



LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: UN TRATAMIENTO EFICAZ PARA AFRONTAR
EL DOLOR CRÓNICO

Monografía que como parte del curso Investigación Académica
presenta el alumno(a):

CLAUDIA DANIELA ALAMA TORRES 20170467

SECCIÓN: INT124 - 685C
JEFE DE PRÁCTICA: ERNESTO LEÓN
PROFESORA: MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ

Resumen

La presente investigación pretende analizar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento del dolor crónico. Para ello, se ha realizado una investigación teórica en base a una revisión bibliográfica sobre el tema presentado. En primer lugar, se analiza el dolor crónico a través de la descripción de sus causas y consecuencias en los distintos ámbitos de la vida del paciente. Asimismo, se explica el rol de los factores psicológicos involucrados en el dolor crónico, tales como trastornos depresivos, de ansiedad y de ira. En segundo lugar, se analiza la influencia de la TCC en el tratamiento de este trastorno. Para ello, se describe esta terapia, y se identifican sus principales técnicas y beneficios. Además, se describe la eficacia de este tratamiento a largo plazo y se compara con otros procedimientos psicoterapéuticos. Finalmente, se concluye que la TCC es un tratamiento eficaz para hacer frente al dolor crónico, debido a que permite abordar este trastorno desde un enfoque más complejo que el biomédico. Esto se logra a través de la sustitución de pensamientos negativos por otros más adaptativos, lo que prioriza el desarrollo de habilidades por parte del paciente para mejorar sus capacidades de afrontamiento del dolor.

Palabras clave: dolor crónico, terapia cognitivo-conductual, afrontamiento del dolor.

Tabla De Contenidos

Introducción.....	4
Capítulo 1: Surgimiento y desarrollo del dolor crónico.....	6
Capítulo 2: Eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento del dolor crónico	14
Conclusiones.....	25
Referencias bibliográficas.....	27

Introducción

Actualmente, el estudio del dolor crónico ha recibido mayor atención por parte de diversos especialistas, debido a que constituye uno de los trastornos cuyo alcance se ha extendido a través de numerosas sociedades y, actualmente, afecta a alrededor del 30% de la población mundial (Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancourt-Sandoval y Córdova-Domínguez, 2010). Ante esta situación, el análisis de los tratamientos que permiten hacer frente a este trastorno constituye uno de los campos de investigación más importantes. Resulta fundamental destacar que el enfoque mayoritario desde el cual se había investigado el tratamiento del dolor crónico hasta la primera mitad del siglo XX fue el biomédico, lo cual tiene consecuencias hasta nuestros días, tales como la difusión de tratamientos farmacológicos para hacer frente a este trastorno (Ehde, Dillworth y Turner, 2014). No obstante, existen otras perspectivas desde las cuales se puede afrontar el dolor crónico; una de ellas es a través de la terapia cognitivo-conductual, un procedimiento psicoterapéutico cuya investigación data de hace 60 años aproximadamente (Ehde *et al.*, 2014). Sin embargo, dado que aún se requiere mayor indagación para respaldar la difusión de este tratamiento, la presente investigación cobra relevancia para el análisis de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento del dolor crónico.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (como se citó en López, 1995), el dolor crónico es un trastorno que se caracteriza por la persistencia de experiencias sensoriales o emocionales desagradables por un periodo mayor a tres meses, lo que significa que la sensación de dolor no solo involucra daño físico o corporal, sino también factores psicológicos. El dolor crónico surge como consecuencia de diversas alteraciones, tales como la artritis o enfermedades intestinales; sin embargo, su duración se extiende a pesar de que estos factores hayan sido contrarrestados, lo que debilita el estado físico y mental del paciente (Darnall, 2019). Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento derivado de la psicoterapia que se enfoca en hacer frente a las variables cognitivas involucradas en la perpetuación de enfermedades, tales como los trastornos depresivos, de ansiedad e ira, con el fin de garantizar un bienestar físico basado en la estabilidad psicológica del individuo (Mehta, 2018).

Entonces, ¿cuál es la eficacia de la TCC en el tratamiento del dolor crónico? Según Darnall (2019), el dolor crónico, al ser una alteración que involucra factores psicológicos, requiere de un tratamiento que no solo aborde el problema desde un enfoque biomédico (Darnall, 2019). La TCC es una alternativa, ya que, a través del entrenamiento en técnicas de relajación, la reestructuración cognitiva, y la técnica de organización del tiempo y actividades reforzantes (Moix y Casado, 2011), el paciente consigue evaluar sus pensamientos respecto a qué tan tranquilizadores o alarmantes son, con el fin de hacer uso

de aquellos que son más beneficiosos y disminuir la angustia causada por el dolor (Darnall, 2019).

Dentro de este contexto, el objetivo principal de la presente investigación es analizar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento del dolor crónico. Para ello se presenta un análisis bibliográfico dividido en dos capítulos. El primer capítulo se enfoca en analizar la condición del dolor crónico. Para ello, se define el dolor crónico, y se describen sus causas y consecuencias en los diversos ámbitos de la vida del paciente. Asimismo, se explica el desarrollo del dolor crónico a través de un ciclo haciendo hincapié en el rol de los factores psicológicos involucrados. Por otro lado, el segundo capítulo se centra en analizar la eficacia de la TCC en el tratamiento del dolor crónico. Para ello, se define la terapia cognitivo-conductual (TCC) y sus formas de aplicación. Además, se analiza la eficacia de las tres principales técnicas de la TCC en el tratamiento del dolor crónico: las técnicas de relajación, la reestructuración cognitiva, y la organización del tiempo y actividades reforzantes. Finalmente, se describen los beneficios de la TCC a lo largo del tiempo, así como se comparan aquellos beneficios con los que presentan otros tratamientos psicoterapéuticos, tales como la biorretroalimentación, y la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Se logra concluir que la TCC es un tratamiento eficaz para hacer frente al dolor crónico, debido a que permite que el paciente sustituya cogniciones y conductas negativas por otras más adaptativas, con el fin de minimizar conductas ansiosas y trastornos depresivos que fortalecen la percepción del dolor. No obstante, dado que el carácter de la presente investigación es teórico, no se ha podido demostrar empíricamente la validez de la TCC, en especial en países latinoamericanos, en los cuales la investigación realizada es escasa.

Capítulo 1

Surgimiento y desarrollo del dolor crónico

En el presente capítulo se define el trastorno del dolor crónico a partir del concepto de dolor. Para ello, se realiza una aproximación desde un modelo multidimensional que incluye no solo la influencia de factores biológicos, sino también psicológicos. Asimismo, se describen las causas que originan este trastorno, tales como los problemas musculoesqueléticos, los dolores de cabeza y las lesiones. También se detallan las principales consecuencias del dolor crónico en diversos ámbitos, entre los que destacan la salud mental, las relaciones sociales con los grupos de pares y la familia, y la dinámica económica. Finalmente, se describe el desarrollo del dolor crónico a través de un ciclo y se hace hincapié en el rol de los factores psicológicos en la perpetuación del mismo. Entre las variables psicológicas abordadas se encuentran los trastornos depresivos, de ansiedad y de ira.

El dolor crónico y sus causas

El dolor crónico constituye uno de los trastornos cuya investigación se ha incrementado en las últimas décadas, debido a que un mayor porcentaje de personas sufre de esta alteración a nivel mundial. Este trastorno es considerado, incluso, un problema de salud pública, pues, por un lado, entre el 25% y 29% de la población internacional lo padece (Covarrubias-Gómez *et al.*, 2010) y, por otro lado, según Koleva (como se citó en Ortiz y Velazco, 2017, p. 867), es “la causa del 15 a 20% de todas las consultas médicas”.

Sin embargo, para ahondar en el estudio del dolor crónico, es necesario definir el dolor. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (como se citó en López, 1995, p.49), el dolor “es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Esto significa que dicha institución aborda el dolor desde un modelo multidimensional que expresa la complejidad de esta alteración a través de la presencia de factores biológicos, así como sociales y psicológicos (Ehde *et al.*, 2014; Knoerl, Lavoei y Weisberg, 2016).

A pesar de que la aproximación descrita sea la más aceptada por los especialistas en la actualidad, la importancia de lo psicológico no se había generalizado hasta la segunda mitad del siglo XX. Este avance se produjo a partir de la publicación de la teoría de la compuerta del dolor por Melzack y Wall en 1965 (Ehde *et al.*, 2014; Melzack y Wall, 1965). Esta propone que el dolor debe ser percibido de manera consciente y, si se previene, dicha percepción puede disminuir o ser eliminada. Esto significa que, si las fibras nerviosas periféricas hacen sinapsis con la materia gris del cuerno dorsal, esta área actúa como una compuerta abierta que permite que el individuo se encuentre lo suficientemente consciente

para percibir una sensación dolorosa. Por el contrario, si la compuerta se encuentra cerrada, los impulsos dolorosos disminuyen y no logran ingresar al cerebro (Sánchez, 2003).

El dolor crónico, por su parte, es aquel que dura más de tres meses o más del tiempo esperado para su curación. En la mayoría de los casos, este no cumple una función utilitaria, dado que persiste después de que el tejido se ha curado, y debilita psicológica y físicamente al individuo (Darnall, 2019). Entre las principales patologías que involucra el dolor crónico se encuentran las cefaleas, el dolor lumbar, el dolor osteomuscular y la fibromialgia (Moix y Casado, 2011).

Las causas del dolor crónico han sido abordadas por diversos especialistas y entre las principales destacan los problemas mecánicos o musculoesqueléticos, los dolores de cabeza, y las cirugías y lesiones (Robinson, 2016). Es importante destacar, además, que estas alteraciones producen, en un primer momento, dolor agudo, es decir, aquel de corta duración y con una función protectora. Sin embargo, la intensificación de estos factores conduce a un cambio en el diagnóstico y a la categorización del mismo como dolor crónico.

Los principales problemas mecánicos que se presentan son el dolor lumbar mecánico, la osteoartritis y la artritis reumatoide. Estos influyen en el desarrollo del síndrome de dolor miofascial, el cual es un tipo de dolor crónico que se caracteriza por la presión prolongada sobre los puntos de activación sensibles en el músculo (Robinson, 2016). Este desencadena, a su vez, la intensificación de sensaciones dolorosas en dicha zona, así como también en otras partes del cuerpo que no se encuentran estrechamente vinculadas, lo que se conoce como dolor referido (Robinson, 2016).

En cuanto a los dolores de cabeza, se encuentran la migraña, el dolor de cabeza tipo analgésico y el dolor de cabeza de tipo siónico como las principales causas del dolor crónico (Robinson, 2016). Estos producen conductas de evitación, así como quejas no verbales por parte del paciente, lo que incrementa su percepción del dolor (Rodríguez, Cano y Blanco, 2000).

Las cirugías, por su parte, contribuyen al desarrollo del dolor crónico cuando este no desaparece después del periodo postoperatorio. El porcentaje de personas afectadas varía de acuerdo al tipo de cirugía; sin embargo, entre las que generan mayores tasas de afectados se encuentran la amputación de un miembro (30%-85%), la aplicación de un bypass coronario (30%-50%) y el reemplazo total de rodilla (hasta 35%) (Darnall, 2019). Asimismo, la inmovilización de un área del cuerpo que ha sufrido una lesión puede producir un tipo de dolor crónico, al cual se le conoce como síndrome regional complejo (SDRC). Este se limita, generalmente, a una extremidad, pero el dolor experimentado es más severo y debilitante de lo que se espera (Robinson, 2016).

En conclusión, el dolor crónico es un trastorno que se caracteriza por la presencia de experiencias sensoriales y emocionales desagradables durante un periodo mínimo de tres meses. Estas no tienen una función utilitaria y debilitan, por lo tanto, la calidad de vida del paciente. El dolor crónico se presenta en diversas áreas del cuerpo a través de patologías, tales como las cefaleas, el dolor lumbar, el dolor osteomuscular y la fibromialgia. Entre sus principales causas se encuentran los problemas musculoesqueléticos, los dolores de cabeza, y las cirugías y lesiones. Dichos factores no solo generan dolor en la zona en la que se produjeron, sino también en otras áreas; este fenómeno se conoce como dolor referido y contribuye, además, a la prolongación del trastorno al ser más difícil de identificar.

Consecuencias psicológicas y físicas del dolor crónico

El dolor crónico, al ser una condición que no solo involucra componentes sensoriales, sino también psicológicos, tiene consecuencias que afectan diferentes aspectos de la vida del individuo. Darnall (2019) plantea que las alteraciones que desencadena el dolor crónico se evidencian a través del desarrollo de otros trastornos psicológicos, tales como la depresión y ansiedad. Asimismo, se señala que entre las principales consecuencias físicas se encuentran cambios en las relaciones entre pares y familia, y pérdidas financieras, las cuales, a su vez, disminuyen la calidad de vida del paciente (Cáceres-Matos, Gil-García, Barrientos-Trigo, Molina y Porcel-Galvez, 2017; Darnall, 2019).

En cuanto al aspecto psicológico, Darnall (2019) señala que las personas que sufren de dolor crónico tienen un mayor riesgo de desarrollar alteraciones que degeneran su salud mental. Esto se debe a que dicho trastorno produce cambios en la conducta y en el procesamiento psicológico del dolor. Por un lado, una persona que sufre de dolor crónico tiende a evitar el estímulo doloroso inmovilizando la región corporal afectada; sin embargo, esta es una conducta desadaptativa, debido a que contribuye a la intensificación del dolor (Ortiz y Velazco, 2017). Por otro lado, este trastorno genera el desarrollo de la catastrofización, una alteración que se caracteriza por el incremento de emociones y pensamientos negativos, y la magnificación del dolor por parte del paciente. Ambos fenómenos producen mayor vulnerabilidad y precipitan, por lo tanto, el desarrollo de trastornos depresivos y de ansiedad (Ortiz y Velazco, 2017). Es por ello que se ha demostrado que el 21% de las personas que padecen de dolor crónico también sufren de depresión y el 45% experimenta ansiedad (Knoerl *et al.*, 2016; Kroenke *et al.*, 2013; Moix y Casado, 2011; Tang, Wright y Salkovskis, 2007; Taylor *et al.*, 2007).

En cuanto a las consecuencias físicas, el paciente experimenta cambios en las relaciones que mantiene con su familia y grupo de pares. Darnall (2019) plantea, por ejemplo, que el dolor crónico constituye la mayor causa de aislamiento social. Esto produce,

por lo tanto, la pérdida de redes de apoyo o la reducción de las mismas únicamente a los cuidadores o familiares de los que depende el paciente (Ortiz y Velazco, 2017). En el caso de niños y adolescentes, Khan *et al.* (como se citó en Cáceres-Matos *et al.*, 2017, p.9) aseguran que “los/las niños/as y adolescentes que padecen dolor pueden negarse a asistir a la escuela, ya que piensan que si salen de casa los síntomas podrían aumentar y les sería difícil permanecer allí durante toda la jornada”. Esto produce que aquellos niños y adolescentes que cuenten con la escuela como su única fuente de interacción disminuyan los vínculos que tenían con sus grupos de pares y se limiten a la relación que mantienen con sus cuidadores (Cáceres-Matos *et al.*, 2017). A esto se suma que estos últimos tiendan a ser sobreprotectores y dediquen excesiva atención al paciente, especialmente, si es que tienen sentimientos de culpa o deseo de ser útiles (Cáceres-Matos *et al.*, 2017). En el caso del adulto mayor, se evidencia un menor contacto con su grupo de pares no solo por la presencia del dolor crónico, sino también por la disminución de sus funciones vitales tales como el oído, la vista o la memoria (Franco y Seoane de Lucas, 2001). Sin embargo, se ha demostrado que aquellos que no cuentan con un ambiente que propicie estabilidad personal y familiar tienden ejercer el chantaje, con el fin de obtener mayor atención por parte de sus cuidadores (Franco y Seoane de Lucas, 2001).

Otra de las consecuencias físicas son los problemas económicos y pérdidas financieras que experimentan el paciente y su familia. El dolor crónico produce un impacto significativo en la economía del paciente, debido a que gran parte de sus ingresos o reservas económicas es destinada a costear los tratamientos, los cuales no son económicos ni accesibles en todos los países (Moix y Casado, 2011). Por ejemplo, según Anderson (como se citó en Moix y Casado, 2011), solo los costes asociados al dolor lumbar crónico en Europa representan entre el 1.7% y el 2.1% del Producto Bruto Interno anual y más del 70% son generados por 20% de los pacientes cuyo cuadro es más crónico. Las mencionadas dificultades económicas están asociadas, a su vez, al desarrollo de trastornos depresivos, los cuales se intensifican con el pasar de los meses si es que el paciente no logra encontrar una fuente de ingresos económicos alterna o si se siente forzado por su condición a trabajar con menor frecuencia (Álvaro, Guedes, Garrido, De Figueiredo y Campos, 2012).

Por otro lado, se han realizado estudios en mujeres adultas que sufren de dolor crónico y se ha demostrado el impacto negativo de este trastorno en la realización de tareas domésticas y laborales, lo que desencadena, a su vez, en la disminución de ingresos económicos. Por ejemplo, Lasso, Cruz, Sánchez y Toncel (como se citó en Ordóñez-Hernández, Contreras-Estrada y González Baltazar, 2017) concluyeron, a través de un estudio llevado a cabo en Colombia, que 82.7% de las mujeres participantes manifestaron que el dolor crónico osteomuscular interfería con la realización de sus actividades diarias y

con su trabajo. Asimismo, De Souza *et al.* (como se citó en Ordóñez-Hernández *et al.*, 2017) evidenciaron, a través de un estudio realizado en Brasil con la participación de 498 enfermeras, que el dolor músculoesquelético influye en la disminución de la capacidad y disposición para trabajar. Esto, a su vez, produce menor satisfacción con el entorno laboral y puede llegar a generar un aumento en la catastrofización del dolor (Ordóñez-Hernández *et al.*, 2017).

En síntesis, el dolor crónico tiene consecuencias que afectan el desarrollo psicológico y físico del paciente, así como la dinámica familiar. Entre las principales consecuencias psicológicas se encuentran el desarrollo de trastornos mediados por cambios en la conducta y el procesamiento psicológico del individuo. Por otro lado, entre las consecuencias físicas, destacan los cambios en las relaciones familiares y con el grupo de pares, los cuales son influidos por el aislamiento social del paciente. Asimismo, destaca el incremento de dificultades económicas, el cual se perpetúa por el alto costo de medicamentos farmacológicos y por la disminución de horas de trabajo desde la aparición del dolor. El impacto del dolor crónico se manifiesta en diversos grupos etarios y, por lo tanto, es necesario garantizar un ambiente de estabilidad familiar al paciente que permita el desarrollo de conductas adaptativas para el afrontamiento del mismo.

Rol de los factores psicológicos en el desarrollo del dolor crónico

El dolor crónico es una experiencia subjetiva y compleja, debido a que no solo es influenciado por factores biológicos y sociales, sino también psicológicos (Ehde *et al.*, 2014; Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008). Estos últimos son fundamentales, dado que, además de formar parte de las consecuencias del dolor crónico como se mencionó anteriormente, también se presentan simultáneamente a este y contribuyen a la perpetuación del ciclo del dolor (Darnall, 2019).

El ciclo del dolor crónico constituye un conjunto de procesos que explican el desarrollo del dicho trastorno. Este ciclo es iniciado por una herida, cirugía u otra de las causas mencionadas anteriormente. Seguidamente, dichos factores generan sensibilidad en el Sistema Nervioso Central y Periférico del paciente, lo que provoca una mayor recepción de neurotransmisores del dolor. Esta sensibilidad produce un cambio en la conducta a través del desarrollo de pensamientos desadaptativos, lo cual puede desencadenar en ansiedad, depresión o ira (Darnall, 2019). No obstante, estos factores psicológicos, si no son tratados, también acrecientan el malestar y la sensación de dolor, ya que intensifican conductas y pensamientos negativos, así como la sensibilidad corporal del paciente de una manera particular (Darnall, 2019).

La ansiedad, según Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) alude a una emoción incómoda producto de manifestaciones físicas y mentales que no corresponden a peligros reales, sino que se presentan a través de periodos de tensión o crisis que pueden generar pánico en el individuo. La relación entre ansiedad y dolor crónico ha sido expuesta desde diversas perspectivas. En primer lugar, especialistas afirman que la ansiedad influye en el grado de tensión muscular, ya que perpetúa la activación de nociceptores (receptores de la sensación de dolor) en la zona adolorida, lo cual genera la intensificación del dolor. (Cáceres-Matos *et al.*, 2017; Fridlund, Hatfield, Cottam, y Fowler, 1986; Guitart y Giménez-Crouseilles, 2002; Truyols *et al.*, 2008). Este fenómeno se evidencia en mayor magnitud en los adolescentes, por lo que se considera que la ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes en individuos de dicho grupo etario que padecen de dolor crónico (Cáceres-Matos *et al.*, 2017). En segundo lugar, se afirma que la ansiedad forma parte del estrés que surge producto de un dolor, lo que significa que esta contribuye a disminuir el nivel de tolerancia del individuo y perpetúa dicha sensación de dolor e incomodidad (Moix, 2005; Truyols *et al.*, 2008). Por último, desde el enfoque atencional, se afirma que la ansiedad produce mayor focalización atencional, es decir, promueve que el paciente identifique con mayor facilidad las áreas donde siente dolor y realice evaluaciones más catastróficas del mismo (Asmundson, Kuperos y Norton, 1997; Truyols *et al.*, 2008).

La depresión, según la Asociación Americana de Psiquiatría (como se citó en Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005), es un trastorno que se caracteriza por un estado de tristeza constante, así como por la falta de interés y placer en la realización de actividades cotidianas durante un periodo mínimo de dos semanas. La relación entre depresión y dolor crónico ha sido abordada también desde diferentes teorías, las cuales disientan en ciertos rasgos. En primer lugar, desde el modelo psicodinámico, Merskey y Spear (como se citó en Truyols *et al.*, 2008) consideran al dolor crónico como una consecuencia de la enfermedad depresiva y a esta última como el trastorno primario. En segundo lugar, desde el modelo conductual, se considera que el dolor crónico produce la disminución de las capacidades del individuo para la realización de actividades reforzantes, lo que desencadena en un estado depresivo (Truyols *et al.*, 2008). Por último, el enfoque cognitivo-conductual involucra el elemento cognitivo a los avances realizados desde el modelo conductual y considera a este elemento como mediador no solo en la intensificación de trastornos depresivos, sino también en la perpetuación de la sensación de dolor crónico (Truyols *et al.*, 2008).

El modelo cognitivo-conductual resulta ser el más vigente y sustentado por los especialistas en comparación con el psicodinámico y el conductual. Por un lado, el modelo psicodinámico es considerado insuficiente, debido a que se enfoca únicamente en la

influencia del estado depresivo sobre el dolor crónico y elimina, por lo tanto, la relación bidireccional entre ambos trastornos (Truyols *et al.*, 2008). Por otro lado, el modelo conductual, a pesar de brindar mayor presencia al dolor crónico, sugiere que la conexión entre este y un estado depresivo es únicamente la alteración de la conducta (Truyols *et al.*, 2008). En cambio, el modelo cognitivo-conductual no solo se enfoca en los cambios conductuales, sino también en las variables cognitivas y considera que estas influyen en el surgimiento de trastornos depresivos, así como en la intensificación del dolor crónico.

Una de las variables cognitivas que aborda el enfoque cognitivo-conductual es la de las distorsiones negativas, las cuales constituyen un elemento único en pacientes con dolor crónico que sufren de depresión (Romano y Turner, 1985; Tuyols *et al.*, 2008). Entre las más frecuentes se encuentran el temor a moverse por miedo a una lesión, la convicción de estar enfermo, la catastrofización y la magnificación de los recuerdos de dolor. Estos son considerados factores determinantes en el surgimiento de trastornos depresivos en pacientes con dolor crónico y, además, se encuentran directamente relacionadas a la intensidad del dolor y discapacidad del paciente (Covington, 1991; Reeves, 2000; Tuyols *et al.*, 2008).

La ira, según Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane (como se citó en Remor, Amorós y Carrobles, 2006), alude a un estado emocional caracterizado por la presencia de sensaciones de enojo, irritación o rabia, las cuales se expresan simultáneamente a la activación del sistema nervioso autónomo. La influencia de la ira en el dolor crónico ha sido estudiada ampliamente. Se afirma que este sentimiento es perpetuado por la frustración del paciente frente a su condición, así como por la existencia de escasos tratamientos eficaces que eliminen o disminuyan las quejas somáticas del individuo (Berkowitz, 1990; Tuyols *et al.*, 2008). Desde el modelo psicobiológico, se afirma que la ira perpetúa el dolor crónico, debido a que afecta la capacidad del Sistema Nervioso Central para liberar endorfinas, lo que incrementa la sensibilidad al dolor y reduce la tolerancia del paciente (Beutler, Engle, Oro-Beutler, Daldrup y Meredith, 1986; Tuyols *et al.*, 2008).

Asimismo, se ha evidenciado una relación estrecha entre la ira, depresión y ansiedad. Beutler (como se citó en Tuyols *et al.*, 2008), por ejemplo, sostiene que la reducción de endorfinas provocada por la ira contenida afecta también el Sistema Inmunológico, ya que disminuye la producción de células "natural killer"; esto genera, a su vez, la reducción de las defensas del paciente contra diversas enfermedades, tales como la depresión. Por otro lado, se sostiene que la ira también se presenta como una respuesta desadaptativa del paciente ante la depresión, ausencia de apoyo social y ansiedad (Truyols *et al.*, 2008). Esto implica un bloqueo de los pensamientos positivos o de aceptación del

dolor en el paciente, así como la priorización de aquellos que resultan negativos y que aumentan su percepción del dolor.

En síntesis, los factores psicológicos como la depresión, ansiedad e ira influyen en el desarrollo y perpetuación del dolor crónico, debido a que intensifican pensamientos negativos y conductas desadaptativas, tales como el aislamiento y la inmovilización. Estos, a su vez, generan una mayor percepción y sensibilidad, así como una menor tolerancia por parte del paciente ante los estímulos dolorosos. Asimismo, debilitan el Sistema Inmunológico a través de la reducción de endorfinas liberadas. Es por ello que resulta necesario afrontar el trastorno del dolor crónico a través de tratamientos que hagan frente a la depresión, ansiedad e ira mediante la sustitución de conductas y pensamientos negativos por otros más adaptativos.

Capítulo 2

Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor crónico

En el presente capítulo se analiza la terapia cognitivo-conductual (TCC), un tratamiento psicoterapéutico utilizado para afrontar el dolor crónico. Para ello, se describen las principales formas a través de las cuales se administra: individual y grupal, así como las técnicas más utilizadas, tales como las de relajación, reestructuración cognitiva, y organización del tiempo y actividades reforzantes. Asimismo, se hace hincapié en la importancia de dicho tratamiento al reconocer la influencia de variables psicológicas en el desarrollo del dolor crónico. Finalmente, se detallan recientes investigaciones a través de las cuales se abordan los beneficios de la TCC a lo largo del tiempo, así como su eficacia en comparación con otros tratamientos, tales como la biorretroalimentación, y la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

La TCC y sus formas de aplicación

La terapia cognitivo conductual (TCC) constituye el tratamiento exento de fármacos más estudiado y utilizado en el afrontamiento de diversas alteraciones de la salud mental (Mehta, 2018). La TCC hace referencia a un procedimiento derivado de la psicoterapia que se enfoca en el acompañamiento al paciente, con el fin de que este identifique, y sustituya conductas y pensamientos negativos por otros más adaptativos que lo conduzcan a un balance y bienestar psicológico (Mehta, 2018). Se ha demostrado que este tratamiento es eficaz para contrarrestar trastornos depresivos, de ansiedad, así como el trastorno por estrés postraumático y el dolor crónico (Ehde *et al.*, 2014).

La incorporación de la TCC como un tratamiento para el dolor crónico tiene como antecedente la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck en la década de 1970, con el fin de hacer frente a la depresión (Ehde *et al.*, 2014). Este avance incrementó el interés de los especialistas en incorporar técnicas cognitivas a las terapias conductuales utilizadas para minimizar el dolor crónico (Ehde *et al.*, 2014). Es por ello que, desde hace aproximadamente 30 años, se desarrolla un área de investigación científica especializada en la TCC y en el rol de los factores cognitivos que esta involucra en la disminución del mencionado trastorno (Ehde *et al.*, 2014).

En el campo del dolor crónico, la TCC se basa en dos principios. Por un lado, se sostiene en la idea de que los desórdenes psicológicos son mediados por cogniciones distorsionadas y conductas desadaptativas. Por otro lado, se sustenta en la teoría del aprendizaje, la cual establece que aquellos pensamientos y comportamientos pueden ser moderados por parte de estímulos ambientales y sociales (Ehde *et al.*, 2014). Bajo estas premisas, la TCC involucra diversas técnicas que permiten que el paciente desarrolle

habilidades para hacer frente a su condición (Fateme, Tooraj, Mostafa, Marzyeh y Farshad, 2016).

Actualmente, la TCC se suministra a través de sesiones diseñadas para atender las necesidades de cada paciente. Es por ello que se toma en consideración su estado físico y emocional, y se analiza si este ha sufrido o sufre de otras alteraciones, tales como depresión o trastorno por estrés postraumático (Ortiz y Velazco, 2017). No obstante, existe un protocolo a través del cual se detallan las dos formas básicas de aplicación de dicho tratamiento, así como la frecuencia de las sesiones (Moix y Casado, 2011). Este cumple una función utilitaria, pues es considerado un marco de referencia que permite que los especialistas organicen cada sesión sin desviarse del objetivo principal de la TCC: modificar conductas y pensamientos negativos que perpetúan el estrés y la sensación de dolor. (Mehta, 2018).

El protocolo actual incluye el desarrollo de 10 sesiones grupales y 2 sesiones individuales de 90 minutos cada una, las cuales se realizan, generalmente, 1 vez por semana (Beissner *et al.*, 2009; Moix y Casado, 2011). Cada sesión grupal consta de tres etapas. Durante la primera etapa, se recuerdan las tareas que se asignaron para la sesión anterior, se explican los objetivos de la presente sesión y el especialista enseña técnicas específicas, tales como las de relajación, la reestructuración cognitiva, y la organización del tiempo y actividades reforzantes, con el fin de mejorar el afrontamiento del dolor (Beissner *et al.*, 2009; Moix y Casado, 2011). Durante la segunda etapa, se les informa a los pacientes acerca de los diversos efectos que el componente cognitivo (pensamientos, creencias, actitudes), emocional (miedo por la sensación de dolor) y conductual (inmovilidad) pueden generar en el desarrollo del dolor crónico (Beissner *et al.*, 2009). Por último, se proponen las tareas que el paciente debe realizar por su cuenta hasta la siguiente sesión y se hace énfasis en el rol activo del paciente para controlar su dolor, así como su adaptación al mismo (Beissner *et al.*, 2009; Moix y Casado, 2011). En cuanto a las sesiones individuales, es importante destacar que una se lleva a cabo en la mitad del tratamiento y la otra se realiza al finalizar. Durante cada una, se refuerzan los conocimientos adquiridos y las técnicas explicadas durante las sesiones anteriores. Asimismo, se resuelven las dudas que el paciente no ha comentado durante las sesiones grupales (Moix y Casado, 2011).

No obstante, existen escenarios particulares que no brindan las condiciones para el desarrollo de sesiones grupales y, es por ello, que, en estos casos, resulta más conveniente el suministro de un tratamiento individual. Por un lado, si la disponibilidad del paciente no le permite unirse a un grupo que se reúne en un horario específico, la TCC individual constituirá una opción más conveniente, pues maximizará su participación y la culminación del tratamiento (Thorn y Kuhajda, 2006). Por otro lado, si el paciente sufre de problemas

interpersonales crónicos que afectan la dinámica del grupo, tales como el trastorno de límite de personalidad, es preferible que se le suministre TCC individual (Thorn y Kuhajda, 2006). Sin embargo, es importante destacar que un paciente que cuenta con personalidad introvertida y sensaciones de aislamiento no debe ser considerado bajo el mencionado diagnóstico. Esto se debe a que su comportamiento no resulta ser perturbador para el grupo; por el contrario, este puede ser tratado a través de la socialización con otros pacientes que comparten dolores crónicos similares (Thorn, 2004).

Por su parte, el tratamiento predominantemente grupal propuesto en el protocolo actual resulta ser más eficaz para los pacientes cuya situación no corresponde a los dos escenarios descritos (Thorn y Kuhajda, 2006). Por un lado, esta forma de aplicación de la TCC tiene un propósito educativo, pues se le brinda al paciente la oportunidad de aprender de la situación y de los tipos de dolor crónico que presentan los otros miembros del grupo (Thorn y Kuhajda, 2006). Por ejemplo, cuando un individuo logra identificar un patrón de creencias negativas y empieza a cambiar su forma de pensar, sus compañeros son testigos de dicho proceso y de los resultados de la terapia (Thorn, 2004). De esta forma, existe una mayor probabilidad de que cada individuo comprenda el propósito de la sesión y aplique las técnicas desarrolladas a su propia situación (Thorn y Kuhajda, 2006). Por otro lado, las sesiones grupales tienen como propósito brindar apoyo emocional a partir de la socialización entre los participantes. Al incorporar en cada sesión el debate interactivo, ejercicios de relajación y la planificación de actividades en conjunto, se promueve que los individuos compartan pensamientos y sentimientos con personas que experimentan situaciones similares, lo que les otorga más confianza a aquellos que frecuentemente se sienten solos y que no son comprendidos por sus familiares o amigos (Darnall, 2019; Thorn y Kuhajda, 2006).

Para organizar a los pacientes, se debe considerar que, idealmente, el grupo debe estar compuesto por 7 personas. De esta forma, la socialización no disminuirá si se retiran algunos miembros y, si todos asisten frecuentemente, se contará con tiempo suficiente para que cada uno sea escuchado (Thorn, 2004; Thorn y Kuhajda, 2006). Por otro lado, es frecuente que existan disparidades en cuanto a la edad y al género (es más frecuente que la mayoría de los miembros sean mujeres); sin embargo, estas no constituyen un obstáculo para la interacción entre los pacientes, debido a que el dolor crónico experimentado es el factor que unifica a todos los miembros del grupo. Es por ello que se puede afirmar que pacientes de 20 años logran interactuar a lo largo de todo el tratamiento con compañeros de 60 o 70 años (Thorn, 2004).

En síntesis, la TCC es un tratamiento que se enfoca en garantizar la estabilidad mental y emocional del paciente a través de la sustitución de conductas y pensamientos

negativos por otros más adaptativos. Este es el tratamiento psicoterapéutico más difundido, debido a que permite hacer frente a diversas alteraciones, tales como la depresión, el trastorno por estrés postraumático y el dolor crónico. La TCC se suministra, generalmente, a través de 10 sesiones grupales y 2 individuales. Esta forma de aplicación resulta ser la más eficaz, debido a que garantiza la interacción entre los participantes y el apoyo mutuo. Sin embargo, si el paciente sufre de problemas interpersonales crónicos o si su disponibilidad no le permite asistir a terapia en un horario específico, la TCC individual constituirá un tratamiento más pertinente.

Beneficios de las principales técnicas de la TCC contra el dolor crónico

La TCC incluye el desarrollo de diversas técnicas, a través de las cuales se consigue atenuar la sensación de dolor crónico bajo la premisa de que el paciente desarrolle habilidades para erradicar conductas y pensamientos negativos (Fateme *et al.*, 2016). Entre las principales técnicas se encuentran las de relajación, la reestructuración cognitiva, y la organización del tiempo y actividades reforzantes (Moix y Casado, 2011).

En primer lugar, las técnicas de relajación hacen referencia a ejercicios psicoterapéuticos utilizados para reducir la tensión muscular y la ansiedad, así como para aumentar la resistencia al estrés (Crăciun, 2016). Según Lazarus (como se citó en Crăciun, 2016), el uso de dichas técnicas se fundamenta en el principio de que el desenvolvimiento del ser humano está mediado por estados alternados de actividad y descanso, tensión y recreación, así como paz y conflicto. Sin embargo, cuando el paciente sufre de dolor crónico, los estados de tensión aumentan y se producen cambios a nivel cerebral. Estos, a su vez, se manifiestan a través del aumento de las funciones adrenérgicas, tales como la frecuencia cardíaca, respiratoria, así como la actividad metabólica, por lo que el paciente tiende a desarrollar ansiedad (Crăciun, 2016; Moix y Casado, 2011). Sin la presencia de las técnicas de relajación, se desarrollaría un círculo vicioso; no obstante, estas, al contribuir a la erradicación de pensamientos que generan tensión y ansiedad, evitan que dichos factores perpetúen la percepción de dolor crónico (Moix y Casado, 2011).

Entre las técnicas de relajación más difundidas se encuentran el entrenamiento autógeno y la relajación muscular progresiva. De acuerdo con Stetter y Kupper (como se citó en Crăciun, 2016), el entrenamiento autógeno fue introducido por Schultz en 1912 y tiene como objetivo promover que el paciente se desconecte de las sensaciones corporales a través de ejercicios fisiológicos. Entre los principales efectos físicos, Linden (como se citó en Crăciun, 2016) detalla la reducción de los niveles de colesterol y de los niveles de azúcar en la sangre, así como la regulación del metabolismo basal, lo que repercute en la disminución de los síntomas de ansiedad e, indirectamente, en la sensación de dolor crónico.

Por otro lado, la relajación muscular progresiva fue una técnica propuesta por Jacobson (Crăciun, 2016). Esta se basa en el principio de que la intensidad de las reacciones emocionales está mediada por el estado de estrés en el que se encuentra el paciente. Por lo tanto, al minimizar este último a través de la liberación de la tensión muscular, también disminuyen los impulsos interoceptivos y propioceptivos que fortalecen las respuestas emocionales intensas que influyen en la catastrofización del dolor crónico (Crăciun, 2016). Según Nicassio y Bootzin (como se citó en Crăciun, 2016), esto se produce, debido a que, cuando los músculos se encuentran relajados, el cerebro se libera de la excitación excesiva que bloquea las funciones de razonamiento y de toma de decisiones, y que eleva los estados emocionales intensos, tales como la ira y la ansiedad.

La técnica de relajación más utilizada para hacer frente al dolor crónico es la de Jacobson. Esta es introducida por el especialista en las sesiones de TCC y es recomendada para su realización continua por parte del paciente después de culminar todas las sesiones prescritas (Moix y Casado, 2011). Al iniciar la sesión, el especialista suele explicar la relación entre dolor crónico y tensión muscular. Seguidamente, se realizan ejercicios de respiración abdominal o visualización de imágenes, los cuales permiten que el individuo libere la tensión y relaje sus músculos, con el fin de disminuir pensamientos que aumenten el estrés psicológico y la ansiedad e, indirectamente, el dolor crónico. Al finalizar la sesión, se le instruye cómo realizar los ejercicios por su cuenta y se le recomienda que los practique diariamente (Moix y Casado, 2011).

En segundo lugar, Kerns, Sellinger y Goodin (como se citó en Knoerl *et al.*, 2016) sostienen que la reestructuración cognitiva es una técnica psicoterapéutica que consiste en sustituir los pensamientos negativos que surgen de manera automática por otros menos perniciosos que conduzcan a conductas adaptativas. En el campo del dolor crónico, esta es una de las técnicas más beneficiosas para reducir la catastrofización asociada a este trastorno, lo que, a su vez, produce otros efectos (Jensen *et al.*, 2011). Por un lado, disminuye la interferencia del dolor crónico en las actividades cotidianas del paciente y aumenta su estado de ánimo (Jensen *et al.*, 2011). Por otro lado, erradica conductas desadaptativas, tales como el aislamiento y la inmovilización, las cuales perpetúan los trastornos depresivos (Del Río *et al.*, 2015).

La reestructuración cognitiva consta de dos etapas. En un primer momento, se explica al paciente que los seres humanos interpretan la realidad de diferentes maneras y algunas de ellas suelen ser subjetivas e irracionales, por lo cual se producen distorsiones cognitivas. Además de ello, se le hace notar que dichas interpretaciones tienen gran influencia en las emociones que expresa el individuo (Moix y Casado, 2011). Por lo tanto, en la segunda parte del proceso, el paciente identifica emociones que tienden a perpetuar el

dolor crónico, tales como el miedo, la ira y la culpa. Seguidamente, se le hace notar aquellos pensamientos desadaptativos que se manifiestan producto de las emociones mencionadas. Entre los más frecuentes se encuentran creencias como “no voy a poder curarme nunca” o “siempre voy a tener dolor”. Finalmente, el paciente, instruido por el especialista, modifica gradualmente dichos pensamientos y los sustituye por otros que conducen a un estado de menor tensión y de ansiedad (Casado y Laguna-Bonilla, 2017).

Dado que la reestructuración cognitiva se enfoca en reinterpretar las experiencias desde un enfoque positivo y eliminar pensamientos negativos involuntarios, se considera que esta técnica es la que cumple en mayor proporción el objetivo principal de la TCC. Sin embargo, actualmente, es la menos difundida en los centros de salud. (Fateme *et al.*, 2016; Kerns *et al.*, 2011; Knoerl *et al.*, 2016).

Por último, la programación gradual de actividades consiste en el acompañamiento al paciente en la estructuración de actividades según su ritmo y el límite al que este puede llegar (Kerns *et al.*, 2011; Knoerl *et al.*, 2016). El principal beneficio de esta técnica es que el paciente logra implementar actividades placenteras a su rutina diaria, tales como el ejercicio físico o las actividades de ocio, las cuales son las primeras que generalmente se suprimen cuando el individuo siente dolor y desgano (Moix y Casado, 2011).

Esto es importante, debido a dos razones. En primer lugar, porque, al desarrollar actividades lúdicas, el paciente consigue reducir pensamientos que perjudican su salud mental y vuelve a integrarse progresivamente a sus círculos sociales o laborales (Kerns *et al.*, 2011; Knoerl *et al.*, 2016; Moix y Casado, 2011). En segundo lugar, debido a que esta técnica permite al paciente sobrellevar su dolor. En otras palabras, no se erradica la sensación de dolor crónico; sin embargo, sí aumenta el rendimiento del individuo al realizar sus actividades cotidianas (Kerns *et al.*, 2011; Knoerl *et al.*, 2016).

Durante las sesiones de TCC, el especialista le recomienda al paciente actividades que puede realizar diariamente teniendo en cuenta su estado físico y considerando si es que sufre de otros trastornos (Kerns *et al.*, 2011; Knoerl *et al.*, 2016). Seguidamente, este último es guiado en el desarrollo de estrategias de planificación, con el fin de hacer frente a la sensación de falta de tiempo producto del enlentecimiento de las actividades durante los periodos de mayor percepción de dolor crónico (Moix y Casado, 2011). Por lo tanto, el paciente consigue priorizar actividades placenteras y logra establecer un balance entre su vida laboral y el ocio (Fateme *et al.*, 2016).

En síntesis, el tratamiento del dolor crónico a través de la TCC no implica un único procedimiento, sino que involucra el desarrollo de diversas técnicas, tales como las de relajación, reestructuración cognitiva, y organización del tiempo y actividades reforzantes.

Dichas estrategias se caracterizan por no limitarse a abordar el dolor crónico desde un enfoque biomédico. Por el contrario, destaca el análisis de aquellas variables psicológicas que influyen en el desarrollo y la perpetuación de dicho trastorno. Especialmente, se orientan a la reducción de creencias y pensamientos negativos que perpetúen el miedo, tensión y ansiedad, con el fin de minimizar, a su vez, la percepción de dolor crónico.

Beneficios de la TCC en el tratamiento del dolor crónico a lo largo del tiempo

Actualmente, existe un campo de investigación dedicado al análisis de los efectos a largo plazo de la TCC. En el campo del dolor crónico, los resultados son alentadores, pues se ha evidenciado la eficacia de este tratamiento en periodos que oscilan entre los 3 meses hasta los 3 años (Ehde *et al.*, 2014; Ólason, Andrason, Jónsdóttir, Kristbergsdóttir y Jensen, 2018). Los principales factores evaluados, además de la sensación de dolor crónico, son la sensación de discapacidad, los síntomas de depresión y los problemas de socialización desarrollados simultáneamente al dolor crónico.

Richmond *et al.* (2015), por ejemplo, afirman que la TCC tiene beneficios a largo plazo respecto a la reducción del dolor lumbar crónico y la sensación de discapacidad. Ellos realizaron una revisión de 23 investigaciones que suman 3359 participantes con dolor lumbar crónico. A través de dicho estudio, llegaron a la conclusión de que aquellos pacientes que recibieron TCC experimentaron una disminución del 30% de su dolor lumbar crónico en comparación con aquellos a los que no se les suministró tratamiento alguno (Richmond *et al.*, 2015). Además, a partir de un seguimiento durante 54 semanas, se comprobó que, en el primer grupo, la sensación de discapacidad y de dolor lumbar crónico continuaba siendo mínima (Richmond *et al.*, 2015). Esto evidencia que la TCC es un tratamiento clínicamente efectivo y que resulta beneficiosa su utilización para hacer frente a este tipo de dolor.

Asimismo, Yoshino *et al.* (2015) sostienen que la TCC presenta efectos beneficiosos a largo plazo respecto a los trastornos depresivos y problemas de socialización desarrollados simultáneamente al dolor crónico. Ellos realizaron un estudio en el que organizaron a 64 participantes que padecían de dolor crónico en dos grupos de 32. El primero fue el grupo de control mientras que al segundo se le suministraron 12 sesiones de TCC grupal. A ambos se les realizó seguimiento durante 12 meses después del tratamiento (Yoshino *et al.* 2015). A través de este estudio, se evidenció que aquellos a los que se le suministró TCC experimentaron una reducción significativa de la sensación de dolor crónico y de los síntomas de depresión. Asimismo, mejoraron sus habilidades sociales, dado que el tratamiento grupal contrarrestó las conductas de aislamiento. Además, se demostró que

dichos efectos beneficiosos se mantuvieron 12 meses después del tratamiento (Yoshino *et al.* 2015), lo que permite respaldar el uso de la TCC por su efectividad a largo plazo.

En cuanto a los beneficios a largo plazo que presenta este tratamiento en los grupos humanos más jóvenes, también se han encontrado resultados alentadores. Por ejemplo, Palermo *et al.* (como se citó en Ehde *et al.*, 2014) realizaron un meta-análisis psicológico enfocado en niñas y adolescentes. Por medio de dicho estudio, se concluyó que, en comparación con individuos que no recibieron tratamiento, aquellos a los que se les suministró una terapia cognitivo-conductual para afrontar el dolor crónico mejoraron más del 50% y esta mejora se mantuvo por más de 3 meses después de las sesiones (Ehde *et al.*, 2014).

Por otro lado, se ha analizado la eficacia a largo plazo de la TCC en conjunto con la aplicación de otros tratamientos, tales como la rehabilitación estándar, y se ha demostrado que la TCC presenta beneficios superiores. Por ejemplo, Tlach y Hampel (como se citó en Ólason *et al.*, 2018) realizaron un estudio en el que organizaron en dos grupos a participantes que padecían dolor lumbar crónico y depresión. Mientras que al primer grupo se le suministró rehabilitación estándar, al segundo se le aplicó, además, TCC. A través de este estudio, se demostró que, después de 6 meses, había diferencias significativas entre ambos grupos, siendo el segundo el que experimentó no solo una mejora superior respecto a la sensación de dolor crónico, sino también respecto a los síntomas de depresión desarrollados simultáneamente (Ólason *et al.*, 2018). Además, estas diferencias se mantuvieron después de 2 años, por lo que se concluye que la incorporación de la TCC a una terapia de rehabilitación estándar es más recomendable que la sola aplicación de este último tratamiento, debido a que los beneficios psicológicos de la TCC se mantienen a lo largo del tiempo (Ólason *et al.*, 2018).

Los mismos autores respaldan los resultados obtenidos por Tlach y Hampel a través de un estudio en el que suministraron rehabilitación estándar a dos grupos de pacientes con dolor crónico idiopático y depresión. No obstante, a uno de ellos se le aplicó, además, TCC mediante sesiones individuales (Ólason *et al.*, 2018). A través de este estudio, se demuestra que, después de 1 año, ambos grupos experimentaron mejoras respecto a la sensación de dolor y a los síntomas depresivos manifestados al inicio del estudio (Ólason *et al.*, 2018). Sin embargo, después de 3 años, se evidenciaron diferencias significativas y aquellos a los que se le suministró TCC contaron con menores síntomas de depresión (Ólason *et al.*, 2018), lo que repercute en una reducción del dolor crónico a un nivel mínimo.

En síntesis, la TCC presenta efectos beneficiosos a largo plazo en cuanto a la reducción del dolor crónico. Estos se evidencian, principalmente, entre 3 meses hasta 3

años después de finalizado el tratamiento y son superiores a los de otras terapias, tales como la rehabilitación estándar. Esto se produce, debido a que no solo perpetúan la reducción del dolor crónico, sino también minimizan la sensación de discapacidad y los trastornos depresivos que tienden a presentarse simultáneamente al mencionado trastorno.

Eficacia de la TCC sobre tratamientos alternativos para el dolor crónico

La eficacia de la TCC también ha sido estudiada en comparación con otros tratamientos. En primer lugar, diversos especialistas han analizado los efectos de la TCC en comparación con los de la biorretroalimentación. Esta última hace referencia a una técnica a través de la cual se monitorean actividades fisiológicas, con el fin de brindar al paciente información, de manera auditiva o visual, sobre cómo estas actúan en su cuerpo y cómo el individuo puede controlarlas voluntariamente (Naranjo, García y Companioni, 1999).

En el campo del dolor crónico, especialistas hacen uso de esta técnica bajo la premisa de que los sistemas naturales de regulación fisiológica presentan disfunciones que causan este trastorno y, por lo tanto, la biorretroalimentación tiene como fin reestablecer dicha auto-regulación (Moix y Casado, 2011). La biorretroalimentación es utilizada, principalmente, para hacer frente a dolores crónicos de cabeza, tales como la cefalea tensional y la migraña, y se ha demostrado que logra reducir entre el 30% y 60% de la sensación de dolor (Ehde *et al.*, 2014; Moix y Casado, 2011). No obstante, al existir un vacío en cuanto a los mecanismos en los que se basan sus efectos, no hay sustento empírico para concluir la efectividad de esta técnica (Moix y Casado, 2011). Por el contrario, se ha evidenciado que necesita de otras, tales como las técnicas de relajación de la TCC, para aliviar el dolor crónico a largo plazo (Ehde *et al.*, 2014).

Por ejemplo, Aggarwal *et al.* (como se citó en Ehde *et al.*, 2014), a través de un estudio, concluyeron que las técnicas de relajación, ya sean utilizadas junto con la biorretroalimentación o sin esta, produjeron mejoras en la reducción del dolor de cabeza crónico durante más de tres meses. Esto significa que la biorretroalimentación no presenta resultados superiores que la sola aplicación de técnicas de relajación o la realización conjunta de ambos tratamientos. Estos resultados se extienden hacia otros tipos de dolor crónico. Por ejemplo, Sveinsdottir, Eriksen y Reme (2012) concluyeron que la biorretroalimentación resulta ser un tratamiento beneficioso para aliviar el dolor lumbar crónico, pues reduce el nivel percibido de discapacidad, las creencias adaptativas sobre el dolor y el nivel de depresión; sin embargo, no presenta efectos superiores que la sola aplicación de las técnicas de relajación de la TCC.

En segundo lugar, se ha comparado la efectividad de la TCC respecto a la de otro tratamiento psicoterapéutico: la terapia de aceptación y compromiso (ACT). De acuerdo con

Darnall (2019), la ACT tiene como objetivo que el paciente que sufre de dolor crónico acepte la situación en la que se encuentra, lo que incluye no solo aceptar el sufrimiento, sino también las opciones disponibles para reducirlo. Asimismo, la ACT guía al individuo y le ayuda a aclarar qué es lo más significativo para él. De esta manera, lo motiva al cambio personal y a realizar lo que esté a su alcance para lograr sus objetivos vitales, es decir, lo que el más valora en su vida (Darnall, 2019). Entre las técnicas más frecuentes que involucra la ACT se encuentran la identificación de pensamientos negativos y su vocalización con un tono cada vez más desapasionado, la repetición de pensamientos negativos en voz alta hasta que solo quede un sonido y el tratar a los pensamientos como una observación externa brindándoles forma, tamaño y color (Darnall, 2019).

En cuanto a su eficacia para reducir el dolor crónico, Wicksell *et al.* (como se citó en Darnall, 2019) demostró, mediante un estudio en el que aplicó ACT durante 12 semanas a pacientes con fibromialgia, que esta técnica permitió reducir el dolor relacionado a las sensaciones de discapacidad y depresión, y mejoró la autoeficacia, lo que disminuyó la fibromialgia experimentada. No obstante, de acuerdo con Öst (como se citó en Darnall, 2019), los efectos de esta terapia no han resultado ser superiores a los de la TCC respecto a la reducción del dolor crónico.

Fateme *et al.* (2016), por su parte, respaldan lo afirmado por Öst a través de un estudio en el que se comparó la TCC con la ACT. Para este, se contó con el apoyo de tres grupos de 12 pacientes cada uno. Cabe destacar que a todos los pacientes se les había diagnosticado dolor crónico. A un grupo se le suministró la TCC durante 11 sesiones de 45 minutos cada una; a otro, la ACT durante 8 sesiones de 30 minutos cada una y el tercer grupo fue de control. Una de las conclusiones más relevantes a las que se llegó fue que, después del tratamiento, los pacientes que recibieron TCC y ACT experimentaron una considerable disminución de la sensación de dolor crónico, mucho más que el grupo de control. Sin embargo, la TCC logró reducir en mayor magnitud dicha sensación que la ACT en todos los casos (Fateme *et al.*, 2016). Esto significa que, a pesar de la efectividad de la ACT, la TCC es el tratamiento que produce resultados más confiables y esto se debe a que este último involucra un cambio en el cerebro y en los estados mentales del paciente al sustituir pensamientos y conductas negativas por otros más adaptativos, lo que no se produce en la ACT.

En síntesis, la biorretroalimentación y la ACT constituyen tratamientos cuyos resultados son beneficiosos para el alivio del dolor crónico. No obstante, su eficacia es parcial, pues se limita a determinados tipos de dolor o a una duración menor a tres meses, lo que impide que su alcance sea superior al de la TCC. Es por ello que esta última se

mantiene como el tratamiento psicoterapéutico más utilizado e investigado desde las últimas 3 décadas.

Conclusiones

- La TCC constituye un tratamiento eficaz para hacer frente al dolor crónico, debido a que se enfoca en el análisis de los factores psicológicos que este trastorno involucra. Especialmente, la TCC hace hincapié en la sustitución de conductas y pensamientos negativos por otros más adaptativos, con el fin de minimizar conductas ansiosas y síntomas depresivos que perpetúan el dolor, y garantizar, a su vez, una mayor estabilidad mental y emocional. De esta manera, este tratamiento resalta la importancia de abordar el dolor crónico desde un enfoque más complejo que el biomédico a través del desarrollo de habilidades que faciliten el afrontamiento del dolor por parte del paciente.
- El dolor crónico hace referencia a un trastorno multidimensional, pues no solo involucra componentes biológicos como el daño de un tejido, sino también psicológicos, tales como experiencias emocionales desagradables. Estas últimas perduran, debido a que la percepción de dolor crónico se extiende por un periodo mayor a tres meses a pesar de que las causas que lo motivaron hayan cesado y el tejido se haya curado.
- El dolor crónico, al ser un trastorno multidimensional, genera consecuencias en diversos ámbitos de la vida del paciente. Entre las más frecuentes se encuentra la falta de voluntad para ir a la escuela o al centro de trabajo, lo que desencadena en una disminución de los ingresos económicos. Asimismo, es frecuente, en especial en los adultos mayores, el fortalecimiento del vínculo entre el paciente y su cuidador, debido a que depende de este último en mayor magnitud.
- Simultáneamente al desarrollo del dolor crónico, suelen surgir otros trastornos psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad y la ira. Estos degradan el estado de ánimo del paciente, así como los vínculos que mantiene con otros individuos, debido a que influyen en la magnificación del dolor a través de la facilitación de conductas y pensamientos negativos, tales como el aislamiento y la catastrofización. De esta manera, se genera un círculo vicioso que persiste en la medida en que no se priorice el tratamiento de estos tres factores psicológicos que perpetúan el dolor crónico.
- La TCC permite hacer frente al dolor crónico, debido a que toma en consideración su carácter multidimensional, y se enfoca en la moderación y sustitución de pensamientos distorsionados por otros más adaptativos. Esto se realiza a través del desarrollo de técnicas, tales como las de relajación, reestructuración cognitiva y organización del tiempo y actividades reforzantes. Su utilización es esencial, ya que le permite al paciente minimizar síntomas depresivos, conductas ansiosas e, indirectamente, la sensación de dolor crónico.

- La TCC predominantemente grupal resulta ser más recomendable que un tratamiento individual, debido a la influencia de la socialización. A través de esta, los participantes consiguen elevar su nivel de confianza al interactuar con otros individuos que experimentan una situación similar, lo que deriva en la disminución de conductas de aislamiento.
- La reestructuración cognitiva constituye la técnica más completa para satisfacer el objetivo principal de la TCC, el cual es la sustitución de pensamientos negativos por otros más adaptativos. Esto se debe a que esta técnica prioriza la reinterpretación de las sensaciones dolorosas antes que la erradicación del dolor, lo que deriva en la minimización de conductas de catastrofización y de síntomas depresivos.
- La eficacia de la TCC se manifiesta, a su vez, en comparación con otros tratamientos, tales como la biorretroalimentación y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). A pesar de que estos últimos permiten la moderación del dolor de cabeza crónico y del dolor lumbar crónico, no garantizan que dicha sensación de alivio se mantenga por un periodo mayor a tres meses después del tratamiento. Por el contrario, la TCC sí asegura la duración de sus efectos positivos, debido al cambio en la interpretación del dolor crónico que se produce al sustituir cogniciones negativas por otras más adaptativas. De esta manera, el paciente muestra mayor tolerancia a la sensación de dolor y existe una menor interferencia de este último en las actividades cotidianas del individuo.
- La presente investigación contribuye a comprender de manera más detallada la eficacia de la TCC en el tratamiento de un trastorno específico como el dolor crónico, el cual ha sido abordado, por algunas investigaciones, únicamente desde una perspectiva biomédica. Esto no solo respalda el carácter multidimensional del mencionado trastorno, sino también la importancia de priorizar el tratamiento de los factores psicológicos que dificultan el afrontamiento del dolor y la estabilidad emocional del paciente. No obstante, la falta de investigaciones en países de habla hispana dificulta un exhaustivo análisis de la realidad experimentada en países latinoamericanos y exige una mayor revisión de bibliografía en inglés.

Referencias Bibliográficas

- Álvaro, J. L., Guedes, S. M., Garrido, A., De Figueiredo, A. y Campos, M. (2012). Desempleo y bienestar psicológico en Brasil y España: un estudio comparativo. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 12(1), 5-16. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000100002&lng=pt&tlng=es.
- Asmundson, G.J., Kuperos, J.L. y Norton G.R. (1997). Do patients with chronic pain selectively attend to pain-related information? Preliminary evidence for the mediating role of fear. *Pain*, 72(1-2), 27-32.
- Beissner, K., Henderson Jr., C. R., Papaleontiou, M., Olkhovskaya, Y., Wigglesworth, J. y Reid, M. C. (2009). Physical Therapists' Use of Cognitive-Behavioral Therapy for Older Adults With Chronic Pain: A Nationwide Survey. *Physical Therapy*, 89(5), 456–469.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta de México. *Salud Pública de México*, 47(1). 4-11.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45(4), 494-503.
- Beutler, L. E., Engle, D., Oro-Beutler, E., Daldrup, R. y Meredith, K. E. (1986). Inability to express intense affect: a common link between depression and pain. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54(6), 752- 759.
- Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Molina, E. y Porcel-Galvez, A. (2017). Consecuencias del dolor crónico en la infancia y la adolescencia. *Gaceta Sanitaria*, 2-11.
- Casado, M. I. y Laguna-Bonilla, S. (2017). Trastorno de síntomas somáticos: de la sospecha de simulación al tratamiento cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 28(3), 131–138. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1016/j.clysa.2017.05.004>
- Centro de Escritura Javeriano. (2018). *Normas APA, sexta edición*. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval J. y Córdova-Domínguez, J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213.
- Covington, E.C. (1991). Depression and chronic fatigue in the patient with chronic pain. *Primary care*, 18 (2), 341-358.
- Crăciun, B. (2016). Relaxation techniques - a presence in psychotherapeutic interventions.

- Romanian. *Journal of Cognitive-Behavioral Therapy & Hypnosis*, 3(1), 1–4.
- Darnall, B. D. (2019). *Psychological treatment for patients with chronic pain*. Washington DC, Estados Unidos: American Psychological Association. doi:10.1037/0000104-000
- Del Río, E., Herrero, R., Enrique, A., Peñalever, L., García-Palacios, A., Botella, C., ... Doménech, J. (2015). Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 231-238. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15898>
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M. y Turner, J. A. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain. *American Psychologist*, 69(2), 153-166. doi:10.1037/a0035747
- Fateme, B., Tooraj, S., Mostafa, N., Marzyeh, A. y Farshad, S. (2016). Effectiveness of attentional bias modification and cognitive behavioral therapy on the reduction of pain intensity in patients with chronic pain. *International Journal Of Medical Research And Health Sciences*, 5(8), 273-278.
- Franco, M. L. y Seoane de Lucas, A. (2001). Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*, 8(1), 29-38.
- Fridlund, A.J., Hatfield, M.E., Cottam, G.L. y Fowler, S.C. (1986). Anxiety and striatemuscle activation: evidence from electromyographic pattern analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 228-236.
- Guitart, J. y Giménez-Crouseilles, J. (2002). Prevalencia de la tensión muscular elevada, evaluada con un método semi-objetivo, y estudio de factores asociados a la misma en una población reumatológica. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9(1), 5-12.
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Gertz, K. J., Stoelb, B. L., Dillworth, T. M., Hirsh, A. T., ... Kraft, G. H. (2011). Effects of Self-Hypnosis Training and Cognitive Restructuring on Daily Pain Intensity and Catastrophizing in Individuals With Multiple Sclerosis and Chronic Pain. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 59(1), 45-63.
- Kerns, R. D., Sellinger, J. y Goodin, B. R. (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 411-434. doi:10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430
- Knoerl, R., Lavoie, E. y Weisberg, J. (2016). Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy. *Western Journal Of Nursing Research*, 38(5), 596-628. doi:10.1177/0193945915615869
- Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., Wu, J., Chumbler, N. y Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in

- primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 359-365. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.03.020
- López, F. (1995). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas urológicas de la Complutense*, (4), 49-55.
- Mehta, M. (2018). New advances in Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 14(2), 12-30.
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. doi: 10.1126/science.150.3699.971
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, 36(1), 37-60.
- Moix, J. y Casado M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41–50. doi: <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.5093/cl2011v22n1a3>
- Naranjo, D., García, I. y Companioni, S. (1999). Biorretroalimentación Como Método Terapéutico. Informe Preliminar. *Revista Cubana de Medicina*, 38(1), 7-12.
- Ólason, M., Andrason, R. H., Jónsdóttir, I. H., Kristbergsdóttir, H. y Jensen, M. P. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 55–66. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s12529-017-9690-z>
- Ordóñez-Hernández, A., Contreras-Estrada I. y González Baltazar, R. (2017). Calidad de Vida Laboral, Catastrofismo y Aceptación del Dolor Crónico Osteomuscular en Mujeres Trabajadoras. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 26-30.
- Ortiz, L. y Velasco, M. (2017). Dolor Crónico Y Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 866-873. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.008>
- Reeves, J. L. (2000). Depression determines illness conviction and pain impact: a structural equation modeling analysis. *Pain Medicine*, 1 (3), 238-246.
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobles, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*, 22(1), 37-44.
- Richmond, H., Hall, A. M., Copsey, B., Hansen, Z., Williamson, E., Hoxey-Thomas, N., ... Lamb, S. E. (2015). The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(8), 1–20. doi: <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1371/journal.pone.0134192>
- Robinson, A. (2016). Causes and management of chronic pain. *Prescriber*, 27(7), 39-43.

- Rodríguez, L., Cano, F., Blanco, I. (2000). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(109), 739-762.
- Romano, J.M. y Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?. *Psychological Bulletin*, 97(1), 18-34.
- Sánchez, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3(1), 32-41.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Subjetividades*, 3(1), 10-59.
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H. y Reme, S. (2012). Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *Journal Of Pain Research*, 2012(5), 371-380.
- Tang, N. K., Wright, K. J., & Salkovskis, P. M. (2007). Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *Journal of Sleep Research*, 16(1), 85-95.
- Taylor, D. J., Mallory, L. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Riedel, B. W. y Bush, A. J. (2007). Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*, 30(2), 213-218.
- Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: A step-by-step guide*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Thorn, B. E. y Kuhajda, M. C. (2006). Group Cognitive Therapy for Chronic Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1355–1366. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1002/jclp.20315>
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer Pol, A. y Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.
- Yoshino, A., Okamoto, Y., Doi, M., Horikoshi, M., Oshita, K., Nakamura, R., ... Yamawaki, S. (2015). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan: A preliminary non-case-control study. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 69(12), 763–772. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1111/pcn.12330>