

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

Miguel A. Vallejo

Miguel A. Vallejo Pareja es Profesor Titular del Departamento de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Juan del Rosal, 10, 28040-Madrid).

Introducción

El psicólogo ha estado presente en el estudio y tratamiento del dolor desde sus inicios. Diversos factores han contribuido a este hecho. Por un lado el que la consideración del dolor crónico como un problema clínico sea relativamente reciente. En efecto, la atención al dolor como problema en sí, más allá de su valor diagnóstico para un sin número de enfermedades, se remonta a los años 70. Esto supone conjugar un desarrollo óptimo del abordaje psicológico establecido en otros ámbitos, con la necesidad de construir una nueva especialidad, ámbito de conocimiento y de intervención singularmente complejo. La psicología viene a cooperar con la medicina, la anestesiología y neurología principalmente, para contribuir a explicar e intervenir sobre los efectos perceptivos singulares del dolor y su impacto psicosocial.

La existencia de tratamientos bien establecidos en otros ámbitos de la intervención en psicología clínica: técnicas de control de la actividad fisiológica (relajación y biofeedback, principalmente); procedimientos basados en el control de contingencias y técnicas cognitivo-conductuales de adquisición de habilidades de afrontamiento, en especial la inoculación de estrés, permitió ofrecer alternativas adecuadas para integrar en tratamientos multidisciplinarios, característica ésta que se impone desde los primeros momentos en el tratamiento del dolor crónico.

Desde el punto de vista médico esta ayuda psicológica es bien recibida. El paciente de dolor crónico no es una persona con problemas psicológicos (psicopatológicos en sí), sino que dichos problemas suelen acontecer como consecuencia de padecer un síndrome de dolor crónico.

Desde el punto de vista médico esta ayuda psicológica es bien recibida. El paciente de dolor crónico no es una persona con problemas psicológicos (psicopatológicos en sí), sino que dichos problemas suelen acontecer como consecuencia de padecer un síndrome de dolor crónico.

En el campo de los denominados trastornos psicofisiológicos, medicina conductual o, más tarde, psicología de la salud, el tratamiento del dolor crónico es pionero. Es por este motivo, entre otros, por el que el tratamiento psicológico se imponga al tratamiento psiquiátrico. Se trata de ayudar (apoyar) a una persona "normal" a sobrellevar o adaptarse al padecimiento de un problema médico impuesto. Es un trabajo esencialmente psicológico, no psiquiátrico. A ello hay que añadir el uso de psicofármacos que a dosis analgésicas utiliza el médico que trata el dolor crónico (véase el caso de los antidepresivos tricíclicos).

El tratamiento psicológico del dolor crónico se justifica, por tanto, porque el impacto que el padecimiento de un síndrome de dolor tiene sobre la persona y su entorno social, puede contribuir a su agravamiento e incapacitar aún más a quien lo padece. Esta tarea específicamente psicológica es compleja, al menos en su planteamiento, habida cuenta de que afecta de forma completa a la persona y su entorno: muchas variables a considerar y, posiblemente, programas de tratamiento multi-componente a utilizar.

Esta óptica, la del tratamiento psicológico como apoyo, es específica de lo que podríamos denominar facilitación de estrategias de afrontamiento del dolor que es específicamente abordada en otro artículo de este monográfico. Es el tipo de tratamiento psicológico más adecuado cuando se trata de un problema crónico, para el que desgraciadamente no puede hablarse de curación, sino de afrontamiento o adaptación y convivencia a él.

Este aspecto, el de la imposibilidad de curación, es difícilmente aceptado por el paciente e, incluso, por el personal sanitario. Es lógico que el paciente se resista a asumir que una determinada dolencia le va a acompañar siempre y que sólo puede aprender a "convivir" del mejor modo con ella, sin embargo esa es la realidad de muchos síndromes de dolor crónico, incluyendo determinadas enfermedades reumáticas y procesos degenerativos, o el mero envejecimiento. Esto no significa que no se pueda mejorar la vida del paciente, pero sí que no pueda "curarse", porque tal curación no es posible. Aunque estos argumentos pueden aceptarse intelectualmente hablando, incluso el paciente puede hacerlo, resulta más difícil aceptarlos en términos efectivos: emocionales y comportamentales. De este modo el tratamiento psicológico, especialmente el referido a las estrategias de afrontamiento, es siempre tardío y viene a sancionar de forma ya efectiva que no hay curación sino medidas paliativas, a lo sumo. Esto es un *handicap*, indudablemente: se busca realmente la "curación", cuando explícitamente se niega, con lo que el acercamiento eficiente: la adaptación, el afrontamiento es minusvalorado y desacreditado, no formalmente pero sí de facto. Este es un problema sobre el que se volverá más adelante.

¿Es posible intervenir, tratar, el dolor crónico más allá, o más acá, de su afrontamiento? La respuesta ha de ser afirmativa, sin embargo para

proseguir por este camino hay responder a qué factores psicológicos pueden ser responsables (co-responsables), del desencadenamiento de un determinado síndrome de dolor crónico, o del mantenimiento o agravamiento de dicho síndrome. Los tratamientos deben basarse en el conocimiento teórico y fundamentación empírica de los factores psicosociales relevantes en el dolor crónico. El dolor crónico es ya una paradoja en sí, pues torna en inadaptativo y sinsentido un elemento, el dolor, de primer orden en la salvaguarda de la integridad biológica del organismo. Sólo el conocimiento de una psicología de la normalidad del dolor puede permitirnos abordar de forma efectiva un conocimiento sobre el dolor crónico que oriente tratamientos adecuados.

La primera teoría de modulación del dolor fue formulada, como es conocido, por Patric D. Wall (fisiólogo) y Ronald Melzack (psicólogo) para dar razón de los mecanismos de modulación del dolor, que obviamente existen y operan de forma natural (Melzack y Wall, 1965). Dicha teoría, con amplio apoyo empírico en la actualidad, señala cómo la actividad de determinadas fibras nerviosas produce analgesia a nivel medular y de cómo la influencia de estructuras superiores del SNC opera también como modulación del dolor. A la teoría de la puerta hay que añadir los conocimientos existentes sobre el sistema de modulación a cargo de sistema opiáceo, especialmente sensible y sinérgico con la actividad emocional del paciente, motivo por el cual el uso, por ejemplo, de fármacos antidepressivos tiene efecto analgésico. La información existente sobre el modo de operar de los sistemas antinociceptivos (opiáceo y no opiáceo) es muy amplia hoy día y pone de manifiesto como el comportamiento de la persona influye decisivamente sobre él. Tal vez, en ese sentido, cabría destacar la actividad del paciente como elemento esencial. La estimulación de un determinado tipo de fibras nerviosas (las fibras de velocidad de conducción rápida, a-delta), están ligadas de forma natural a la propia actividad del paciente. Lo mismo sucede con la liberación de opiáceos endógenos y monoaminas (serotonina, principalmente), se producen y normalizan cuando la persona se implica en actividades, aún cuando dichas actividades aporten malestar, no necesariamente relacionado con el dolor. Por tanto, un modo natural, no farmacológico, de facilitar que los sistemas de analgesia endógena funcionen es manteniendo el nivel de actividad física: haciendo, afrontando problemas, viviendo, en suma, en el sentido más amplio de la palabra. No permitiendo que el dolor limite más y más la capacidad de la persona. Se trata de procesos circulares: la actividad mejora la modulación del dolor y la capacidad del paciente. Por otro lado, la inactividad discapacita lo que a su vez produce más discapacitación. Todo ello, como se ha comentado, se fundamenta en términos teóricos y empíricos en la psicofisiología del dolor (ver Vallejo y Comeche, 1999). Otra cuestión de orden clínico es qué herramientas utilizar para favorecer la actividad del paciente, qué personas, en qué condiciones, etc., son las mas adecua-

das, sin embargo queda claro que medidas, o tratamientos, en este sentido estarían convenientemente justificados.

Finalmente la cuestión más importante, cualitativamente hablando, es en qué condiciones los factores psicológicos son, incluso, responsables de la ocurrencia y/o pervivencia de un síndrome de dolor crónico. Determinados síndromes de dolor no tienen una justificación orgánica: cefaleas idiopáticas, determinadas neuralgias, dolores musculoesqueléticos, fibromialgia, etc. En algunos de estos problemas hay evidencia de que ciertos cambios fisiológicos, que se producen como resultado del modo en que las personas afrontan sus problemas, pueden contribuir a generar y/o mantener el síndrome de dolor. Con independencia de que otros factores contribuyan al desarrollo de estos problemas, factores biológicos, por ejemplo, la relevancia de las variables psicológicas es evidente y justifica el uso de programas de tratamiento específicamente dirigidas a ellas.

Algunas técnicas y procedimientos terapéuticos se han mostrado útiles en el tratamiento psicológico del dolor. No siempre, la idea que se tiene acerca de ellas responde a los datos empíricos acerca de su eficacia. A continuación se repasarán los principales tratamientos psicológicos del dolor crónico.

Relajación

El entrenamiento en relajación es un elemento terapéutico frecuente en el tratamiento del dolor, generalmente asociado a otras técnicas y, en ocasiones, formando parte de programas multicomponente. Un elemento previo para valorar su asociación con otras técnicas es conocer qué eficacia tiene, por sí sola, en el tratamiento del dolor y en qué tipo de síndromes, y condiciones clínicas opera.

El uso de la relajación no tiene un efecto directo sobre el control del dolor. Su acción produciría, en principio, una reducción de un determinado tipo de actividad fisiológica: la musculoesquelética, así como una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática. Estos efectos podrían, de forma genérica, producir una disminución de la ansiedad y, también, la reducción de algunas actividades fisiológicas concretas que pudieran perpetuar o incrementar el dolor. Lo cierto es que la relajación, tanto progresiva como autógena, ha sido poco utilizada como única técnica de tratamiento y sólo ha sido estudiada convenientemente en el tratamiento de las cefaleas.

Linton revisó en 1982 (Linton, 1982) la eficacia de la relajación en síndromes de dolor distintos de las cefaleas y aunque recogió diversa evidencia a favor de su utilidad, los estudios revisados no tenían, en muchos casos unos requisitos metodológicos mínimos que permitieran sustentar la utilidad de la relajación (Roelofs y cols., 2002). Revisiones posteriores han reiterado la escasa potencia terapéutica de la relajación

(McQuay y cols., 1997), como se ha comentado en otro lugar (Díaz, Comeche y Vallejo, 2003). Hay, no obstante, dos excepciones a este déficit de la relajación y son el tratamiento de las cefaleas y el uso de la relajación, junto a otras técnicas como estrategias de afrontamiento.

El tratamiento de las cefaleas funcionales o idiopáticas: migraña, tensionales y mixtas, sí se beneficia de forma directa de la relajación como técnica única de tratamiento. La revisión realizada por Holroyd (Holroyd, 2002) muestra que para la migraña los datos disponibles indican que la relajación, mezcla de relajación progresiva y entrenamiento autógeno, es más eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual y sólo es superada por el biofeedback electromiográfico. La *American Association of Neurology* establece con nivel de evidencia A, el máximo existente, el entrenamiento en relajación, en biofeedback de temperatura combinado con relajación, biofeedback EMG y tratamiento cognitivo conductual, para el tratamiento preventivo de la migraña (ver <http://www.neurology.org/cgi/reprint/55/6/754.pdf>). Una situación similar se establece en el caso de la cefalea tensional. El entrenamiento en relajación se muestra eficaz, aunque es superado por el biofeedback EMG, quedando con una eficacia intermedia la combinación de relajación y biofeedback EMG, así como el tratamiento cognitivo-conductual (ver McCroy y cols., 2001).

El motivo por el que la relajación sí haya demostrado su eficacia en el tratamiento de las cefaleas y no en otros síndromes de dolor puede deberse a las disfunciones fisiológicas que producen las cefaleas. Es posible que los cambios generados por el entrenamiento en relajación interfieran, como también lo hace de forma más efectiva el entrenamiento en biofeedback, en los mecanismos fisiopatológicos de este tipo de cefaleas. De este modo, las cefaleas dejan de producirse. Llama la atención, al respecto, que aunque los procedimientos típicos de corte cognitivo-conductual son también eficaces no lo son más que la relajación, en el caso de la migraña. Para la cefalea tensional, aun cuando la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la relajación, se ve superada por el entrenamiento en biofeedback. En suma, un tratamiento relativamente simple como la relajación es más efectivo que otro más complejo como el cognitivo-conductual.

La otra área donde la relajación se ha mostrado eficaz es como estrategia de afrontamiento, esto es, como componente dentro de un programa dirigido a dotar y poner en marcha este tipo de habilidades. Hay datos de su eficacia en el dolor de espalda (Linton y Götestam, 1984), la artritis (Affleck y cols., 1992) y otros síndromes de dolor crónico no neoplásico (Seers, 1997). Es más, los estudios que comparan la relajación de forma aislada, con otras técnicas asociadas a otros componentes, como el ejercicio físico y otras estrategias de afrontamiento más relajación, muestran que el tratamiento combinado es más eficaz que la relajación sola (véase el caso de la fibromialgia: Keel y cols., 1998).

Biofeedback

El entrenamiento en biofeedback ha tenido como una de sus pioneras y más destacadas aplicaciones el tratamiento de diversos síndromes de dolor crónico. El poder actuar de forma directa sobre las respuestas fisiológicas relevantes al síndrome de dolor es, sin duda, una posibilidad atractiva. Se entiende que si el problema clínico, el dolor, es originado por una disfunción de los sistemas naturales de regulación fisiológica, una ayuda externa que permita restablecer la auto-regulación es la opción más adecuada.

Como se ha comentado en el apartado anterior las técnicas de biofeedback se han mostrado útiles y superiores, en general, al uso de la relajación en el tratamiento de las cefaleas. Es cierto que las razones de la eficacia no han dejado de estar sujetas a controversia. La relevancia que la tensión muscular o la temperatura periférica pueden tener en la fisiopatología de las cefaleas ha sido uno de los factores más relevantes a considerar. Lo cierto es que a pesar los problemas al respecto (ver Andrasik y cols., 1982 y Langermark y cols., 1990), los resultados de los estudios muestran la eficacia del biofeedback EMG, en primer lugar, y de temperatura periférica en el segundo. No obstante, se ha llamado la atención sobre el papel que en las cefaleas tensionales pueden tener otros músculos de la cara, el cuello o los hombros (Olesen y Schoenen, 2000). Esto ha llevado a postular la existencia de una sensibilización de ciertas áreas sensoriales de tal modo que ligeras, e incluso inexistentes, estimulaciones podrían provocar dolor (Schoenen y Wang, 1997). Lo cierto es que estos aspectos no introducen una novedad significativa en los conocimientos tradicionales sobre la psicofisiología del dolor de cabeza, no obstante han orientado la investigación sobre medidas centrales, concretamente los potenciales evocados (Schoenen, 1996 y Welch y Ramadan, 1995), y la posibilidad del uso del neurofeedback como alternativa al feedback EMG.

Con independencia del resultado que otras modalidades de biofeedback puedan obtener en las cefaleas, el biofeedback EMG es el procedimiento más adecuado de intervención tanto para las cefaleas tensionales como migrañas (ver Holroyd, 2002). Por tanto, con independencia de nuestros conocimientos sobre la psicofisiología de las cefaleas y de los efectos del tratamiento, la tarea de entrenamiento en biofeedback que propone es efectiva en la reducción de las cefaleas.

El entrenamiento en biofeedback, por sí solo o combinado con la relajación, es eficaz en otros síndromes de dolor crónico. Podría señalarse que, en general, es efectivo en los síndromes de dolor musculoesquelético, caso de la lumbalgia (Hasenbring y col., 1999 y Flor y Birbaumer, 1993), y en otros síndromes se han obtenido resultados positivos, aún cuando los datos disponibles son menores, este es el caso de dolor de miembro fantasma (Sherman y cols., 1989 y Bellegia y Birbaumer, 2001), o de la artritis (Bradley y cols., 1985 y Keefe y cols., 2002).

Intervenciones cognitivas

Las intervenciones cognitivas en el tratamiento del dolor tienen su origen en la aplicación de la técnica de inoculación de estrés al tratamiento del dolor crónico (Turk y cols, 1983). Se trata, por tanto, más de una intervención multicomponente que estrictamente cognitiva. Dicha técnica incluye, según rezan las fases de la inoculación de estrés, de un componente educativo (psicoeducativo), uno de adquisición de habilidades y otra de puesta a prueba de dichas habilidades. Es un programa para identificar y probar diversas estrategias de afrontamiento. Entre los componentes más propiamente cognitivos caben resaltar dos: el uso de autoinstrucciones y las técnicas imaginativas que afectan al contexto en que aparece el dolor. Estas últimas tienen la particularidad de no luchar contra el dolor percibido, sino modificar el contexto en que es percibido (ver Vallejo, 2001). Cabe notar que este procedimiento es un ejercicio de exposición al dolor y de aceptación de éste, en relación con dos procedimientos que se utilizan en el tratamiento del dolor y que se enmarca en la terapia de exposición y en la terapia de aceptación y compromiso.

Tomaremos como técnicas más específicamente cognitivas el uso de auto-instrucciones y de la imaginación. Otras técnicas y procedimientos terapéuticos quedarían dentro del amplio y heterogéneo, incluyendo también procedimientos conductuales, del afrontamiento del dolor. Con respecto a las auto-instrucciones estas han sido escasamente estudiadas como tratamiento del dolor. Han tenido un interés mayor en relación con la evaluación (Asghari y Nicholas, 2004; Cano y Rodríguez, 2002) y valoración e incluso con el desarrollo de cuestionarios de afrontamiento (Rodríguez, Cano y Blanco., 2004). En relación con el uso de la imaginación, ha sido estudiada en diversos contextos terapéuticos, al igual que las auto-instrucciones, sin embargo es en el ámbito de la hipnosis donde mejor ha sido analizada.

La hipnosis ha acreditado su capacidad para reducir el dolor en el caso del dolor agudo, incluyendo: intervenciones médicas dolorosas, el cuidado en quemados y la extracción de médula ósea, aún cuando los resultados de las distintas investigaciones son contradictorios (ver Patterson y Jensen, 2003). En el caso del dolor crónico, las revisiones iniciales (Turner y Chapman, 1982) ponían de manifiesto la escasa existencia de estudios controlados que permitieran valorar la eficacia de la técnica. Hoy día puede señalarse (Patterson y Jensen, 2003) que la hipnosis es en general efectiva en el tratamiento de diversos tipos de dolor (cefaleas, dolor oncológico, musculoesquelético, etc.), cuando es confrontada con la ausencia de tratamiento, el tratamiento estándar o la mera atención. Sin embargo, cuando es comparada con tratamientos con los que comparte algunos componentes, caso de la relajación, el entrenamiento autógeno, u otros procedimientos que hacen uso de sugerencias, la hipnosis frecuentemente no obtiene mejores resultados que ellos. En consecuencia, la elección de la hipnosis debe hacerse en

función de otras variables no suficientemente bien estudiadas hoy día, como por ejemplo la menor duración del tratamiento, su mejor accesibilidad, etc. La multiplicidad de factores e interacciones entre estos tratamientos no permite, a día de hoy, hacer indicaciones terapéuticas sustentadas en datos (Milling y cols., 2003).

Intervenciones conductuales

Las intervenciones conductuales parten, al menos teóricamente, de no enfrentarse ni atender directamente al dolor. Se dirigen a que la persona recupere y mantenga sus actividades ordinarias, con independencia del dolor y combatiendo, por el contrario, la actividades de dolor: conductas de queja e incapacidad, en suma aquellos comportamientos característicos de la persona con dolor. Ciertamente las personas con dolor, como en otro tipo de condiciones no dolorosas, pueden no estar en condiciones en determinados momentos de hacer alguna cosas, pero sí otras en otros momentos. Recuperar la dirección de las propias actividades es el resultado de esa decisión de seguir haciendo cosas a pesar del dolor. Paradójicamente, o en contra de las predicciones del paciente, su familia e incluso del personal sanitario, a los pacientes no sólo no les aumenta el dolor al incrementar la actividad sino que disminuye, aunque no desaparece.

Los programas de W. Fordyce (Fordyce, 1978) fueron los pioneros en tomar este punto de vista y aplicar procedimientos de corte conductual dirigidos a la reducción o eliminación de las conductas de dolor y a la restauración de las actividades habituales, evitadas a causa del dolor. Hoy día cabe señalar como imprescindible el que paciente se ocupe de recuperar su nivel de actividad ordinario en la medida en que sea posible, utilizando programas graduales al respecto. Con independencia del análisis y estudio de cada caso hay que señalar, según el meta-análisis de Rohling y cols. (Rohling y cols., 1995), que la obtención de beneficios sociales, laborales y legales por el dolor está directamente relacionada con el aumento del dolor y la disminución de la eficacia de los tratamientos.

Este acercamiento ha dado buenos resultados en la lumbalgia, por las implicaciones personales, sociales y familiares que tiene (Fordyce, 1995). El tratamiento ha conjugado una disminución de la incapacidad con una reducción del dolor (Guzman y cols., 2001), lo que viene a confirmar la capacidad del modelo conductual en este ámbito de intervención (Jolliffe y Nicholas, 2004).

Programas multicomponente

Los programas multicomponente o también denominados multidisciplinarios son los más habitualmente utilizados en la clínica. Se compo-

nen de elementos conductuales, cognitivos y emocionales y permiten, de ese modo, incluir los recursos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del dolor, en un sentido amplio. En ellos pueden encontrarse desde técnicas de relajación y biofeedback, dirigidos a los cambios fisiológicos que pueden originar o mantener el dolor, a diversas técnicas de afrontamiento. La ventaja clínica es, en principio, evidente pues permite ofrecer lo mejor del *armamentarium* psicológico, sin embargo su eficiencia es cuestionable y desde un punto de vista científico resulta poco apropiado, al no poder saber qué componentes actúan y de qué modo interaccionan entre sí. Ello no obsta para que tales programas hayan demostrado ser más eficaces que la ausencia de tratamiento, la lista de espera o que algunos de sus componentes (ver Flor y cols., 1992, Morley y cols., 1999). Aún así y aunque a veces el añadido de componentes puede resultar poco eficiente (Goossens y cols., 1998), en general dicha eficiencia supera a alternativas más agresivas como la cirugía o el uso de opiáceos y bombas implantables, como ha sido determinado por Turk y Okifuki (1998 y 2002).

El principal problema de los programas multicomponente es su complejidad en términos de duración y de exigencia al paciente. La cantidad de tareas que debe llevar a cabo, el número de cambios que debe hacer en su forma de vida, la necesaria supervisión y ayuda para este esfuerzo hace que los pacientes rechacen el tratamiento, le abandonen o se presente una alta tasa de recaídas, posiblemente debido a que el tratamiento no ha sido seguido convenientemente (Rickmond y Carmmody, 1999).

Perspectivas en el tratamiento del dolor crónico

El tratamiento psicológico del dolor crónico, hoy día, es un elemento y complemento esencial en el acercamiento clínico a estos síndromes. Esto, que es indudable, debe matizarse en la búsqueda de procedimientos más eficientes, parsimoniosos y ajustados a lo que conocemos sobre la fisiopatología del dolor. Es en este sentido en el que se van a recoger algunas consideraciones sobre aspectos que pueden contribuir a mejorar dichos tratamientos. Se recomienda al lector la consulta de dos trabajos sobre el particular, el de Turk y Okifuji (2002) y, más reciente, el de Keefe y cols. (2004).

La ansiedad, el miedo y el nivel de actividad

El dolor una vez que persiste y se cronifica conlleva un alto grado de malestar en términos de la ansiedad asociada a actividades que pueden aumentar el dolor. El malestar generado (miedo, pensamientos negativos, creencias sobre la gravedad del problema, etc.), constituye un elemento esencial en el agravamiento del trastorno. El que la vida del paciente gire, en gran medida, en torno al dolor y produzca un grado nota-

ble de incapacitación y de disminución de la actividad del paciente es uno de sus efectos más negativos. Hay múltiples investigaciones que apoyan estos aspectos (Crombez y cols., 1999; Turk, Waddell y cols., 1993 y McCracken y Gross, 1993). Esto ha sido, además, puesto de manifiesto en un problema especialmente incapacitante como la lumbalgia (Swinkels-Meewisse y cols., 2003 y Picavet y cols., 2002).

La forma de abordar la reducción de la actividad y, en general, las amplias y generalizadas respuestas de evitación generadas por el dolor es, mediante la exposición a las situaciones, actividades o estímulos que generan la ansiedad, el miedo o el malestar. Esto que es ampliamente utilizado en los trastornos de ansiedad, lo es también en el tratamiento del dolor. Se trata, en suma, de que el paciente se exponga (realice) de forma gradual aquellas actividades que teme que lo aumenten o favorezcan la aparición del dolor. De este modo se reduce la ansiedad y el miedo, que contribuyen a agravar el cuadro de dolor crónico, y se aumenta su capacidad funcional lo que mejora su estado de ánimo, autoestima, todo ello beneficia la situación clínica del paciente y puede traducirse en una disminución de la intensidad del dolor. Vlaeyen y cols. (2000, 2001 y 2002) han mostrado la utilidad de estos procedimientos de exposición en el tratamiento de la fibromialgia.

En lugar de evitar que el paciente realice actividades que puedan aumentar el dolor se le debe programar un acercamiento, precisamente, a dichas actividades. Ello aunque pueda llevar aparejado un aumento del malestar (ansiedad, miedo, etc.), lo es sólo temporalmente al producirse la extinción de las diversas respuestas y estrategias de evitación puestas en marcha por el paciente (McCracken y Gross, 1998). Esta forma de proceder supone que el paciente recupera el máximo posible de actividad, con relativa independencia del dolor. En este marco se incluyen tratamientos desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicados al dolor: la implicación en actividades relevantes y valiosas para el paciente, con independencia del dolor, dirigiendo sus energías no a combatir el malestar asociado al dolor sino a objetivos de interés para la persona (ver Hayes y cols., 1999 y Wilson y Luciano, 2002). McCracken (1998), ha aplicado estos procedimientos al tratamiento del dolor. Hoy día este es un ámbito de desarrollo e interés en el tratamiento del dolor crónico con propuestas de programas concretos (ver McCracken, 2005 y Dahl y cols. 2005) y resultados preliminares de interés en diversos problemas de dolor crónico (McCracken, Vowles y Eccleston, 2005).

Definición más adecuada de las características de los pacientes

El buscar el tratamiento más adecuado para el paciente singular es un objetivo elemental de la intervención clínica. Esto, además, es especialmente relevante en el dolor crónico, con múltiples problemas emocionales asociados y una evidente comorbilidad: trastornos de ansiedad,

adicciones, problemas de pareja, disfunciones sexuales, etc. De este modo deberían delimitarse diversas intervenciones, en función de las características y problemas del paciente. Turk y Rudi (1988) observaron cómo los pacientes disfuncionales (altos niveles de dolor, interferencia de éste en sus actividades diarias y bajo nivel de actividad) respondían mejor a tratamientos como el biofeedback, uso de estrategias de afrontamiento, etc., que los grupos denominados como de estrés interpersonal (bajo apoyo social) o de afrontamiento activo. Es posible, por tanto, que haya dos grupos básicos de caracterización de los pacientes. Unos serían aquellos que se ven severamente afectados por el dolor y que precisan actuar sobre los aspectos emocionales que pueden incrementar el dolor y reducir, además, el impacto en su vida. El otro grupo estaría compuesto por personas que además presentan problemas interpersonales, sociales o estrategias o estilos de afrontamiento inadecuados con el problema.

El ajuste de los programas multicomponente a las características del paciente puede resultar en un beneficio para el paciente, además de mejorar la eficiencia de dichos programas y prevenir el abandono del paciente. Algunas experiencias, en ese sentido, han llevado incluso a que sea el propio paciente quien seleccione, en alguna medida, los componentes del tratamiento a aplicar con resultados prometedores (Evers y cols. 2002).

La prevención secundaria

La gran mayoría de los episodios de dolor debido a lesiones, accidentes, etc., no llevan a generar, afortunadamente, un síndrome de dolor crónico. El dolor desaparece paulatinamente y se recupera la actividad ordinaria. Un momento, por tanto, crítico es el paso de la condición normal de dolor a su cronificación. La intervención preventiva en ese punto, siempre que sea sencilla y de fácil aplicación, es la opción más adecuada. A pesar de que no son conocidos los factores que favorecen la cronificación del dolor (ver Turner, Franklin y Turk, 2000), hay algunas intervenciones que se han mostrado eficaces en las lumbalgias. Este síndrome doloroso por sus características disfuncionales, su génesis en diversas condiciones traumáticas y, sobre todo, su impacto sociolaboral, ha sido objeto de estudios preventivos. Cabe destacar en ese sentido los trabajos de Von Korff (1999) y Linton y Ryberg (2001) en el que se lleva a cabo un estudio epidemiológico según el que las variables asociadas al desarrollo de la actividad física son las principales en la cronificación inicial del trastorno, sin que en ese momento inicial sean relevantes o anormales las medidas de ansiedad y depresión.

Programas de prevención secundaria han sido aplicados también a otros trastornos, caso de la artritis reumatoide (Sharpe y cols., 2001) y han puesto de manifiesto su utilidad en la reducción de la sintomatología y del agravamiento del cuadro. Ello lleva a reflexionar sobre la conve-

nencia de que las intervenciones psicológicas sobre el dolor crónico no se realicen una vez que el síndrome se ha agravado y no han funcionado otras alternativas terapéuticas. Programas relativamente sencillos, basados en información y pautas concretas orientadas específicamente al problema, pueden ser de gran utilidad cuando se aplican de forma temprana. Así intervenciones que son ineficientes cuando se aplican de forma tardía se muestran útiles en los periodos iniciales de cronificación (2 a 6 meses en el caso de la lumbalgia, ver Marhold y cols., 2002).

Diversificando los recursos terapéuticos

El tratamiento psicológico del dolor crónico tiene vías alternativas de intervención que pueden ser de utilidad en determinadas ocasiones y síndromes, de ellas destacaremos dos: el entrenamiento de los cuidadores informales del paciente, generalmente familiares, y el uso las tecnologías de la comunicación, teléfono e Internet, como recurso terapéutico.

En el abordaje de problemas crónicos la implicación de los familiares, generalmente conyugues, es esencial para que el tratamiento psicológico funcione correctamente. El desarrollo de programas específicos de intervención para los familiares se ha mostrado útil, frente a programas centrados en el paciente aislado. Keefe y cols. (1996 y 1999) han aplicado estos programas en pacientes de artritis reumatoide y de dolor neoplásico (ver Keefe y cols., 2004). Dichos programas muestran un beneficio tanto para los cuidadores como para los pacientes. Este interés por prestar atención psicológica a quienes deben cuidar de personas con determinadas deficiencia y dependencias es, sin duda, una de las áreas de interés y desarrollo actual (Izal y cols., 2001 y López y cols., 2005) del que los problemas de dolor crónico no pueden quedar al margen.

En otro extremo, se encuentra el uso del teléfono o de Internet para llegar y llevar a los pacientes de dolor algunos elementos de apoyo terapéutico. Un problema crónico debe mantener durante un tiempo relativamente amplio un control del paciente y favorecer su motivación. Weisenberg y cols. (1986 y 1989) mostraron la utilidad de mantener contactos telefónicos semanales con pacientes de dolor reumatológico que favorecieron la mejora y el estado funcional de éstos. Otros autores (Rene y cols., 1992) mostraron la utilidad de esos contactos telefónicos hechos por personal lego. Con respecto al uso de Internet recientemente se ha mostrado su utilidad, al igual que el teléfono, en el tratamiento de la lumbalgia (Burhman y cols., 2004), contribuyendo a mejorar la eficacia del tratamiento psicológico convencional para este trastorno. Otra mejora proviene de la posibilidad de establecer grupos de discusión con intervención del psicólogo en Internet. Así los pacientes de lumbalgia pueden seguir el tratamiento de mejor modo y mejorar en reducción del dolor, discapacidad, frente a quienes no disponen de ese foro de apoyo y discusión (ver Lorig y cols., 2002). Finalmente, la posibilidad de utilizar

Internet como vía de aplicación interactiva de programas estructurados para problemas de dolor se va ampliando, este el caso de programa de Blanchard para el tratamiento de las cefaleas que, recientemente, ha sido aplicado de forma exitosa en la Web (Devineni y Blanchard, 2005).

Dolor crónico: ¿tratamiento crónico?

¿Es posible que personas que tienen un problema que dura años y para el que no hay cura, en el sentido habitual del término, puedan ser tratados durante un periodo relativamente corto de tiempo y volver a realizar sus actividades y desempeños habituales de una forma relativamente normal? No parece razonable dar una respuesta afirmativa a esta pregunta. Turk y Okifuji (2002) consideran que el tratamiento del dolor crónico no puede verse como un problema relativamente agudo, sino que requiere de un cuidado y atención regular y de un seguimiento del tratamiento. Esto supone hacerle ver al paciente que, como en otras enfermedades crónicas, la curación no es posible y las medidas paliativas deben prolongarse largamente en el tiempo. Por otro lado, los recursos terapéuticos deben organizarse para apoyar ese modo de afrontar y conllevar el trastorno. La información (psico-educación) de los pacientes y el seguimiento del tratamiento es probablemente esencial para su mantenimiento a largo plazo. Así el uso del teléfono o de Internet pueden venir a cubrir, para un número cada día mayor de pacientes, estas necesidades de seguimiento del tratamiento.

Ciertamente algunos síndromes de dolor disfuncionales, caso de las cefaleas o algunos dolores musculoesqueléticos, pueden “desaparecer” de una forma permanente cuando las condiciones psicosociales que los desencadenan o agravan se reducen. Sin embargo, problemas degenerativos o producto del propio paso del tiempo (dolor reumático, oncológico, etc.), requieren un tratamiento, o al menos un seguimiento, más largo en el tiempo, al requerir una adaptación más compleja del paciente a ellos. Esto, que es un fenómeno natural, requiere algo más de tiempo que la aplicación de unas técnicas durante un par de semanas.

Los programas de intervención no tienen, no obstante, que ser complejos y compendios de psicología (cognitivo-conductual) para legos. Conviene recordar que la intervención debe apoyar la adaptación natural, la integración que el paciente debe hacer en su vida, proyectos y discurrir histórico de la nueva condición (síndrome de dolor) que le impone un nuevo contexto que se superpone a sus determinantes habituales. Es bueno recordar aquí que técnicas sencillas: biofeedback, relajación, aumento de la actividad, etc., son formas adecuadas de intervenir. Junto a ellas, la aceptación como forma de afrontamiento y modo de conducirse, frente al empeño, frecuentemente inútil, de reducir el dolor y el malestar tratando de actuar directamente sobre él, en lugar de bordearlo e integrarlo del modo más conveniente, lo que contribuirá, más seguramente, a reducir su entidad e impacto en la vida de la persona.

Referencias

- Affleck, G.-Urrows, S.-Tennen, H.-Higgins, P.(1992): Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates. *Pain, 51*, 221-229.
- Andrasik, F.-Blanchard, E.B.-Arena, J.G.-Saunders, N.L.-Barron, K.D.(1982): Psychological of recurrent headache: methodological issues and new empirical findings. *Behavior Therapy, 13*, 497-429.
- Asghari, A.-Nicholas, M.K.(2004): Pain during mammography: the role of coping strategies. *Pain, 108*, 170-179.
- Belleggia, G.-Birbaumer, N.(2001): Treatment of phantom limb pain combined EMG and thermal biofeedback: a case report. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 26*, 141-146.
- Bradley, L.A.-Turner, R.A.-Young, L.D.-Agudelo, C.A.-Anderson, K.-McDaniel, L.(1985): Effects of cognitive-behavioral therapy on pain behaviour of rheumatoid arthritis patients: preliminary outcome. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 14*, 51-64.
- Buhrman, M.-Fältenhag, S.-Ström, L.-Andersson, G.(2004): Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain, 111*, 368-377.
- Cano, F.J.-Rodríguez Franco, L.(2002): Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología, 20*, 329-346.
- Crombez, G.-Vlaeyen, J.W.-Heuts, P.H.(1999): Pain-related fear is more disabling than pain itself : evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain, 80*, 329-339.
- Dahl, J.C.-Wilson, K.G.-Luciano, C.-Hayes, S.C.(2005): *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Devineni, T.-Blanchard, E.B.(2005): A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 277-292.
- Diaz, M.I.-Comeche, M.I.-Vallejo, M.A.(2003): Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, págs.123-140.
- Evers, A.W.M.-Kraaijmaat, F.W.-van Riel, P.L.C.M.-de Jong, A.J.L.(2002): Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain, 100*, 141-153.
- Flor, H.-Birbaumer, N.(1993): Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 653-658.
- Flor, H.-Fydrich, T.-Turk, D.C.(1992): Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain, 49*, 221-230.
- Fordyce, W.E.(1978): Learning process in pain. En R.A. Sternbach (ed.). *The psychology of pain*. Nueva York: Raven Press.
- Fordyce, W.E.(1995): *Back pain in the work-place. Management of disability in non-specific conditions*. Seattle: IASP Press.
- Goossens, M.-Rutten-Van Molken, M.-Kole-Snijders, A.-Vlaeyen, J.-van Breukelen, G.-Leidl, R.(1998): health economic assessment of behavioral rehabilitation in chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Health Economics, 7*, 39-51.
- Guzman, J.-Esmail, R.-Karjalainen, K.-Malmivaara, A.-Irving, E.-Bombardier, C.(2001): Multidisciplinary rehabilitation for chronic low-back pain : systematic review. *British Medical Journal, 23*, 1511-1516.

- Hassenbring, M.-Ulrich, H.W.-Hartmann, M.-Soyka, D. (1999): The efficacy of a risk factor-based cognitive behavioural intervention and electromyographic biofeedback in patients with acute sciatic pain: an attempt to prevent chronicity. *Spine*, 24, 2525-2535.
- Hayes, S.C.-Strosahl, K.D.-Wilson, K.G. (1999): *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford Pres..
- Holroyd, K.A. (2002): Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
- Izal, M.-Montoro, I.-Márquez, M.-Losada, A.-Alonso, M. (2001): Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, 10, 23-40.
- Jolliffe, D.-Nicholas, M.K. (2004): Verbally reinforcing pain reports: an experimental test of the operant model of chronic pain. *Pain*, 107, 167-175.
- Keefe, F.-Caldwell, D.-Baucom, D.-Salley, A.-Robinson, E.-Timmons, K.-Beaupre, P.-Weisberg, J.-Helms, M. (1996): Spouse-assisted skills training in the management of osteoarthritis knee pain. *Arthritis Care Research*, 9, 279-291.
- Keefe, F.-Caldwell, D.-Baucom, D.-Salley, A.-Robinson, E.-Timmons, K.-Beaupre, P.-Weisberg, J.-Helms, M. (1999): Spouse-assisted skills training in the management of osteoarthritis knee pain: long term followup results. *Arthritis Care Research*, 12, 101-111.
- Keefe, F.J.-Rumble, M.E.-Scipio, C.D.-Giordano, L.A.-Perri, L.M. (2004): Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5, 195-211.
- Keefe, F.J.-Smith, S.J.-Buffington, A.L.H.-Gibson, J.-Studs, J.L.-Caldwell, D.S. (2002): Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 640-655.
- Keel, P.J.-Bodoky, C.-Gerhard, U.-Müller, W. (1998): Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 14, 232-238.
- Langermark, M.-Jensen, K.-Olesen, J. (1990): Temporal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Archives of Neurology*, 47, 654-658.
- Linton, S.J. (1982): A critical review of behavioural treatments for chronic benign pain other than headache. *The British Journal of Psychology*, 21, 321-337.
- Linton, S.J.-Götestam, K.G. (1984): A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures in the regulation of chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 291-299.
- Linton, S.J.-Ryberg, M. (2001): A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*, 90, 83-90.
- López, J.-López-Arrieta, J.-Crespo, M. (2005): Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94.
- Lorig, K.R.-Laurent, D.D.-Deyo, R.A.-Marnell, M.E.-Minor, M.A.-Ritter, P.L. (2002): Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower health care cost? *Archives Internal Medicine*, 162, 792-796.
- Marhold, C.-Linton, S.J.-Melin, L. (2002): Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12, 65-75.
- McCracken, L.M. (1988): Learning to live with pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

- McCracken, L.M. (2005): *Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain*. Seattle: IASP Press.
- McCracken, L.M.-Gross, R.T. (1993): Does anxiety affect coping with chronic pain? *Clinical Journal of Pain, 9*, 253-259.
- McCracken, L.M.-Gross, R.T. (1998): The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation, 8*, 179-189.
- McCracken, L.M.-Vowles, K.E.-Eccleston, C. (2005): Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1335-1346.
- McCracken, L.M. (1998): Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.
- McCroy, D. Pezien, D.-Hasselblad, V.-Gray, R. (2001): *Behavioral and physical treatments for tension-type and cervicogenic headache*. Des Moines: Foundation for Chiropractic Education and Research.
- McQuay, H.J.-Moore, A.-Eccleston, C.-Morley, S.-Williams, A.C. (1997): Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technician Assessment, 1*, 1-135.
- Melzack, R.-Wall, P. (1965): Pain mechanisms: a new theory. *Science, 150*, 971-979.
- Milling, L.S.-Levine, M.R.-Meunier, S.A. (2003): Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral interventions for pain: an analogue treatment study. *Health Psychology, 22*, 406-413.
- Morley, S.-Eccleston, C.-Williams, A. (1999): Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain, 80*, 1-13.
- Olesen, J.-Schoenen, J. (2002): Synthesis of tension-type headache mechanisms. En J. Olesen, P. Tfelt-Hansen y K.M.A. Welch (eds.). *The headache* (2ª ed.-pp. 615-618). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Patterson, D.R.-Jensen, M.P. (2003): Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin, 129*, 495-521.
- Picavet, H.S.-Vlaeyen, J.W.-Schouten, J.S. (2002): Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology, 156*, 1028-1034.
- Rene, J.-Weinberger, M.-Mazzuca, S.A.-Brandt, K.D.-Katz, B.P. (1992): Reduction of joint pain in patients with knee osteoarthritis who have received monthly telephone calls from lay personnel and whose medical-treatment regimens have remained stable. *Arthritis and Rheumatism, 35*, 511-515.
- Richmond, R.L.-Carmody, T.P. (1999): Dropout from treatment for chronic low back pain. *Professional Psychology, 30*, 51-55.
- Rodríguez Franco, L.-Cano, F.J.-Blanco, A. (2004): Evaluación de las estrategias de afrontamiento en dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 32*, 82-91.
- Roelofs, J.-Boissevain, M.D.-Peters, M.L.-de Jong, J.R.-Vlaeyen, J.W.S. (2002): Psychological treatments for chronic low back pain: past, present and beyond. *Pain Reviews, 9*, 29-40.
- Rohling, M.-Binder, L.-Langhinrichsen-Rohling, J. (1995): Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychology, 14*, 537-547.
- Schoenen, J.-Wang, W. (1977): Tension-type headache. En P.J. Goadsby y S.D. Silberstein (eds.). *Headache* (pp. 177-200). Boston: Butterworth-Heinemann.

- Schoenen, J. (1996): Abnormal cortical information processing between migraine attacks. En M. Sandler, M. Ferrari y S. Harnet (eds.). *Migraine: pharmacology and genetics* (pp. 233-253). Londres: Chapman and Hall.
- Seers, K. (1997): Chronic non-malignant pain: a community based approach to management. En V.N. Thomas (ed.). *Pain, its nature and management*. London: Baillière Tindall, pág. 220-237.
- Sharpe, L.-Sensky, T.-Timberlake, N.-Ryan, B.-Brewin, C.R.-Allard, S. (2001): A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical and physical morbidity. *Pain*, 89, 257-283.
- Sherman, R.A.-Arena, J.G.-Sherman, C.J.-Ernst, J.L. (1989): The mystery of phantom pain: growing evidence for psychophysiological mechanisms. *Biofeedback and Self-Regulation*, 14, 267-280.
- Swinkels-Meewisse, I.E.-Roelofs, J.-Verbeek, A.L.-Oostendorp, R.A.-Vlaeyen, J.W. (2003): Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain*, 105, 371-379.
- Tuner, J.A.-Chapman, C.R. (1982): Psychological interventions for chronic pain : a critical review. II. Operant conditioning, hypnosis, and cognitive-behavioral therapy. *Pain*, 12, 23-46.
- Turk, D.C.-Okifuji, A. (1998): Treatment of chronic pain patients: clinical outcome, cost-effectiveness, and cost-benefits. *Critical Reviews in Physical Medicine and Rehabilitation*, 10, 181-208.
- Turk, D.C.-Okifuji, A. (2002): Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Pain*, 70, 678-690.
- Turk, D.C.-Rudy, T.E. (1988): Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 233-238.
- Turk, D.C.-Meichenbaum, D.-Genest, M. (1983): *Pain and behavioral medicine : a cognitive-behavioral perspective*. Nueva York: Guilford.
- Turner, J.A.-Franklin, G.-Turk, D.C. (2000): Predictors of long-term disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *American Journal of Industrial Medicine*, 38, 707-722.
- Vallejo, M.A. (2001): Hipnosis y tratamiento del dolor. En J. Gil y G. Buela (eds.): *Hipnosis*. Madrid: Biblioteca Nueva, págs.: 229-242.
- Vallejo, M.A.-Comeche, M.I. (1999): Depresión, ansiedad y dolor crónico. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (eds.). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel, págs.: 279- 299.
- Vlaeyen, J.W.-de Jong, J.-Geilen, M.-Heuts, P.H.-van Breukelen, G. (2001): Graded in vivo exposure in the treatment of pain related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy*, 39, 151-166.
- Vlaeyen, J.W.-de Jong, J.-Geilen, M.-Heuts, P.H.-van Breukelen, G. (2002): The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clinical Journal of Pain*, 18, 251-261.
- Vlaeyen, J.W.-Kole-Snijders, A.M.-Boeren, R.G.-van Eck, H. (1995): Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance. *Pain*, 62, 363-372.
- Vlaeyen, J.W.-Linton, S.J. (2000): Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Vlaeyen, J.W.S.-Nooyen-Haazen, I.W.C.J.-Goossens, M.E.J.B.-van Breukelen, G.-Heuts, P.H.T.G.-Goei-The, H. (1997): The role of fear in the cognitive-educational treatment of fibromyalgia. En T.S. Jensen ,J.A. Turner y Z. Wiesengeld-Hallin

- (eds.): *Progress in pain research and management* (Vol. 8, pp. 693-706). Seattle: IASP Press.
- Von Korff, M. (1999): Pain management in primary care: and individualized stepped-care approach. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (eds.). *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. Nueva York: Guilford Press, págs. 360-373.
- Waddell, G.-Newton, M.-Henderson, I.-Somerville, D.-Main, C. (1993): A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Weinberger, M.-Hiner, S.L.-Tierney, W.M. (1986): Improving functional status in arthritis: the effect of social support. *Sociological Science Medicine*, 23, 899-904.
- Weinberger, M.-Tierney, W.M.-Booher, P.-Katz, B.P. (1989) Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status: a randomized, controlled trial. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 1577-1583.
- Welch, K.M.A.-Ramadan, N. (1995): Mitochondria, magnesium, and migraine. *Journal of Neurological Sciences*, 134, 9-14.
- Wilson, K.G.-Luciano, C. (2002): *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.