

# Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico

## Psychological Therapies to Treat Chronic Pain

Jenny Moix

U. Autónoma de Barcelona, España

M.<sup>a</sup> Isabel Casado

U. Complutense de Madrid, España

Coautores del Manual del Dolor\*

**Resumen.** A pesar de que existe abundante literatura que muestra la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico, en nuestro país, se carecía de un manual del mismo. Por este motivo, diseñamos un protocolo donde se describen las diferentes técnicas de dicha terapia. En el presente artículo, realizamos una detallada descripción del mismo. Antes de adentrarnos en la terapia cognitivo-conductual, presentamos una revisión de las principales terapias psicológicas que se emplean en el tratamiento del dolor crónico.

*Palabras clave:* dolor crónico, terapia cognitivo-conductual, relajación, hipnosis, biofeedback, técnicas operantes, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, escritura emocional.

**Abstract.** Although there is abundant literature showing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment of chronic pain, in our country, there was no manual for it. For this reason, we designed a protocol that describes the various techniques of this therapy. In this article, we conducted a detailed description. Before dealing with cognitive-behavioral therapy, we present a review of the main psychological therapies used in the treatment of chronic pain.

*Keywords:* chronic pain, cognitive-behavioral therapy, relaxation, hypnosis, biofeedback, operant techniques, acceptance and commitment therapy, mindfulness, emotional disclosure.

### Introducción

Se considera dolor crónico aquel que persiste más de tres meses (Merskey y Bogduk, 1994; Pedrajas y Molino, 2008). Bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, en las que la psicología actual está trabajando de forma importante para la determinación de los factores psicológicos implicados en su desarrollo, mantenimiento, cronificación, tratamiento y/o recuperación (Casado, Moix y Vidal, 2008; López-Espino y Mingote, 2008; Redondo, León, Pérez-Nieto, Jover y Abasolo, 2008).

En el último estudio realizado sobre la prevalencia de dolor en Europa en el que se entrevistaron a más de 46.000 personas de 16 países, se comprobó que el dolor crónico afecta a 1 de cada 5 europeos

(19%). En España este porcentaje se sitúa en el 11% y la duración e intensidad del dolor es mayor que en el resto de los países (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006).

El impacto económico que ello supone, tanto por el coste de los tratamientos como por las bajas laborales, es altísimo. En Europa, sólo los costes asociados al dolor lumbar suponen aproximadamente entre el 1.7% y el 2.1% del Producto Interior Bruto cada año. Más del 70% de estos costes globales son producidos por el 20% de los pacientes más crónicos (Anderson, 1999).

---

\* Mar Arcos, Mila Buero, Francisco Javier Cano, Carla Casals, Ester Garriga, Milena Gobbo, María José Martín, Encar Martín, María del Carmen Martínez González, Carmen Martínez Valero, Almudena Mateos, Luís Antonio Merayo, Malén Oliver-Frontera, María Ángeles Pastor, Carlos Peña, Gema Rodríguez, Pilar Roig, Cristina Ruiz, Sonia Sánchez, Mar Santos y Julia Vidal.

El protocolo cognitivo-conductual descrito en este artículo no se podría haber diseñado sin la cofinanciación del Ministerio de Sanidad y consumo (programa de promoción de la investigación biomédica y en ciencias de la salud- Expediente PI051963-) y la Fundación Kovacs.

---

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a la segunda autora de este artículo. E-mail: micasado@psi.ucm.es

Estas cifras son alarmantes, pero lo son muchísimo más si tenemos en cuenta las repercusiones psicológicas. En nuestro país, se observa el porcentaje más elevado de personas con dolor crónico que sufren depresión, concretamente el 29% (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006). Además de la depresión, la ansiedad y la ira son también emociones frecuentes.

La visión tradicional considera al dolor exclusivamente como un síntoma de una enfermedad, y este modelo funciona razonablemente bien para diagnosticar y tratar el dolor agudo. Sin embargo, el dolor crónico suele presentarse conjuntamente con todo ese tipo de emociones, por lo que conviene conceptualizarlo como un cuadro más complejo (Truyols, Pérez-Pareja, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

Esa visión holística aconseja un tratamiento interdisciplinar, en el que colaboren conjuntamente médicos, fisioterapeutas, asistentes sociales, psicólogos, ... A pesar de ello, este tipo de enfoque todavía está poco implantado. En el año 2008, Carlos Barutell, director de la Sociedad Española del Dolor, afirmaba que pocas clínicas del dolor son auténticamente interdisciplinarias. Sólo un 40% cuenta con un psicólogo y de ellos sólo el 30% trabaja a tiempo completo.

La escasa aplicación de tratamientos psicológicos a personas aquejadas con dolor crónico resulta paradójica si tenemos en cuenta la efectividad que están mostrando en este campo. A continuación vamos a exponer las terapias más estudiadas y el grado de efectividad que han mostrado.

## Técnicas de tratamiento

### *Relajación*

La relajación como técnica para tratar a pacientes con dolor crónico puede utilizarse de forma aislada o dentro de una terapia multicomponente. Los dos tipos más empleados son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz.

La aplicación de esta técnica en sujetos con dolor se fundamenta en la idea de que el dolor provoca tensión y frecuentemente ansiedad, lo cual puede a su vez aumentar el dolor. Se hipotetiza que la relaja-

ción puede romper este círculo vicioso. A través de la relajación se consigue una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática que se supone ayudan a disminuir la ansiedad, la tensión e indirectamente el dolor.

La efectividad de la aplicación de esta técnica en forma aislada ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones. En general, las revisiones realizadas sobre las mismas arrojan resultados poco alentadores sobre la utilización de la relajación como técnica única para el tratamiento del dolor crónico (Caroll y Seers, 1998; Kwekkerboom y Gretarsdottir, 2006; McQuay, Moore, Eccleston, Morley y Williams, 1997).

Mención aparte merece el caso de las cefaleas. Según algunas revisiones, la relajación para este tipo de dolor sí resulta efectiva (Bogaards y Terkuile, 1994; Holroyd, 2002).

### *Biofeedback*

La utilización del biofeedback en el campo del dolor se basa en la premisa de que éste puede estar causado por disfunciones de los sistemas naturales de regulación fisiológica. Por tanto, esta técnica tendría como objetivo restablecer la auto-regulación. Los dos tipos más empleados son el electromiográfico y el dirigido a regular la temperatura periférica.

Diversos meta-análisis y revisiones sistemáticas concluyen la efectividad del biofeedback en pacientes con cefalea tensional y migrañas (Bogaards y Terkuile, 1994; Chapman, 1986; Nestoriuc y Martin, 2007; Nestoriuc, Rief y Martin, 2008; Nestoriuc, Martin, Rief, y Andrasik, 2008). Igualmente, algunas revisiones realizadas sobre estudios con pacientes afectados de trastornos temporomandibulares muestran su efectividad (Crider y Glaros, 1999; Medlicott y Harris, 2006), aunque no todas (Jedel y Carlsoon, 2003).

A pesar de la efectividad del biofeedback en pacientes con cefaleas y trastornos temporomandibulares existe un gran vacío sobre los mecanismos en los que se basan sus efectos.

Respecto a otros tipos de dolores crónicos, no existe suficiente evidencia empírica como para con-

cluir la efectividad del biofeedback. Así por ejemplo, en el caso de la lumbalgia crónica, el uso del biofeedback no ha mostrado su efectividad de forma concluyente (Van Tulder, Koes y Bouter, 1997).

### **Hipnosis**

Actualmente, las principales asociaciones de hipnosis aceptan la definición propuesta por la división 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la APA (American Psychological Association). La definición es muy amplia, pero podríamos resumirla como: *un conjunto de procedimientos que a través de sugerencias consiguen cambios en la experiencia subjetiva (alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta).*

El empleo de la hipnosis con pacientes aquejados de dolor se sustenta en la idea de que éste constituye un fenómeno biopsicosocial en donde emociones, pensamientos, y conductas juegan un papel clave. Por tanto, la hipnosis como técnica promotora de cambio sobre estos factores puede resultar útil.

En las revisiones y meta-análisis donde se ha analizado la efectividad de la hipnosis como reductora del dolor sin diferenciar entre agudo y crónico, se ha comprobado la efectividad de la hipnosis (Hawkins, 2001; Montgomery, DuHamel, y Redd, 2000). Igualmente en la revisión de Jensen y Patterson (2006) donde se analizaron investigaciones con muestras compuestas por sujetos exclusivamente con dolor crónico (lumbalgia, cefalea, fibromialgia,...) se concluyó la efectividad de la técnica, aunque los resultados mostraron que no era superior a la relajación. Cuando se han estudiado exclusivamente trabajos donde los sujetos sufrían cefaleas también se ha observado la efectividad de la misma (Hammond, 2007).

La hipnosis, al igual que la relajación, puede aplicarse como técnica aislada o como parte integrante de otras terapias. De hecho, cuando la hipnosis se incluye dentro de otras técnicas terapéuticas, los resultados de las mismas suelen mejorar considerablemente (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995).

Se hipotetiza sobre diversas vías de actuación de la hipnosis. Esta técnica puede ayudar a disminuir la ansiedad, y por ello indirectamente el dolor.

Igualmente, puede constituir un mecanismo por el que el paciente se concentre en algún estímulo, dejando en la parte inconsciente la sensación de dolor. En algunos casos, la creencia de que la hipnosis funcionará puede cambiar las creencias del paciente y por tanto puede darse un efecto placebo. Los mecanismos concretos por los que la hipnosis puede reducir el dolor probablemente son muchos y distintos en cada caso (Moix, 2002).

### **Técnicas operantes**

Las técnicas operantes se basan en los principios del condicionamiento instrumental u operante. Normalmente, se etiquetan como técnicas conductuales, sin embargo aquí las denominamos operantes para diferenciarlas de otros procedimientos como el biofeedback, la relajación, la terapia de aceptación y compromiso o el mindfulness que también pueden englobarse bajo la misma etiqueta.

El dolor posee componentes fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. Las técnicas operantes se dirigen exclusivamente a tratar la parte comportamental del dolor, aunque indirectamente puedan modular los otros factores.

El factor conductual del dolor se refiere principalmente a las quejas de dolor, cambios posturales, expresiones faciales y conductas de evitación. En general, las técnicas operantes se dirigen a la reducción o eliminación de las conductas de dolor, a la restauración de las actividades diarias evitadas y a la instauración del ejercicio físico. Con tales fines, se emplean programas graduales, en los que cada avance es reforzado.

Las técnicas operantes han sido estudiadas principalmente en pacientes con dolor lumbar crónico. A pesar de que en algunas revisiones se encontró cierta efectividad (Nielson y Weir, 2001; Van Tulder, Ostelo, Vlaeyen, Linton, Morley y Assendelft, 2000), en la revisión más actualizada los autores concluyen: *“a partir de esta revisión, no se pueden establecer conclusiones acerca de si los médicos deben remitir a los pacientes con dolor lumbar crónico a los programas de tratamiento conductual o al tratamiento conservador activo”* (Ostelo, van Tulder, Vlaeyen, Linton, Morley, y Assendelft, 2006).

### ***Terapia de aceptación y compromiso***

La terapia de aceptación y compromiso se basa, como su nombre indica, en aceptar el sufrimiento, y por tanto en dejar a un lado la evitación como estrategia de afrontamiento, y en comprometerse con los valores u objetivos vitales (Wilson y Luciano, 2002).

Este tipo de terapia se ha empleado en diversas patologías y, entre ellas, el dolor crónico. Dado que, como ya hemos comentado anteriormente, la evitación es una estrategia común entre los pacientes que sufren dolor, la aplicación de esta terapia parece muy indicada. De hecho, se ha comprobado que los pacientes que aceptan más su dolor son los que puntúan más bajo en intensidad de dolor, presentan menos emociones negativas y disfrutan de una mayor calidad de vida (McCraken y Velleman, 2010).

Algunos estudios apuntan la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con dolor crónico (Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001). Con todo, la evidencia actual todavía es escasa para afirmar su efectividad en este campo.

### ***Mindfulness***

El término Mindfulness suele traducirse como atención y conciencia plena. La filosofía de esta terapia se basa principalmente en vivir el presente, en estar atento a lo que sucede sin juzgar, ni interpretar. En otras palabras, se fundamenta en aceptar la realidad tal como es. De hecho, en algunas ocasiones se considera como una técnica de otras terapias como la terapia de aceptación y compromiso.

Dentro de esta filosofía, una de las técnicas más empleadas es la meditación o la atención a estímulos internos o externos. Puede considerarse como una técnica de focalización de la atención.

La aplicación de la misma en pacientes con dolor crónico se basa en la idea de que puede ayudarles a aceptar el dolor y por tanto reducir la evitación, y a tener más control sobre sus procesos atencionales tan ligados a la percepción del dolor. De hecho, cuando se evalúa el mindfulness como una capaci-

dad o rasgo de personalidad correlaciona con el dolor. Las personas que puntúan más alto en mindfulness sienten menos dolor, presentan una mayor calidad de vida y sufren menos emociones negativas (McCraken y Velleman, 2010).

Jon Kabat-Zinn, el precursor de esta técnica, ya en 1982 empezó a utilizarla en pacientes con dolor crónico. Todavía son escasos los meta-análisis sobre esta terapia, aunque parecen apuntar hacia la efectividad de la misma (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004).

### ***Escritura emocional***

Una nueva técnica que se está empezando a emplear dentro del campo del dolor crónico es la escritura emocional.

Su máximo representante es Pennebaker. En 1986 realizó su primer estudio donde demostró que los sujetos que describían su trauma (tanto el acontecimiento como las emociones experimentadas) necesitaban acudir en menor medida a las consultas médicas que un grupo control. A esta investigación le han seguido muchas otras y parece que, en general, se demuestra su efectividad (Frattaroli, 2006).

En el campo del dolor ha entrado más recientemente (Broderick, Doerte, Junghaenel, Joseph y Schwartz, 2005; Gillis, 2002; Gillis, Lumley, Mosley-Williams, Leisen y Roehrs, 2006; Junghaenel, Schwartz y Broderick, 2008) mostrando igualmente efectos positivos.

Las vías por las cuáles la escritura emocional puede convertirse en efectos saludables pueden ser varias. Se hipotetiza que la escritura puede servir para: organizar y dar sentido a la experiencia; facilitar la comunicación con el entorno social, constituir una especie de “exposición” a los hechos y a las emociones,... Probablemente el mecanismo mediador no sea único sino que los efectos vengan modulados por una interacción de los mismos.

### ***Terapia cognitivo-conductual***

Dentro de las terapias psicológicas para el dolor crónico, las técnicas cognitivo-conductuales son las

más empleadas y han demostrado ser efectivas (Eccleston, Williams, y Morley, 2009; Lunde, Nordhus y Pallesen, 2009; Morley, Eccleston, y Williams, 1999). En general, los estudios sobre técnicas cognitivo-conductuales comparan la evolución de un grupo de pacientes tratados con esas técnicas y tratamientos médicos habituales, con la de otro grupo de pacientes tratado exclusivamente con dichas terapias médicas. Por tanto, los resultados de esos estudios reflejan el efecto adicional que esas técnicas obtienen como coadyuvante de los procedimientos médicos. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. En la mayoría de los estudios, aunque el efecto adicional que supone la adición de las técnicas cognitivo-conductuales es positivo, su magnitud es pequeña. Sin embargo, recientemente se ha publicado un estudio en la prestigiosa revista *The Lancet*, realizado con una muestra de 710 pacientes aquejados de dolor lumbar subagudo y crónico, en el que se han encontrado una elevada magnitud del efecto (Lamb *et al*, 2010). Y no sólo se ha demostrado así su efectividad, sino también su coste-efectividad. Esperemos que estos datos tan alentadores impulsen la realización de investigaciones dirigidas a optimizar los tratamientos cognitivo-conductuales.

### **Protocolo de intervención cognitivo conductual**

Hasta el momento, en España se carecía de un protocolo sistematizado para aplicar el tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico, por ello nuestro objetivo consistió en diseñarlo. En el protocolo se describen 10 sesiones grupales (planteadas para aplicar en grupos de 8-10 personas) y dos sesiones individuales. La duración de las sesiones puede oscilar entre una hora y media, y dos. Cada sesión consiste en tres partes diferenciadas. En la primera se comentan las tareas realizadas en casa, para comprobar hasta que punto se han entendido las estrategias explicadas en la sesión anterior y para aclarar todas las dudas que han podido ir surgiendo. En la segunda parte se explica la temática de la propia sesión, siempre a través de una parte teórica seguida

de diferentes ejercicios prácticos. Para acabar, se proponen las tareas que deben llevar a cabo los pacientes hasta la siguiente sesión para practicar lo aprendido.

Respecto a las dos sesiones individuales, una de ellas se realiza a la mitad del tratamiento aproximadamente y la segunda al finalizar el mismo. Estas sesiones pretenden comprobar más de cerca si el paciente va adquiriendo los conocimientos y las técnicas explicadas, y tratar cuestiones particulares que el paciente no haya expuesto en las sesiones conjuntas.

A continuación de forma abreviada se detallan las diferentes técnicas de las que consta el protocolo cognitivo-conductual.

### ***Técnicas dentro de la terapia cognitivo-conductual***

#### ***1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual***

Es fundamental que los pacientes comprendan en qué consiste la terapia y qué beneficios pueden alcanzar. Es usual que las personas que son derivadas a tratamientos psicológicos crean que lo son porque se considera que su estado psicológico ha sido la causa de su dolor. En esta sesión, se les aclara que suele ser su dolor el que origina el malestar anímico y que estas emociones pueden aumentar su dolor. Para ello se les enseña a nivel metafórico la teoría de la puerta. Esto es, se les explica que existe “una puerta” que puede estar abierta o cerrada y por tanto dejar pasar o no su dolor. A continuación se realiza un ejercicio en el que los pacientes deben indicar en su caso qué emociones, conductas o pensamientos abren o cierran la puerta.

Una vez comprendida la relación entre los aspectos psicológicos y el dolor, se les explica que la terapia va a ir dirigida a tratar los pensamientos, conductas y emociones que incrementan su sufrimiento.

#### ***2. Respiración y relajación***

En la parte teórica de esta sesión se explica el círculo vicioso entre dolor y tensión. Es decir, cómo el dolor provoca tensión muscular y ésta a su vez incrementa el dolor. Así mismo se comentan todos

los posibles beneficios que suelen suponer la práctica de la relajación.

La parte práctica de la sesión se inicia enseñando la respiración abdominal y a continuación se enseña a los pacientes cómo relajarse a través de la técnica de Jacobson.

Al finalizar la sesión, se entrega un CD con las instrucciones de relajación para que practiquen diariamente.

### *3. Manejo de la atención*

Los procesos atencionales están claramente implicados en la percepción del dolor. Utilizando la teoría de la puerta ya explicada, se comenta cómo la atención puede abrir “la puerta”. Igualmente se enseña en qué medida la atención es un proceso controlable.

En la parte práctica de la sesión, se realizan una serie de ejercicios donde los sujetos deben redirigir su atención hacia estímulos externos, propioceptivos o hacia imágenes mentales.

Para finalizar se les indica las tareas que deben practicar en casa que consistirán en prestar atención con todos los sentidos a la situación que ellos escojan (la ducha, un paseo,...).

### *4. Reestructuración cognitiva*

En primer lugar, se explican las distorsiones cognitivas que las personas solemos realizar al interpretar la realidad. Los ejemplos que se emplean para ilustrar las interpretaciones subjetivas e irracionales son situaciones que típicamente viven los pacientes con dolor crónico. En esta parte teórica, se subraya el gran peso que poseen estas interpretaciones en la generación de diferentes tipos de emociones. Igualmente se enumeran las características de los pensamientos automáticos para que resulten más fáciles de identificar.

La parte práctica consiste en la identificación y registro de los pensamientos que provocan emociones negativas. Los pacientes deben realizar un ejercicio donde analicen la situación y los pensamientos que tuvieron la última vez que sintieron alguna emoción negativa (ansiedad, ira, etc.).

Para acabar se les entrega un registro que deben cumplimentar en casa cuando experimenten estados emocionales negativos. En ellos, deben anotar en qué situación los han sentido y cuáles han sido sus pensamientos.

### *5. Solución de problemas*

A nivel teórico se detallan las diferentes fases de la solución de problemas: la actitud, la definición del problema, la generación de soluciones, la toma de decisiones y la ejecución y verificación. Para cada una de las fases, se comenta los errores que solemos comentar, así como cuál es la mejor forma de evitarlos.

El ejercicio que se realiza al respecto se basa en un problema que voluntariamente expone algún paciente o en alguna situación problemática típica de los pacientes con dolor. El objetivo de esta práctica, es que se compruebe los distintos enfoques y estrategias con las que se puede tratar una misma situación problemática.

### *6. Manejo de emociones y asertividad*

Esta sesión se encuentra dividida en dos grandes temáticas.

La primera tiene como objetivo identificar las emociones desagradables (enfado, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza y tristeza) y entender su relación con el dolor.

Para practicar, se realiza un ejercicio en el que se entrega una descripción de lo que siente un paciente con dolor de espalda en distintas situaciones, y los sujetos deben especificar el nombre de la emoción en cada caso.

Seguidamente, se explica el distanciamiento como forma de manejar dichos estados emocionales. Y se reflexiona sobre el mismo a través de un metáfora.

La segunda gran temática que se aborda en esta sesión es la asertividad. La incompreensión es una de las quejas más habituales de los pacientes con estas dolencias. El dolor, en ocasiones, dificulta la comunicación con los demás. Por ello, se enseñan los tres

pasos de la asertividad como técnica para mejorar las relaciones.

Con el objetivo de practicar la asertividad se llevan a cabo algunos role-playings.

Como tareas para casa, se pide a los sujetos que cuando se encuentren en situaciones conflictivas, pongan en práctica los tres pasos de la asertividad que se han explicado durante la sesión.

### *7. Valores y establecimientos de objetivos*

El dolor supone, en bastantes ocasiones, un cambio radical del estilo de vida. Muchas personas han de abandonar su puesto de trabajo, y no pueden mantener sus aficiones. Por ello, la sensación de sentirse perdido es bastante habitual. Esta técnica tiene como propósito trabajar los valores vitales a través de varias metáforas básicamente mediante la reflexión.

Para que estas reflexiones se traduzcan a nivel práctico, se anima a los pacientes a que establezcan objetivos concretos para sus vidas. Primero se explica qué características deben poseer los objetivos para que resulten fáciles de llevar a la práctica y en segundo lugar se realiza un ejercicio donde cada paciente debe anotar en un listado los objetivos que quiere lograr.

En la sesión este listado no suele acabarse de redactar y por ello las tareas para casa consisten en completarlo.

### *8. Organización del tiempo y actividades reforzantes*

Muchas actividades se ven enlentecidas cuando se experimenta dolor. Por ello, la sensación de falta de tiempo suele ser habitual. En esta sesión se explican diferentes estrategias para organizar el tiempo. Y dentro de la planificación se trasmite la necesidad de reservar espacios del día para la inclusión de actividades de ocio que suelen ser las primeras que se suprimen cuando se tiene la sensación de falta de tiempo.

Además de discutir las dificultades que suele conllevar la organización del tiempo de forma adecuada, se presenta un listado con diferentes actividades

reforzantes para que identifiquen cuáles les gustaría llevar a cabo.

Como actividades para realizar en casa, se les anima a que piensen cómo podrían incluir esas actividades lúdicas en su vida.

### *9. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas*

Además de resaltar la importancia del ejercicio físico, la higiene postural y del sueño para reducir el dolor, se dan una serie de pautas recomendables. Cada una de ellas es discutida por todo el grupo.

Es usual que mientras los pacientes acuden a las sesiones terapéuticas se sientan mejor, pero es posible que una vez finalizadas en algún momento aparezcan contratiempos. Por ello al acabar, se explica cuáles son las señales de aviso de las recaídas y qué pasos dar en el caso de que se detecten.

### ***Manual de tratamiento cognitivo-conductual***

El protocolo en el que se describen detalladamente estas técnicas se ha editado en forma de manual titulado “Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico” (Moix y Kovacs, 2009). En el mismo se incluye una descripción pormenorizada de todas las explicaciones y ejercicios. Al igual que una transcripción de los ejercicios de relajación incluidos en el CD que se entrega a los pacientes. El dossier de los pacientes en donde se encuentra un resumen de cada sesión y las tareas para casa también se encuentran incluidos. En el último capítulo, se presenta una recopilación de los principales libros y webs comentados sobre tratamiento psicológico del dolor crónico.

El manual es una guía paso a paso para los profesionales que quieran aplicar esta técnica. Esperamos que impulse la aplicación e investigación de la terapia cognitivo-conductual en nuestro país.

Los beneficios del manual van destinados íntegramente a “Sine Dolore” una asociación cuyos objetivos consisten en: tratar el dolor, aliviar el sufrimiento y aumentar la calidad de vida de las personas aquejadas de dolor crónico.

## Extended Summary

**Background:** One in five Europeans suffer from chronic pain. The disorder not only represents a serious physical and emotional suffering, but also means a deterioration in different fields of life for those who suffer it. To this we must add the economic costs. In Europe, the costs associated with low back pain alone account for between approximately 1.7% and 2.1% of Gross National Product each year. Since the conventional medical model is not sufficient to treat chronic pain, research has increasingly focused on a type of interdisciplinary treatment.

Although the effectiveness of medical techniques combined with the psychological has been demonstrated, in our country they are rarely applied in conjunction.

**Objective:** To review the major psychological therapies applied in the field of pain, focusing on cognitive-behavioral therapy.

**Psychological therapies for the treatment of chronic pain:** Some techniques have already been studied for decades, such as relaxation, hypnosis biofeedback and operating techniques. Others are currently beginning to be investigated further, such as mindfulness, acceptance and commitment therapy, and emotional disclosure. Although the data do not always point in the same direction, these techniques have generally proven effective. However, this effect is not of desirable magnitude, meaning it is appropriate to continue improving these techniques.

Cognitive-behavioral therapy is undoubtedly the most used and that for which we have most data on its effectiveness. However, in our country a protocol on it was lacking. Therefore, we designed a protocol that describes the various techniques of this therapy. In this article, we conducted a detailed description.

### Referencias

1. Andersson, G. B. J. (1999). Epidemiologic features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354, 581-585.
2. Bogaards, M. C. y Terkuile, M. M. (1994). Treatment of recurrent tension headache- a metaanalytic review. *Clinical of Journal Pain*, 10, 174-190.
3. Breivik, H., Collett B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, A. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
4. Broderick, J. E., Doerte, U., Junghaenel, M. A., Joseph, E., & Schwartz, E. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosomatic Medicine*, 67, 326-334.
5. Carroll, D. y Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 467-487.
6. Casado, M. I, Moix, J. y Vidal, J. (2005). Etiología, cronificación y tratamiento el dolor lumbar. *Cínica y Salud*, 19, 379-392.
7. Chapman, S. L. (1986). A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback for chronic headaches. *Pain*, 27, 1-43.
8. Crider, A. B. y Glaros, A. G. (1999). A meta-analysis of EMG biofeedback treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 13, 29-37.
9. Eccleston, C., Williams, A, y Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2, number CD007407.
10. Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
11. Gillis, M. E. (2002). *The effects of written emotional disclosure on adjustment in fibromyalgia syndrome*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.
12. Gillis, M. E., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C., y Roehrs, T. (2006). The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia: A randomized trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 135-146.
13. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
14. Hammond, D. C. (2007). Review of the efficacy of



- clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219.
15. Hawkins, R. M. F. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 8, 47-73.
  16. Holroyd, D. A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
  17. Jedel, E. y Carlsson, J. (2003). Biofeedback, acupuncture and transcutaneous electric nerve stimulation in the management of temporomandibular disorders: a systematic review. *Physical Therapy Reviews*, 8, 217-223.
  18. Jensen, M. y Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 95-124.
  19. Junghaenel, D. U., Schwartz, J. E., y Broderick, J. E. (2008). Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Health Psychology*, 13, 57-60.
  20. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
  21. Kirsch, I., Montgomery, G. y Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy- a metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
  22. Kwekkeboom, K. L., y Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 269-277.
  23. Lamb, S. E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnuovo, E., Wither, E., Nichols, V., Potter, R. y Underwood, M. R. (2010). Group cognitive behavioral treatment for low back pain in primary care: a randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. Consultado el 26 de febrero de 2010, <http://www.thelancet.com>
  24. López-Espino, M. y Mingote, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19, 343-358.
  25. Luciano, M. C., Visdómine, J. C. L., Gutiérrez, O. M. y Montesinos, F. M. (2001). Acceptance and Commitment Therapy and chronic pain. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 473-502.
  26. Lunde L. H., Nordhus I. H. y Pallesen S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262.
  27. McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010). *Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care*. *Pain*, 148, 141-147.
  28. McQuay, H. J. Moore, A., Eccleston, C., Morley, S., y Williams, A. C. (1997). Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technician Assessment*, 1, 1-135.
  29. Medlicott, M. S. y Harris, S. R. (2006). A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Physical Therapy*, 86, 955-973.
  30. Merskey, H. y Bogduk, N. (1994). Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. En: *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. Seattle, WA: IASP press.
  31. Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 525-532.
  32. Moix, J. y Kovacs, F. M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
  33. Montgomery, G. H., DuHamel, K. N. y Reed, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia. *The international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
  34. Morley, S. Eccleston, C., y Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
  35. Nestorciuc, Y. y Martin, A. (2007). Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain*, 128, 111-127.
  36. Nestorciuc, Y., Martin, A., Rief, W. y Andrasik, F. (2008). Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. *Applied*

- Psychophysiology and Biofeedback*, 33, 125-140.
37. 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.
38. Nielson, W. R. y Weir, R. (2001). Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 114-127.
39. Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., Morley, S. J. y Assendelft, W. J. (2006). Behavioral treatment for chronic low-back pain (review). *The Cochrane Library*, 2, 1-24.
40. Van Tulder M. W., Koes B. W. y Bouter L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997, 22, 2128-2156.
41. Pedrajas, J. M. y Molino, A. M. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19, 277-294.
42. Redondo, M. M., León, L., Pérez-Nieto, M. A., Jover, J. A. y Abasolo, L. (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*, 19, 359-378.
43. Truyols, M. M., Pérez-Pareja, J., Medinas, M. M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). *Clínica y Salud*, 19, 295-320.
44. Van Tulder, M. W., Ostelo, R., Vlaeyen J. W. S., Linton S. J., Morley, S. J. y Assendelft, W. J. (2000). Behavioral treatment of chronic low back pain. *Spine*, 25, 2688-2699.
45. Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Manuscrito recibido: 27/04/2010

Revisión recibida: 17/05/2010

Manuscrito aceptado: 20/05/2010