

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

MIGUEL A. VALLEJO PAREJA  
Facultad de Psicología. UNED.  
Dpto. Psicología de la Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos.



FOCAD **FORMACIÓN**

*continuada a distancia*

# Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Tratamiento psicológico del dolor crónico	
FICHA 1.....	14
Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico	
FICHA 2.....	20
Principios Generales del Acercamiento Terapéutico	

# Documento base.

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

### INTRODUCCIÓN

El psicólogo ha estado presente en el estudio y tratamiento del dolor desde sus inicios. Diversos factores han contribuido a este hecho. Por un lado el que la consideración del dolor crónico como un problema clínico sea relativamente reciente. En efecto, la atención al dolor como problema en sí, más allá de su valor diagnóstico para un sin número de enfermedades, se remonta a los años 70. Esto supone conjugar un desarrollo óptimo del abordaje psicológico establecido en otros ámbitos, con la necesidad de construir una nueva especialidad, ámbito de conocimiento y de intervención singularmente complejo. La psicología viene a cooperar con la medicina, la anestesiología y neurología principalmente, para contribuir a explicar e intervenir sobre los efectos perceptivos singulares del dolor y su impacto psicosocial.

La existencia de tratamientos bien establecidos en otros ámbitos de la intervención en psicología clínica: técnicas de control de la actividad fisiológica (relajación y biofeedback, principalmente); procedimientos basados en el control de contingencias y técnicas cognitivo-conductuales de adquisición de habilidades de afrontamiento, en especial la inculcación de estrés, permitió ofrecer alternativas adecuadas para integrar en tratamientos multidisciplinares, característica ésta que se impone desde los primeros momentos en el tratamiento del dolor crónico.

Desde el punto de vista médico esta ayuda psicológica es bien recibida. El paciente de dolor crónico no es una persona con problemas psicológicos (psicopatológicos en sí), sino que dichos problemas suelen acontecer como consecuencia de padecer un síndrome de dolor crónico. En el campo de los denominados trastornos psicofisiológicos, medicina conductual o, más tarde, psicología de la salud, el tratamiento del dolor crónico es pionero. Es por este motivo, entre otros, por el que el tratamiento psicológico se imponga al tratamiento psiquiátrico. Se trata de ayudar (apoyar) a una persona "normal" a sobrellevar o adaptarse al padecimiento de un problema médico impuesto. Es un trabajo esencialmente psicológico, no psiquiátrico. A ello hay que añadir el uso de psicofármacos que a dosis analgésicas utiliza el médico que trata el dolor crónico (véase el caso de los antidepresivos tricíclicos).

El tratamiento psicológico del dolor crónico se justifica, por tanto, porque el impacto que el padecimiento de un síndrome de dolor tiene sobre la persona y su entorno social, puede contribuir a su agravamiento e incapacitar aún más a quien lo padece. Esta tarea específicamente psicológica es compleja, al menos en su planteamiento, habida cuenta de que afecta de forma completa a la persona y su entorno: muchas variables a considerar y, posiblemente, programas de tratamiento multicomponente a utilizar.

Esta óptica, la del tratamiento psicológico como apoyo, es específica de lo que podríamos denominar facilitación de estrategias de afrontamiento del dolor. Es el tipo de tratamiento psicológico más adecuado cuando se trata de un problema crónico, para el que desgraciadamente no puede hablarse de curación, sino de afrontamiento o adaptación y convivencia a él.

Este aspecto, el de la imposibilidad de curación, es difícilmente aceptado por el paciente e, incluso, por el personal sanitario. Es lógico que el paciente se resista a asumir que una determinada dolencia le va a acompañar siempre y que sólo puede aprender a "convivir" del mejor modo con ella, sin embargo ésa es la realidad de muchos síndromes de dolor crónico, incluyendo determinadas enfermedades reumáticas y procesos degenerativos, o el mero envejecimiento. Esto no significa que no se pueda mejorar la vida del paciente, pero sí que no pueda "curarse", porque tal curación no es posible. Aunque estos argumentos pueden aceptarse intelectualmente hablando, incluso el paciente puede hacerlo, resulta más difícil aceptarlos en términos efectivos: emocionales y comportamentales. De este modo el tratamiento psicológico, especialmente el referido a las estrategias de afrontamiento, es siempre tardío y viene a sancionar de forma ya efectiva que no hay curación sino medidas paliativas, a lo sumo. Esto es un *handicap*, indudablemente: se busca realmente la "curación", cuando explícitamente se niega, con lo que el acercamiento eficiente: la adaptación,

el afrontamiento es minusvalorado y desacreditado, no formalmente pero sí de facto. Este es un problema sobre el que se volverá más adelante.

¿Es posible intervenir, tratar, el dolor crónico más allá, o más acá, de su afrontamiento? La respuesta ha de ser afirmativa, sin embargo para proseguir por este camino hay que señalar qué factores psicológicos pueden ser responsables (co-responsables), del desencadenamiento de un determinado síndrome de dolor crónico, o del mantenimiento o agravamiento de dicho síndrome. Los tratamientos deben basarse en el conocimiento teórico y fundamentación empírica de los factores psicosociales relevantes en el dolor crónico. El dolor crónico es ya una paradoja en sí, pues torna en inadaptable y sinsentido un elemento, el dolor, de primer orden en la salvaguarda de la integridad biológica del organismo. Sólo el conocimiento de una psicología de la normalidad del dolor puede permitirnos abordar de forma efectiva un conocimiento sobre el dolor crónico que oriente tratamientos adecuados.

La primera teoría de modulación del dolor fue formulada, como es conocido, por Patric D. Wall (fisiólogo) y Ronald Melzack (psicólogo) para dar razón de los mecanismos de modulación del dolor, que obviamente existen y operan de forma natural (Melzack y Wall, 1965). Dicha teoría, con amplio apoyo empírico en la actualidad, señala cómo la actividad de determinadas fibras nerviosas produce analgesia a nivel medular y de cómo la influencia de estructuras superiores del SNC opera también como modulación del dolor. A la teoría de la puerta hay que añadir los conocimientos existentes sobre el sistema de modulación a cargo de sistema opiáceo, especialmente sensible y sinérgico con la actividad emocional del paciente, motivo por el cual el uso, por ejemplo, de fármacos antidepresivos tiene efecto analgésico. La información existente sobre el modo de operar de los sistemas antinociceptivos (opiáceo y no opiáceo) es muy amplia hoy día y pone de manifiesto cómo el comportamiento de la persona influye decisivamente sobre él. Tal vez, en ese sentido, cabría destacar la actividad del paciente como elemento esencial. La estimulación de un determinado tipo de fibras nerviosas (las fibras de velocidad de conducción rápida, a-delta), están ligadas de forma natural a la propia actividad del paciente. Lo mismo sucede con la liberación de opiáceos endógenos y monoaminas (serotonina, principalmente), se producen y normalizan cuando la persona se implica en actividades, aún cuando dichas actividades aporten malestar, no necesariamente relacionado con el dolor. Por tanto, un modo natural, no farmacológico, de facilitar que los sistemas de analgesia endógena funcionen es manteniendo el nivel de actividad física: haciendo, afrontando problemas, viviendo, en suma, en el sentido más amplio de la palabra. No permitiendo que el dolor limite más y más la capacidad de la persona. Se trata de procesos circulares: la actividad mejora la modulación del dolor y la capacidad del paciente. Por otro lado, la inactividad discapacita lo que a su vez produce más discapacitación. Todo ello, como se ha comentado, se fundamenta en términos teóricos y empíricos en la psicofisiología del dolor (ver Vallejo y Comeche, 1999). Otra cuestión de orden clínico es qué herramientas utilizar para favorecer la actividad del paciente, qué personas, en qué condiciones, etc., son las más adecuadas, sin embargo queda claro qué medidas, o tratamientos, en este sentido estarían convenientemente justificados.

Finalmente la cuestión más importante, cualitativamente hablando, es en qué condiciones los factores psicológicos son, incluso, responsables de la ocurrencia y/o pervivencia de un síndrome de dolor crónico. Determinados síndromes de dolor no tienen una justificación orgánica: cefaleas idiopáticas, determinadas neuralgias, dolores musculoesqueléticos, fibromialgia, etc. En algunos de estos problemas hay evidencia de que ciertos cambios fisiológicos, que se producen como resultado del modo en que las personas afrontan sus problemas, pueden contribuir a generar y/o mantener el síndrome de dolor. Con independencia de que otros factores contribuyan al desarrollo de estos problemas, factores biológicos, por ejemplo, la relevancia de las variables psicológicas es evidente y justifica el uso de programas de tratamiento específicamente dirigidas a ellas.

Algunas técnicas y procedimientos terapéuticos se ha mostrado útiles en el tratamiento psicológico del dolor. No siempre, la idea que se tiene acerca de ellas responde a los datos empíricos acerca de su eficacia. A continuación se repasaran los principales tratamientos psicológicos del dolor crónico.

## RELAJACIÓN

El entrenamiento en relajación es un elemento terapéutico frecuente en el tratamiento del dolor, generalmente asociado a otras técnicas y, en ocasiones, formando parte de programas multicomponente. Un elemento previo para valorar su asociación con otras técnicas es conocer qué eficacia tiene, por sí sola, en el tratamiento del dolor y en qué tipo de síndromes, y condiciones clínicas opera.

El uso de la relajación no tiene un efecto directo sobre el control del dolor. Su acción produciría, en principio, una reducción de un determinado tipo de actividad fisiológica: la musculoesquelética, así como una disminución de la acti-

vidad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática. Estos efectos podrían, de forma genérica, producir una disminución de la ansiedad y, también, la reducción de algunas actividades fisiológicas concretas que pudieran perpetuar o incrementar el dolor. Lo cierto es que la relajación, tanto progresiva como autógena, ha sido poco utilizada como única técnica de tratamiento y sólo ha sido estudiada convenientemente en el tratamiento de las cefaleas.

Linton revisó en 1982 (Linton, 1982) la eficacia de la relajación en síndromes de dolor distintos de las cefaleas y aunque recogió diversa evidencia a favor de su utilidad, los estudios revisados no tenían, en muchos casos unos requisitos metodológicos mínimos que permitieran sustentar la utilidad de la relajación (Roelofs y cols., 2002). Revisiones posteriores han reiterado la escasa potencia terapéutica de la relajación (McQuay y cols., 1997), como se ha comentado en otro lugar (Díaz, Comeche y Vallejo, 2003). Hay, no obstante, dos excepciones a estos déficit de la relajación y son el tratamiento de las cefaleas y el uso de la relajación, junto a otras técnicas como estrategias de afrontamiento.

El tratamiento de las cefaleas funcionales o idiopáticas: migraña, tensionales y mixtas, sí se beneficia de forma directa de la relajación como técnica única de tratamiento. La revisión realizada por Holroyd (Holroyd, 2002) muestra que para la migraña los datos disponibles indican que la relajación, mezcla de relajación progresiva y entrenamiento autógeno, es más eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual y sólo es superada por el biofeedback electromiográfico. La American Association of Neurology establece con nivel de evidencia A, el máximo existente, el entrenamiento en relajación, en biofeedback de temperatura combinado con relajación, biofeedback EMG y tratamiento cognitivo conductual, para el tratamiento preventivo de la migraña (ver <http://www.neurology.org/cgi/reprint/55/6/754.pdf>). Una situación similar se establece en el caso de la cefalea tensional. El entrenamiento en relajación se muestra eficaz, aunque es superado por el biofeedback EMG, quedando con una eficacia intermedia la combinación de relajación y biofeedback EMG, así como el tratamiento cognitivo-conductual (ver McCroy y cols., 2001).

El motivo por el que la relajación sí haya demostrado su eficacia en el tratamiento de las cefaleas y no en otros síndromes de dolor puede deberse a las disfunciones fisiológicas que producen las cefaleas. Es posible que los cambios generados por el entrenamiento en relajación interfieran, como también lo hace de forma más efectiva el entrenamiento en biofeedback, en los mecanismos fisiopatológicos de este tipo de cefaleas. De este modo, las cefaleas dejan de producirse. Llama la atención, al respecto, que aunque los procedimientos típicos de corte cognitivo-conductual son también eficaces no lo son más que la relajación, en el caso de la migraña. Para la cefalea tensional, aun cuando la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la relajación, se ve superada por el entrenamiento en biofeedback. En suma, un tratamiento relativamente simple como la relajación es más efectivo que otro más complejo como el cognitivo-conductual.

La otra área donde la relajación se ha mostrado eficaz es como estrategia de afrontamiento, esto es, como componente dentro de un programa dirigido a dotar y poner en marcha este tipo de habilidades. Hay datos de su eficacia en el dolor de espalda (Linton y Götestam, 1984), la artritis (Affleck y cols., 1992) y otros síndromes de dolor crónico no neoplásico (Seers, 1997). Es más, los estudios que comparan la relajación de forma aislada, con otras técnicas asociadas a otros componentes, como el ejercicio físico y otras estrategias de afrontamiento más relajación, muestran que el tratamiento combinado es más eficaz que la relajación sola (véase el caso de la fibromialgia: Keel y cols., 1998).

## **BIOFEEDBACK**

El entrenamiento en biofeedback ha tenido como una de sus pioneras y más destacadas aplicaciones el tratamiento de diversos síndromes de dolor crónico. El poder actuar de forma directa sobre las respuestas fisiológicas relevantes al síndrome de dolor es, sin duda, una posibilidad atractiva. Se entiende que si el problema clínico, el dolor, es originado por una disfunción de los sistemas naturales de regulación fisiológica, una ayuda externa que permita restablecer la auto-regulación es la opción más adecuada.

Como se ha comentado en el apartado anterior las técnicas de biofeedback se han mostrado útiles y superiores, en general, al uso de la relajación en el tratamiento de las cefaleas. Es cierto que las razones de la eficacia no han dejado de estar sujetas a controversia. La relevancia que la tensión muscular o la temperatura periférica pueden tener en la fisiopatología de las cefaleas ha sido uno de los factores más relevantes a considerar. Lo cierto es que a pesar los problemas al respecto (ver Andrasik y cols., 1982 y Langermark y cols., 1990), los resultados de los estudios muestran la eficacia del biofeedback EMG, en primer lugar, y de temperatura periférica en el segundo. No obstante, se ha llamado la atención sobre el papel que en las cefaleas tensionales pueden tener otros músculos de la cara, el cuello o los hombros (Olesen y Schoenen, 2000). Esto ha llevado a postular la existencia de una sensibilización de ciertas áreas sensoriales de tal modo que ligeras, e incluso inexistentes, estimulaciones podrían provocar dolor (Schoenen y Wang,



1997). Lo cierto es que estos aspectos no introducen una novedad significativa en los conocimientos tradicionales sobre la psicofisiología del dolor de cabeza, no obstante han orientado la investigación sobre medidas centrales, concretamente los potenciales evocados (Schoenen, 1996 y Welch y Ramadan, 1995), y la posibilidad del uso del neurofeedback como alternativa al feedback EMG.

Con independencia del resultado que otras modalidades de biofeedback puedan obtener en las cefaleas, el biofeedback EMG es el procedimiento más adecuado de intervención tanto para las cefaleas tensionales como migrañas (ver Holroyd, 2002). Por tanto, con independencia de nuestros conocimientos sobre la psicofisiología de las cefaleas y de los efectos del tratamiento, la tarea de entrenamiento en biofeedback que propone es efectiva en la reducción de las cefaleas.

El entrenamiento en biofeedback, por sí solo o combinado con la relajación, es eficaz en otros síndromes de dolor crónico. Podría señalarse que, en general, es efectivo en los síndromes de dolor musculoesquelético, caso de la lumbalgia (Hasenbring y cols., 1999 y Flor y Birbaumer, 1993), y en otros síndromes se han obtenido resultados positivos, aún cuando los datos disponibles son menores, este es el caso de dolor de miembro fantasma (Sherman y cols., 1989 y Belligia y Birbaumer, 2001), o de la artritis (Bradley y cols., 1985 y Keefe y cols., 2002).

### **INTERVENCIONES COGNITIVAS**

Las intervenciones cognitivas en el tratamiento del dolor tienen su origen en la aplicación de la técnica de inoculación de estrés al tratamiento del dolor crónico (Turk y cols, 1983). Se trata, por tanto, más de una intervención multi-componente que estrictamente cognitiva. Dicha técnica incluye, según rezan las fases de la inoculación de estrés, de un componente educativo (psicoeducativo), uno de adquisición de habilidades y otra de puesta a prueba de dichas habilidades. Es un programa para identificar y probar diversas estrategias de afrontamiento. Entre los componentes más propiamente cognitivos caben resaltar dos: el uso de autoinstrucciones y las técnicas imaginativas que afectan al contexto en que aparece el dolor. Estas últimas tienen la particularidad de no luchar contra el dolor percibido, sino modificar el contexto en que es percibido (ver Vallejo, 2001). Cabe notar que este procedimiento es un ejercicio de exposición al dolor y de aceptación de éste, en relación con dos procedimientos que se utilizan en el tratamiento del dolor y que se enmarca en la terapia de exposición y en la terapia de aceptación y compromiso.

Tomaremos como técnicas más específicamente cognitivas el uso de auto-instrucciones y de la imaginación. Otras técnicas y procedimientos terapéuticos quedarían dentro del amplio y heterogéneo, incluyendo también procedimientos conductuales, del afrontamiento del dolor. Con respecto a las auto-instrucciones éstas han sido escasamente estudiadas como tratamiento del dolor. Han tenido un interés mayor en relación con la evaluación (Asghari y Nicholas, 2004; Cano y Rodríguez, 2002) y , valoración e incluso con el desarrollo de cuestionarios de afrontamiento (Rodríguez, Cano y Blanco., 2004). En relación con el uso de la imaginación, ha sido estudiada en diversos contextos terapéuticos, al igual que las auto-instrucciones, sin embargo es en el ámbito de la hipnosis donde mejor ha sido analizada.

La hipnosis ha acreditado su capacidad para reducir el dolor en el caso del dolor agudo, incluyendo: intervenciones médicas dolorosas, el cuidado en quemados y la extracción de médula ósea, aún cuando los resultados de las distintas investigaciones son contradictorios (ver Patterson y Jensen, 2003). En el caso del dolor crónico, las revisiones iniciales (Turner y Chapman, 1982) ponían de manifiesto la escasa existencia de estudios controlados que permitieran valorar la eficacia de la técnica. Hoy día puede señalarse (Patterson y Jensen, 2003) que la hipnosis es en general efectiva en el tratamiento de diversos tipos de dolor (cefaleas, dolor oncológico, musculoesquelético, etc.), cuando es confrontada con la ausencia de tratamiento, el tratamiento estándar o la mera atención. Sin embargo, cuando es comparada con tratamientos con los que comparte algunos componentes, caso de la relajación, el entrenamiento autógeno, u otros procedimientos que hacen uso de sugerencias, la hipnosis frecuentemente no obtiene mejores resultados que ellos. En consecuencia, la elección de la hipnosis debe hacerse en función de otras variables no suficientemente bien estudiadas hoy día, como por ejemplo la menor duración del tratamiento, su mejor accesibilidad, etc. La multiplicidad de factores e interacciones entre estos tratamientos no permite, a día de hoy, hacer indicaciones terapéuticas sustentadas en datos (Milling y cols., 2003).

### **INTERVENCIONES CONDUCTUALES**

Las intervenciones conductuales parten, al menos teóricamente, de no enfrentarse ni atender directamente al dolor. Se dirigen a que la persona recupere y mantenga sus actividades ordinarias, con independencia del dolor y combatiendo,

por el contrario, la actividades de dolor: conductas de queja e incapacidad, en suma aquellos comportamientos característicos de la persona con dolor. Ciertamente las personas con dolor, como en otro tipo de condiciones no dolorosas, pueden no estar en condiciones en determinados momentos de hacer alguna cosas, pero sí otras en otros momentos. Recuperar la dirección de las propias actividades es el resultado de esa decisión de seguir haciendo cosas a pesar del dolor. Paradójicamente, o en contra de las predicciones del paciente, su familia e incluso del personal sanitario, a los pacientes no sólo no les aumenta el dolor al incrementar la actividad sino que disminuye, aunque no desaparece.

Los programas de W. Fordyce (Fordyce, 1978) fueron los pioneros en tomar este punto de vista y aplicar procedimientos de corte conductual dirigidos a la reducción o eliminación de las conductas de dolor y a la restauración de las actividades habituales, evitadas a causa del dolor. Hoy día cabe señalar como imprescindible el que paciente se ocupe de recuperar su nivel de actividad ordinario en la medida en que sea posible, utilizando programas graduales al respecto. Con independencia del análisis y estudio de cada caso hay que señalar, según el meta-análisis de Rohling y cols. (Rohling y cols., 1995), que la obtención de beneficios sociales, laborales y legales por el dolor está directamente relacionada con el aumento del dolor y la disminución de la eficacia de los tratamientos.

Este acercamiento ha dado buenos resultados en la lumbalgia, por las implicaciones personales, sociales y familiares que tiene (Fordyce, 1995). El tratamiento ha conjugado una disminución de la incapacidad con una reducción del dolor (Guzman y cols., 2001), lo que viene a confirmar la capacidad del modelo conductual en este ámbito de intervención (Jolliffe y Nicholas, 2004).

## **PROGRAMAS MULTICOMPONENTE**

Los programas multicomponente o también denominados multidisciplinarios son los más habitualmente utilizados en la clínica. Se componen de elementos conductuales, cognitivos y emocionales y permiten, de ese modo, incluir los recursos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del dolor, en un sentido amplio. En ellos pueden encontrarse desde técnicas de relajación y biofeedback, dirigidos a los cambios fisiológicos que pueden originar o mantener el dolor, a diversas técnicas de afrontamiento. La ventaja clínica es, en principio, evidente pues permite ofrecer lo mejor del *armamentarium* psicológico, sin embargo su eficiencia es cuestionable y desde un punto de vista científico resulta poco apropiado, al no poder saber qué componentes actúan y de qué modo interaccionan entre sí. Ello no obsta para que tales programas hayan demostrado ser más eficaces que la ausencia de tratamiento, la lista de espera o que algunos de sus componentes (ver Flor y cols., 1992, Morley y cols., 1999). Aún así y aunque a veces el añadido de componentes puede resultar poco eficiente (Goossens y cols., 1998), en general dicha eficiencia supera a alternativas más agresivas como la cirugía o el uso de opiáceos y bombas implantables, como ha sido determinado por Turk y Okifuki (1998 y 2002).

El principal problema de los programas multicomponente es su complejidad en términos de duración y de exigencia al paciente. La cantidad de tareas que debe llevar a cabo, el número de cambios que debe hacer en su forma de vida, la necesaria supervisión y ayuda para este esfuerzo hace que los pacientes rechacen el tratamiento, le abandonen o se presente una alta tasa de recaídas, posiblemente debido a que el tratamiento no ha sido seguido convenientemente (Rickmond y Carmmody, 1999).

## **ASPECTOS A CONSIDERAR PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO**

El tratamiento psicológico del dolor crónico, hoy día, es un elemento y complemento esencial en el acercamiento clínico a estos síndromes. Esto, que es indudable, debe matizarse en la búsqueda de procedimientos más eficientes, parsimoniosos y ajustados a lo que conocemos sobre la fisiopatología del dolor. Es en este sentido en el que se van a recoger algunas consideraciones sobre aspectos que pueden contribuir a mejorar dichos tratamientos. Se recomienda al lector la consulta de dos trabajos sobre el particular, el de Turk y Okifuji (2002) y el de Keefe y cols. (2004).

### ***La ansiedad, el miedo y el nivel de actividad***

El dolor una vez que persiste y se cronifica conlleva un alto grado de malestar en términos de la ansiedad asociada a actividades que pueden aumentar el dolor. El malestar generado (miedo, pensamientos negativos, creencias sobre la gravedad del problema, etc.), constituye un elemento esencial en el agravamiento del trastorno. El que la vida del paciente gire, en gran medida, en torno al dolor y produzca un grado notable de incapacitación y de disminución de la actividad del paciente es uno de sus efectos más negativos. Hay múltiples investigaciones que apoyan estos aspectos

(Crombez y cols., 1999; Turk, Waddell y cols., 1993 y McCracken y Gross, 1993). Esto ha sido, además, puesto de manifiesto en un problema especialmente incapacitante como la lumbalgia (Swinkels-Meewisse y cols., 2003 y Pica-vet y cols., 2002).

La forma de abordar la reducción de la actividad y, en general, las amplias y generalizadas respuestas de evitación generadas por el dolor es, mediante la exposición a las situaciones, actividades o estímulos que generan la ansiedad, el miedo o el malestar. Esto que es ampliamente utilizado en los trastornos de ansiedad, lo es también en el tratamiento del dolor. Se trata, en suma, de que el paciente se exponga (realice) de forma gradual aquellas actividades que teme que lo aumenten o favorezcan la aparición del dolor. De este modo se reduce la ansiedad y el miedo, que contribuyen a agravar el cuadro de dolor crónico, y se aumenta su capacidad funcional lo que mejora su estado de ánimo, autoestima, todo ello beneficia la situación clínica del paciente y puede traducirse en una disminución de la intensidad del dolor. Vlaeyen y cols. (2000, 2001 y 2002) han mostrado la utilidad de estos procedimientos de exposición en el tratamiento de la fibromialgia.

En lugar de evitar que el paciente realice actividades que puedan aumentar el dolor se le debe programar un acercamiento, precisamente, a dichas actividades. Ello aunque pueda llevar aparejado un aumento del malestar (ansiedad, miedo, etc.), lo es sólo temporalmente al producirse la extinción de las diversas respuestas y estrategias de evitación puestas en marcha por el paciente (McCracken y Gross, 1998). Esta forma de proceder supone que el paciente recupera el máximo posible de actividad, con relativa independencia del dolor. En este marco se incluyen tratamientos desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicados al dolor: la implicación en actividades relevantes y valiosas para el paciente, con independencia del dolor, dirigiendo sus energías no a combatir el malestar asociado al dolor sino a objetivos de interés para la persona (ver Hayes y cols., 1999 y Wilson y Luciano, 2002). McCracken (1998), ha aplicado estos procedimientos al tratamiento del dolor. Hoy día este es un ámbito de desarrollo e interés en el tratamiento del dolor crónico con propuestas de programas concretos (ver McCracken, 2005 y Dahl y cols. 2005) y resultados preliminares de interés en diversos problemas de dolor crónico (McCracken, Vowles y Eccleston, 2005).

### ***Definición más adecuada de las características de los pacientes***

El buscar el tratamiento más adecuado para el paciente singular es un objetivo elemental de la intervención clínica. Esto, además, es especialmente relevante en el dolor crónico, con múltiples problemas emocionales asociados y una evidente comorbilidad: trastornos de ansiedad, adicciones, problemas de pareja, disfunciones sexuales, etc. De este modo deberían delimitarse diversas intervenciones, en función de las características y problemas del paciente. Turk y Rudi (1988) observaron cómo los pacientes disfuncionales (altos niveles de dolor, interferencia de éste en sus actividades diarias y bajo nivel de actividad) respondían mejor a tratamientos como el biofeedback, uso de estrategias de afrontamiento, etc., que los grupos denominados como de estrés interpersonal (bajo apoyo social) o de afrontamiento activo. Es posible, por tanto, que haya dos grupos básicos de caracterización de los pacientes. Unos serían aquellos que se ven severamente afectados por el dolor y que precisan actuar sobre los aspectos emocionales que pueden incrementar el dolor y reducir, además, el impacto en su vida. El otro grupo estaría compuesto por personas que además presentan problemas interpersonales, sociales o estrategias o estilos de afrontamiento inadecuados con el problema.

El ajuste de los programas multicomponente a las características del paciente puede resultar en un beneficio para el paciente, además de mejorar la eficiencia de dichos programas y prevenir el abandono del paciente. Algunas experiencias, en ese sentido, han llevado incluso a que sea el propio paciente quien seleccione, en alguna medida, los componentes del tratamiento a aplicar con resultados prometedores (Evers y cols. 2002).

### ***La prevención secundaria***

La gran mayoría de los episodios de dolor debido a lesiones, accidentes, etc., no llevan a generar, afortunadamente, un síndrome de dolor crónico. El dolor desaparece paulatinamente y se recupera la actividad ordinaria. Un momento, por tanto, crítico es el paso de la condición normal de dolor a su cronificación. La intervención preventiva en ese punto, siempre que sea sencilla y de fácil aplicación, es la opción más adecuada. A pesar de que no son conocidos los factores que favorecen la cronificación del dolor (ver Turner, Franklin y Turk, 2000), hay algunas intervenciones que se han mostrado eficaces en las lumbalgias. Este síndrome doloroso por sus características disfuncionales, su génesis en diversas condiciones traumáticas y, sobre todo, su impacto sociolaboral, ha sido objeto de estudios preventivos. Cabe destacar en ese sentido los trabajos de Von Korff (1999) y Linton y Ryberg (2001) en el que se lleva a cabo



un estudio epidemiológico según el que las variables asociadas al desarrollo de la actividad física son las principales en la cronificación inicial del trastorno, sin que en ese momento inicial sean relevantes o anormales las medidas de ansiedad y depresión.

Programas de prevención secundaria han sido aplicados también a otros trastornos, caso de la artritis reumatoide (Sharpe y cols., 2001) y han puesto de manifiesto su utilidad en la reducción de la sintomatología y del agravamiento del cuadro. Ello lleva a reflexionar sobre la conveniencia de que las intervenciones psicológicas sobre el dolor crónico no se realicen una vez que el síndrome se ha agravado y no han funcionado otras alternativas terapéuticas. Programas relativamente sencillos, basados en información y pautas concretas orientadas específicamente al problema, pueden ser de gran utilidad cuando se aplican de forma temprana. Así intervenciones que son ineficientes cuando se aplican de forma tardía se muestran útiles en los periodos iniciales de cronificación (2 a 6 meses en el caso de la lumbalgia, ver Marhold y cols., 2002).

### ***Diversificando los recursos terapéuticos***

El tratamiento psicológico del dolor crónico tiene vías alternativas de intervención que pueden ser de utilidad en determinadas ocasiones y síndromes, de ellas destacaremos dos: el entrenamiento de los cuidadores informales del paciente, generalmente familiares, y el uso las tecnologías de la comunicación, teléfono e Internet, como recurso terapéutico.

En el abordaje de problemas crónicos la implicación de los familiares, generalmente conyugues, es esencial para que el tratamiento psicológico funcione correctamente. El desarrollo de programas específicos de intervención para los familiares se ha mostrado útil, frente a programas centrados en el paciente aislado. Keefe y cols. (1996 y 1999) han aplicado estos programas en pacientes de artritis reumatoide y de dolor neoplásico (ver Keefe y cols., 2004). Dichos programas muestran un beneficio tanto para los cuidadores como para los pacientes. Este interés por prestar atención psicológica a quienes deben cuidar de personas con determinadas deficiencia y dependencias es, sin duda, una de las áreas de interés y desarrollo actual (Izal y cols., 2001 y López y cols., 2005) del que los problemas de dolor crónico no pueden quedar al margen.

En otro extremo, se encuentra el uso del teléfono o de Internet para llegar y llevar a los pacientes de dolor algunos elementos de apoyo terapéutico. Un problema crónico debe mantener durante un tiempo relativamente amplio un control del paciente y favorecer su motivación. Weisenberg y cols. (1986 y 1989) mostraron la utilidad de mantener contactos telefónicos semanales con pacientes de dolor reumatológico que favorecieron la mejora y el estado funcional de éstos. Otros autores (Rene y cols., 1992) mostraron la utilidad de esos contactos telefónicos hechos por personal lego. Con respecto al uso de Internet recientemente se ha mostrado su utilidad, al igual que el teléfono, en el tratamiento de la lumbalgia (Burhman y cols., 2004), contribuyendo a mejorar la eficacia del tratamiento psicológico convencional para este trastorno. Otra mejora proviene de la posibilidad de establecer grupos de discusión con intervención del psicólogo en Internet. Así los pacientes de lumbalgia pueden seguir el tratamiento de mejor modo y mejorar en reducción del dolor, discapacidad, frente a quienes no disponen de ese foro de apoyo y discusión (ver Lorig y cols., 2002). Finalmente, la posibilidad de utilizar Internet como vía de aplicación interactiva de programas estructurados para problemas de dolor se va ampliando, este el caso de programa de Blanchard para el tratamiento de las cefaleas que, recientemente, ha sido aplicado de forma exitosa en la Web (Devineni y Blanchard, 2005).

### ***Dolor crónico: ¿tratamiento crónico?***

¿Es posible que personas que tienen un problema que dura años y para el que no hay cura, en el sentido habitual del término, puedan ser tratados durante un periodo relativamente corto de tiempo y volver a realizar sus actividades y desempeños habituales de una forma relativamente normal? No parece razonable dar una respuesta afirmativa a esta pregunta. Turk y Okifuji (2002) consideran que el tratamiento del dolor crónico no puede verse como un problema relativamente agudo, sino que requiere de un cuidado y atención regular y de un seguimiento del tratamiento. Esto supone hacerle ver al paciente que, como en otras enfermedades crónicas, la curación no es posible y las medidas paliativas deben prolongarse largamente en el tiempo. Por otro lado, los recursos terapéuticos deben organizarse para apoyar ese modo de afrontar y conllevar el trastorno. La información (psico-educación) de los pacientes y el seguimiento del tratamiento es probablemente esencial para su mantenimiento a largo plazo. Así el uso del teléfono o de Internet pueden venir a cubrir, para un número cada día mayor de pacientes, estas necesidades de seguimiento del tratamiento.

Ciertamente algunos síndromes de dolor disfuncionales, caso de las cefaleas o algunos dolores musculoesqueléticos, pueden “desaparecer” de una forma permanente cuando las condiciones psicosociales que los desencadenan o agravan se reducen. Sin embargo, problemas degenerativos o producto del propio paso del tiempo (dolor reumático, oncológico, etc.), requieren un tratamiento, o al menos un seguimiento, más largo en el tiempo, al requerir una adaptación más compleja del paciente a ellos. Esto, que es un fenómeno natural, requiere algo más de tiempo que la aplicación de unas técnicas durante un par de semanas.

Los programas de intervención no tienen, no obstante, que ser complejos y compendios de psicología (cognitivo-conductual) para legos. Conviene recordar que la intervención debe apoyar la adaptación natural, la integración que el paciente debe hacer en su vida, proyectos y discurrir histórico de la nueva condición (síndrome de dolor) que le impone un nuevo contexto que se superpone a sus determinantes habituales. Es bueno recordar aquí que técnicas sencillas: biofeedback, relajación, aumento de la actividad, etc., son formas adecuadas de intervenir. Junto a ellas, la aceptación como forma de afrontamiento y modo de conducirse, frente al empeño, frecuentemente inútil, de reducir el dolor y el malestar tratando de actuar directamente sobre él, en lugar de bordearlo e integrarlo del modo más conveniente, lo que contribuirá, más seguramente, a reducir su entidad e impacto en la vida de la persona.

## REFERENCIAS

- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H. y Higgins, P. (1992) Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-229.
- Andrasik, F., Blanchard, E.B., Arena, J.G., Saunders, N.L. y Barron, K.D. (1982) Psychophysiological of recurrent headache: methodological issues and new empirical findings. *Behavior Therapy*, 13, 497-429.
- Asghari, A. y Nicholas, M.K. (2004) Pain during mammography: the role of coping strategies. *Pain*, 108, 170-179.
- Belleggia, G. y Birbaumer, N. (2001) Treatment of phantom limb pain combined EMG and thermal biofeedback: a case report. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26, 141-146.
- Bradley, L.A., Turner, R.A., Young, L.D., Agudelo, C.A., Anderson, K. y McDaniel, L. (1985) Effects of cognitive-behavioral therapy on pain behaviour of rheumatoid arthritis patients: preliminary outcome. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 14, 51-64.
- Buhrman, M., Fältenhag, S., Ström, L. y Andersson, G. (2004) Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain*, 111, 368-377.
- Cano, F.J. y Rodríguez Franco, L. (2002) Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 20, 329-346.
- Crombez, G., Vlaeyen, J.W. y Heuts, P.H. (1999) Pain-related fear is more disabling than pain itself : evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.
- Dahl, J.C., Wilson, K.G., Luciano, C. y Hayes, S.C. (2005) *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Devineni, T. y Blanchard, E.B. (2005) A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 277-292.
- Díaz, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, págs.123-140.
- Evers, A.W.M., Kraaijmaat, F.W., van Riel, P.L.C.M. y de Jong, A.J.L. (2002) Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100, 141-153.
- Flor, H. y Birbaumer, N. (1993) Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoeskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 653-658.
- Flor, H., Fydrich, T. y Turk, D.C. (1992) Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49, 221-230.
- Fordyce, W.E. (1978) Learning process in pain. En R.A. Sternbach (ed.). *The psychology of pain*. Nueva York: Raven Press.
- Fordyce, W.E. (1995) *Back pain in the work-place. Management of disability in non-specific conditions*. Seattle: IASP Press.
- Goossens, M., Rutten-Van Molken, M., Kole-Snijders, A., Vlaeyen, J., van Breukelen, G. y Leidl, R. (1998) health economic assessment of behavioral rehabilitation in chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Health Economics*, 7, 39-51.

- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irving, E. y Bombardier, C. (2001) Multidisciplinary rehabilitation for chronic low-back pain : systematic review. *British Medical Journal*, 23, 1511-1516.
- Hassenbring, M., Ulrich, H.W., Hartmann, M. y Soyka, D. (1999) The efficacy of a risk factor-based cognitive behavioural intervention and electromyographic biofeedback in patients with acute sciatic pain: an attempt to prevent chronicity. *Spine*, 24, 2525-2535.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford Pres..
- Holroyd, K.A. (2002) Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
- Izal, M., Montoro, I., Márquez, M., Losada, A. y Alonso, M. (2001) Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, 10, 23-40.
- Jolliffe, D. y Nicholas, M.K. (2004) Verbally reinforcing pain reports: an experimental test of the operant model of chronic pain. *Pain*, 107, 167-175.
- Keefe, F., Caldwell, D., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., Beupre, P., Weisberg, J. y Helms, M. (1996) Spouse-assisted skills training in the management of osteoarthritis knee pain. *Arthritis Care Research*, 9, 279-291.
- Keefe, F., Caldwell, D., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., Beupre, P., Weisberg, J. y Helms, M. (1999) Spouse-assisted skills training in the management of osteoarthritis knee pain: long term followup results. *Arthritis Care Research*, 12, 101-111.
- Keefe, F.J., Rumble, M.E., Scipio, C.D., Giordano, L.A. y Perri, L.M. (2004) Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5, 195-211.
- Keefe, F.J., Smith, S.J., Buffington, A.L.H., Gibson, J., Studts, J.L. y Caldwell, D.S. (2002) Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 640-655.
- Keel, P.J., Bodoky, C., Gerhard, U. y Müller, W. (1998) Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 14, 232-238.
- Langermark, M., Jensen, K. y Olesen, J. (1990) Temporal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Archives of Neurology*, 47, 654-658.
- Linton, S.J. (1982) A critical review of behavioural treatments for chronic benign pain other than headache. *The British Journal of Psychology*, 21, 321-337.
- Linton, S.J. y Götestam, K.G. (1984) A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures in the regulation of chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 291-299.
- Linton, S.J. y Ryberg, M. (2001) A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*, 90, 83-90.
- López, J., López-Arrieta, J. y Crespo, M. (2005) Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94.
- Lorig, K.R., Laurent, D.D., Deyo, R.A., Marnell, M.E., Minor, M.A. y Ritter, P.L. (2002) Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower health care cost? *Archives Internal Medicine*, 162, 792-796.
- Marhold, C., Linton, S.J. y Melin, L. (2002) Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12, 65-75.
- McCracken, L.M. (1988) Learning to live with pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken, L.M. (2005) *Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain*. Seattle: IASP Press.
- McCracken, L.M. y Gross, R.T. (1993) Does anxiety affect coping with chronic pain? *Clinical Journal of Pain*, 9, 253-259.
- McCracken, L.M. y Gross, R.T. (1998) The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8, 179-189.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. y Eccleston, C. (2005) Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335-1346.
- McCracken, L.M. (1998) Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

- McCroy, D. Pezien, D., Hasselblad, V. y Gray, R. (2001) *Behavioral and physical treatments for tension-type and cervicogenic headache*. Des Moines: Foundation for Chiropractic Education and Research.
- McQuay, H.J., Moore, A., Eccleston, C., Morley, S. y Williams, A.C. (1997) Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technician Assessment, 1*, 1-135.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science, 150*, 971-979.
- Milling, L.S., Levine, M.R. y Meunier, S.A. (2003) Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral interventions for pain: an analogue treatment study. *Health Psychology, 22*, 406-413.
- Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999) Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain, 80*, 1-13.
- Olesen, J. y Schoenen, J. (2002) Synthesis of tension-type headache mechanisms. En J. Olesen, P. Tfelt-Hansen y K.M.A. Welch (eds.). *The headache* (2ª ed., pp. 615-618). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Patterson, D.R. y Jensen, M.P. (2003) Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin, 129*, 495-521.
- Picavet, H.S., Vlaeyen, J.W. y Schouten, J.S. (2002) Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology, 156*, 1028-1034.
- Rene, J., Weinberger, M., Mazzuca, S.A., Brandt, K.D. y Katz, B.P. (1992) Reduction of joint pain in patients with knee osteoarthritis who have received monthly telephone calls from lay personnel and whose medical-treatment regimens have remained stable. *Arthritis and Rheumatism, 35*, 511-515.
- Richmond, R.L. y Carmody, T.P. (1999) Dropout from treatment for chronic low back pain. *Professional Psychology, 30*, 51-55.
- Rodríguez Franco, L., Cano, F.J. y Blanco, A. (2004) Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 32*, 82-91.
- Roelofs, J., Boissevain, M.D., Peters, M.L., de Jong, J.R. y Vlaeyen, J.W.S. (2002) Psychological treatments for chronic low back pain: past, present and beyond. *Pain Reviews, 9*, 29-40.
- Rohling, M., Binder, L. y Langhinrichsen-Rohling, J. (1995) Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychology, 14*, 537-547.
- Schoenen, J. y Wang, W. (1977) Tension-type headache. En P.J. Goadsby y S.D. Silberstein (eds.). *Headache* (pp. 177-200). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Schoenen, J. (1996) Abnormal cortical information processing between migraine attacks. En M. Sandler, M. Ferrari y S. Harnet (eds.). *Migraine: pharmacology and genetics* (pp. 233-253). Londres: Chapman and Hall.
- Seers, K. (1997) Chronic non-malignant pain: a community based approach to management. En V.N. Thomas (ed.). *Pain, its nature and management*. London: Baillière Tindall, pág. 220-237.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C.R. y Allard, S. (2001) A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical and physical morbidity. *Pain, 89*, 257-283.
- Sherman, R.A., Arena, J.G., Sherman, C.J. y Ernst, J.L. (1989) The mystery of phantom pain: growing evidence for psychophysiological mechanisms. *Biofeedback and Self-Regulation, 14*, 267-280.
- Swinkels-Meewisse, I.E., Roelofs, J., Verbeek, A.L., Oostendorp, R.A. y Vlaeyen, J.W. (2003) Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain, 105*, 371-379.
- Tuner, J.A. y Chapman, C.R. (1982) Psychological interventions for chronic pain : a critical review. II. Operant conditioning, hypnosis, and cognitive-behavioral therapy. *Pain, 12*, 23-46.
- Turk, D.C. y Okifuji, A. (1998) Treatment of chronic pain patients: clinical outcome, cost-effectiveness, and cost-benefits. *Critical Reviews in Physical Medicine and Rehabilitation, 10*, 181-208.
- Turk, D.C. y Okifuji, A. (2002) Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Pain, 70*, 678-690.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1988) Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 233-238.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983) *Pain and behavioral medicine : a cognitive-behavioral perspective*. Nueva York: Guilford.
- Turner, J.A., Franklin, G. y Turk, D.C. (2000) Predictors of long-term disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *American Journal of Industrial Medicine, 38*, 707-722.



- Vallejo, M.A. (2001) Hipnosis y tratamiento del dolor. En J. Gil y G. Buela (eds.): *Hipnosis*. Madrid: Biblioteca Nueva, págs.: 229-242.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1999) Depresión, ansiedad y dolor crónico. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (eds.). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel, págs.: 279- 299.
- Vlaeyen, J.W., de Jong, J., Geilen, M., Heuts, P.H. y van Breukelen, G. (2001) Graded in vivo exposure in the treatment of pain related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy*, 39, 151-166.
- Vlaeyen, J.W., de Jong, J., Geilen, M., Heuts, y van Breukelen, G. (2002) The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: futher evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clinical Journal of Pain*, 18, 251-261.
- Vlaeyen, J.W., Kole-Snijders, A.M., Boeren, R.G. y van Eck, H. (1995) Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance. *Pain*, 62, 363-372.
- Vlaeyen, J.W., y Linton, S.J. (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Vlaeyen, J.W.S., Nooyen-Haazen, I.W.C.J., Goossens, M.E.J.B., van Breukelen, G., Heuts, P.H.T.G. y Goei-The, H. (1997) The role of fear in the cognitive-educational treatment of fibromyalgia. En T.S. Jensen , J.A. Turner y Z. Wiesengeld-Hallin (eds.): *Progress in pain research and management* (Vol. 8, pp. 693-706). Seattle: IASP Press.
- Von Korff, M. (1999) Pain management in primary care: and individualized stepped-care approach. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (eds.). *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. Nueva York: Guilford Press, págs. 360-373.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. y Main, C. (1993) A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Weinberger, M., Hiner, S.L. y Tierney, W.M. (1986) Improving functional status in arthritis: the effect of social support. *Sociological Science Medicine*, 23, 899-904.
- Weinberger, M., Tierney, W.M., Booher, P. y Katz, B.P. (1989) Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status: a randomized, controlled trial. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 1577-1583.
- Welch, K.M.A. y Ramadan, N. (1995) Mitochondria, magnesium, and migraine. *Journal of Neurological Sciences*, 134, 9-14.
- Wilson, K.G. y Luciano, C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.



# Ficha 1.

## PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

### *Sobre la complejidad del dolor crónico y su abordaje*

El dolor crónico tiene que ver con la ocurrencia de una estimulación sensorial nociceptiva, y/o una alteración en los centros neurales responsables de su integración en el caso, por ejemplo, del dolor neuropático. Su cronicidad ocurre merced a un fallo de la autorregulación natural, de los sistemas endógenos de analgesia, de la capacidad de adaptación de la persona ante el problema y, obviamente, de las limitaciones de la terapéutica médica. El dolor crónico es, principalmente, el resultado de un fallo en los sistemas naturales de analgesia ligados, generalmente, a una condición sensorial concreta y adicionalmente, y a consecuencia de ello, a la falta de recursos personales (psicosociales) para afrontar las implicaciones vitales que ello supone. Todo esto tiene una evidente complejidad y da lugar a múltiples interacciones. Aún así conviene no olvidarse del origen del problema.

Dejemos de lado, por el momento, lo relativo al afrontamiento del dolor crónico y centrémonos en los aspectos sensoriales y los sistemas naturales de autorregulación. Para que un sistema de autorregulación funcione es preciso dejarlo, permitirle que lo haga: notar las sensaciones y dejar que los cambios fisiológicos asociados a ellas pongan en marcha (recuperen) su funcionalidad natural; y permitir que aquellos cambios sensoriales específicos se produzcan. Esto es lo que básicamente hacen las técnicas de biofeedback. Éstas, basadas en el condicionamiento operante, fueron uno de los primeros recursos terapéuticos en el tratamiento del dolor crónico y, como estoy trayendo aquí, una valiosa herramienta. Como muestra se acaba de publicar un estudio meta-analítico sobre la eficacia del biofeedback en las cefaleas tensionales (Nestoriuc, Rief y Martin, 2008), según el cual el biofeedback es un tratamiento empíricamente validado para el tratamiento de la cefalea tensional, algo que ya reconocía la American Association of Neurology (ver el documento principal). Además el estudio señala que resulta ser más eficaz que la relajación, cuando es comparado con ella, posiblemente porque sólo el biofeedback electromiográfico atiende de forma más precisa a los cambios fisiológicos más directamente relacionados con el problema y con su auto-regulación.

Resulta posible, por tanto, que al menos en el caso de las cefaleas tensionales la atención a los cambios fisiológicos relacionados con el problema contribuyan a eliminar éste. Parecería, a juzgar por la diferencia con respecto a la relajación, que el centrarse de forma más específica en la actividad fisiológica más relacionada con el problema supondría cierta ventaja. En el entrenamiento en biofeedback la persona presta atención a los cambios en la respuesta fisiológica y a su magnitud (refuerzo) sin que esto suponga una interferencia activa en los mecanismos de autorregulación, favoreciendo una restauración de los servomecanismos naturales.

¿Es este hecho singular de las cefaleas tensionales o puede generalizarse a otros tipos de dolor? Parece que se hace también extensivo a otro tipo de cefaleas, las migrañas, a las lumbalgias e incluso a ciertos tipos de dolor neuropático, como el dolor de miembro fantasma (Vallejo, 2005). Cabría suponer que la facilitación de información sensorial próxima al origen del dolor podría facilitar el reajuste de los sistemas de modulación natural del dolor.

Cuando la actividad fisiológica origen del dolor no es fácilmente accesible, aún es posible intervenir para tratar de regular el sistema alterado. Hoy día en que se utilizan sofisticados medios para medir la actividad cerebral es posible llegar a ella de forma modesta pero efectiva mediante el registro de la actividad electrocortical. El biofeedback EEG tiene una antigua tradición en este campo. Se ha remozado con instrumentación más adecuada y con un ya amplio campo de investigación. El neurofeedback, que así es denominado actualmente, parece poder actuar sobre un fenómeno que liga la percepción del dolor y el aumento en la frecuencia de la actividad beta (13-35Hz) y disminución de la actividad alfa (8-12Hz). De este modo y mediante el entrenamiento en biofeedback sobre este tipo de actividad cortical puede alcanzarse una reducción del dolor aumentando la actividad de las ondas de baja amplitud (baja alpha y theta) y disminuyendo las de alta amplitud (beta). De modo que, como también ocurre con la utilización de la hipnosis, es posible actuar sobre aspectos sensoriales que influyen decididamente en el control del dolor. Esto viene a ser reconocido hoy por Jensen, Hakimian, Sherlin y Fregni (2008) en un trabajo que llama la atención sobre la capacidad

de neuromodulación del dolor mediante estos procedimientos. En este trabajo se aboga por el uso del neurofeedback y de la hipnosis como procedimientos que han sido capaces de modificar la actividad EEG en el sentido señalado más arriba. Además, se constata que no se ha establecido una relación causal entre la experiencia de dolor y la actividad EEG. Efectivamente, aunque en algunos ensayos clínicos (Sime, 2004 y Tan y cols., 2006) se ha demostrado que esos cambios en la actividad EEG, resultado del tratamiento aplicado, producen una reducción del dolor informado, esto no significa que se haya establecido una clara relación causa efecto entre ambos elementos. La clarificación de este aspecto es, sin duda, un objetivo de la investigación en los próximos años, sin embargo y sin que suene a desaliento, la cuestión es difícilmente resoluble. En efecto, ¿cómo establecer una relación causal entre algo aceptadamente tan complejo como la percepción del dolor y los cambios en dos o tres parámetros de la actividad cortical? En los últimos tiempos, merced al desarrollo de técnicas como la resonancia magnética funcional, es posible conocer qué áreas del cerebro se activan en la persona cuando se encuentra realizando determinado tipo de actividad o tarea. Aunque resulta difícil sustraerse a la tentación de establecer relaciones causales, lo que se obtiene, en realidad, no es sino una información de carácter correlacional, que orienta y da pistas sobre los procesos implicados, pero no los liga causalmente a ellos.

La falta de una relación causal determinada no debe ser considerada un impedimento para el estudio e intervención en el comportamiento. Nuestro saber tiene más un carácter probabilista que determinista, por más que tratemos de acercarnos y emular a las ciencias naturales. Aceptar un cierto nivel de indeterminación es algo que no sólo refleja el carácter científico de nuestro hacer sino que es justamente consustancial con la condición humana. Los cambios en el EEG no nos lo dicen todo, pero sí algo. Lo que parecen decirnos es que si la persona se centra en esa actividad fisiológica, que tiene alguna relación con el dolor, y se expone a ella de modo que predomina la experimentación frente al control verbal, puede producirse una recuperación de los sistemas naturales de modulación del dolor que reduzcan éste. Por el momento se conocen dos procedimientos para ello, el biofeedback (neurofeedback) y la hipnosis. En ambos casos se lleva a cabo una exposición a la actividad fisiológica relevante, centrándose en ella tal y como acontece, potenciando formas de procesamiento alejadas del control verbal y centradas en la experimentación. Posiblemente otras técnicas o procedimientos terapéuticos puedan servir también a este objetivo, o de hecho ya lo hagan. Nuestro objetivo, aquí sí, es progresar en nuestro conocimiento sobre estos aspectos.

Este abordaje terapéutico del dolor, como se recuerda, pretende recuperar la neuromodulación natural del dolor. No va dirigida, al menos de forma concreta, a mejorar el afrontamiento del problema ni a actuar sobre el impacto que este tiene en la vida del paciente. Evidentemente, si el dolor se reduce, mejorará la situación del paciente, aunque esto no significa, necesariamente, que el impacto del dolor sobre su vida desaparezca de forma inmediata. Puede reducirse el dolor e incluso desaparecer pero perdurar algunos comportamientos y problemas que aparecieron como forma de afrontamiento o de adaptación a él. Esto no supone problema alguno desde un punto de vista terapéutico. Quedarían configurados dos formas básicas de intervención que pueden utilizarse de forma secuencial y/o combinada. Se puede actuar directamente sobre la neuromodulación del dolor y sobre los comportamientos, emociones, etc., relacionados con su impacto en la vida del paciente, según sea necesario.

### ***La regulación del dolor como sistema***

Los sistemas de regulación del dolor han sido expuestos recientemente por Chapman, Tuckett y Woo (2008). Del desajuste de dichos sistemas cabe esperar que el dolor se mantenga y perpetúe. Dicho desajuste o desregulación se produce en razón de la alteración de las funciones biológicas básicas (alimentación, sueño, trabajo según los ritmos circadianos, patrones de actividad social, etc.); y de la alteración en los sistemas de feedback que aseguran la homeostasis. Los sistemas de feedback se ven impedidos, además, cuando la terapéutica médica introduce sustancias que interfieren con la alostasis normal pudiendo incluso empeorar la situación. Es por tanto preciso asegurar que los sistemas de feedback funcionan confirmando que reciben la estimulación adecuada y de que no es interferida, ni con sustancias externas ni negando o enmascarando la información sensorial correspondiente. La desregulación se produce, por ejemplo, cuando el sistema falla en su respuesta a un determinado estresor, por no alcanzar éste el punto de disparo correcto. Se trata, según McEwen (2002), de la metáfora del fallo: no escuchar claramente la señal. Esta metáfora puede aplicarse no sólo a la terapéutica médica sino también a la psicológica. En efecto, no reconocer o más frecuentemente rechazar o negar las sensaciones o cambios perceptivos, con independencia de que puedan ser molestos o indeseables, dificulta e incluso interfiere en su regulación.

Entre los distintos ámbitos de desregulación uno de los más relevantes es el referido a la actividad autonómica. Aquí se cuenta con un índice especialmente relevante (Chapman y cols., 2008), la variabilidad del ritmo cardiaco. El aumento de la variabilidad cardiaca está asociado a la influencia vagal y es un marcador indirecto de la habilidad de la persona para responder antes situaciones estresantes y, sobre todo, recuperarse eficientemente de ellas. En los últimos años se ha prestado atención a esta actividad fisiológica y el biofeedback de variabilidad de frecuencia cardíaca se ha mostrado útil en el tratamiento de la fibromialgia (Hassett y cols., 2007), síndrome clínico de difícil abordaje.

El que técnicas relativamente sencillas como el biofeedback se muestren eficaces en el control del dolor es, como se ha comentado, posiblemente debido a la restauración de los mecanismos naturales de regulación. Al revertir la desregulación el dolor se reduciría de forma fisiológica, siempre y cuando, naturalmente, el motivo del mantenimiento fuera debido a dicha desregulación ¿Cómo es posible que sistemas de gran complejidad (ver Chapman y cols., 2008) que afectan a diversos sistemas neurales, endocrinos, inmunológicos, etc., puedan verse reajustados por el entrenamiento en el control (aprendizaje operante) de una respuesta fisiológica aislada? Parece existir la creencia de que problemas complejos requieren soluciones complejas. Pues bien, parece que dicha creencia no está soportada por la realidad. Desde un punto de vista fisiológico un pequeño, pero relevante, cambio de actividad puede inducir otros cambios que afecten de forma global y significativa a todo el sistema (deKloet, 2004), pero qué ocurre si ampliamos, más allá de los cambios fisiológicos, el comportamiento global del sujeto en su entorno social, familiar e incluso de la asistencia sanitaria que se le presta. El sistema se hace más complejo e indeterminado y es definido, como señalan Plsek y Greenhalgh (2001) como un sistema adaptativo complejo, compuesto por un conjunto de agentes individuales con libertad para actuar, de modo no completamente predecible, y cuyas acciones están interconectadas de modo que las acciones de un agente cambia el contexto en el que operan otros agentes. En este contexto la intervención efectiva debe ser simple, sencilla, pues de otro modo impondría una serie de restricciones que dificultarían el ajuste del sistema. Según Brown (2007) la mejor solución, caso de existir, impone demasiados controles para permitir la flexibilidad de respuesta necesaria para incorporar la nueva información disponible que permite el feedback necesario para su ajuste. No hay soluciones perfectas, el disenso, la paradoja y la indeterminación son la norma. Es la flexibilidad e indeterminación, que incluye la variabilidad e incluso las paradojas, el modo más adecuado de actuar sobre los sistemas complejos.

### ***Dolor real o irreal***

En las líneas precedentes se ha sostenido que en los casos de dolor crónico existe algún tipo de dolor real que no ha desaparecido porque los mecanismos de regulación fisiológica (natural) no han funcionado correctamente. Sin embargo no se ha considerado la existencia o mejor la inexistencia de un dolor, digamos físico, y la ocurrencia de un dolor que bien podría denominarse psicológico, emocional, moral e incluso social. Sin entrar a debatir la existencia de tal tipo de dolor que ha sido discutida en otro lugar (Vallejo y Comeche, 1994) tiene interés considerar el caso en que los aspectos psicosociales del dolor tienen una importancia capital, de tal modo que serían los factores psicológicos los principales responsables del problema.

Una excelente revisión sobre la existencia de un denominado *dolor social* fue publicada en el *Psychological Bulletin* por MacDonald y Leary (MacDonald y Leary, 2005). Estos autores definieron el *dolor social* como la reacción emocional seguida de la percepción de que uno es excluido de relaciones sociales deseadas, o es rechazado por personas o grupos deseados. La pérdida de un ser querido, la separación forzada, el rechazo son, entre otras, las situaciones que darían lugar a ese *dolor*. Los autores sostienen que la exclusión social dispara los mismos sentimientos de dolor, produciendo una experiencia emocional de dolor sin estar acompañado por la sensación del dolor físico.

Ciertamente, la exclusión social es una condición de amenaza que requiere, posiblemente, una respuesta protectora similar a la que sigue a la percepción de dolor. Además, la exclusión en sí puede ser tan aversiva o más que el dolor físico, en determinadas circunstancias (Williams, 1997). La percepción de esta amenaza pone en marcha una respuesta generalizada que incluye tanto factores sociales como físicos. De este modo, la exclusión puede originar agresión porque tal exclusión es procesada a nivel automático como una amenaza básica, al igual que el dolor. Así la exclusión social que entenderíamos como una profunda y negativa experiencia emocional, se comportaría biológicamente, en virtud de la gravedad de la amenaza, como si de un dolor agudo se tratara, con sus respuestas automáticas de miedo y agresión. Esto devuelve el *dolor social* al dolor físico.

Las implicaciones de esta breve excursión al dolor con mayor contenido psicológico es que los sentimientos de exclusión o de incapacidad relacional pueden contribuir al desencadenamiento y/o mantenimiento de problemas de dolor crónico. El padecimiento del problema de dolor en sí puede ser origen de exclusión o de devaluación de las relaciones sociales, por lo que estos aspectos deben ser considerados con especial detalle. Los factores sociales, incluyendo especialmente, la actividad laboral, familiar, etc., de los pacientes de dolor crónico siempre se han considerado como elementos esenciales en el abordaje del problema (Fordyce, 1976), sin embargo he aquí un nuevo motivo para hacerlo. El modo de abordar estos aspectos debe ajustarse al modo en que operan y que se ha comentado más arriba. Por ejemplo, si se consideran que estos factores psicosociales no tienen que ver con un dolor físico, se reforzará la percepción de exclusión. Es, por tanto, preciso apoyar y validar el dolor que siente el paciente, de otro modo no será posible romper el círculo vicioso de exclusión/dolor (ver Sullivan, 2000). Promover la aceptación social, así como el reconocimiento y la exposición a las emociones y sensaciones del paciente, contribuirá a reducir la percepción de amenaza y del mantenimiento del dolor.

### ***La aceptación del dolor***

Admito que resulte arriesgado hablar de aceptación del dolor, de hecho no me avendría a hacerlo en algunos foros, sin embargo de lo expuesto hasta aquí parece claro que el modo de conseguir reducir y/o eliminar el dolor debe partir de él mismo. Al igual que ocurre en los trastornos de ansiedad, lo que hace realmente el huir del objeto fóbico es reafirmar el miedo. En el caso del dolor, su aceptación e incluso la contemplación de algunos de las respuestas fisiológicas relacionadas con él, son una vía para reducirlo. Un ejemplo a este respecto es el uso de programas de exposición utilizados para el tratamiento de la fibromialgia (Lumley y cols., 2008). Otro ámbito con tradición en psicoterapia es el uso de la escritura como forma de exposición y de autodescubrimiento. Así escribir sobre la ira asociada a la percepción del dolor crónico produce una mejoría en el dolor percibido y el estado de ánimo (Gram y cols., 2008), lo que viene a confirmar que la inhibición de la expresión de la ira contribuye a aumentar la percepción de dolor (Burns, Quartana y Bruchl, 2008).

Es necesario, por tanto, partir del dolor y el malestar por él generado, para superar esa situación. Las promesas de los libros de auto-ayuda y algunos adalides de la denominada psicología positiva que sugieren que el afecto positivo puede mejorar la salud por sí mismo, ofrecen unos resultados contradictorios y en gran medida paradójicos. Ello ha llevado a señalar que la pretensión de que el afecto positivo mejora la salud carece de sustento científico (Pressman y Cohen, 2005). Es más, en algunos casos la visión optimista, puede ser contraproducente, al reducir la atención a síntomas relevantes.

Aceptar el dolor, el malestar y las limitaciones que esto supone no es un punto de llegada sino de partida. Tampoco es una mera actitud o filosofía, sin más, sino que se integra en un tipo concreto de terapia, las incluidas dentro del rótulo de terapias de 3ª generación (Hayes y cols., 2006) y en particular en una de ellas: la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999 y Wilson y Luciano, 2002). Este tipo de terapia tiene especial interés en el tratamiento del dolor crónico y así ha desarrollado procedimientos específicos (Dahl y cols, 2005 y McCracken, 2005) que ya han ofrecido resultados positivos (McCracken y Vowles, 2008). El punto de partida, como se decía al inicio de este párrafo, es reconocer y aceptar el dolor y todo lo que implica. Esto tiene, frente a la opción de negar, escapar o huir de todo lo relacionado con él, las ventajas que da la exposición frente a la carga emocional negativa que supone la huida, que confiere un valor aversivo adicional a la situación. El hecho de que en muchos problemas de dolor crónico, incluido obviamente el dolor originados por procesos degenerativos o del envejecimiento en sí, éste se mantenga a pesar del tratamiento médico, da más sentido adaptativo al reconocimiento y aceptación de su presencia.

La aceptación conlleva la determinación de no dejar que sea el dolor el que dirija la vida. De este modo y según los valores de cada persona, se propone una recuperación de la actividad ordinaria. No se trata de esperar a encontrarse mejor y motivado para moverse, sino hacer aquellas cosas que merecen la pena, a pesar del malestar o de no estar suficientemente motivado. Este enfoque no es ajeno al modo de proceder de la terapia cognitivo conductual, sin embargo, sí hace hincapié en algunos aspectos en los que dicha terapia a veces insiste de forma inapropiada. No se busca aquí la forma de distraerse del malestar, ni reestructuración cognitiva o procedimientos para reducir la ansiedad, el estrés, etc., sino potenciar, como se ha señalado, la realización de actividades valiosas para el paciente, así como centrarse en lo que acontece realmente (ver Vallejo, 2006) y no en el mundo producto del pensamiento e imaginación.

Un abordaje de estas características es congruente con los principios que sustentan la terapia cognitivo conductual y con los aspectos que se han recogido al comienzo de este trabajo sobre los sistemas naturales de regulación del dolor.



Se ajusta mejor, además, con el sentido general de que no es posible una vida sin dolor, sin malestar, sin cambios en el estado de ánimo, etc., en suma queda mejor integrado en la forma natural de la vida. Introduce, por tanto, un orden en los objetivos. Recuperar el control de la propia vida ya traerá, por sí solo, una mejora en la autoestima personal y en la posibilidad de afrontar los problemas relacionados con la limitación impuesta con el dolor.

### **A modo de conclusión**

El tratamiento psicológico del dolor crónico debe ser capaz de responder a dos aspectos fundamentales: actuar sobre el dolor de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente y, en segundo lugar, atendiendo a la persistencia del dolor impedir que éste se haga dueño de la vida del paciente, impidiéndole ser persona. Ambos objetivos precisan reconocer el dolor y aceptar su existencia. El primero debe permitir, atendiendo a las sensaciones percibidas y a las respuestas fisiológicas relacionadas con el dolor, hacer más efectivos los sistemas de regulación fisiológica del dolor. El segundo, requiere reconocer los problemas y ponerse a recuperar las actividades que se consideran valiosas. Las técnicas de biofeedback, neurofeedback, la hipnosis, la relajación y otros procedimientos de naturaleza psicofisiológica han mostrado su utilidad al respecto del primer objetivo. Además en los últimos años vienen a reiterar su potencialidad. Por otro lado la terapia cognitivo conductual y más concretamente los desarrollos denominados de tercera generación entre los que cabe incluir especialmente la terapia cognitivo conductual contextual procura los medios adecuados para que la persona recupere el control de su vida, haciendo de su comportamiento, según sus valores, el elemento clave de su vida.

Finalmente, reiterar que el estudio y tratamiento del dolor aún siendo una empresa compleja, debe requerir medidas terapéuticas sencillas, pues los sistemas complejos, justamente, pueden ser moldeados más eficientemente mediante pequeños cambios.

### **REFERENCIAS**

- Brown, C.A. (2007) The role of paradoxical beliefs in chronic pain: a complex adaptive systems perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21: 207-213.
- Burns, J.W., Quartana, P.J. y Bruehl, S. (2008) Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 259-279.
- Chapman, C.R., Tuckett, R.P. y Woo, C. (2008) Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune reactions. *The Journal of Pain*, 9: 122-145.
- Dahl, J.C., Wilson, K.G., Luciano, C. y Hayes, S.C. (2005) *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- deKloet, E.R. (2004) Hormones and the stressed brain. *Annual New York Academy of Science*, 1018: 1-15.
- Fordyce, W.E. (1976) *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis: Mosby.
- Graham, J.E., Lobel, M., Glass, P. y Lokshina, I. (2008) Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 201-212.
- Hassett, A.L., Radvanski, D.C., Vaschillo, E.G., Vaschillo, B., Sigal, L.H., Katsamanis, M., Buyske, S., y Lehrer, P.M. (2007) A pilot study of the efficacy of heart rate variability (HRV) biofeedback in patients with fibromyalgia. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32: 1-10.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Jensen, M.P., Hakimian, S., Sherlin, L.H. y Fregini, F. (2008) New insights into neuromodulatory approaches for the treatment of pain. *The Journal of Pain*, 9: 193-199.
- Lumley, M.A., Cohen, J.L., Stout, R.L. y Neely, L.C. (2008) An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice and Training*, 45: 165-172.
- MacDonald, G. y Leary, R.M. (2005) Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131: 202-223.
- McCracken, L.M. (2005) *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for chronic pain*. Seattle: IASP Press.
- McCracken, L.M. y Vowles, K.E. (2008) A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 27: 215-220.



- McEwen, B.S. (2002) *The end of stress as we know it*. Washington: Joseph Henry Press.
- Nestoriuc, Y., Rief, W. y Martin, A. (2008) Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 379-396.
- Pisek, P.E. y Greenhalgh, T. (2001) Complexity science: the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323: 625-628.
- Pressman, S.D. y Cohen, S. (2005) Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131: 925-971.
- Sime, A. (2004) Case study of trigeminal neuralgia using biofeedback and peripheral biofeedback. *Journal of Neurotherapy*, 8: 59-71.
- Sullivan, M.D. (2000) DSM-IV pain disorder: a case against the diagnosis. *International Review of Psychiatry*, 12: 91-98.
- Tan, G., Rintala, D.H., Thornby, J.I., Yang, J., Wade, W. y Vasilev, C. (2006) Using cranial electrotherapy stimulation to treat pain associated with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43: 461-474.
- Vallejo, M.A. (2005) Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84: 41-58.
- Vallejo, M.A. (2006) Mindfulness. *Psicología Conductual*, 14: 433-451.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994) *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Williams, K.D. (1997) Social ostracism. En R. Kowalski (ed.): *Aversive interpersonal behaviours*. Nueva York: Plenum Press, pp. 133-170.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

# Ficha 2.

## PRINCIPIOS GENERALES DEL ACERCAMIENTO TERAPÉUTICO

### CONSIDERACIONES GENERALES

1. Resulta imprescindible delimitar con toda claridad la patología orgánica asociada al dolor. Para ello es necesario que el paciente sea estudiado por el especialista correspondiente: anestesiólogo, neurólogo, reumatólogo, traumatólogo, etc.
2. Los fármacos analgésicos, desde el ácido acetilsalicílico al cloruro mórfico, no son incompatibles con el tratamiento psicológico. Cuando la intervención psicológica sea eficaz irán haciendo innecesario su uso, mientras tanto deben seguir utilizándose. El tratamiento farmacológico debe ser llevado por el médico conocedor del tratamiento del dolor crónico. Las instrucciones de administración de los fármacos deben hacerse en función del mantenimiento de los niveles adecuados de analgesia, durante todo el día. Debe evitarse la administración de los fármacos cuando aumenta el dolor, por los posibles efectos de potenciación de los efectos de condicionamiento operante de las conductas de dolor. Naturalmente esto debe considerarse de acuerdo con la información obtenida en el análisis funcional, que debe indicar, junto con el tipo de dolor, el riesgo de la potenciación operante del dolor.
3. Los fármacos placebo, sustancias inactivas similares a los fármacos en su apariencia externa, pueden ser utilizados cuando exista clara evidencia de un efecto comportamental del fármaco: favoreciendo los aspectos operantes negativos del problema, evidenciando que el posible efecto analgésico se debe preferentemente al hecho conductual de ingerir el fármaco y no tanto al efecto específico de éste. También puede ejercerse un control sobre este particular sustituyendo temporalmente la sustancia activa por el placebo.
4. El consumo en exceso de analgésicos, en especial de los analgésicos con opiáceos (p. ej. codeína), puede ejercer unos efectos adictivos que caractericen el problema en parte como tal. En estos casos debe preverse que la eliminación total o progresiva puede producir efectos de privación de magnitud variable, de acuerdo con las dosis, el fármaco y las características del paciente. Naturalmente, todas las observaciones y manipulaciones a realizar sobre el tratamiento farmacológico del dolor debe hacerse de común acuerdo con el médico especialista en el tratamiento del dolor.
5. La información facilitada al paciente sobre el problema debe ser cuidada con detalle. Esta aborda dos apartados: el dolor como fenómeno en sí y la relación del dolor con su comportamiento y experiencia personal.

Con respecto al primer elemento la mayoría de los libros sobre el tema insisten e incluyen explicaciones detalladas a facilitar al paciente. Gravitan, en general, en argumentaciones derivadas de la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (1965), en la línea de las dimensiones de la experiencia del dolor. Se señala la importancia que la atención, los pensamientos, emociones y activación fisiológica tienen sobre la percepción del dolor. También se facilitan explicaciones en el marco de la técnica de inoculación de estrés aplicada al control del dolor (Turk, 1978), en el sentido de ver los mecanismos que pueden potenciar fisiológica y emocionalmente la percepción de dolor. Finalmente, también se incluyen en algunos casos datos anatómicos y fisiológicos acerca de la transmisión y modulación del dolor. Estas explicaciones son, en general, válidas con una sola cautela: la referida a la capacidad del cliente para entenderlas y procesarlas adecuadamente. Un exceso en la información facilitada puede ser fuente de problemas, por lo que no se debe ser excesivamente didáctico ni extenso en las explicaciones. Esta cautela debe extremarse cuanto menor sea el nivel cultural del paciente.

El segundo apartado de la información es aun más delicado: la relación del dolor con su comportamiento y experiencia personal. Debe tenerse en todo momento presente las peculiaridades del paciente, porque no en todos los casos, por ejemplo, los disgustos hacen que aumente el dolor. La relación entre el comportamiento y el dolor no es igual ni para todos los pacientes ni para el mismo paciente en todas las ocasiones. A diferencia de lo que ocurre en la explicación genérica de la percepción del dolor, es necesario referirse sólo a las relaciones observadas en el paciente y con las matizaciones que sean precisas en función del caso. En suma, se debe tener cuidado en la explicación de relaciones manidas como estrés-dolor ó ansiedad-dolor, sin atender a los datos concretos del caso, pues puede el paciente criticarlas fácilmente con su experiencia. Entonces en vez de informar desacreditamos la intervención.

6. El dolor es muy “listo” y no puede abordársele directamente. Éste puede ser un punto de partida general que oriente toda la intervención. Se trata de evitar que el paciente crea, sobre todo al principio, que le vamos a facilitar instrumentos para actuar directamente sobre el dolor. Para ello se le indica, como más inteligente y acorde con la complejidad del problema, que se trata de “atacar” al dolor cuando a nosotros nos interese y siempre de una forma indirecta y no cuando “él quiera” y de una forma directa.

Este punto de partida es conservador, porque permite decidir en función del curso del caso, cuándo y cómo debe el paciente utilizar recursos terapéuticos dirigidos directamente al control del dolor. Por otro lado transmite al paciente un dato cierto: no disponemos de técnicas que nos permitan directamente, con una razonable eficacia y control sobre ellas, eliminar o disminuir significativamente el dolor del paciente.

7. Actuación sobre déficits o problemas relacionados con el dolor. Debe constituir el punto inicial preferente de intervención. Se trata, por ejemplo, de intervenir sobre la falta de habilidades concretas para resolver una situación en el trabajo o en el ámbito familiar, dándose el caso de que este hecho esté relacionado con el dolor en un determinado número de casos. En forma similar se puede hablar de otro tipo de situaciones que impliquen actividad física, cambios fisiológicos y/o emocionales, etc.

El objetivo es actuar sobre la adquisición y puesta en marcha de estrategias concretas, lo que resulta técnica y prácticamente fácil y controlable dentro del ámbito de la terapia de conducta. De esta manera el paciente ve, con relativa rapidez, la eficacia de las técnicas de acuerdo con un criterio fácilmente objetivable. Además, en tanto que afectan a comportamientos y situaciones ligadas a aumentos en el dolor, van a producir con una alta probabilidad una mejora en la percepción de dolor.

8. Los cambios “caprichosos” en la intensidad o aparición del dolor. Resultan un tópico habitual, especialmente en algunos tipos de dolor como las cefaleas, el dolor reumático, etc. El paciente informa de la inexistencia de una causa justificada para el cambio del dolor, o de cambios debidos a factores climáticos. La inexistencia de una causa funcionalmente relevante debe explicarse, informarle al paciente, en el contexto de variaciones fisiológicas en cierto modo independientes del momento en concreto del cambio. Sin embargo debe quedar claro que dichos cambios sí se ven afectados por la actividad comportamental del paciente en un sentido amplio. Por ejemplo, el nivel de actividad general, la activación fisiológico-emocional, etc.

Con respecto a los cambios climáticos resulta difícil dar una explicación coherente, teórica y empíricamente hablando. Probablemente las variaciones están ligadas a cambios en la presión atmosférica y el modo en que éstos afectan al sistema vascular. Sin embargo, aun considerando estos factores, es preciso atender a otros como la anticipación de las variaciones de la intensidad o aparición del dolor, la interpretación de las sensaciones corporales percibidas, etc.

9. Demanda de actuación directa sobre el dolor. Ya se ha indicado la inconveniencia de actuar, terapéuticamente hablando, frontalmente contra el dolor. Esta consideración junto a la de centrar la actuación sobre otros déficit relacionados con el problema (punto 7), lleva a un planteamiento general alternativo para aquellos pacientes que insisten, a pesar de las explicaciones, en actuar contra el dolor. La instrucción general a facilitar es que el objetivo de la terapia es reducir el tiempo o la intensidad en que el dolor está presente, pero actuando en los momentos en que no hay dolor o éste tiene una menor intensidad. Se trata de disminuir el tiempo con dolor alargando los periodos en que no hay dolor, no actuando sobre los periodos de dolor.

10. Expectativas positivas hacia tratamientos “especiales”. Dentro de éstos deben incluirse tratamientos que pueden estar indicados en general para el dolor crónico: acupuntura, estimulación eléctrica transcutánea, estimulación eléctrica cerebral, biofeedback, hipnosis, etc.; y otros marginales como el laser, curanderos, etc. En general, no parece ético desengañar al paciente de la eficacia que él puede conferir a un determinado tratamiento. Sin embargo, el tratamiento en concreto sólo puede ser aplicado, indicado o recomendado cuando exista una justificación razonada de su eficacia. Naturalmente la implantación de electrodos tiene sus indicaciones y el neurocirujano no estaría nunca dispuesto a utilizarla basándose en que el paciente cree que va a ser eficaz.

No obstante, cuando el uso de la técnica sea inocua, en nuestro caso la hipnosis o el biofeedback, o en el ámbito físico la estimulación eléctrica transcutánea, puede considerarse su aplicación, siempre y cuando no suponga el único tratamiento a aplicar. En suma, puede utilizarse biofeedback o relajación, porque el paciente cree que van a ser positivas, pero no por ello abandonar el tratamiento de otros aspectos relevantes al caso: comportamientos, habilidades del paciente, etc...

## EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL

Como ya se ha señalado el acercamiento singular a cada problema de dolor supone adecuar paso a paso el programa de tratamiento a las necesidades del paciente. Las decisiones terapéuticas al respecto se justifican en la propia dinámica de la intervención terapéutica.

No resulta posible, por razones obvias, detallar el programa de tratamiento individual. En este apartado nos referiremos, por tanto, a las prioridades a seguir en función de los datos específicos de cada paciente. Los puntos señalados a continuación siguen el orden en que deben ser considerados clínicamente. La justificación de la prioridad por la que se opta queda expuesta, en su mayor parte, en la información hasta aquí incluida. Si en el análisis conductual no hay evidencia del aspecto señalado se considerará el siguiente.

1. Aspectos Funcionalmente Relacionados con el Dolor en el Momento Actual
  - A) *Aspectos conductuales*.- Conductas de dolor que operan como conductas de evitación ante situaciones problemáticas: laborales, familiares, etc. Reforzamiento de las conductas de dolor en general y la extinción y/o castigo de comportamientos incompatibles con el dolor o adaptativos. En estos casos debe desarrollarse, en primer lugar un programa dirigido a la eliminación de las contingencias de refuerzo de las conductas de dolor y al desarrollo y reforzamiento paulatino de comportamientos alternativos.
  - B) *Falta de habilidades de afrontamiento*.- Déficit en habilidades cognitivas, o conductuales ante situaciones concretas que se relacionan con el dolor: negarse a realizar tareas en el trabajo o en casa, resolver un problema, etc.
  - C) *Anticipación del dolor*.- Aparición o cambios significativos en la intensidad del dolor relacionados con sucesos concretos: pensamientos, situaciones, días determinados. En estos casos debe actuarse sobre la cadena anticipatoria en términos estímulares, tanto a nivel conductual como cognitivo.
  - D) *Activación fisiológica*.- Niveles excesivos, en términos tónicos o fásicos de respuestas fisiológicas concretas. Especialmente de tensión muscular, temperatura periférica, amplitud de pulso sanguíneo y de frecuencia cardíaca y conductancia de la piel. Las primeras por su relevancia específica en síndromes concretos de dolor caracterizados por factores musculoesqueletales o vasculares y los últimos como índices más generales de activación fisiológica.
2. Otros problemas asociados<sup>1</sup>. Se trata de problemas detectados en el análisis conductual que son fuente de problemas, aunque no queda constatado que estén relacionados con el dolor. Pueden ser: déficit en respuestas asertivas ante determinadas personas o situaciones, falta de habilidades para resolver problemas, exceso en el consumo de alcohol o tabaco, etc.
3. Factores asituacionales relevantes. Como se indica puede no existir una relación clara con el dolor, aunque pueden ejercer una facilitación en la ocurrencia de éste. Se trata de cambios de actividad bruscos de un forma relativamente continuada: trabajo excesivo durante la semana y bajada importante de la actividad el fin de semana. Por el contrario, periodos de actividad de alta monotonía estimular: vigilantes o supervisores que realizan tareas muy monótonas durante jornadas largas y continuas, etc. También puede incluirse, según los casos, el abuso de la inmovilidad, exceso de horas de sueño, ver la televisión o escuchar la radio monótonamente por periodos relativamente prolongados, etc. En todos estos casos debe ejercerse un control estimular sobre estas actividades, reduciéndolas y ejerciendo un enriquecimiento y diversificación estimular y comportamental del paciente.
4. Factores que aumentan el dolor. Se trata de incidir sobre el dolor actuando sobre aspectos concretos, pero siempre relacionados en forma directa con el dolor<sup>2</sup>.
  - A) *Actividad física*.- Programas para moldear la realización de actividades dentro de cierto margen de tolerancia del dolor.
  - B) *Actividad cognitiva*.- Técnicas de control de atención, uso de la imaginación, auto-hipnosis, auto-estimulación de la zona de dolor, etc., como medio de ejercer una reducción sobre el dolor percibido y el desarrollo de estrategias dirigidas a la disminución de éste.
  - C) *Actividad fisiológica-emocional y estado de ánimo*.- El aumento del dolor puede provocar un aumento de la activación fisiológica y emocional que puede magnificar al primero, puede por tanto utilizarse técnicas dirigidas a reducir el aumento de la ansiedad y pensamientos catastrofistas inductores de un bajo estado de ánimo, mediante técnicas de auto-control fisiológico y emocional. Básicamente entrenamiento en relajación guiada sobre el dolor.

## BIBLIOGRAFÍA

Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994) Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.

<sup>1</sup> Este punto no es necesario considerarlo, en la lógica general indicada, si el punto anterior ha podido ser abordado. En realidad se debe atender este apartado ante la falta del 3.2.1.

<sup>2</sup> Con independencia del Programa de tratamiento delineado, este punto debe abordarse en último lugar, pues es entonces cuando más posibilidades de éxito existen en su utilización. Naturalmente esto debe ser matizado por el tipo de dolor y el paciente concreto. Así en un problema de dolor de poca intensidad puede adelantarse la aplicación de este apartado. O en un dolor de mayor intensidad y persistencia, por ejemplo un dolor neoplásico, si el paciente tiene ya adquiridas espontáneamente ciertas estrategias de manejo del dolor.