mneimneh Z, Lara C. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. Pain. 2007 Jun 1;129(3):332-42.
- Eccleston C, Morlion B, Wells C. Pain in Europe. Oxford University Press; 2018.
- Edmond SN, Heapy AA, Kerns RD. Engaging mental health professionals in addressing pain. JAMA psychiatry. 2019 Jun 1;76(6):565-6.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet [Internet]. 2005;365(9467):1309–14. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6).
- Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med [Internet]. 2008;5(12):e225. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>.
- Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. J Pain [Internet]. 2009 [cited 2023 Apr 12];10(5):447–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19411059/>
- Forget P, Hauser W. Europe has much to do to improve the quality of and access to safe pain management. Lancet 2023 [In press]
- Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. American Psychologist. 2004 Nov;59(8):795.
- Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, Skarabis N, Kangas M, Vancampfort D, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. Br J Sports Med [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2023 Feb 14]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36731907/>
- Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022 Feb 1;133:104510.

- Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
- McLaren N, Kamper SJ, Hodder R, Wiggers J, Wolfenden L, Bowman J, Campbell E, Dray J, Williams CM. Increased substance use and poorer mental health in adolescents with problematic musculoskeletal pain. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2017 Oct;47(10):705-11.
- Okunribido O, Wynn T. Aging and work-related musculoskeletal disorders: a review of the recent literature. *Health and Safety Executive*. 2010.
- Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653-60.
- Rössler W, Koch U, Lauber C, Hass A-K, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, et al. The mental health of female sex workers: The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2010;122(2):143–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01533.x>.
- SIP thematic network 2018 - joint statement [Internet]. Societal Impact of Pain (SIP). EFIC, PAE; 2019 [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.sipplatform.eu/resources/details/sip-thematic-network-2018-joint-statement>
- Stickley A, Koyanagi A, Kawakami N, WHO World Mental Health Japan Survey Group. Childhood adversities and adult-onset chronic pain: results from the World Mental Health Survey, Japan. *European Journal of Pain*. 2015 Nov;19(10):1418-27.
- Stubbs B, Aluko Y, Myint PK, Smith TO. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*. 2016 Mar 1;45(2):228-35.
- Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015 Feb;131(2):75-88.
- Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. *Psychiatry research*. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
- Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
- Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* [Internet]. 1996;65(2–3):123–67. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00214-6](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(95)00214-6).
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
- Waddell G, Kim Burton A. *Is work good for your health and well-being?* Norwich, England: Stationery Office Books; 2006.

—FINAL—

La SIP sigue estando a su disposición para seguir debatiendo con la Comisión Europea, los diputados del Parlamento Europeo, el Consejo y las partes interesadas de la sociedad civil una futura cooperación que garantice la aplicación de nuestras recomendaciones en el ámbito del dolor y la salud mental.

Acerca de SIP

Acerca de SIP La plataforma "Impacto social del dolor" (SIP) es una asociación de múltiples partes interesadas liderada por la Federación Europea del Dolor EFIC y Pain Alliance Europe (PAE), cuyo objetivo es aumentar la concienciación sobre el dolor y cambiar las políticas al respecto.

La plataforma ofrece oportunidades de debate a profesionales sanitarios, grupos de defensa del dolor, políticos, proveedores de seguros sanitarios, representantes de las autoridades sanitarias, reguladores y presupuestarios titulares.

El marco científico de la plataforma SIP está bajo la responsabilidad del EFIC y la dirección estratégica del proyecto la definen ambos socios. Las empresas farmacéuticas Grünenthal GmbH y GSK son los principales patrocinadores de la plataforma Impacto Social del Dolor (SIP).

Contactos: Para más información, póngase en contacto con:

Ángela Cano Palomares, Directora de Proyectos, Impacto Social del Dolor (SIP) Europa, en la Federación Europea del Dolor EFIC - angela.palomares@efic.org

Logos

