

Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico

Perspectives in the study and psychological treatment of chronic pain

MIGUEL A. VALLEJO PAREJA¹

RESUMEN

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

ABSTRACT

Psychological approach to chronic pain must achieve two goals: first, acting upon the pain to let natural regulation systems operate properly and second, preventing the pain from taking over patient's life –i.e., recognizing the pro-

¹ Catedrático de Terapia Cognitivo Conductual, Facultad de Psicología. UNED. mvallejo@psi.uned.es

blems and retrieving valuable activities, otherwise pain will not let him/her be a person. In both cases, pain must be acknowledged and its existence accepted. Concerning the first goal, biofeedback, neurofeedback and hypnosis are techniques that have proved their usefulness in this regard. On the other hand, the so-called third generation cognitive behavioral therapy (including contextual cognitive behavioral therapy) is seeking appropriate ways for people to regain control of their lives -making their behavior the key element in their lives in line with their values.

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico, Tratamiento psicológico, Psicofisiología.

KEY WORDS

Chronic pain, Psychological treatment, Psychophysiology.

El acercamiento psicológico al dolor crónico es hoy imprescindible, tanto si nos atenemos a su relevancia en la comprensión del problema como en términos aplicados en su tratamiento. Diversos hitos han jalado este camino que se inició en los años 60 del siglo pasado de mano del estudio y tratamiento psicológico del dolor concebido de un modo multidisciplinar (McCracken, 2007): la consideración del papel de las emociones y su relación con los sistemas de analgesia endógenos; entender la conducta de dolor como una conducta más, sujeta a relaciones funcionales concretas con el medio; la relación entre situaciones concretas que provocan cambios fisiológicos específicos que exacerbaban o provocan el dolor, etc. A ello habría que añadir, en un sentido más amplio, el modo en que la experiencia de dolor afecta globalmente a la persona y requiere por su parte y por su contexto un reconocimiento y adaptación a dicha circunstancia.

Tal vez lo que mejor caracteriza al dolor crónico es su complejidad, de ahí el hecho ampliamente aceptado de que su comprensión y tratamiento ha de ser multidisciplinar. Ciertamente todo lo concerniente al ser humano es complejo, ¿quién osaría decir lo contrario?, y por supuesto también el dolor lo es. La información de que disponemos hoy día, y de la que es buena muestra este monográfico, corrobora este aspecto. Si se repasan, además, los tratamientos psicológicos del dolor crónico la mayoría están constituidos por programas multicomponente

que buscan ajustarse a esa complejidad. Sin embargo, junto a ello se encuentra el que una monotécnica bien conocida como es el biofeedback sea considerado el tratamiento de elección en las cefaleas tensionales. ¿Qué debemos pensar al respecto?, ¿qué implicaciones puede tener esta aparente contradicción en el futuro del tratamiento psicológico del dolor?

El dolor, por otro lado, afecta de forma a veces dramática a la vida de la persona. El reconocimiento de este hecho es imprescindible. El concepto de aceptación proveniente de las llamadas terapias de tercera generación dentro de la terapia de conducta y supone incidir en una determinada forma de afrontamiento del dolor, con un modo de proceder o filosofía que teniendo sus raíces en la terapia de conducta, está poco representado, a veces contrarrepresentado, en la terapéutica psicológica del dolor crónico.

SOBRE LA COMPLEJIDAD DEL DOLOR CRÓNICO Y SU ABORDAJE

El dolor crónico tiene que ver con la ocurrencia de una estimulación sensorial nociceptiva, y/o una alteración en los centros neurales responsables de su integración en el caso, por ejemplo, del dolor neuropático. Su cronicidad ocurre merced a un fallo de la autorregulación natural, de los sistemas endógenos de analgesia, de la capacidad de adaptación de la persona ante el problema y, obviamente, de las limi-

taciones de la terapéutica médica. El dolor crónico es, principalmente, el resultado de un fallo en los sistemas naturales de analgesia ligados, generalmente, a una condición sensorial concreta y adicionalmente, y a consecuencia de ello, a la falta de recursos personales (psicosociales) para afrontar las implicaciones vitales que ello supone. Todo esto tiene una evidente complejidad y da lugar a múltiples interacciones. Aún así conviene no olvidarse del origen del problema.

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

(ver Vallejo, 2005). Además el estudio señala que resulta ser más eficaz que la relajación, cuando es comparado con ella, posiblemente porque sólo el bio-feedback electromiográfico atiende de forma más precisa a los cambios fisiológicos más directamente relacionados con el problema y con su auto-regulación.

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

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

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

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

La falta de una relación causal determinada no debe ser considerada un impedimento para el estudio e intervención en el comportamiento. Nuestro saber tiene más un carácter probabilista que determinista, por más que tratemos de acercar-

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

Este abordaje terapéutico del dolor, como se recuerda, pretende recuperar la neuromodulación natural del dolor. No va dirigida, al menos de forma concreta, a mejorar el afrontamiento del problema ni a actuar sobre el impacto que este tiene en la vida del paciente. Evidentemente, si el dolor se reduce, mejorará la situación del paciente, aunque esto no significa, necesariamen-

te, que el impacto del dolor sobre su vida desaparezca de forma inmediata. Puede reducirse el dolor e incluso desaparecer pero perdurar algunos comportamientos y problemas que aparecieron como forma de afrontamiento o de adaptación a él. Esto no supone problema alguno desde un punto de vista terapéutico. Quedarían configurados dos formas básicas de intervención que pueden utilizarse de forma secuencial y/o combinada. Se puede actuar directamente sobre la neuromodulación del dolor y sobre los comportamientos, emociones, etc., relacionados con su impacto en la vida del paciente, según sea necesario.

LA REGULACIÓN DEL DOLOR COMO SISTEMA

Los sistemas de regulación del dolor han sido expuestos recientemente por Chapman, Tuckett y Woo (2008). Del desajuste de dichos sistemas cabe esperar que el dolor se mantenga y perpetúe. Dicho desajuste o desregulación se produce en razón de la alteración de las funciones biológicas básicas (alimentación, sueño, trabajo según los ritmos circadianos, patrones de actividad social, etc.); y de la alteración en los sistemas de feedback que aseguran la homeostasis. Los sistemas de feedback se ven impedidos, además, cuando la terapéutica médica introduce sustancias que interfieren con la alostasis normal pudiendo incluso empeorar la situación. Es por tanto preciso asegurar que los sistemas de feedback funcionan confirmando que reciben la estimu-

lación adecuada y de que no es interferida, ni con sustancias externas ni negando o enmascarando la información sensorial correspondiente. La desregulación se produce, por ejemplo, cuando el sistema falla en su respuesta a un determinado estresor, por no alcanzar éste el punto de disparo correcto. Es, según McEwen (2002) la metáfora del fallo es no escuchar claramente la señal. Esta metáfora puede aplicarse no sólo a la terapéutica médica sino también a la psicológica. En efecto, no reconocer o más frecuentemente rechazar o negar las sensaciones o cambios perceptivos, con independencia de que puedan ser molestos o indeseables, dificulta e incluso interfiere en su regulación.

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

El que técnicas relativamente sencillas como el biofeedback se muestren eficaces en el control del dolor

es, como se ha comentado, posiblemente debido a la restauración de los mecanismos naturales de regulación. Al revertir la desregulación el dolor se reduciría de forma fisiológica, siempre y cuando, naturalmente, el motivo del mantenimiento fuera debido a dicha desregulación ¿Cómo es posible que sistemas de gran complejidad (ver Chapman y cols., 2008) que afectan a diversos sistemas neurales, endocrinos, inmunológicos, etc., puedan verse reajustados por el entrenamiento en el control (aprendizaje operante) de una respuesta fisiológica aislada? Parece existir la creencia de que problemas complejos requieren soluciones complejas. Pues bien, parece que dicha creencia no está soportada por la realidad. Desde un punto de vista fisiológico un pequeño, pero relevante, cambio de actividad puede inducir otros cambios que afecten de forma global y significativa a todo el sistema (deKloet, 2004), pero qué ocurre si ampliamos, más allá de los cambios fisiológicos, al comportamiento global del sujeto en su entorno social, familiar e incluso de la asistencia sanitaria que se le presta. El sistema se hace más complejo e indeterminado y es definido, como señalan Plsek y Greenhalgh (2001) como un sistema adaptativo complejo, compuesto por un conjunto de agentes individuales con libertad para actuar, de modo no completamente predecible, y cuyas acciones están interconectadas de modo que las acciones de un agente cambia el contexto en el que operan otros agentes. En este contexto la intervención efectiva debe ser simple, sencilla, pues de otro modo

impondría una serie de restricciones que dificultarían el ajuste del sistema. Según Brown (2007) la mejor solución, caso de existir, impone demasiados controles para permitir la flexibilidad de respuesta necesaria para incorporar la nueva información disponible que permite el feedback necesario para su ajuste. No hay soluciones perfectas, el disenso, la paradoja y la indeterminación son la norma. Es la flexibilidad e indeterminación, que incluye la variabilidad e incluso las paradojas, el modo más adecuado de actuar sobre los sistemas complejos.

DOLOR REAL O IRREAL

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

Una excelente revisión sobre la existencia de un denominado *dolor*

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

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

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

LA ACEPTACIÓN DEL DOLOR

Admito que resulte arriesgado hablar de aceptación del dolor, de hecho no me avendría a hacerlo en

algunos foros, sin embargo de lo expuesto hasta aquí parece claro que el modo de conseguir reducir y/o eliminar el dolor debe partir de él mismo. Al igual que ocurre en los trastornos de ansiedad, el huir del objeto fóbico lo que hace realmente es reafirmar el miedo. En el caso del dolor, su aceptación e incluso la contemplación de algunos de las respuestas fisiológicas relacionadas con él, son una vía para reducirlo. Un ejemplo a este respecto es el uso de programas de exposición utilizados para el tratamiento de la fibromialgia (Lumley y cols., 2008). Otro ámbito con tradición en psicoterapia es el uso la escritura como forma de exposición y de autodescubrimiento. Así escribir sobre la ira asociada a la percepción del dolor crónico produce una mejoría en el dolor percibido y el estado de ánimo (Gram y cols., 2008), lo que viene a confirmar que la inhibición de la expresión de la ira contribuye a aumentar la percepción de dolor (Burns, Quartana y Bruchl, 2008).

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

reducir la atención a síntomas relevantes.

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

La aceptación conlleva la determinación de no dejar que sea el dolor el que dirija la vida. De este modo y según los valores de cada

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

Un abordaje de estas características es congruente con los principios que sustentan la terapia cognitivo conductual y con los aspectos que se han recogido al comienzo de este trabajo sobre los sistemas naturales de regulación del dolor. Se ajusta mejor, además, con el sentido general de que no es posible una vida sin dolor, sin malestar, sin cambios en el estado de ánimo, etc., en suma queda mejor integrado en la forma natural de la vida. Introduce, por tanto, un orden en los objetivos. Recuperar el control de la propia vida ya traerá, por sí solo, una mejora en la autoestima personal y en la posibilidad de afrontar los problemas relacionados con la limitación impuesta con el dolor.

En los últimos años se ha prestado especial atención a un constructo, el catastrofismo, tanto como explicación del agravamiento de los pacientes de dolor crónico como para medir éste. Es definido en términos de magnificación de los aspectos negativos asociados a él, como la desesperanza y la presencia de rumiaciones cognitivas, y ha venido a ser tanto una variable dependiente como una explicación de la persistencia del dolor (Sullivan y cols., 2001). El catastrofismo ha sido considerado crucial para entender la experiencia de dolor y es tenido como una variable clave en determinados acercamientos cognitivo conductuales (Keefe y cols., 1989 y Turner y Aaron, 2001). El uso de estos constructos circulares que tienen su explicación en sí mismos y que se ajustan bien a procesos terapéuticos similares como la reestructuración cognitiva o ciertos tipos de afrontamiento, tienen su desventajas, sobre todo cuando se utilizan para valorar la misma terapia cognitivo conductual.

Thorn y cols. (2007) informan de un trabajo con pacientes de cefalea crónica en el que se buscó reducir el catastrofismo mediante terapia cognitivo conductual. Se trata de un estudio con asignación aleatoria al grupo de tratamiento antes indicado y a un grupo de control de lista de espera. Los resultados indican que, como se esperaba, se redujo el catastrofismo, la ansiedad y aumentó la autoeficacia, lo que no sucedió en el grupo control. Sin embargo, la lista de variables en las que no hubo diferencia con respecto al grupo

control es bastante amplia: frecuencia e intensidad del dolor, estrés asociado a la cefalea y puntuación en el BDI-II. Efectivamente se reduce el catastrofismo pero no la cefalea.

Veamos el caso contrario, cuando se utiliza un tratamiento ajeno al constructo que se pretende medir. Vowles, McCracken y Eccleston (2007) informan de un trabajo con pacientes de dolor crónico atendidos en un hospital del Reino Unido, mediante un programa denominado terapia cognitivo conductual contextual y que se centra en la aceptación, al modo señalado más arriba. Los resultados informan, además de una mejora en los índices clínicos, de una reducción postratamiento del catastrofismo y un aumento de la aceptación. Los autores señalan que ambos elementos parecen contribuir a la mejora terapéutica y se sorprenden de haber obtenido este efecto sobre el catastrofismo, al no utilizar una terapia que actuara directamente sobre él. Reconocen, no obstante, que aunque la terapia no buscara actuar sobre el contenido de los pensamientos, sí lo hizo sobre sus funciones y esto, obviamente, influye también en la forma de los pensamientos (ver Teasdale y cols., 2002 y Barnes-Homes y cols., 2004).

El catastrofismo puede ser útil para medir de forma indirecta cambios terapéuticos útiles, principalmente, para promover la actividad del paciente y reducir el dolor, y no, tal vez, para dar fe de una profecía autocumplida sin apenas interés clínico.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El tratamiento psicológico del dolor crónico debe ser capaz de responder a dos aspectos fundamentales: actuar sobre el dolor de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente y, en segundo lugar, atendiendo a la persistencia del dolor impedir que éste se haga dueño de la vida del paciente, impidiéndole ser persona. Ambos objetivos precisan reconocer el dolor y aceptar su existencia. El primero debe permitir, atendiendo a las sensaciones percibidas y a las respuestas fisiológicas relacionadas con el dolor, hacer más efectivos los sistemas de regulación fisiológica del dolor. El segundo, requiere reconocer los problemas y ponerse a recuperar las actividades que se consideran valiosas. Las técnicas de biofeedback, neurofeedback, la hipnosis, la relajación y otros proce-

dimientos de naturaleza psicofisiológica han mostrado su utilidad al respecto del primer objetivo. Además en los últimos años vienen a reiterar su potencialidad. Por otro lado la terapia cognitivo conductual y más concretamente los desarrollos denominados de tercera generación entre los que cabe incluir especialmente la terapia cognitivo conductual contextual procura los medios adecuados para que la persona recupere el control de su vida, haciendo de su comportamiento, según sus valores, el elemento clave de su vida.

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

REFERENCIAS

Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2004). Relational Frame Theory: Some implications for understanding and treatment human pathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.

Brown, C.A. (2007). The role of paradoxical beliefs in chronic pain: a complex adaptive systems perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 207-213.

Burns, J.W., Quartana, P.J. y Bruehl, S. (2008). Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 259-279.

Chapman, C.R., Tuckett, R.P. y Woo, C. (2008). Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune reactions. *The Journal of Pain*, 9, 122-145.

Dahl, J.C., Wilson, K.G., Luciano, C. y Hayes, S.C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.

deKloet, E.R. (2004). Hormones and the stressed brain. *Annual New York Academy of Science*, 1018, 1-15.

Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods*

for chronic pain and illness. Saint Louis: Mosby.

Graham, J.E., Lobel, M., Glass, P. y Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 201-212.

Hassett, A.L., Radvanski, D.C., Vaschillo, E.G., Vaschillo, B., Sigal, L.H., Katsamanis, M., Buyske, S., y Lehrer, P.M. (2007). A pilot study of the efficacy of heart rate variability (HRV) biofeedback in patients with fibromyalgia. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32, 1-10.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Guilford Press.

Jensen, M.P. Hakimian, S., Sherlin, L.H. y Fregini, F. (2008). New insights into neuro-modulatory approaches for the treatment of pain. *The Journal of Pain*, 9, 193-199.

Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A. y Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.

Lumley, M.A., Cohen, J.L., Stout, R.L. y Neely, L.C. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy Theory, Research, Practice and Training*, 45, 165-172.

MacDonald, G. y Leary, R.M. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202-223.

McCracken, L.M. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for chronic pain*. Seattle: IASP Press.

McCracken, L.M. (2007). Psychology and chronic pain. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*, 9, 55-58.

McCracken, L.M. y Vowles, K.E. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 27, 215-220.

McEwen, B.S. (2002). *The end of stress as we know it*. Washington: Joseph Henry Press.

Nestoriuc, Y., Rief, W. y Martin, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 379-396.

Plsek, P.E. y Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323, 625-628.

Pressman, S.D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.

Sime, A. (2004). Case study of trigeminal neuralgia using biofeedback and peripheral biofeedback. *Journal of Neurotherapy*, 8, 59-71.

Sullivan, M.D. (2000). DSM-IV pain disorder: a case against the diagnosis. *International Review of Psychiatry*, 12, 91-98.

Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A. y Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.

Tan, G., Rintala, D.H., Thornby, J.I., Yang, J., Wade, W. y Vasilev, C. (2006). Using cranial electrotherapy stimulation to treat pain associated with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43, 461-474.

Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., y Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 70, 275-287.

Thorn, B.E., Pence, L.B., Ward, L.C., Kilgo, G., Clements, K.L., Cross, T.H., Davis, A.M. y Tsui, P.W. (2007). A randomized clinical trial of targeted Cognitive Behavioral Treatment to reduce catastrophizing in chronic headache. *The Journal of Pain*, 8, 938-949.

Turner, J.A. y Aaron, L.A. (2001). Pain-related catastrophizing: What is it? *Clinical Journal of Pain*, 17, 65-71.

Vallejo, M.A. (2005). Tratamiento psicoló-

gico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.

Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Psicología Conductual*, 14, 433-451.

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

Vowles, K.E., McCracken, L.M. y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 779-787.

Williams, K.D. (1997). Social ostracism. En R. Kowalski (ed.): *Aversive interpersonal behaviours*. Nueva York: Plenum Press, pp. 133-170.

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.