

## LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ES EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO QUE MÁS EVIDENCIA APORTA SOBRE DOLOR CRÓNICO

ENTREVISTA A MIGUEL A. VALLEJO PAREJA

Aída de Vicente y Silvia Berdullas

**S**e estima que entre el 10 y el 23% de la población española sufre problemas de dolor crónico, generando un grave impacto social en la vida de los afectados.

Hoy en día, todas las sociedades internacionales sobre dolor y guías de práctica clínica coinciden en señalar la necesidad de un abordaje multidisciplinar del dolor crónico, siendo el tratamiento psicológico uno de los pilares básicos de este tipo de intervenciones.

Con el objetivo de profundizar sobre los procedimientos psicológicos que están avalados científicamente y qué objetivos se persiguen con este tipo de intervenciones, hemos entrevistado a uno de los principales expertos en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico en nuestro país: **Miguel A. Vallejo Pareja**.

**Miguel A. Vallejo** es Catedrático de terapia cognitivo-conductual de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y director del Máster en Terapia de Conducta y del curso de Especialista Universitario en Hipnosis Clínica de esta misma universidad.

### ENTREVISTA

**Infocop:** *El dolor es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. Bajo su punto de vista, ¿qué perspectiva sería la más adecuada para el abordaje de estos problemas y por qué motivos?*

**Miguel A. Vallejo Pareja:** No me sor-



Miguel A. Vallejo Pareja

prende, porque el dolor es la señal más habitual de que algo va mal. Es lógico, por tanto, que una parte sustancial de las quejas de los pacientes en Atención Primaria tengan que ver con el dolor. Para el médico, por otro lado, es un criterio valioso para orientar su exploración y hacer un juicio diagnóstico. Sin embargo, el mismo médico ve a menudo que el dolor que el paciente refiere, bien por su intensidad, su persistencia, o por la propia situación médica del paciente, no se corresponde con la información disponible sobre su estado de salud. Eso puede deberse a dos factores: a que hay aspectos biológicos, causas orgánicas, que no han sido suficientemente identificadas y consideradas; y a que la información del dolor que da el paciente se ve influida por factores psicosociales. El primer factor puede operar en algunos casos, el segundo en todos.

Cualquiera tiene experiencia de que en determinadas condiciones somos más sensibles al dolor. Además, informar de dolor es un modo de quejarnos, de requerir ayuda. A veces el dolor, como percepción, recoge y vehicula aspectos que no son dolor, como el malestar, la ansiedad, el cansancio, etc., produciéndose una mezcla indiferenciada que el paciente puede entender como dolor, pero que responde a diversos motivos de índole biológica pero también psicosocial.

Una visión meramente biológica del dolor sólo es válida para cuadros bien definidos de clara etiología y con una evolución rápida. En el resto de los casos, la perspectiva psicosocial que se enuncia más arriba es imprescindible.

**I:** *¿Cuál es la evidencia científica disponible respecto a la eficacia del tratamiento psicológico del dolor crónico?*

**M.A.V.P.:** El reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos en el tratamiento del dolor es parejo al estudio y tratamiento científico del dolor crónico. Sirva como referencia el que la primera teoría de modulación del dolor, la teoría de la puerta, fue creada por **Ronald Melzack** (psicólogo) y **Patrick Wall** (fisiólogo). Melzack fue presidente de la *International Association for The Study of Pain* (IASP). Esta sociedad científica preconiza el tratamiento multidisciplinar del dolor, que incluye como componente esencial el tratamiento psicológico, por



parte de psicólogos clínicos, como puede verse en la Web de dicha Sociedad ([www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Treatment\\_Facilities](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Treatment_Facilities)).

Los tratamientos psicológicos se han mostrado eficaces en un amplio número de síndromes de dolor crónico, desde las cefaleas idiopáticas, lumbagias, dolor musculoesquelético, dolor de miembro fantasma y otros síndromes por des-afiliación, sin dejar de lado el dolor producido por cáncer.

Los tratamientos psicológicos deben aplicarse, preferentemente, en un contexto multidisciplinar, integrados con el tratamiento médico, generalmente anestésico, del síndrome. Sin dejar de lado el reconocimiento explícito de otras especialidades médicas que reconocen y recomiendan los tratamientos psicológicos del dolor, como la *American Academy of Neurology* ([www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf](http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf)), o la Sociedad Española de Reumatología, en el caso del síndrome de fibromialgia ([www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/consensos/ConsensoFibromialgia2006.pdf](http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/consensos/ConsensoFibromialgia2006.pdf)). En atención a la evidencia científica no puede entenderse hoy día un tratamiento del dolor crónico que no incluya su abordaje psicológico.

**I.: De forma general, según su experiencia, ¿qué herramientas ofrece la psicología en el campo del dolor crónico?**

**M.A.V.P.:** El dolor crónico afecta de forma significativa a la vida del paciente y su entorno familiar, laboral, etc. El tratamiento psicológico tiene como objetivo principal que el paciente recupere su vida, de modo que aún asumiendo el *handicap* que supone padecer un problema de dolor crónico,

sea capaz de sentirse útil implicándose en actividades que él considere valiosas. La recuperación progresiva de su nivel de actividad es una herramienta esencial, contribuye a que el paciente se sienta útil, aumente su autoestima y sustituya un discurso auto-referente a otro más centrado en su contexto social.

También son técnicas útiles aquellas que van dirigidas a actuar sobre aspectos que cooperan para aumentar el malestar y el dolor, como es el exceso de la activación fisiológica, y que potencian la ansiedad, angustia y otras emociones negativas. Técnicas apropiadas al respecto son: el entrenamiento en relajación, respiración o el *biofeedback*. En general, cabe señalar que las técnicas utilizadas no buscan actuar directamente sobre el dolor, con la excepción de la hipnosis, sino que procuran una reducción indirecta del dolor, al promo-

ver que el paciente se implique en actividades, salga del círculo vicioso del dolor-inactividad-dolor y que la ansiedad, la angustia o el bajo estado de ánimo no contribuyan a empeorar el problema. El conjunto de herramientas disponibles, más allá de las ya señaladas, es más amplio de lo que parecería razonable comentar aquí.

**I.: La terapia cognitivo-conductual constituye una de las herramientas que se ofrece desde la psicología para el tratamiento del dolor crónico. ¿En qué consiste exactamente la terapia cognitivo-conductual aplicada al dolor crónico? ¿Qué objetivos se persiguen con este tipo de intervención?**

**M.A.V.P.:** Efectivamente, la TCC es el procedimiento terapéutico que a día de hoy ha demostrado más ampliamente su eficacia en el abordaje psicológico del dolor crónico. Comenzando por la

última pregunta, tiene como objetivo que el paciente afronte del modo más adecuado posible el impacto que el dolor tiene en su vida. De este modo, se consigue que el dolor produzca el mínimo posible de interferencia en ella. Esto le permitirá recuperar su vida personal, social, profesional, en la medida de lo posible según el síndrome de dolor, y, obviamente, sentirse útil y valioso, con la consiguiente mejora de su estado de ánimo. Este aumento de actividad y afrontamiento adecuado del problema facilita, como es conocido, que los sistemas naturales de modulación del dolor operen de forma más efectiva, con la ulterior mejora en el dolor percibido.

Por tanto, la TCC utiliza muy diversas herramientas para alcanzar los objetivos señalados: facilita información sobre el síndrome de dolor (es muy necesario que el paciente sepa en qué consiste el dolor y qué vías de afrontamiento tiene), actúa sobre los aspectos emociona-

les, fisiológicos y cognitivos que pueden favorecer o impedir un adecuado afrontamiento del problema, con el uso de diversas técnicas, y ayuda al paciente en el abordaje más adaptativo de cualesquiera áreas de su vida en las que el padecimiento del dolor tenga un impacto significativo.

**I.: ¿En qué contexto debe llevarse a cabo la TCC: como una alternativa más o como complemento al tratamiento médico?**

**M.A.V.P.:** Como he comentado antes el tratamiento del dolor crónico debe ser multidisciplinar, como reiteradamente insiste la IASP y viene corroborado por la evidencia científica. En consecuencia, la TCC no es una alternativa al tratamiento médico, sino que debe llevarse a cabo conjuntamente con el tratamiento médico.

**I.: Algunos pacientes sienten rechazo a los abordajes psicológicos del dolor porque consideran que su dolor está siendo minimizado, que se está sugiriendo que su dolor es "inventado" o que es simulado. ¿Bajo qué supuestos se emplean este tipo de intervenciones y, en concreto, la TCC?**

**M.A.V.P.:** Es comprensible que algunos pacientes de dolor crónico piensen que cuando se les indica o remiten a un tratamiento psicológico, sea una forma de decirles que su dolor es inventado. Hay que explicarles que esto no es así. En primer lugar, la TCC asume, por definición, que el dolor que siente el paciente es real. No entra, ni tan siquiera, a considerar qué aspectos médicos o biológicos sustentan el dolor. Esto es tarea del médico y es el tratamiento médico el que debe abordar esos aspectos.

La TCC asume que el paciente está pa-

decido dolor y pone en marcha su capacidad terapéutica para que dicho dolor tenga el menor impacto posible en su vida. Así, un tratamiento multidisciplinar procura al paciente el tratamiento médico adecuado para el síndrome de dolor y el psicológico, que le permite reducir el impacto de dicho dolor en su vida. Se acepta la existencia de motivos "físicos" para el dolor y se reconoce la complejidad del impacto del dolor en la persona, en términos psicosociales. Si se abordan ambos aspectos, el paciente va a recibir una mejor atención.

**I.: ¿Qué aspectos o áreas se trabajan habitualmente en un programa de tratamiento cognitivo-conductual aplicado al dolor crónico?**

**M.A.V.P.:** El tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico suele tener diversos componentes. El primero es de tipo psicoeducativo. Se informa al paciente y se le hace ver con ejemplos de su propia vida cómo el dolor afecta y se ve afectado por diversas condiciones: actividad, estado emocional, pensamientos, condición física, etc. Eso contribuye a que el paciente conozca el dolor y permita establecer modos más adecuados de afrontarlo. Este ejercicio de información sirve para identificar falsas creencias sobre el dolor, sus causas y su tratamiento, y para aclararlas.

Se trabaja también la reactividad fisiológica del paciente, mediante el entrenamiento en técnicas de relajación, respiración o de *biofeedback*. El aumento progresivo de actividad, física y social, es esencial, y se elaboran programas adecuados para ello, atendiendo a las limitaciones del paciente y a sus intereses. Se abordan, además, según los casos, áreas que requieran un

**EuroPsy**  
European Diploma in Psychology

**CERTIFICADO EUROPEO EN PSICOLOGÍA**

**NUEVO**

**¡ NO DEJES PASAR ESTA OPORTUNIDAD !**

TODOS LOS REQUISITOS LOS PUEDES ENCONTRAR EN  
**www.europsy.cop.es**

PROYECTO FINANCIADO POR EL PROGRAMA LEONARDO DA VINCI (EU)

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

EFPA  
European Federation of Psychologists' Associations

fortalecimiento del paciente. Por ejemplo, entrenamiento en solución de problemas, higiene del sueño, relaciones sociales o de pareja, etc.

**I: ¿Cuál es la eficacia diferencial del tratamiento cognitivo-conductual respecto a otro tipo de tratamientos farmacológicos y psicológicos, en su aplicación a pacientes con dolor crónico o fibromialgia?**

**M.A.V.P.:** La TCC es el tratamiento psicológico que más estudios científicos aporta sobre el dolor crónico. Hay que señalar, por tanto, que es la opción psicoterapéutica de elección para estos trastornos (Field y Swarm, 2008; pág. 97). Además, conviene mencionar que en los últimos años la terapia de aceptación y compromiso, que es también un tipo de terapia de conducta y por tanto

que forma parte de la TCC, ha aportado resultados que avalan su utilidad en el dolor crónico en general y en la fibromialgia en particular.

En relación con la otra parte de la pregunta, la comparación de la TCC con el tratamiento farmacológico puede ser equívoca. Como ya se ha señalado el tratamiento farmacológico para el dolor puede y diríamos debe, si se considera que el enfoque debe ser multidisciplinar, acompañar a la TCC. Por tanto, en la mayoría de los casos no cabe, ni tiene sentido, esa contraposición. En el caso particular de la fibromialgia es necesario señalar que el dolor es sólo uno de los síntomas del síndrome, síndrome que a día de hoy tiene una etiología desconocida y que, presumiblemente, venga determinado y, desde luego, afectado por un amplio número de factores, no siendo los

PUBLICIDAD

## PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR

(Adaptación española del Strengthening Families Program de Karol L. Kumpfer)

Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social **(GIFES)**  
**Universitat de les Illes Balears**



Es un programa de prevención familiar selectiva del consumo de drogas y otras conductas problema en niños de 7 a 12 años.

Las personas o instituciones que estén interesadas en conocer o aplicar el programa, y tener información sobre las características de las implementaciones realizadas hasta la actualidad, pueden consultar nuestra página web: [www.competenciafamiliar.com](http://www.competenciafamiliar.com), o solicitar información en:

[info@competenciafamiliar.com](mailto:info@competenciafamiliar.com)

psicológicos los menos relevantes. El tratamiento farmacológico de la fibromialgia es sintomático y debe cubrir, frecuentemente, diversos síntomas, como se señalaba: dolor, cansancio, alteraciones del sueño, de la actividad sexual, memoria, etc. De este modo, la TCC es un acercamiento eficaz que puede contribuir a reducir y/o racionalizar el tratamiento farmacológico de los síntomas antes señalados. Aquí hay que reconocer también la evidencia científica disponible para la fisioterapia en el tratamiento de la fibromialgia.

**I:** *¿Cuáles son los beneficios, según informan los propios pacientes en los estudios científicos, de la aplicación de esta técnica en dolor?*

**M.A.V.P.:** Los pacientes encuentran un modo de afrontar mejor el dolor, aún cuando éste no desaparezca o disminuya todo lo que desearan. ¿Cómo es posible que no duelan unas articulaciones que llevan 70 años sirviéndonos para movernos? Eso significa que mejora su estado de ánimo, disminuye la ansiedad, irritabilidad y aumenta su implicación en actividades que ellos mismos elijen. Recuperan, en gran medida, el control de su vida, que hasta hacía poco tiempo era

dominada por el dolor. Los cuestionarios informan de una mejora de la auto-eficacia. Obviamente, los pacientes saben que han sido ellos, con su determinación y la ayuda psicológica, los que le han restado espacio al dolor y a la incapacidad para dárselo a ellos mismos. En otras ocasiones, donde los episodios de dolor están desencadenados y/o agravados por situaciones de estrés, caso de las cefaleas o de otros síndromes de dolor, la TCC se constituye en el tratamiento etiológico pues permite romper la relación entre los desencadenantes emocionales y la ocurrencia de dolor.

**I:** *¿Qué efectos adversos, si es que los tuviera, pueden darse en una intervención cognitivo-conductual? ¿Esta terapia supone un riesgo para la salud del paciente: aumento del daño físico, sufrimiento emocional, etc.?*

**M.A.V.P.:** La TCC aplicada como viene fundamentada por la evidencia científica no supone ningún riesgo para la salud del paciente. Ni físico, ni psicológico. Es más: y a diferencia del tratamiento farmacológico, anestesiológico, neuroquirúrgico, o de otra índole, que sí cuentan con riesgos definidos y contraindicaciones. Además, la TCC es plenamente

compatible con cualquiera de los tratamientos médicos antes señalados y puede, contribuir, a reducir la magnitud y agresividad de éstos, procurando la mayor potencia terapéutica posible.

**I:** *¿Desea añadir algún comentario más en relación a este tema?*

**M.A.V.P.:** Sí, gracias. Solamente señalar que el tratamiento del dolor crónico es un problema complejo. Dejar de lado su abordaje psicológico no es defendido por nadie; sin embargo, el tratamiento psicológico del dolor no puede quedar al juicio u opinión del personal sanitario no cualificado para ello. No se trata de algo opinable, sino de la aplicación de procedimientos concretos: aquellos que han demostrado empíricamente su eficacia y que deben ser aplicados por psicólogos expertos en su uso. Los psicólogos clínicos son reconocidos por la comunidad científica como los profesionales en quienes recae esa tarea.

## Referencias

Field, B.J. y Swarm, R.A. (2008). *Chronic pain, Advances in psychotherapy—evidence-based practice*. Hogrefe, Cambridge.

**NUEVO TÍTULO**  
 Psicólogo Especialista  
 en Psicoterapia  
[www.cop.es/certificado](http://www.cop.es/certificado)

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS  
**INFOCOP**  
 REVISTA DE PSICOLOGÍA  
 ¡Todas los números publicados  
 en la web!  
<http://www.cop.es/infocop>