

DOLOR CRÓNICO Y PSICOLOGÍA: ACTUALIZACIÓN

CHRONIC PAIN AND PSYCHOLOGY: UPDATE

PS. MARGARITA GONZÁLEZ A. (1)

1. Psicóloga Departamento de Traumatología: Centro de Columna. Clínica Las Condes.

Email: mgonzalez@clc.cl

RESUMEN

El dolor crónico constituye uno de los problemas de salud más relevantes para la sociedad actual y tiene un impacto significativo sobre las personas que lo experimentan, sus familias, trabajo y comunidad en general. Puede llegar a ser causa de sufrimiento, incapacidad y pérdida de productividad en la población laboral.

Hoy en día existe un amplio reconocimiento de la participación de factores psicológicos y sociales en el inicio y la prolongación de los cuadros de dolor y de la necesidad de una identificación precoz de ellos, con el fin lograr mejores resultados en los tratamientos médicos. Sin embargo, en la práctica clínica los principios del Modelo Biopsicosocial con frecuencia no son aplicados.

En este artículo se revisa el rol de los factores emocionales, cognitivos y sociales en el desarrollo y persistencia del dolor y la consiguiente incapacidad. Dichos factores deben dirigir el diseño de las estrategias de intervención para el dolor crónico.

Palabras clave: Dolor crónico, factores de riesgo psicológico, manejo psicológico.

SUMMARY

Chronic pain is one of the most relevant health problems in our society, and has a significant impact on people who are experiencing it, also on their families, work, and community in general, becoming an important cause of suffering, disability and productivity loss in the working population.

Nowadays exists a wide acknowledgement of the participation

of psychological and social factors in the beginning and prolongation of the pain episodes and the need of an early identification of them, so better results from the medical treatment can be achieved. However, on the application and medical practice the principles of the biopsychosocial are not applied frequently.

The aim of this article is to review the role of the emotional, cognitive and social factors on the development and persistence of the pain and disability, and its implications on the new designs of evaluation and intervention strategies on chronic pain.

Key words: Chronic pain, psychological risk factors, psychological management.

INTRODUCCIÓN

El dolor constituye un problema de salud de alta prevalencia a nivel mundial. Se estima que el dolor crónico, en su mayoría de origen musculoesquelético, afectaría a un 25 a 30% de la población en Estados Unidos (1) y a cerca del 19% de la población europea. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres y adultos mayores (2).

Conceptualmente el dolor se describe como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial, o descrito en términos de tal daño" (Mersky, 1994). Esta descripción incorpora la dimensión emocional y cognitiva de la experiencia de dolor, esto considera los aspectos psicológicos involucrados en el dolor crónico. Dado que el dolor, en parte, es una experiencia emocional, se debe reconocer que en su modulación participan procesos de aprendizaje neurobiológicos, psicológicos y cambios sociales que van adquiriendo mayor importancia en la medida que el dolor se mantiene en el tiempo.

Hoy parece existir considerable evidencia científica que describe la dinámica compleja entre estos factores en la generación y mantención del dolor crónico. Pese a esto, esta visión biopsicosocial aún no está suficientemente incorporada en la práctica médica general y a menudo, el dolor es tratado como una experiencia puramente sensorial en función del tejido dañado. El resultado es que se tiende a mantener la distancia entre la comprensión teórica del dolor crónico y la manera en que los pacientes son evaluados y tratados (3,4).

En la última década la investigación en dolor ha puesto gran interés y esfuerzos en la prevención del dolor crónico y la incapacidad asociada. Estudios en dolor lumbar han planteado que la duración del dolor es un factor que predice incapacidad. Se ha descrito que después de los primeros 14 días de dolor, el riesgo de desarrollarlo en forma crónica aumenta, independientemente de la intensidad del dolor, grado de incapacidad o calidad de vida (5).

Al persistir el dolor, los pacientes comienzan a estar más expuestos a la acción de factores psicológicos (ansiedad, miedo al dolor, depresión) y sociales (conflictos familiares, pérdida de roles, riesgo laboral). Dichos factores, aunque ajenos a la enfermedad, influyen negativamente en el curso de ésta. En esta etapa denominada de transición, es cuando se hace más relevante considerar la aplicación del **Modelo Biopsicosocial**, debido a su carácter integral y exploratorio. Su utilización cobra especial relevancia en aquellos pacientes que pueden ser candidatos a procedimientos o cirugía.

Las intervenciones psicológicas realizadas al paciente con dolor crónico son, en la actualidad, ampliamente reconocidas como un pilar fundamental para el manejo del dolor. Estas intervenciones están basadas en modelos teóricos que entregan un marco para la aplicación de técnicas específicas que han resultado ser efectivas, especialmente al ser aplicadas en tratamientos multidisciplinarios (6-8).

1 . FACTORES PSICOSOCIALES EN LA EXPERIENCIA DE DOLOR Y RIESGO DE CRONIFICACIÓN

Desde que se presenta un estímulo "noxa" doloroso, el organismo responde como un todo, activándose una secuencia de procesos psicológicos que si bien se describen separadamente, funcionan como un sistema concatenado, que actúa mediado por el aprendizaje y las condiciones socioculturales del paciente.

1.1 Factores emocionales y dolor

Miedo-Ansiedad

La experiencia de dolor, especialmente en los cuadros agudos, está asociada al miedo y a la ansiedad, las cuales contribuyen al dolor, pero son estados emocionalmente diferentes. El miedo es generado por una amenaza presente e inminente y motiva una respuesta defensiva activa (escape). La ansiedad en cambio, surge desde la anticipación y se caracteriza por la vigilancia y la respuesta defensiva pasiva (evitación).

Las investigaciones experimentales en dolor muestran que el miedo a un estímulo externo puede incluso inhibir el dolor, a través de la activación de opioides endógenos. Sin embargo, repetidas experiencias de miedo generan ansiedad, lo que siempre aumenta el dolor y hace que esta emoción primaria deje de ser adaptativa (9).

La ansiedad anticipatoria y el miedo asociado al dolor se transforman en emociones desadaptativas cuando el dolor persiste en el tiempo, presentando una correlación neurofisiológica que se expresa en el funcionamiento cerebral.

Estudios con resonancia nuclear magnética funcional muestran un aumento de la actividad de la corteza cingular anterior en los pacientes que experimentan dolor persistente (10).

Estas respuestas emocionales se encuentran en la base del modelo psicológico de **"miedo-evitación"**, que explicaría la transición de dolor agudo a crónico. Este concepto ha sido desarrollado preferentemente para el modelo del dolor lumbar (9,11).

El elemento esencial de este modelo es considerar que el miedo constituye el factor regulador de las emociones en relación al dolor y que se desarrolla a partir de una interpretación cognitiva del dolor como amenaza (catastrofización), interviniendo procesos atencionales (hipervigilancia) que a su vez llevan al sujeto a conductas de evitación con la consecuente limitación de los movimientos.

Una implicación práctica de este modelo para el tratamiento, es que los pacientes requieren importante apoyo y contención psicológica, así como una exposición muy gradual a la actividad física.

En contraste con los efectos negativos del miedo y la ansiedad en el umbral del dolor, estados emocionales positivos se asocian a la reducción del dolor. Este fenómeno ha sido llamado **"analgésia afectiva"** y se refiere a la activación de sistemas neuronales dopaminérgicos que estarían en la base de la gratificación producida por estímulos como el agua, alimento, música, afecto y uso de drogas. La activación de este sistema reduce las reacciones emocionales al dolor (9).

Otras investigaciones en dolor también han estudiado los procesos emocionales que podrían atenuar la actividad de los circuitos cerebrales asociados al dolor.

En 2006 Orme-Johnson y colaboradores utilizaron imágenes obtenidas de resonancia nuclear funcional, para mostrar que la práctica de meditación trascendental sostenida en el tiempo produce un 40-50% menos de actividad en el tálamo; y, en el cerebro total, como respuesta al dolor experimental, comparado con controles sanos interesados en el aprendizaje de la técnica. En una etapa posterior en la que los controles practicaron la técnica de meditación durante cinco meses, su respuesta cerebral al dolor experimental también se redujo en 40-50%.

Los autores concluyen que la meditación reduciría la respuesta del cerebro al dolor, ya que produce un estado fisiológico capaz de disminuir la ansiedad y mejorar la reactividad al estrés. Sin embargo, aún se desconoce cómo esta práctica afectaría específicamente la respuesta biológica del cerebro al dolor (12).

Depresión

La depresión, entendida como un compromiso emocional caracterizado por ánimo negativo, desesperanza, anhedonia, trastorno del sueño y otros síntomas, se presenta con frecuencia en pacientes que experimentan dolor.

La presencia de depresión en una condición de dolor persistente se asocia con mayor intensidad del dolor y constituye un potente factor de riesgo de incapacidad (13).

Se estima que un 52% de los pacientes con dolor persistente cumplen con el criterio de diagnóstico para depresión (14). A su vez la depresión previa a la enfermedad estaría asociada a peores resultados en la rehabilitación del paciente.

Un estudio realizado por Dersh, Gatchel y colaboradores en 2006 determinó la prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con incapacidad crónica ocupacional, debido a patología de columna (n=1329) al ser comparados con la población general. La mayoría de los pacientes (65%) fue diagnosticado con al menos un trastorno psicopatológico actual, esto comparado con sólo el 15% en la población general (15).

Los diagnósticos más comunes fueron Depresión Mayor (56%), Abuso de Sustancias (14%) y Trastorno de Ansiedad (11%).

En el ámbito de la personalidad se detectó Trastorno de Personalidad para un 70% de los pacientes, siendo los más frecuentes el Trastorno Paranoico (31%) y *Borderline* (28%). Con respecto a esta variable se ha planteado que los trastornos de personalidad pueden verse exacerbados significativamente en su presentación, debido a su interacción con los factores de estrés psicosocial asociados al dolor persistente, haciendo difícil su estimación como un factor predictor por separado (16).

Estrés emocional

El estrés emocional se manifiesta por la presentación de síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y físicos asociados a la sobreactivación del sistema nervioso autónomo. Un estudio prospectivo reciente mostró que las personas con elevado estrés emocional presentaron un aumento del riesgo de incapacidad por dolor lumbar, en un período de seguimiento de 12 años, pero esto sólo ocurrió cuando eran portadores de una historia previa de dolor lumbar. Esto es concordante con estudios anteriores que muestran que el estrés emocional aumenta el riesgo de incapacidad lumbar ocupacional (17).

1.2 . Factores Cognitivos y Dolor

Los individuos muestran amplias diferencias en sus habilidades para

regular tanto las emociones como sus juicios y atribuciones respecto al dolor; sus creencias respecto a la enfermedad; sus expectativas de asistencia y de apoyo emocional, así como su sentido de control y dominio sobre el dolor.

Creencias y actitudes

Todas las personas tienen determinados supuestos sobre cómo actúa el dolor y qué es lo que significa sentir un determinado estímulo doloroso. Estas creencias sirven para entregar una interpretación del estímulo y proporcionar una vía rápida que ayuda al cerebro a procesar la enorme cantidad de información que recibe (estímulos) de una manera más eficiente. Sin embargo, también pueden anticipar y distorsionar una respuesta que podría perjudicar la capacidad adaptativa.

Por otra parte, las creencias y actitudes están influidas por el contexto social, de tal forma que guían la visión acerca de cuál puede ser la causa del dolor (por ejemplo, una excesiva carga laboral) y qué debería hacerse al respecto (tomar imágenes, indicar reposo), reflejando una amplia gama de interpretaciones al respecto.

Ciertas creencias y actitudes negativas se han asociado al dolor crónico y a la incapacidad. Por ejemplo, la creencia que si una actividad física produce dolor, es una señal que se debe parar antes que se produzca un daño mayor y que, por lo tanto, el reposo puede ser la mejor medicina.

Las creencias se manifiestan también a través de expectativas respecto de la salud y la enfermedad y pueden tener un impacto significativo en la experiencia de dolor. Un ejemplo de estas expectativas está en la forma en que una persona espera se debería comportar el dolor con un tratamiento específico (alivio inmediato post cirugía); o, en el tiempo que debería tomar la recuperación. Cuando estas expectativas no son cumplidas, aumentan los pensamientos negativos, la desconfianza y se incrementa también el dolor. Por otra parte, se considera que las expectativas de percepción de salud resultan ser un buen medio para predecir los resultados en muchos casos (18).

Catastrofización del dolor

Corresponde a un patrón cognitivo que distorsiona los eventos actuales o probables eventos futuros, que lleva a un error en la interpretación de la realidad que la persona realiza.

En el ámbito del dolor se describe como la interpretación exagerada y negativa de dolor y sus consecuencias, donde un evento relativamente neutro puede ser transformado en una catástrofe. Esta creencia ha mostrado estar asociada a una variedad de problemas que limitan las actividades, dificultan la recuperación y aumentan el riesgo de cronicidad (13).

Miedo - evitación del dolor

Se expresa en la creencia de que toda actividad debería ser evitada para reducir la posibilidad de dolor. De tal modo que el miedo al dolor, a lesionarse o agravarse con la actividad, llega a ser más incapacitante que el dolor por sí solo.

Por otra parte, la más incapacitante evitación mantenida en el tiempo conduce a un desacondicionamiento músculoesquelético que reduce aún más la tolerancia al dolor y disminuye los intentos por superar las limitaciones funcionales (11).

Baja expectativa de recuperación

Esta creencia se presenta frecuentemente asociada a tiempos prolongados de dolor, restricción de actividades y la percepción del regreso al trabajo como una amenaza. Puede llegar a constituir un problema relevante en la recuperación (19).

Autoeficacia

La autoeficacia corresponde a una creencia respecto a las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de la acción necesaria para que se produzca un logro. Una baja autoeficacia respecto al dolor se caracteriza por creer que el dolor es incontrolable en relación a las exigencias físicas de la vida diaria. Esto se relaciona positivamente con la persistencia del dolor y la incapacidad asociada (20).

Evaluar las creencias acerca del dolor de estos pacientes puede ser incluso más importante que buscar un diagnóstico médico definitivo o explicación sobre la causa del dolor.

1.3. Conducta de enfermedad y dolor

Si bien el dolor constituye una experiencia privada, puede ser observado a través de un conjunto de conductas tales como: expresiones verbales, actitudes corporales, reposo, evitar movimientos, tomar analgésicos o buscar atención médica. Se ha visto que la conducta de dolor a través de la expresión facial es un indicador confiable para los observadores, respecto de otras formas de conducta dolorosa (21).

La mayoría de estas conductas son aprendidas y están influenciadas por emociones y cogniciones, pero en particular, en forma directa por las consecuencias que producen en el medio social. Se aprende a afrontar el dolor haciendo varias acciones o pensando de cierta manera. Cuando estas conductas resultan en menos dolor probablemente se repitan en episodios futuros sin embargo, una regla básica es que las conductas que proporcionan beneficios a corto plazo, pueden llegar a ser perjudiciales en el tiempo. Por ejemplo, el reposo o el uso de analgésicos pueden ser una buena estrategia de enfrentar la fase aguda del dolor, pero si estas conductas se prolongan facilitarán el desarrollo de problemas a largo plazo como son la toxicidad por fármacos y el desacondicionamiento físico.

1.4. Factores sociales y dolor

Los modelos psicológicos iniciales en el estudio del dolor se focalizaban en los factores sociales en cuanto a su rol en reforzar o castigar las conductas de dolor. Investigaciones más recientes han trasladado el interés desde el modelo operante a una perspectiva más amplia, que incorpora la comunicación emocional entre paciente, su familia y la de todos quienes proporcionan asistencia y cuidado. Se ha estudiado el rol

de la empatía interpersonal y del apego.

Sullivan y colaboradores realizaron en 2006 estudios experimentales y observaron que los participantes que exhibían mayor respuesta catastrófica, al estar expuestos a presión con frío, también mostraban una conducta de mayor dolor; el cual se evaluó a través de la observación de las expresiones faciales, especialmente cuando podía ser visto por otra persona (21).

Empatía interpersonal

Se describe como el proceso a través del cual la familia y cercanos intentan comprender y responder a las emociones de las personas con dolor. En 2009, Dawson encontró que los sujetos con altos indicadores de empatía, fueron capaces de tolerar mejor el dolor así como también la experiencia emocional asociada a éste, cuando eran expuestos a estímulos dolorosos intensos a nivel experimental.

La empatía ha sido estudiada en el contexto de las parejas. En 2006 Martine y colaboradores observó que las esposas con mayor "exactitud empática" al estimar el dolor de su pareja (usando escalas de dolor), respondían mejor, proporcionaban mayor contención emocional y señalaban también menos estrés en el cuidado hacia el paciente (22).

La empatía también ha sido investigada en los profesionales de la salud. Se plantea que aquéllos que expresan confianza y calman a sus pacientes respecto de su condición, pueden reducir las preocupaciones de los pacientes a corto plazo, mejorando la aceptación y compromiso con el tratamiento. Sin embargo, se desconoce el efecto a largo plazo (23).

Por otro lado, a pesar de las buenas intenciones, los familiares pueden responder a la comunicación de dolor por parte del paciente de una forma que éste percibe como inadecuada o inútil. Cuando la familia y personas que asisten al paciente se muestran sobreprotectores o en exceso críticos, los pacientes experimentan más dolor, se sienten más estresados y señalan altos niveles de incapacidad física (9).

Apego

Otro constructo social o interpersonal que ha sido estudiado en relación al dolor es el apego. La investigación muestra que la existencia de un apego inseguro con los padres o cuidadores al inicio de la infancia, constituye un factor de riesgo para respuestas desadaptativas que incluyen el dolor. Por ejemplo, reacciones emocionales de niños frente a la separación, se han descrito como un espejo de sus reacciones frente al dolor, sugiriendo una predisposición común en la reacción hacia ambos estímulos: separación y dolor (9).

También se ha estudiado el apego en adultos y se propone un modelo de predisposición al apego para dolor crónico. De esta forma personas con indicadores de apego inseguro anticipan más catástrofe en respuesta al dolor experimental, mientras que aquéllos que presentan un apego seguro señalan menos dolor y catastrofización. Ellos perciben el dolor como un desafío y no como una amenaza (24).

1.5. Trauma y dolor

Experiencias traumáticas en la infancia, tales como el abuso físico o sexual, han sido consideradas por décadas como importantes factores en el desarrollo y persistencia de los síndromes de dolor crónico en la adultez (25,26).

La perspectiva psicoanalítica formulada por Engel en los años 50, planteaba que estas experiencias traumáticas en la infancia podían conducir a dolor en la etapa adulta, como una forma inconsciente de expiación de los sentimientos de culpa y responsabilidad por el evento traumático.

Formulaciones psicosociales más actuales, sugieren que el abuso físico o sexual estaría asociado a pensamientos y afrontamientos negativos, así como a un débil soporte social, factores que en su conjunto pueden llegar a incrementar la activación simpática, la vulnerabilidad al estrés y a experimentar mayor dolor al inicio de una enfermedad o lesión aguda (26,27).

A pesar de que existe evidencia considerable sobre la asociación entre abuso y dolor crónico, la naturaleza de esta relación aún no es clara. Las revisiones de esta asociación se han realizado mayoritariamente a partir de estudios retrospectivos, con muestras representativas, basados en reportes de abuso de los propios pacientes. En estos estudios es donde se han encontrado las asociaciones más significativas en relación a varios tipos de dolores crónicos, siendo la fibromialgia, el dolor pélvico y gastrointestinal los más frecuentes (27). Sin embargo, los pocos estudios prospectivos disponibles, no apoyan una relación causal entre abuso en la infancia y dolor posterior.

En 2002 Linton utilizó un diseño prospectivo y realizó un estudio de los efectos del abuso en el dolor e incapacidad futura. Encontró que el auto reporte de abuso físico o sexual no estaba asociado al comienzo reciente de dolor lumbar. Este estudio consideró un seguimiento a un año en un grupo previamente libre de dolor (28).

1.6. Factores laborales y dolor

Se han descrito factores ocupacionales como predictores de cronicidad específicamente en dolor lumbar, siendo los más relevantes la insatisfacción laboral, las demandas físicas del trabajo, los incentivos financieros y el tiempo fuera del trabajo por enfermedad (29). Investigaciones señalan que sólo un 26% de la población sometida a compensación laboral regresa al trabajo posterior a una cirugía de fusión lumbar (30).

2. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Existen diferentes aproximaciones para el abordaje psicológico del dolor crónico, siendo **Terapia Cognitivo-Conductual** la que se usa con más frecuencia, debido a que ha mostrado efectividad al ser aplicada en un esquema de tratamiento multidisciplinario. Posteriormente se han desarrollado terapias derivadas de la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional, así como otros enfoques basados en la práctica del *Mindfulness*, las que están comenzando a entregar resultados positivos (31).

2.1 Terapia Cognitivo Conductual

El supuesto básico del modelo Cognitivo-Conductual es que las personas aprenden a predecir eventos futuros basados en experiencias previas y por lo tanto, sus respuestas estarían basadas en la interpretación personal de la realidad, más que en la realidad objetiva. Este supuesto permite entender el por qué dos personas con la misma lesión pueden experimentar el dolor de forma tan diferente.

Siendo el dolor una experiencia única para cada persona, el conocimiento de sus creencias personales, juicios y repertorio de afrontamiento, resulta fundamental para la planificación de un tratamiento y posterior evaluación de resultados. La Terapia Cognitivo-Conductual tiene como objetivo ayudar a los pacientes a explorar y comprender cómo sus sentimientos, creencias y pensamientos afectan sus emociones y conductas en relación al dolor. Se estimula la modificación de pensamientos catastróficos, creencias negativas y conductas que tienden a aumentar el dolor (31).

Métodos

La Terapia Cognitivo-Conductual utiliza técnicas de Reestructuración Cognitiva para lograr modificar los aspectos desadaptativos de la experiencia del dolor, buscando una reorientación continua de las creencias negativas y desalentadoras hacia consideraciones alternativas más apropiadas para la interpretación del dolor.

En esta terapia se incluye:

1. Entrenamiento en relajación muscular progresiva.
2. Ejercicios de respiración e imaginación guiada.
3. Estrategias de manejo de actividades y regulación del tiempo.
4. Métodos de exposición sistemática conductual.
5. Entrenamiento en destrezas de comunicación y resolución de problemas.

La Terapia Cognitivo-Conductual para dolor se realiza habitualmente como parte de un tratamiento integral, en el cual se incluyen el manejo kinésico en torno a ejercicios físicos y de estiramiento graduados y el manejo farmacológico realizado por el médico.

Evidencia

En la actualidad existe un número considerable de revisiones sistemáticas respecto de la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en el dolor crónico, las que generalmente concluyen que la aplicación de este modelo reduce el dolor y mejora el funcionamiento recuperación de la función laboral.

Estas investigaciones señalan que cuando la Terapia Cognitivo-Conductual se realiza en el contexto de un tratamiento multidisciplinario para dolor crónico, resulta ser más efectiva en función costo-efectividad en comparación con otras opciones médicas o quirúrgicas (32-37).

2.2. Aproximaciones basadas en *Mindfulness*

Si bien se sabe que la práctica tradicional de *Mindfulness* tiene raíces milenarias, sus métodos han experimentado un aumento de interés y

popularidad en los últimos años. La aplicación de esta terapia en dolor crónico comenzó en los años 80 y fue iniciada en el Centro Médico de Massachusetts, en Worcester, por el Dr. Jon Kabat Zinn. El modelo de tratamiento fue conocido como *Mindfulness* basado en la reducción del estrés y ha sido incorporado paulatinamente a las intervenciones en dolor crónico (38).

Si bien *Mindfulness* tiene varias definiciones, en general se considera como **“la capacidad de poner atención plena sobre una experiencia, en el momento presente, con apertura, flexibilidad y sin enjuiciamiento”** (39).

El entrenamiento en esta práctica busca desarrollar la habilidad para estar conectado de modo flexible con lo que está pasando en el presente. Para que la conexión se produzca, el sujeto debe tener una actitud de aceptación de los contenidos mentales negativos asociados al dolor, con lo cual se espera minimizar las respuestas automáticas de afrontamiento.

La práctica de la atención plena permite a la persona percatarse de que sus pensamientos y sentimientos son transitorios, siempre cambiantes y frecuentemente orientados ya sea al pasado (recuerdos negativos) o al futuro (preocupaciones), con el grado de estrés que eso involucra.

El reenfocarse en la experiencia inmediata es lo que facilita contactarse con la calma del presente, sin quedar atrapados en pensamientos y sentimientos negativos. De esta forma se puede reducir el componente afectivo-cognitivo que amplifica la experiencia del dolor.

Métodos

Los métodos del *Mindfulness* incluyen: meditación basada en la respiración, meditación basada en el cuerpo (escáner corporal), caminar basado en la meditación. En forma complementaria se usan ejercicios de yoga para mejorar la conciencia del cuerpo, la resistencia y flexibilidad corporal.

El programa de *Mindfulness* basado en la reducción del estrés, tiene un formato grupal y se realiza en ocho sesiones de dos horas cada una. Este programa se cierra con una sesión de día completo intensiva (40).

Evidencia

En la actualidad se dispone de la información de metaanálisis respecto a la efectividad de las terapias basadas en *Mindfulness* para dolor crónico, siendo sus resultados generalmente favorables. Estos estudios señalan que este tipo de intervención disminuye los síntomas de dolor, el estrés emocional y las visitas a servicios de salud primario (41-43).

2.3. Terapia de Aceptación y Compromiso

Esta terapia incorpora intervenciones Cognitivo-Conductuales y de *Mindfulness*. Está diseñada para un amplio rango de problemas conductuales. El primer estudio publicado de Terapia de Aceptación y Compromiso en dolor crónico es de 1998 (44).

El rasgo distintivo de esta terapia es su foco específico en lo que es denominado como “Flexibilidad Psicológica”, concepto que se refiere a la capacidad para cambiar la conducta en concordancia con las metas y los valores propios en función de la situación presente. Esta terapia incluye procesos específicos como la aceptación, reestructuración cognitiva, conciencia focalizada en el presente y actitud de compromiso basada en las propias metas. Esencialmente, estos procesos en combinación ayudan a los pacientes a dejar de resistirse al dolor y otras experiencias asociadas, especialmente cuando esta resistencia no ayuda, sino más bien obstaculiza el tratamiento.

Las personas que padecen dolor crónico experimentan sensaciones desagradables y persistentes que son difíciles de controlar; su disposición de lucha para controlarlas está asociada a mayor malestar y discapacidad. En cambio, la aceptación flexible se asocia con una mayor calidad de funcionamiento emocional, social, y físico. La aceptación ocurre cuando la asociación entre las sensaciones físicas desagradables (componente sensorial del dolor) y el sufrimiento psicológico (dimensión cognitivo emocional del dolor) puede ser desconectada (45).

Métodos

La Terapia de Aceptación y Compromiso enfatiza la importancia de la relación terapéutica centrada en la confianza y respeto genuino respecto a las habilidades del paciente, enfatizando el rol de la experiencia en el presente. Se estimula al paciente a que sea más consciente de su situación actual (aún cuando eso sea el dolor) y de sus metas personales, para que tome una acción que sea receptiva y persistente en el tiempo.

Los métodos de tratamiento están basados en la exposición directa a experiencias psicológicamente relevantes en relación al dolor (movimientos, actividades evitadas). Esto se realiza a través de ejercicios que integran el reconocimiento de las cualidades sensoriales, cognitivas y emocionales en la experiencia del dolor. Se estimula a que, en forma consciente, utilizando metáforas e imágenes, la persona abandone la resistencia al dolor y se perciban los cambios positivos asociados a esta experiencia, para que luego sea capaz de generalizar esta respuesta a la vida diaria. Es así como esta modalidad de intervención busca ayudar a la persona a exponerse por sí misma a las actividades, movimientos o lugares de trabajo que han sido evitados. Este método ha sido definido como terapia emocional intensa, ya que está enfocada explícitamente a disminuir el miedo y evitación respecto de patrones asociados al dolor (46).

Evidencia

Existe evidencia, aportada por estudios clínicos randomizados, que apoyan la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para el dolor crónico (47,48), en uno de los cuales se compara la efectividad de esta terapia respecto de la Terapia Cognitivo-Conductual. Se concluye que ambas son capaces de mejorar la interferencia del dolor, depresión y ansiedad asociada al dolor sin embargo, la Terapia de Aceptación y Compromiso obtiene mejores tasas de satisfacción con el tratamiento (48).

Se cuenta también con estudios más recientes que sugieren efectividad

a largo plazo de esta terapia, los cuales muestran que los pacientes con dolor crónico logran una disminución del miedo y de los niveles de dolor, así como una mejoría en el funcionamiento emocional (49).

CONCLUSIONES

A pesar de los progresos en el conocimiento de la complejidad de la experiencia dolorosa, en la práctica clínica los factores psicológicos involucrados tienden a ser subvalorados y por esta razón, tardíamente derivados a intervención psicológica. La consideración oportuna de estos factores resulta especialmente importante para evitar que el dolor persista y se haga crónico.

En los últimos años los esfuerzos han estado centrados en reconocer los factores de riesgo psicosocial asociados a la cronicidad, con el objetivo

de realizar intervenciones psicológicas tempranas y acciones orientadas hacia la prevención. Existe evidencia sustentable respecto de la eficacia en dolor crónico de las Terapias Psicológicas de orientación Cognitivo-Conductual, incluyendo la Terapia de Aceptación y Compromiso, cuando se aplican en un marco de trabajo multidisciplinario. Se están explorando aproximaciones como el *Mindfulness* con un énfasis en la conexión mente-cuerpo, que hasta ahora ha mostrado resultados favorables.

Por último, al derivar al paciente a psicólogo, es necesario explicarle claramente que sus estados emocionales, sus creencias y conductas asociadas, son parte vital de la experiencia humana del dolor y que la derivación no implica necesariamente sospecha de patología psicológica o dudas respecto a la realidad del dolor, sino más bien que esto forma parte de un enfoque integral del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-based Survey. *J Pain* 2010; 11(11):1230-9.
- Breivik H, Collett B, Ventafriddo V and col. Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life and Treatment. *Eu. J. of Pain* 2006;10:287-333.
- Linton SJ. Environmental and Learning Factors in the Development of Chronic Pain and Disability. In Price DD, Bushnell MK eds. *Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives*. Seattle WA: IASP Press;2004: 143-167.
- Gatchel RJ, Mayer TG. Psychological Evaluation of the Spine Patient. *J. Am. Acad. Orthop Surg.* 2008; 16 (2): 107-112.
- Kovacs F, Abraira V, Zamora J, Fernandez C. The Transition From Acute to Subacute and Chronic Low Back Pain: A Study Based on Determinants of Auality of Life and Prediction of Chronic Disability. *Spine* 2005; 30 (15):1786-1792.
- Eccleston C, Marley SJ and Williams AC. Psychological Approaches to Chronic Pain Management; Evidence and Challenges. *Br. J. Anaesth*, 2013; 111 (1): 59-63.
- Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Non-Malignant Pain. *J. Pain* 2006; 7: 779-93.
- Scascighini V, Toma S, Dober-Spielmann and Sprott H. Multidisciplinary Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *Rheum.* 2008; 47:670-678.
- Mark A. Lumley, Jay L. Cohen and Francis J. Kafé. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recents Research. *J. Clin. Psychol.* 2011; 67(9): 942-968.
- Villemure C. Bushnell MC. Cognitive Modulation of Pain: How do Attention and Emotion Influence Pain Processing? *Pain* 2002; 95:195-199.
- Wlaeyen JW, Linton SJ. Fear-Avoidance and its Consequences in Chronic Muscleskeletal Pain: A State of the Art. *Pain* 2000; 85: 317-332.
- Orme-Johnson DW, Schneider RH, Sony D, Nidich S, Cho ZH. Neuroimaging of Meditation's effects on Brain Reactivity to Pain. *Neuroreport* 2006; 17 (12): 1359-63.
- Linton SJ. A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain. *Spine* 2000;25: 1148-56.
- Bair MJ, Robinson R, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity; A Literatura Review. *Arch Intern Med* 2003:163:2433-2445.
- Dersh J, Gatchel R, MayerT, Polatin P, and Temple O. Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with chronic disabling occupational spinal disorders *Spine* 2006: 31(10): 1156-1162.
- Weisberg JN, Vittengl JR, Clark LA, Gatchel JR, Gorin AA, Personality and Pain, in Gatchel RJ, Weisberg JN, Personality Characteristic of Patients with Pain, American Psychological Association Washington DC, 2000. 275-278.
- Brage S , Sandanger I, Nygard JF : Emotional Distress as a Predictor for Low Back Disability; A Prospective. 12 Years Population Based Study. *Spine.* 2007; 269-274.
- Petrie KJ, Jago LA, Dercich DA. The Role of Illness Perceptions in Patients with Medical Conditions. *Curr. Opin. Psychiatric* 2007; 20: 163-167.
- Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors "Yellow Flags" in Patients with Low Back Pain: a Reappraisal. *Phys. Ther* 2001; 91: 737-753.
- Allegrente J, Marks R. Self-Efficacy in Management of Osteoarthritis *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 2003; 29. 747-768.
- Sullivan MJ, Martel MO, Trip D, Sarvard A, Cromber G. The relation between catastrophizing and the comunication of pain experience. *Pain* 2006;122:282-288.
- Martine LM, Keefe FJ, Schulz R, Ready R, Beach SR, Rudy TE, Starz TW.

Older Spouses Perceptions of Partners Chronic Arthritis Pain: Implications for Spousal Responses, Support Provision, and Caragiving Experiences. *Psych. and Aging*; 2006; 21: 222-230.

23. Linton SJ, McCracken L, Vlaeyen J. Reassurance: Help on Hinder in the Treatment of Pain. *Pain* 2008; 134:5-8.

24. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A Review of the Evidence Linking Adult Attachment Theory and Chronic Pain: Presenting a Conceptual Model. *Clin. Pycho. Rev.* 2008; 28: 407-429.

25. Leserman J, Toomey T, Drossman D. Medical Consequences of Sexual and Physical Abuse in Women. *Humane Medicine Health Care.* 1995; 11(1): 23-28.

26. Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A Review of Childhood Abuse, healthand Pain-Related Problems: The Role of Psychiatric Disorders and current life Stress. *Journal of Trauma and Dissociation* 2009;10:170-188.

27. Raphael K, Chandler H, Ciccone D. Is Childhood Abuse a Risk Factor for a Chronic Pain in Adulthood. *Current Pain and Headache Reports* 2004; 8: 99-110

28. Linton SJ. A Prospective Study of the effects of Sexual or Physical Abuse on Back Pain. *Pain* 2002; 96:347-351.

29. Gatchel RJ and Mayer TG. Psychological Evaluation of the Spine Patient. *. Am Acad Orthop. Surg.* 2008; 16(2): 107-112.

30. Nguyen TH, Randolph DC, Talmage J, Succop P, Travis R. Long-Term Outcomes of Lumbar Fusion Among Workers Compensation Subjects: A Historical Cohort Study. *Spine* 2011;36 (4): 320-331.

31. Stephen B, Mc Mahon, Martin Kolzenburg, Irene Trocey and Dennis C. Turk. *The Cognitive-Behavioral Approach to Pain Management.* Wall and Melzacks. *Textbook of Pain.* 2013; 42: 592-602.

32. Linton SJ. and Anderson T. Can chronic disability be prevented? A Randomized Trial of a Cognitive Behavioral Intervention for Spinal Pain Patients. *Spine* 2000. 25; 2825-31.

33. Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine* 2002; 27(5): E109-E120.

34. Gusman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irwin E, Bonbardier C. Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Systematic Review. *BMJ* 2001; 322: 1511-6.

35. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Cognitive Behaviour Therapy and Behaviour Therapy for Chronic Pain in Adults, excluding Headache. *Pain* 1999; 80:1-13.

36. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DR, kermis RD. Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Health Psychol.* 2007; 26:1-9.

37. Eccleston C, Williams AC, Morley S. Psychological Therapies for the Management of Chronic Pain (excluding headache)in Adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009;2: CD007407.

38. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The Clinical use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain. *J. Behav. Med* 1985; 8(2): 163-90.

39. Young LA. Mindfulness Meditation: A Primer for Rheumatologists. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 2011; 37(1): 63-75.

40. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living.* New York USA 1990.

41. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness Meditation for the Treatment of Chronic Low Back Pain in Older Adults: A randomized controlled pilot study. *Pain* 2008; 134: 310-319.

42. Septhon SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, Studts JL. Mindfulness Meditation Alleviates Depresives Syntoms in Women with Fibromyalgia: Results of randomized clinical trial, *Arth. Rheum.* 2007; 57(1): 77-85.

43. Chiesa A. Serretti A. Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain: A systematic review of the evidence. *J. Altern Complement. Med* 2001; 17: 83-93.

44. McCracken LM. Learning to Live with the Pain, Acceptance of Pain Predicts Adjustment in Persons with Chronic Pain. *Pain* 1998; 74: 21-27.

45. McCracken LM, Vowles KE, EcclestonC. Acceptance of Chronic Pain: Component, Analysis and a Revised Assessment Method. *Pain* 2004; 107: 159-166.

46. Vowles KE. McCracken LM, Acceptance and Values-based Action in Chronic Pain: A study of Treatment Effectiveness and Process. *J. Consult Clin. Psychol.* 2008;76: 397-407.

47. Vowles KE. Wetherell JL, Sorrell JT. Targeting Acceptance, Mindfulness and Values-based Action in Chronic Pain, Findings of two preliminary trial of and outpatient groups-based intervention. *Cog. Behav. Practice* 2009; 16:49-58.

48. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, Solomon BC, et al. A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *Pain* 2011; 152: 2098-2107.

49. Vowles KE, McCracken LM; Zhao-O'Brien J. Acceptance and Values-based Action in Chronic Pain: a three year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav. Res. Ther.* 2011; 49: 748-55.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.