

# La terapia psicológica del dolor crónico<sup>1</sup>

## *Psychological therapy of chronic pain*

Gerardo Ruvalcaba Palacios<sup>2</sup> y Benjamín Domínguez Trejo<sup>3</sup>

### RESUMEN

El dolor crónico es aquel que persiste por más de tres meses. La intervención psicológica en este trastorno ha demostrado gran efectividad, principalmente cuando se inserta en un programa de atención multidisciplinaria. En el presente artículo se abordan los objetivos de dicha terapia, las principales técnicas psicológicas utilizadas en este tipo de pacientes y los factores cognitivo-emocionales que deben ser considerados cuidadosamente al momento de integrar un proceso terapéutico en la atención de personas que lo sufren; finalmente, se hace hincapié en que la formación de psicólogos orientados a atender pacientes crónicos debe estar basada en el estudio y comprensión de la compleja dinámica que existe entre dichos elementos.

**Palabras clave:** Dolor crónico; Atención psicológica; Modelo biopsicosocial; Estado cognitivo emocional; Conducta de enfermedad.

### ABSTRACT

*Chronic pain is that one that persists for more than three months. Psychological intervention in these kinds of disorders has demonstrated to be effective, mainly when it is placed in a multidisciplinary program. This paper points out the objectives of such therapy, the main psychological techniques used in this kind of patients, and the cognitive-emotional factors that should be considered at the time of integrating a therapeutic process oriented to help people who suffer from pain. Finally, it is emphasized that the psychological education of a psychologist oriented to assist patients with chronic pain should be based on the study and understanding of the complex dynamics existing among said elements.*

**Key words:** Chronic pain; Psychological attention; Bio-psycho-social model; Cognitive emotional state; Illness behavior.

**E**l dolor crónico (DC en lo sucesivo) es aquel que persiste por más de tres meses, tiempo en el que normalmente una lesión aguda se resuelve. Durante este periodo, el dolor puede ser constante o aparecer de manera intermitente.

Este tipo de dolor es un problema no sólo de salud; se relaciona también con el deterioro económico, social y laboral y con una marcada alteración en la calidad de vida del paciente y de su familia, por lo que la adecuada atención de este problema es de suma importancia.

---

<sup>1</sup> Este artículo fue escrito con el apoyo de PSI-HEALTH, Retroalimentación Biológica, Aguascalientes, por lo que se agradece su patrocinio.

<sup>2</sup> PSI-HEALTH, Retroalimentación Biológica, Montes Himalaya 808, Jardines de la Concepción, 20120 Aguascalientes, Ags., México, tel. (449)912-17-11, correo electrónico: drruvalcaba@gmail.com. Artículo recibido el 4 de agosto y aceptado el 16 de octubre de 2008.

<sup>3</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D. F., México, tel. (55)56-22-23-12, correo electrónico: benjamín@servidor.unam.mx.

El tipo de terapia que ha demostrado ser más efectivo en el tratamiento del DC es aquel que involucra a diferentes especialistas, pues debido a su multicausalidad la atención debe ser forzosamente multidisciplinaria.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007), el dolor es una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales (motores) y subjetivos (verbales-afectivos), en la cual pueden subyacer o no componentes patológicos (en el sentido de un cambio estructural), pero que siempre tiene antecedentes y consecuentes fisiológicos (Flor y Hermann, 2004). Por lo tanto, la atención del DC implica necesariamente la intervención farmacológica, médica y psicológica, llegándose incluso en algunas ocasiones a la intervención quirúrgica, en la cual es posible incluso que se retire alguna porción nerviosa con la finalidad de impedir la transmisión de la información nociceptiva de la periferia hacia las estructuras centrales.

La terapia psicológica en el DC se basa en la evidencia científica existente acerca del importante papel que los pensamientos y emociones desempeñan en la instalación y permanencia de la experiencia crónica, lo que ha conducido al desarrollo de técnicas específicas de intervención –principalmente de corte cognitivo conductual, o CC–, que cuando se insertan en programas de atención multidisciplinaria ofrecen al paciente una mayor oportunidad de alivio a su sufrimiento e incapacidad (Gatchel y Okifuji, 2006).

Estas técnicas proceden de un enfoque en el que se asume que la interpretación, evaluación y creencias sobre la condición de salud, así como los repertorios de enfrentamiento que el individuo posee para manejar tanto el dolor como la incapacidad, pueden afectar el grado de deterioro físico y emocional asociado a la condición dolorosa (Sullivan, Feuerstein, Gatchel, Linton y Pransky, 2005), así como el nivel de funcionamiento autónomo que presenta este tipo de pacientes (Gatchel y cols., 2007).

Actualmente se ha reconocido la efectividad del abordaje CC para el manejo del DC, y los principales beneficios reportados se relacionan con una reducción significativa de aquél, una mejor y mayor calidad de vida, un menor tiempo de recuperación y utilización de medicamentos y el logro

de un mejor estado de salud general, en comparación con quienes no reciben tales tratamientos (Linton y Nordin, 2006; Turk, 2004). Acordes con el modelo biopsicosocial del dolor (Gatchel y cols., 2007), los objetivos del tratamiento CC se dirigen principalmente a reemplazar los esquemas desadaptativos de pensamientos y emociones que el paciente tiene respecto a su condición por unos más positivos. A continuación se describen algunos de los más importantes.

### Cogniciones y dolor

De acuerdo con Turk (2004), los factores cognitivos (pensamientos, apreciaciones y creencias) desempeñan un importante papel en el desarrollo y permanencia del DC, e incluso son mejores predictores del dolor y la incapacidad que un individuo llegará a experimentar que los mismos parámetros biomédicos. En este mismo sentido, Neblett, Mayer y Gatchel (2003) han señalado que cuando se les compara con el tamaño, severidad o extensión de la lesión física, los factores cognitivos permiten un mejor pronóstico del efecto del tratamiento y el grado de las complicaciones que un paciente sufrirá después de una cirugía.

Los factores cognitivos comúnmente asociados a la incapacidad que genera el dolor, la percepción del mismo y la respuesta al tratamiento, son, entre otros, las ideas catastrofistas, el temor a moverse o volver a lesionarse, las creencias erróneas sobre el dolor, el significado que los pacientes dan a sus síntomas, las creencias que tienen al respecto, la habilidad que perciben en sí mismos para controlar el dolor, el impacto que este tiene en su vida diaria y las preocupaciones acerca del futuro (Turk, 2004; Turner, Dworkin, Mancl, Huggins y Truelove, 2001).

De acuerdo con Gatchel y cols. (2007), de las anteriores elaboraciones cognitivas, las que más influyen sobre el estado de dolor son las apreciaciones y creencias, los pensamientos catastrofistas y de temor-evitación, el control percibido y el sentido de la propia eficacia.

*Apreciaciones y creencias.* Las primeras se refieren al significado adjudicado a la realidad por un individuo, y las segundas a lo que una persona asume de la realidad. Las creencias configuran la manera en que alguien interpreta los eventos, por

lo que puede decirse que derivan de las apreciaciones y se desarrollan a lo largo de la vida a través del aprendizaje.

Las apreciaciones y creencias acerca del dolor pueden tener un fuerte impacto sobre las respuestas afectivas y conductuales de un individuo ante dicha experiencia. Si una señal de dolor es interpretada como dañina (apreciada como amenaza), y a la vez se cree que está asociada con un daño actual o potencial del tejido, es probable que se perciba como más intensa e incómoda y que evoque más conductas de evitación o escape que si se le percibe como no dañina. Por lo tanto, las apreciaciones y creencias determinan de manera importante los ajustes conductuales respecto del DC.

Las siguientes creencias han sido identificadas como particularmente desadaptativas: el dolor es una señal de daño; la actividad debe ser evitada cuando se sufre dolor; el dolor conduce a la incapacidad; el dolor no se puede controlar, y el dolor es una condición permanente (Turner y Aaron, 2001; Turner, Jensen y Romano, 2000).

*Catastrofización y creencias de temor-evitación.* Estas elaboraciones cognitivas se refieren a una orientación exageradamente negativa hacia la experiencia de dolor actual o anticipada. Estudios recientes han demostrado que la catastrofización está asociada con un aumento del dolor y de las conductas de enfermedad, así como con una disfunción psicológica y física. También se la ha asociado con una recuperación más lenta después de una cirugía y con el establecimiento de DC muscular (Pavlin, Sullivan, Freund y Roesen, 2005). Las creencias de temor-evitación, por su parte, se refieren a aquellas en que el paciente evita realizar alguna actividad física por creer que traerá consigo más dolor o incapacidad. Se han relacionado con el desarrollo de síndromes crónicos musculares, incrementos en el tiempo de incapacidad y recuperación y un mayor consumo de medicamentos (Turk, 2004).

*Control percibido y sentido de la propia eficacia.* El control percibido sobre el dolor se refiere a la creencia de que se puede ejercer cierta influencia sobre su duración, frecuencia, intensidad o molestia provocada. Percibir que se puede controlar un estímulo doloroso puede modificar el significado del estímulo y afectar directamente la apreciación de amenaza; como consecuencia, el

dolor puede ser calificado como menos intenso o molesto y la tolerancia a él puede incrementarse.

El sentido de control no se limita únicamente a los síntomas y a la intensidad de la experiencia; debe incluirse también el control de los efectos que el dolor tiene sobre la calidad de vida del paciente, ya que estudios recientes (Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby y Monga, 2002) han demostrado que la percepción de control sobre los efectos del dolor en la calidad de vida está más estrechamente relacionada con una mejor adaptación y una menor incapacidad que la percepción de control sobre el dolor por sí mismo.

Por su parte, el constructor de la propia eficacia (que se refiere a la convicción de que se pueden desarrollar exitosamente ciertas tareas u obtener el producto deseado) proporciona a las personas una mayor motivación para involucrarse en conductas que promueven la salud y una mejor adherencia a las recomendaciones del tratamiento, toda vez que promueve en ellas altas expectativas de un desempeño exitoso y una menor tendencia a abandonar las actividades saludables cuando se enfrentan con obstáculos como el dolor; además, las previene de quedar atrapadas en la espiral negativa de evitación de la actividad, descondicionamiento físico, pérdida de reforzamiento social y depresión (Gatchel y cols., 2007; Turk, 2004).

## **Emociones y dolor**

Un elemento importante que debe considerarse al momento de atender a un paciente con DC es su estado afectivo, pues este será casi siempre negativo y estará asociado a un estado cognitivo igualmente desadaptativo en una espiral que se realimenta a sí misma, de tal manera que se perpetúa y mantiene como una parte importante de los síndromes crónicos (Gatchel y cols., 2007).

La ansiedad y la depresión son las emociones que comúnmente se estudian o abordan cuando se trata a pacientes crónicos; sin embargo, la ira también ha sido reconocida como una importante emoción en este campo (Gatchel y Okifuji, 2006). La relación entre emoción y DC es muy estrecha, e incluso se ha llegado a documentar que entre 45 y 60% de los pacientes crónicos reciben diagnósticos de ansiedad y depresión como padecimientos asociados (Middleton y Pollard, 2005), y

también se ha establecido que los síntomas de dichos trastornos están implicados en las causas de nuevos episodios de dolor muscular (Middleton y Pollard, 2005; Symreng y Fishman, 2004). Además, se les ha asociado con decrementos en los umbrales y niveles de tolerancia al dolor, por lo que su influencia agrava el cuadro clínico y complica el tratamiento (Innes, 2005). En este mismo sentido, se ha documentado que los estados prolongados de ansiedad y depresión predicen el desarrollo de trastornos musculares, aunque no a la inversa (Middleton y Pollard, 2005), y que los pacientes depresivos y ansiosos tienden más a reportar DC que quienes no lo son (Magni, Moreschi, Riggati-Luchini y Merskey, 1994; Symreng y Fishman, 2004).

El impacto del estado emocional en la experiencia de dolor de pacientes crónicos es muy importante, pues se ha determinado que éste interactúa con las emociones de muchas maneras. Por ejemplo, el sufrimiento emocional puede llevar a las personas a experimentar dolor, a precipitar los síntomas, a ser un factor modulador que amplifica o inhibe la severidad de la experiencia, a ser una consecuencia del DC o un factor que lo perpetúa. Más aún, esos efectos potenciales no se excluyen entre sí y varios de ellos pueden estar presentes en un momento determinado, incluso interactuando específicamente con las apreciaciones cognitivas de la condición dolorosa (Gatchel y cols., 2007).

Por otro lado, los niveles de ansiedad influyen no sólo en la severidad del dolor, sino también en las complicaciones que surgen después de una cirugía y el tiempo de hospitalización. De igual modo los niveles de depresión se encuentran íntimamente ligados al DC y participan significativamente en el abandono prematuro de los programas de rehabilitación (Robinson y Riley, 1999); por ende, es muy importante considerar que el estado de ánimo negativo influye en la motivación y el cumplimiento de las recomendaciones del médico. Así, por ejemplo, los pacientes ansiosos pueden sentir temor de involucrarse en lo que perciben como actividades demandantes; los depresivos y aquellos otros que se sienten desesperanzados pueden mostrar poca iniciativa para llevar a buen término su tratamiento y las indicaciones que de este se desprenden, y los pacientes que se en-

cuentran irritados con el sistema de salud no tendrán motivación para aceptar las recomendaciones del equipo de profesionistas encargados de su atención.

Pero no solamente se considera que el estado emocional asociado al dolor influye significativamente en el establecimiento y tratamiento del DC, pues algunos autores (Robins y Riley, 1999) han sugerido que incluso la inhibición del afecto negativo puede estar implicada en la etiología del DC, en cuanto que se relaciona con incrementos en la actividad del sistema nervioso autónomo y central, la cual, a su vez, debilita el procesamiento cognitivo que promueve la salud. Todo esto provoca alteraciones en los patrones de sueño, incrementos en los niveles de cortisol y una mayor utilización de los sistemas de salud. De acuerdo con algunos autores (Meagher, Arnau y Rhudy, 2001; Rainville, Viet y Chr ethien, 2005), eso se debe a que el estado afectivo puede influir en la experiencia de dolor mediante la alteraci on del proceso atento o de la funci on aut onmica, específicamente la activaci on simpática.

### **Principales técnicas utilizadas en la terapia cognitivo-conductual del DC**

De esta forma, la atención psicológica en el DC debe estar orientada principalmente a modificar tanto los patrones de pensamiento negativos como los estados afectivos asociados, por lo que la terapia cognitivo-conductual (TCC en adelante) ha demostrado ser adecuada en tales padecimientos (Harris y Claw, 2002). Por ejemplo, en una revisión sobre los efectos de la TCC realizada por Gatchel y cols. y publicada en 2007, los autores concluyeron que "los resultados obtenidos por diferentes estudios y metaanálisis demuestran que esta intervención resulta en reducciones significativas en la percepción de dolor, la adopción de estilos de vida más activos y de mejor calidad, y en general, mejores condiciones de salud que los grupos control. Además, hay una mejor relación costo-beneficio que la de otras intervenciones".

En este mismo sentido, otros autores (Brox, Sorenson, Friis y cols., 2003; Fairbank, Frost, Wilson-McDonald y cols., 2005) han reportado que los beneficios de la TCC son similares o mayores a los que ofrecen otros tratamientos médico-quir r-

gicos, e incluso han documentado que en algunos casos (en el dolor de espalda baja, por ejemplo) este tipo de terapia es más efectiva que los opioides, anticonvulsivantes y antidepresivos para reducir el dolor en el largo plazo, pues estos son efectivos en solo 30 o 40% de los pacientes, mientras que las TCC muestran resultados positivos en hasta 80% de las personas que los reciben (Turk, 2004). Sin embargo, el mayor beneficio se logra cuando se combinan diferentes enfoques y tratamientos (Gatchel y cols., 2007), por lo que es recomendable que el uso de este tipo de atención psicológica se encuentre insertado dentro de un abordaje amplio que involucre la actuación de diferentes profesionales, como médicos, especialistas, terapeutas físicos y, por supuesto, psicólogos.

Los psicólogos especializados en la atención cognitivo-conductual del DC utilizan diferentes técnicas para el logro de sus objetivos terapéuticos. Entre las principales se destacan las siguientes (Gatchel y cols., 2007):

- *Instrucciones autodirigidas.* Incluyen el uso de la distracción, imaginación, el hablarse a sí mismo de manera automotivante, etc.
- *Relajación.* Principalmente la respiración diafragmática.
- *Retroalimentación biológica (RAB).* Que comúnmente se basa en la temperatura periférica, la electromiografía de superficie y la variabilidad de la frecuencia cardiaca.
- *Desarrollo de estrategias de enfrentamiento.* Por ejemplo incremento de la asertividad y minimización de los pensamientos negativos sobre uno mismo.
- *Cambio de los pensamientos y creencias desadaptativas* sobre el dolor.
- *Logro de objetivos.*

Aunque generalmente un paciente que recibe TCC es expuesto a una combinación variable de estas estrategias, investigaciones recientes (Andrasik,

2004; Ruvalcaba y Domínguez, en prensa) demuestran que la RAB y la relajación (principalmente la respiración diafragmática) son efectivas para reducir la intensidad percibida de dolor, además de asociarse con una disminución de los síntomas físicos, la ansiedad y depresión y la actividad autonómica asociada con el estado crónico.

Además, y debido a que las intervenciones psicológicas en los padecimientos crónicos tienen su principal soporte en el modelo biopsicosocial del dolor, es necesario recalcar que la TCC por sí sola ofrece menos beneficios al paciente que cuando se inserta en un enfoque multidisciplinario, por el cual el paciente recibe también tratamientos como farmacoterapia, rehabilitación física o manejo médico general (Gatchel y cols., 2007; Gatchel y Okifuji, 2006; Sherman y Turk, 2001).

## CONCLUSIÓN

El DC es un fenómeno multicausal en el que confluyen elementos fisiológicos, genéticos, biológicos, sociales e incluso homeostáticos (Gatchel y cols., 2007); no obstante, al definirse el dolor como una experiencia subjetiva, los factores psicológicos –y concretamente los cognitivo-emocionales– son elementos que deben considerarse cuidadosamente cuando se atiende a este tipo de pacientes. Debe juzgarse también que la atención psicológica en el DC debe estar basada en la adecuada comprensión de la dinámica que existe entre los factores psicológicos y los otros elementos descritos anteriormente, de tal manera que es imperativa la formación de psicólogos especializados en este tipo de problemas para que sus habilidades y práctica clínica se desarrollen sobre la base de una apropiada comprensión de la neurofisiología que subyace a la percepción, transmisión, integración y respuesta a la información nociceptiva y al fenómeno del dolor.

## REFERENCIAS

- Andrasik, F. (2004). The essence of biofeedback, relaxation, and hypnosis. En R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (Eds.): *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers* (pp. 285-304). Seattle, WA: IASP Press.
- Brox, J.I., Sorenson, R., Friis, P.T., Nyegaard, O., Indahl, A. y Keller, A. (2003). A randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention in exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine*, 28, 1913-1921.

- Fairbank, J., Frost, H., Wilson-McDonald, J., Yu, L.M., Barker, K. y Collins, R. (2005). Randomized controlled trial to compare surgical stabilization of the lumbar spine with an intensive rehabilitation program for patients with chronic low back pain: The MRC Stabilization Trial. *British Medical Journal*, 330, 1233.
- Flor, H. y Hermann, C. (2004). Biopsicosocial models of pain. En R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (Eds.): *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. Progress in pain research and management* (pp. 47-75). Seattle, WA: IASP Press.
- Gatchel, R.J. y Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic pain management. *The Journal of Pain*, 7, 779-793.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. y Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 13(4), 581-624.
- Harris, E.R., Clauw, J.D. (2002). The use of complementary medical therapies in the management of myofascial pain disorders. *Current Pain and Headache Reports*, 6, 370-374.
- Innes, I.S. (2005). Psychosocial factors and their role in chronic pain: A brief review of development and current status. *Chiropractic & Osteopathy*, 13, 6.
- Linton, S.J. y Nordin, E. (2006). A five-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive-behavioral intervention for back pain: A randomized, controlled trial. *Spine*, 31, 853-858.
- Magni, G., Moreschi, C., Riggati-Luchini, S. y Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56, 289-297.
- Meagher, W.M., Arnau, C.R. y Rhudy, L.J. (2001). Pain and emotion: Effects of affective picture modulation. *Psychosomatic Medicine*, 63, 79-90.
- Middleton, P. y Pollard, H. (2005). Are chronic low back pain outcomes improved with co-management of concurrent depression? *Chiropractic & Osteopathy*, 13, 8.
- Neblett, R., Mayer, G.T. y Gatchel, J.R. (2003). Theory and rationale for surface EMG-assisted stretching as an adjunct to chronic musculoskeletal pain rehabilitation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28(2), 139-146.
- Pavlin, D.J., Sullivan, M.J., Freund, P.R. y Roesen, K. (2005). Catastrophizing: A risk factor for postsurgical pain. *Clinical Journal of Pain*, 21, 83-90.
- Rainville, P., Viet, H.B.Q. y Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118, 306-318.
- Robinson, M.E. y Riley, J.L. (1999). The role of emotion in pain. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (Eds.): *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 74-88). New York: Guilford.
- Ruvalcaba P., G. y Domínguez T., B. (en prensa). Modulación autonómica y cambios en el estado cognitivo-emocional de pacientes con dolor crónico miofascial. *Revista Iberoamericana del Dolor*.
- Sherman, J. y Turk, D. (2001). Nonfarmacologic approaches to the management of myofascial temporomandibular disorders. *Current Pain and Headache Reports*, 5, 421-431.
- Sullivan, M.J., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S.J. y Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 475-489.
- Symreng, I. y Fishman, S.M. (2004). Anxiety and pain. *Pain Clinical Updates*, 12(7), 1-6.
- Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J.I. y Monga, T. (2002). Measuring control appraisals in chronic pain. *Journal of Pain*, 3, 385-393.
- Turk, C.D. (2004). Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes (Editorial). *The Spine Journal*, 4, 1-7.
- Turner, J.A. y Aaron, L.A. (2001). Pain-related catastrophizing: What is it? *Clinical Journal of Pain*, 17, 65-71.
- Turner, A.J., Dworkin, F.S., Mancl, L., Huggins, H.K. y Truelove, L.E. (2001). The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92, 41-51.
- Turner, J.A., Jensen, M.P. y Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.