



Intervención psicológica de corte cognitivo conductual en dolor crónico

Psychological intervention of cognitive behavioral cut in chronic pain

Intervenção psicológica de corte cognitivo-comportamental na dor crónica

Mirian Catalina Bravo-Hernández^I
mirian.bravo.13@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-3683-4296>

Dalila Nataly Heras-Benavides^{II}
dalila.herasb@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-1831-705X>

Eulalia Maribel Polo-Martínez^{III}
eulalia.polo@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-0429-8716>

Correspondencia: mirian.bravo.13@est.ucacue.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 23 de septiembre de 2022 * **Aceptado:** 18 de octubre de 2022 * **Publicado:** 21 de noviembre de 2022

- I. Licenciada en Psicología Educativa, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- II. Psicóloga Clínica, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- III. Psicóloga Clínica, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Resumen

Esta investigación procura establecer el grado de eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con dolor crónico para fortalecer su tratamiento. Esto se entiende como una experiencia sensorial y emocional desagradable y que permanece por más de tres meses; durante este tiempo, la calidad de vida del paciente se puede percibir alterada. El objetivo del presente artículo es describir los resultados de la Intervención Psicológica de Corte Cognitivo Conductual en dolor crónico; para ello, se realizaron búsquedas en las bases de datos científicos, como Scopus, PubMed, Ebsco, Scielo y Web of Science, seleccionando 39 artículos publicados entre los años 2004 y 2022. Entre las palabras claves se consideraron las siguientes: *Dolor Crónico*, *Terapia Cognitivo Conductual*, *Paciente con Dolor Crónico*. Se llevó a cabo una investigación descriptiva no experimental, de revisión documental. La búsqueda bibliográfica se concentró en estudios científicos y prácticos que se fundan en la efectividad y utilidad de las TCC, en los procesos de dolor crónico; además, se recogió información con base en ensayos clínicos aleatorios con al menos dos grupos: uno experimental o de tratamiento y otro de comparación. Los ensayos clínicos han indicado que la TCC sola o junto con intervenciones farmacológicas han manifestado reducir el dolor al igual que los síntomas emocionales mejorando el funcionamiento físico y la calidad de vida de la persona.

Palabras clave: Dolor crónico; Pacientes con dolor; Terapia Cognitivo Conductual.

Abstract

This research seeks to establish the degree of efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in patients with chronic pain to strengthen their treatment. This is understood as an unpleasant sensory and emotional experience that lasts for more than three months; during this time, the patient's quality of life may be perceived as altered. The objective of this article is to describe the results of the Cognitive Behavioral Court Psychological Intervention in chronic pain; To do this, searches were carried out in scientific databases, such as Scopus, PubMed, Ebsco, Scielo and Web of Science, selecting 39 articles published between 2004 and 2022. The following keywords were considered: Chronic Pain, Therapy Cognitive Behavioral, Patient with Chronic Pain. A descriptive, documentary review research was carried out. The bibliographic search focused on

scientific, experimental and practical studies that are based on the effectiveness and usefulness of CBT, in chronic pain processes; In addition, information was collected based on randomized clinical trials with at least two groups: one experimental or treatment group and the other comparison group. Clinical trials have indicated that CBT alone or in conjunction with pharmacological interventions has been shown to reduce pain as well as emotional symptoms by improving physical functioning and quality of life.

Keywords: Chronic pain; patients with pain; Cognitive Behavioral Treatment (CBT).

Resumo

Esta pesquisa busca estabelecer o grau de eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental em pacientes com dor crônica para fortalecer seu tratamento. Esta é entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que dura mais de três meses; nesse período, a qualidade de vida do paciente pode ser percebida como alterada. O objetivo deste artigo é descrever os resultados da Intervenção Psicológica Cognitivo Comportamental na dor crônica; Para isso, foram realizadas buscas nas bases de dados científicas, como Scopus, PubMed, Ebsco, Scielo e Web of Science, selecionando 39 artigos publicados entre os anos de 2004 a 2022. Dentre as palavras-chave, foram consideradas: Chronic Pain, Therapy Behavioral Cognitivo, Paciente com Dor Crônica. Foi realizada uma investigação descritiva não experimental, revisão documental. A pesquisa bibliográfica concentrou-se em estudos científicos e práticos que se baseiam na eficácia e utilidade da TCC, em processos de dor crônica; Além disso, as informações foram coletadas com base em ensaios clínicos randomizados com pelo menos dois grupos: um grupo experimental ou de tratamento e um grupo de comparação. Ensaios clínicos indicaram que a TCC sozinha ou em conjunto com intervenções farmacológicas demonstrou reduzir a dor e os sintomas emocionais, melhorando o funcionamento físico e a qualidade de vida da pessoa.

Palavras-chave: Dor crônica; Pacientes com dor; Terapia cognitiva comportamental.

Introducción

Varias décadas atrás, el dolor crónico se ha convertido en un problema considerable para la salud pública (Veehof et al., 2011), alcanzando a ser una de las señales frecuentes que muestran los pacientes que necesitan ayuda psicológica. La International Association for the Study of Pain (IASP) y la World Health Organization (WHO) determinaron que el alivio de los síntomas de

dolor se debe tratar como un derecho fundamental (Brennan y Cousins, 2004; Martínez et al., 2015).

El dolor crónico es una práctica complicada coligada a la invalidez y a la molestia emocional, muchas veces definido como una dolencia perseverante, que puede ser constante o periódico, con un tiempo de permanencia en promedio de tres meses; se identifica por sus elevadas cifras de prevalencia mundial. Esta descripción reúne la consideración de las características psicológicas comprometidas en la experiencia del dolor crónico de tipo fisiológico, cognitivo y emocional, tomando en cuenta los aspectos psicológicos abarcados (González, 2014).

El Modelo con Corte Cognitivo Conductual aborda conductas, pensamientos y emociones que interceden en la experiencia del dolor, para ayudar que las personas retomen el nivel de actividad anterior a la aparición de los problemas de salud y tener una buena calidad de vida (Muñoz et al., 2019).

Las estrategias delineadas para restituir el ejercicio cognitivo consiguen reducir las sintomatologías de dolor crónico (Moriarty et al., 2011). Al mismo tiempo, se ejecuta un examen de las investigaciones en donde se reflejan trastornos de salud mental entre las personas que advierten dolor crónico (Barry et al., 2009). La mayoría de tratamientos para el dolor crónico contienen métodos farmacológicos e intervención psicoterapéutica (Turk et al., 2008). Lo que se conoce como tratamiento Cognitivo-Conductual que incluye un variado abanico de técnicas, las mismas han mostrado resultados eficaces en intervención de dolor crónico de diversa índole, por ejemplo: dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor músculo-esquelético y dolores secundarios asociados a otras patologías (Miró et al., 2018).

Esta revisión sistemática recoge criterios sobre la intervención psicológica a través del modelo cognitivo, aunque el dolor crónico es un síndrome complejo con muchos objetivos terapéuticos potenciales, la creciente evidencia sugiere que el dolor crónico está relacionado con deficiencias en varios dominios cognitivos e incluso a nivel conductual. Para ello vamos a mencionar las estrategias diseñadas para ayudar a mejorar el funcionamiento cognitivo que pueden, a su vez, ayudar a reducir los síntomas de dolor crónico y la carga de síntomas también. (Hart et al., 2003; Moriarty et al., 2011) Además, se realiza una serie de investigaciones en donde se evidencian trastornos de salud mental concurrentes entre las personas que experimentan dolor crónico. Es decir, las personas con dolor crónico tienen más probabilidades de experimentar trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y consumo de sustancias (Rosenblum et al., 2003; Barry et al.,

2009). Como tal, los tratamientos para el dolor crónico a menudo incorporan enfoques farmacológicos y de corte cognitivo conductual (Turk et al., 2008).

La Terapia Cognitivo Conductual instaure una serie de estrategias y pericias sobre la cognición, la emoción, la fisiología y el comportamiento relacionados con el dolor; los objetivos de estas estrategias son: buscar fuentes de mejoría frente a la sensación de control del dolor de los pacientes, centrarse en mejorar la autoeficacia, eliminar el afrontamiento negativo original modelar, fortalecer el entrenamiento de habilidades y suscitar la relajación (Tang, 2018). Así mismo, con relación a los modelos de intervención psicológica, Caballero y Gálvez (2019) refieren que la terapia cognitivo conductual incluye técnicas de psicoeducación, de cambio en pensamientos, conductas y de activación fisiológica.

Cabe recalcar, que es de suma importancia, entender que las cogniciones de una persona influyen en la percepción y estas se expresarán a través de pensamientos automáticos que pueden ser los pensamientos y las imágenes de nuestra propia cognición, que son creados por nuestro propio cerebro y que inducirán una emoción el cual se reflejará en la conducta. En cuanto a las cogniciones de la persona, estas se refieren a los procesos cognitivos y a los contenidos de la cognición. Los contenidos de la cognición están compuestos por los esquemas mentales, que son las propias creencias o supuestos ya sean estos centrales o intermedias (Ruales, 2015).

Beck en el año de 1995, citado en Ruales (2015), denota “que se van construyendo estructuras cognitivas, sobre todo creencias centrales e intermedias del individuo, las creencias centrales son las más esenciales, rígidas y sobre generalizadas del individuo que no se verbalizan, comienzan a generarse en la infancia y se presentan como verdades absolutas sobre uno mismo, su futuro, sobre los otros y su entorno”. Estas se desarrollan tras el proceso del individuo de organizar su experiencia en una forma coherente para poder adaptarse a la situación de ese momento; por lo que, si la situación es traumática o estresante, puede desarrollar creencias disfuncionales de sí mismo, su futuro, los otros y su entorno. Además, el mismo Beck, alude a que estas creencias pueden ser positivas “soy capaz”, “la gente es buena”, o “el ambiente es seguro”; o pueden ser negativas “soy malo”, “la gente es mala”, “el mundo es peligroso” por lo que la persona interpreta las situaciones en base a el tipo de creencias centrales que tiene.

Por otro lado, cabe mencionar no solo el enfoque cognitivo sino también al conductual. El conductismo conocido como la teoría del aprendizaje, se llevó a cabo desde la época de Aristóteles. La teoría del conductismo se enfoca en el estudio de conductas que se pueden

observar y medir. El conductismo surge en la psicología norteamericana a principio del siglo XX. Esta formación se fundamenta en los compendios de la eficacia y vigor, de la racionalidad, y de la productividad. El conductismo se preocupó en investigar y sobre todo en entender cómo funcionan las leyes de la conducta utilizando animales en sus experimentos, para poder así, construir una nueva ciencia basada en la conducta, se basaba en estudiar al ser humano como una parte biológica viviente que reacciona a lo que se presenta en su medio natural, sea este físico o social (Solano, 2020).

Entendiendo así, después de conocer sus estudios y sus enfoques tanto del conductismo como también de la cognición y en la misma línea con respecto al dolor que es nuestro tema focal, las intervenciones conductuales tienen el objetivo de modificar el componente comportamental del dolor, reduciendo o eliminando las conductas de dolor, como por ejemplo las expresiones de dolor, como quejas o expresiones faciales, cambios posturales, conductas de evitación, negativismo generalizado, palabras como supuestos o creencias y reinstaurando las actividades diarias y ejercicio físico diarias que generalmente se evitan a causa del dolor, todo esto, a través de programas progresivos en los que se refuerzan todos los avances de la persona. En cuanto a las conductas de dolor, a través de un proceso de condicionamiento operante, pueden ser reforzadas positiva o negativamente hasta establecer una conducta más centrada en el dolor con refuerzos que establezcan un progreso visible en su día a día y que no se muestre como una conducta que deteriore el proceso de dolencia con mayor sufrimiento. El objetivo de la intervención sobre las conductas de dolor será por tanto modificar las contingencias ambientales que mantienen estas conductas para reducirlas y disminuir la discapacidad confederada a la conducta y al dolor. Aquí se puede hacer un paréntesis para indicar que con respecto a la evitación de actividades tal como se mencionó en las consecuencias de un paciente con dolor crónico, suele deberse al mismo miedo al dolor que se padece, así como a la creencia de que puede agravarse con la actividad, dando lugar con el tiempo a una pérdida progresiva de la forma física y de la tolerancia al dolor, y llegando este miedo a ser incluso más fuerte que el mismo dolor (Vallejo y Puig, 2018).

La presente investigación cobra importancia porque presenta los resultados expuestos en artículos científicos de la Intervención Psicológica de Corte Cognitivo-Conductual en el Manejo de Dolor (Fierro et al., 2019).

Metodología

En consideración a las contribuciones realizadas en este estudio, la investigación se enmarcó en un contexto no experimental de casos, descriptivo, documental y transversal, ya que no se manipularon intencionalmente las variables en análisis (Erazo, 2021).

El alcance fue mixto, en una primera etapa se analizó la literatura especializada en Intervención Psicológica de Corte Cognitivo Conductual en Dolor Crónico; en la segunda etapa se utilizaron instrumentos de detección (Narváez & Erazo, 2022).

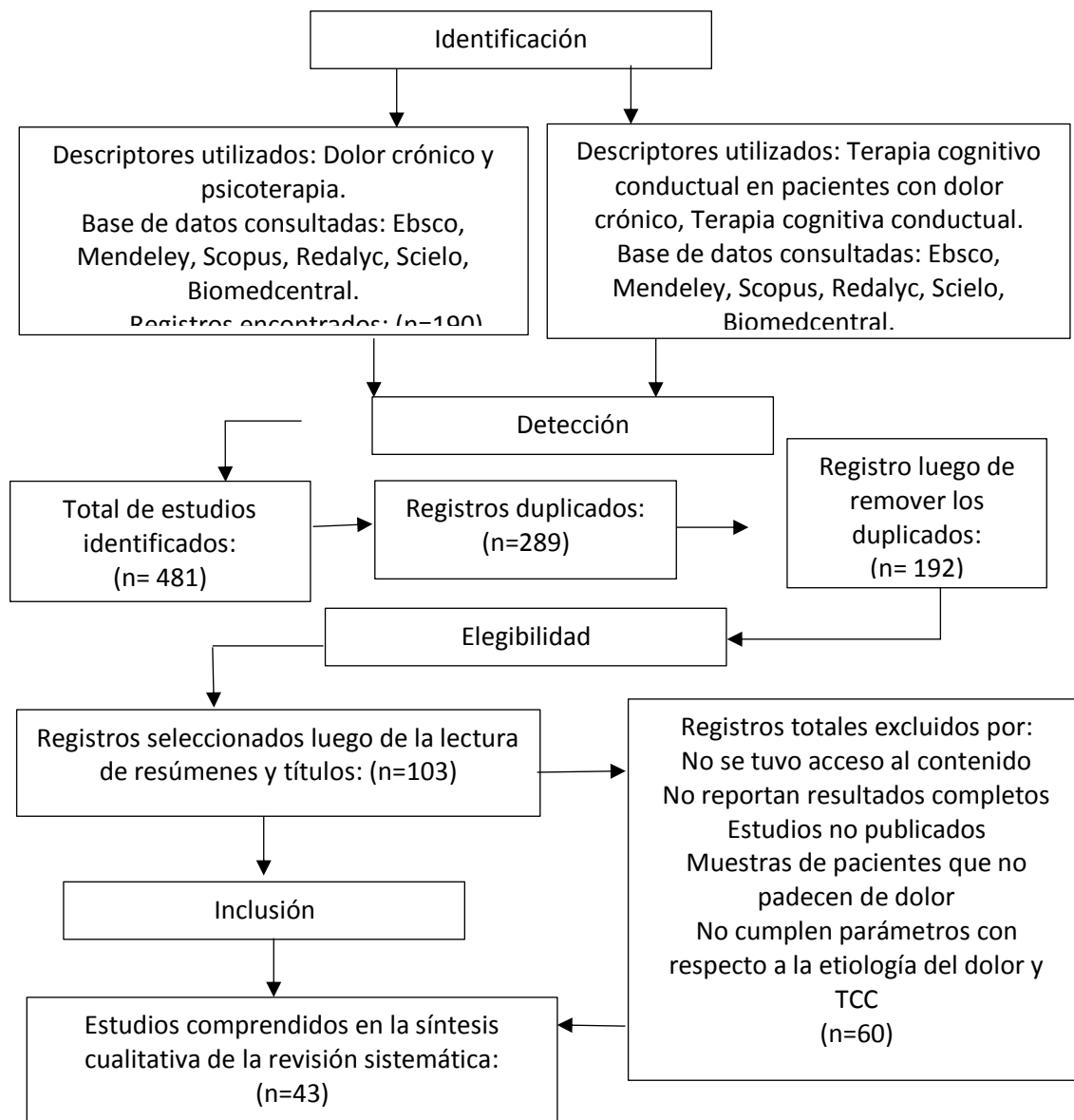


Figura 1: Diagrama de flujo de las diversas fases de la revisión sistemática, con base en el estudio de los autores Urrútia & Bonfill (2010). Elaboración propia.

Neurofisiología del dolor

La International Association for the Study of Pain (IASP) delimita al dolor a modo de una vivencia sensorial y emocional desgastante que se puede dar por una herida real o potencial de los tejidos; también puede ser ocasionada por dicha lesión (Martínez et al., 2015, p. 225). Esta explicación reconoce la existencia de una parte sensorial, que establece la sensación dolorosa y se da por la transmisión de los impulsos por las vías nerviosas y a la experiencia del dolor que se exterioriza en la manera cómo un paciente afronta una situación traumática, por factores culturales, sociales y emocionales (Raja et al., 2020).

El dolor es un aparato de defensa que se revela como una señal de alarma para resguardar al organismo y acrecentar la supervivencia del individuo. Con relación en la Neurofisiología, el sistema nervioso central y el periférico están implicados en la percepción y emisión de dolor, entendiéndose este hecho como el resultado de enredados procesos periféricos y centrales, que pueden ser regulados a diversos niveles; comienza con la transferencia del estímulo que causa dolor mediante diferentes receptores, desde el lugar lastimado en la periferia, llegando al sistema nervioso central; además, libera una serie de reacciones en los dos sistemas que admite la percepción del dolor, con el objetivo de reducir la causa y limitar las consecuencias. La unidad del dolor comienza con la neurona aferente primaria, la delegada de enviar el estímulo nocivo; situada a nivel de los ganglios espinales de la médula espinal, mientras que, en la corteza cerebral se origina la percepción del estímulo doloroso haciéndose consciente este síntoma y al mismo tiempo que sucede esta sensación, el sistema límbico trabaja en crear reacciones emocionales, como enojo o tristeza (Berrocoso et al., 2018; Solano y Villalobos, 2022).

En los estudios de neuroimagen, que presentan los pacientes, sufren cambios neurológicos en varias regiones del cerebro asociadas a la patología y a sus síntomas secundarios. Los investigadores desplegaron un modelo asentado en análisis cerebrales derivados mediante imágenes de Resonancia Magnética, que precede el dolor que una persona experimentará, independiente de los estímulos que absorba el cerebro. Siendo así, ese dolor depende de la interpretación que el cerebro cumpla, a partir de las señales que se remitan al cuerpo. Este trabajo de interpretación es ejecutado por ciertas zonas del cerebro, normalmente no ligadas con el dolor,

como la corteza prefrontal o el hipocampo; por ello, se puede anticipar los determinados niveles de dolor que una persona advertirá, sin atañer la intensidad de los estímulos (Woo et al., 2017).

La dolencia puede suceder en contestación a estímulos nocivos, estímulos inermes o en carencia de cualquier estímulo aparente. El dolor crónico puede implicar un síndrome de déficit de recompensa o procesos anti-recompensa, que están relacionados con una disfunción del circuito cerebral. Por ello, la naturaleza desagradable del dolor requiere atención y acción inmediata, para resolver el daño real o potencial del cuerpo (Johnson, 2019)

Tipos de dolor

El dolor agudo se origina en el sistema nervioso por una estimulación mínima que activa las estructuras nociceptivas (axones que viajan de los receptores a la médula espinal o el cerebro), y es transmitido por vía neural aferente hacia los órganos receptores. El dolor agudo es un síntoma de alerta. A diferencia de este, el dolor crónico se manifiesta más allá de una sensación de malestar pasajero, su permanencia temporal es extensa, de mayor intensidad y provoca un sufrimiento físico y un malestar emocional que en ocasiones puede ser destructivo para el paciente (Puebla, 2005; Zegarra, 2017).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 fragmenta al dolor crónico en siete grupos de dolor crónico: el primario, postquirúrgico o postraumático, musculoesquelético, por cáncer, neuropático, orofacial y cefalea y visceral crónico. La molestia crónica primaria es diferenciada por alteración funcional o estrés emocional, tal como el dolor pélvico, el síndrome de colon irritable o cefalea (Margarit, 2019; Vidal, 2020).

Factores psicológicos del dolor

Los aspectos psicológicos participan en los procesos de dolencia crónica, pues se vinculan con una dimensión cognitiva y emocional de la experiencia del dolor y, por ello, se reconoce que en la peculiaridad del dolor intervienen procesos de aprendizaje neurológicos, biológicos, psicológicos, cambios psicosociales y ambientales (González, 2014).

Las personas con dolor crónico generalmente muestran altos niveles de angustia conexos con el dolor, poseen más probabilidades de experimentar perturbaciones de ansiedad, de estado de ánimo y consumo de sustancias. Además, existe evidencia de alteraciones estructurales y funcionales en las áreas del cerebro que actúan en los procesos cognitivos y emocionales,

responsables de la memoria, atención, sensopercepción, entre otras, que además tienen que ver con la modulación emocional del dolor (Barry et al., 2009).

El dolor crónico podría ser además una práctica dificultosa coligada a la incapacidad, al sufrimiento y a las fluctuaciones emocionales. Los pacientes se encuentran expuestos en mayor proporción a síntomas de componentes psicológicos, como: la ansiedad, miedo al dolor, depresión conducida por los rasgos ciclotímicos y, en menor medida, por la ira. Entre sus impactos se enumera el efecto negativo en la calidad de vida de las personas y conflictos en la familia, aumento en el uso de cuidado médico, disminución de la productividad laboral, baja de roles y altos costes socioeconómicos que implican para el área de salud, a nivel local y mundial. Estos factores operan mediados por el aprendizaje y por las condiciones socioculturales del paciente. Por otro lado, también pueden aparecer alteraciones de personalidad o psicopatológicas secundarias al padecimiento del dolor crónico y al estrés derivado del mismo (Truyols et al., 2008; González, 2014).

Intervención psicológica en dolor crónico: Enfoque Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC destaca que la conducta de un individuo se halla primariamente determinada por la manera cómo este se organiza en el mundo, formando diferentes procesos de estructuras, esquemas y creencias, jerarquías, por lo que se toman en cuenta diversas técnicas que comprenden la identificación y modificación de ideas y pensamientos falsos, erróneos y deformados que se localizan en los procesos de cognición; es por ello que, la comprensión del dolor crónico, desde este modelo, se basa primordialmente en las situaciones estresantes que sufre el paciente, que impulsan una serie de esquemas cognitivos, creando las distorsiones cognitivas. Este enfoque instituye una serie de estrategias sobre la cognición, la emoción, la fisiología y el comportamiento relacionados con el dolor. (Acevedo y Gálvez, 2018).

Las inferencias conductuales tienen como objetivo cambiar el elemento comportamental, como por ejemplo las expresiones faciales, quejas, cambios posturales, conductas de evitación, negativismo generalizado, palabras como supuestos o creencias; restableciendo las acciones o actividades diarias y ejercitando el cuerpo, que generalmente se evaden por el dolor; todo esto, mediante programas progresivos en los que se fortifican los progresos del paciente. Las conductas reactivas de malestar, por medio de un impulso de condicionamiento operante,

posiblemente fortalecidas de manera efectiva o negativamente hasta crear un progreso visible, en su día a día (Sil et al., 2020).

Técnicas del Tratamiento Cognitivo Conductual

Entre las técnicas más utilizadas en el tratamiento del dolor crónico se hallan: la Psicoeducación, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, activación fisiológica, la exposición o el *Biofeedback* (Miró et al., 2018). Todas estas técnicas están enfocadas a entender la naturaleza del dolor y a mejorar su estilo de vida, mediante los procesos psicológicos de reestructuración que puede realizar el paciente (González et al., 2017; Johnson, 2019).

El Grupo de Habilidades de Terapia Conductual Dialéctica conocido con las siglas DBT-SG, es otra de las técnicas, que se muestra como un tratamiento psicológico para mejorar la desregulación en las emociones, los comportamientos y el funcionamiento interpersonal (Holens et al, 2021).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un enfoque de procedimiento último dentro de la familia cognitivo conductual que se basa en un modelo agrupado de funcionamiento psicológico saludable. La ACT se refiere a la capacidad de tomar medidas consistentes con las direcciones valiosas de la vida, mientras se aceptan sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales desagradables, como el dolor (Cabañas y Baéz, 2020).

Los métodos de Solución de Problemas son un conjunto de TCC que intentan permitir un enfrentamiento más eficaz y adaptativo. El objetivo del adiestramiento es desarrollar la capacidad para identificar y solucionar problemas apropiadamente, tomando en cuenta las características del desarrollo, como la formación de actitudes adecuadas ante los problemas, la exploración de opciones y la elección de esta opción. (Almendro et al., 2011; DiNapoli et al., 2016).

Recientemente se vive una época dorada con las llamadas “Terapias de Tercera Generación”, donde intervienen las Terapias de Aceptación y Compromiso (ACT) contiguo a otras técnicas, como las de Entrenamiento basadas en *Mindfulness*. Todas ellas están encaminadas a mostrar a la persona, a aceptar y a disminuir la reactividad emocional ante la experiencia de dolor; al tiempo que se sitúa ante metas valiosas (McCracken y Vowles, 2014).

Mindfulness tiene un modelo basado en la admisión del dolor, además, normaliza las relaciones de la atención plena y la autocompasión con los síntomas depresivos, mientras se controla la intensidad del dolor. Su objetivo es promover la autorregulación de la atención, la admisión de la vivencia, el alejamiento de los sucesos mentales, someter la fase de hiperalerta hacia el malestar, y extender una actitud proactiva de autocuidado para evitar el sufrimiento (Hervás et al., 2016; Muñoz et al., 2019).

Por consiguiente, los procesos de atención están enredados en la percepción del dolor, es por ello, que los pacientes conviene llevar su vigilancia hacia estímulos del exterior o a retratos mentales. El momento práctico radica en el reconocimiento y búsqueda de las ideologías que excitan a sentimientos negativos como: la ira, ansiedad o la frustración. Las personas deben efectuar una actividad donde estudien y registren el escenario y lo que estaban pensando cuando apreció, como última vez, ese sentimiento negativo. Estas técnicas fundadas en la atención plena han confirmado eficacia en pacientes con diversas afecciones de dolor crónico: en región lumbar, en cabeza, Fibromialgia, Artritis Reumatoide (Hilton et al, 2017).

Resultados de los estudios clínicos enfocados en la intervención cognitivo conductual en dolor crónico

En la investigación sobre Terapias psicológicas para el tratamiento de dolor crónico y recurrente en niños y adolescentes, Fisher et. al., (2020) efectuaron una revisión sistémica que contiene 47 estudios con 2.884 participantes niños y adolescentes que ultimaron el tratamiento. Los niños y adolescentes que participaron en esta investigación tenían 12,6 años en promedio. De estos, 23 exploraciones examinaron los tratamientos para los dolores de cabeza (incluida la migraña); 10 contienen dolor abdominal; 2 estudios presentaron a los integrantes con un resultado primario de dolor abdominal o síndrome de intestino irritable, 2 encontraron a adolescentes con fibromialgia, 2 circunscribieron a adolescentes con trastornos temporomandibulares, 3 investigaciones sobre el tratamiento del dolor coligado con la enfermedad de células falciformes y 2 presentaron a jóvenes con enfermedad inflamatoria intestinal. Últimamente, 3 incluyeron a muchachos con afecciones de dolor mixtas. La finalidad de esta exploración fue renovar la certeza divulgada sobre la operatividad positiva de los tratamientos psicológicos para el malestar crónico y repetitivo en infantes y jóvenes. En recapitulación del estudio investigativo, se halló en cada una de las 47

fuentes, que las terapias psicológicas, aludiendo a la terapia cognitivo conductual con mayor énfasis y la más propensa a ser trabajada en el tratamiento de niños y adolescentes, comprimieron la frecuencia y la intensidad del dolor después del tratamiento con cefaleas; además de que se localizó un resultado positivo sobre la ansiedad posteriormente al tratamiento en los infantes con afecciones de malestar mixto, a pesar de que este efecto no se conservó durante el seguimiento.

En la investigación sobre Tratamiento cognitivo conductual grupal para el dolor lumbar en atención primaria: un ensayo controlado aleatorio y análisis de costo efectividad, Lamb et al., (2010) manipularon una muestra de 710 personas adultas afectados de padecimiento lumbar subagudo, que se sometieron a un tratamiento psicológico y en el que se localizaron efectos positivos con Terapia Cognitivo Conductual, disminuyendo el dolor de manera más soportable, tal como lo han revelado los pacientes. Para poder ejecutar este estudio, se nivelaron factores implicados en la cronicidad del dolor lumbar tales como, las conductas desadaptadas de dolor como las quejas, expresiones faciales, cambios posturales, etc.; estas conductas intervenidas por los procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje observacional). Se trabajó con reforzamiento positivo y negativo, se grabaron a estos pacientes con dolor crónico ejecutando algunas tareas del hogar con sus parejas, descubriendo cómo los comportamientos afectuosos por parte de la pareja acrecentaban el comportamiento de dolor de las personas y entre otras observaciones acerca del comportamiento dentro de casa. Además, se monitoreó los pensamientos disfuncionales, la conducta ansiosa, la respuesta fisiológica (tensión), las emociones y se elaboró un reporte de sus preocupaciones. Se ultimó en este estudio que la TCC y las estrategias de autorregulación son especialmente eficaces en el dolor lumbar subagudo y crónico (Lamb et al., 2010).

En la investigación sobre Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico, de Moix y Casado (2011), los estudios indican ciertas técnicas cognitivo conductuales que se manipulan en el tratamiento de pacientes con dolor crónico y confrontan la evolución de un grupo de pacientes tratados con intervención psicoterapéutica y tratamiento médico tradicional con la de otro grupo de pacientes tratado solamente con terapias médicas. Los pacientes que asumieron las dos intervenciones revelan una disminución notable de la molestia, de invalidez y estado de ánimo negativo.

En otra investigación sobre Reducción del estrés basada en la atención plena y la terapia cognitiva conductual para el dolor lumbar crónico: Efectos similares sobre la atención plena, la

catastrofización, la autoeficacia y la aceptación en un ensayo controlado aleatorio, realizado por Turner et al., (2016), con el objetivo de saber el beneficio de la atención plena como uno de los métodos de la TCC en personas con molestia crónica. Otro objetivo también fue proponer tratamiento en pacientes con malestar en la espalda para comprimir sus síntomas y la magnitud del dolor; con una duración de 52 semanas de tratamiento. Se utilizó la técnica de atención plena señalando rebaja del catastrofismo del paciente y mayor control del dolor. Al principio, el catastrofismo se enlazó de manera negativa con la autoeficacia y la aprobación del problema, pero los resultados conclusivos después de las 52 semanas, revelaron una superposición entre las medidas de catastrofismo, autoeficacia, aprobación y atención plena.

En la investigación sobre Los Efectos de un ejercicio combinado de estabilización lumbar y terapia cognitiva conductual en variables seleccionadas de individuos con dolor lumbar inespecífico: un ensayo clínico aleatorizado, Aliyu et al., (2008) comprobaron si la mezcla de la TCC adyacente con el adiestramiento de estabilización lumbar (EEL) posee más ventajas en cuanto a la disminución de la molestia, la incapacidad y las creencias de evitación del terror de los pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico (DLCI) en paridad con EEL solo. En un total de 46 personas, con DLCI, fueron parte de esta aleatoria investigación clínica. Los integrantes fueron escogidos de manera aleatoria en uno de 2 grupos: TCC + EEL (n = 23) y EEL solamente (n = 23). Se realizó el tratamiento dos veces por semana por seis semanas. Los efectos valorados fueron: la fuerza del dolor (ID) empleando la escala de color visual (EVA), la discapacidad funcional (DF) utilizando el índice de discapacidad de Oswestry (IDO) y el inventario de las creencias de evitación de miedo (FABQ). Los efectos obtenidos no revelaron discrepancias demostrativas entre los dos equipos para la intensidad de la molestia, creencias de evitación del miedo relacionado con los ejercicios físicos y creencias de evitación del miedo concerniente al trabajo. No obstante, se encontró una discrepancia reveladora en los grupos en todos los resultados medidos. La intervención combinada de TCC con EEL asistancia en el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico.

En la investigación sobre El Tratamiento de síntomas depresivos en mujeres con fibromialgia, Gelman, et al., (2005) ejecutan una investigación en donde se confrontó un grupo control con un grupo experimental. Este último trabajó con TCC en una prueba multicéntrico paralelo aleatorizado. Mujeres con fibromialgia y con señales de depresión (n = 106) fueron clasificadas de manera aleatoria a TCC (n = 55) o TCP (n = 51), en dimensión particular y modular,

concordando con sus propias necesidades. Ambas condiciones disminuyeron elocuentemente dichos caracteres, sin hallar mayor discrepancia posterior al tratamiento, ni en el seguimiento. Se seleccionó aleatoriamente 21 mujeres que se encontraban en la lista de espera para una cita médica de reumatología. El grupo experimental efectuó sesiones grupales con TCC, ejercicios físicos y ayuda reumatológica. El equipo de control alcanzó los modelos habituales sugeridos por un reumatólogo del hospital. El tratamiento duró quince semanas. Todas las personas fueron apreciadas al principio y en la finalización del tratamiento y el grupo experimental a los seis meses de finiquitado. Los resultados del estudio especificaron que el tratamiento multidisciplinar (TCC y médico) es más cierto para lograr mejorar la calidad de vida y en la adaptación psicológica de las mujeres con fibromialgia. Se evidenció una disminución de los bajos estados de ánimo, angustia e incertidumbre en contextos nuevos, corrigiéndose también el hecho de enfrentar y soportar el malestar, sin que ello perturbe o intercepte en las acciones diarias.

En la investigación sobre las Terapias cognitivo conductuales y de construcción personal para la depresión en mujeres con Fibromialgia, Aguilera et al., (2022) buscaron el objetivo de probar la eficacia de la Terapia de Construcción Personal (PCT), una dirección que destaca las tipologías de identidad y los significados interpersonales, como el enfoque del procedimiento de los caracteres de depresión, en damas con fibromialgia. Se cotejó la PCT con la TCC en un estudio aleatorizado paralelo multicéntrico. Las pacientes con fibromialgia y señales de depresión (n = 106) fueron determinadas aleatoriamente a TCC (n = 55) o PCT (n = 51) en dimensiones individuales y modulares, para amoldarse a la necesidad que tienen. El análisis se efectuó a través de modelos lineales de efectos mixtos. Las pacientes que padecen las dos condiciones rebajaron considerablemente las señales antes mencionadas, y no se localizó disconformidades significativas al confrontar los grupos, tanto ulteriormente del tratamiento como en el seguimiento. Los resultados fueron parejas entre las condiciones de ansiedad, el impacto de la fibromialgia y la distribución de cambios clínicamente demostrativos en señales de depresión y malestar. El estudio finiquitó en lo siguiente: la PCT y la TCC parecen ser a la par de eficaces en el tratamiento de los signos de depresión en las pacientes bajo esta condición.

Entre los últimos estudios, en el Ecuador, la investigación de Hidalgo et al., (2020) hicieron énfasis en demostrar la eficacia de la Terapia cognitivo conductual en la fibromialgia; manejó características clínicas en dichos pacientes atendidos en consulta externa de Reumatología del Hospital Básico Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez, durante el periodo de mayo hasta

septiembre de 2017. Se cumplió un estudio prospectivo y transversal, con una muestra que incluyó a 30 pacientes, de los cuales el 96 % atañó a mujeres y el resto a hombres. Se manejó una ficha para averiguar estados de ansiedad y depresión en los pacientes con este diagnóstico. Se destinó un cuestionario diseñado con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Después de cumplir el diagnóstico mediante el test HAD, se entabló el tratamiento psicológico con TCC. Al concluir el tratamiento se valoró el estado psicológico aplicando nuevamente dicho test. En el estudio participaron 29 mujeres (97 %) y un hombre (3 %); 2 pacientes fueron menores de 20 años (6,6 %); 8 pacientes estuvieron entre 21 y 30 años (26,66 %); 12 pacientes de 31 a 40 años (40 %) y 8 pacientes fueron mayores de 40 años (26,66 %). La aplicación del test reveló que, si bien el dolor predomina en el cuadro clínico, un amplio espectro de pacientes sufre alteraciones de su estado emocional, como lo demuestra la presencia de depresión y ansiedad, sintomatologías comunes en condiciones de dolor crónico. Los resultados del test HAD a la captación descubrieron que la mayoría de los pacientes con fibromialgia tenían evidencia, tanto de ansiedad como depresión, de ahí la necesidad de utilizar tratamiento psicológico con enfoque cognitivo conductual. Se observó que, al momento de la captación, en el 63,4% de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad y de depresión. El 23,3% solo se aquejó de depresión, mientras que el 13,3 % solo de ansiedad. Ninguno de los casos se vio libre de al menos una de esas vivencias psíquicas. Después de realizar el tratamiento con TCC, en el 70,1 % de los pacientes mostraron remisión de síntomas con una mejoría importante, o desaparecieron, evidenciando así la efectividad del tratamiento psicológico con TCC.

Resultados

El resultado de esta revisión de investigaciones fue determinar los resultados de la intervención psicológica de corte cognitivo conductual, explicados en los artículos más distinguidos que se leyeron para este estudio. En la mayor parte de los manuscritos se enumera un abordaje de técnicas de TCC manejadas en pacientes con dolor crónico. Los estudios revisados revelan que al usar solamente la TCC y la TCC conjuntamente con otras terapias son equivalentemente eficaces. Comparando la TCC con otros tratamientos favorece en mejorar el bienestar de las personas que padecen un dolor crónico y el descenso en su impacto, concentrándose mayormente en la aprobación como una forma de afrontar. En cuanto al concepto de *Mindfulness*, en este estudio se examinaron dos trabajos para comparar su eficacia como una técnica de TCC para personas con

malestar crónico (Turner et al., 2016; Carvalho, 2018). Lamb et al. (2010) identificaron factores especialmente implicados en la cronificación del dolor, que trabajó con reforzamiento positivo y negativo y se conocieron ciertas conductas, dando buenos resultados con su metodología de registros.

Conclusiones

Concluimos que el dolor impacta sobre los aspectos cognitivos, emocionales y fisiológicos que podrían llegar a beneficiar o paralizar un apropiado afrontamiento de la dificultad, con el uso de diferentes métodos y auxilio al paciente a sobrellevar tal situación que perturba la vida diaria. En este estudio se especifica que la TCC manipula diversas herramientas que proporciona las vías de afrontamiento para la reducción del dolor crónico. Entre estas técnicas se maneja el uso de contingencias, la reestructuración cognitiva, el manejo de la atención, relajación, *Mindfulness*, que han ayudado a la reducción de síntomas emocionales negativos que optimizan la actividad física y la calidad de existencia del paciente. La TCC conduce a mejoras en varios aspectos del malestar, rendimiento físico, señales emocionales, variables cognoscitivas como la autoeficacia, proporciona calidad de vida y las actividades de la vida cotidiana. Los ensayos clínicos han revelado que la TCC sola o junto con intervenciones farmacológicas han confirmado que pueden reducir el dolor y la angustia relacionada.

Además, se muestra el nivel de complejidad de la valoración del dolor. Para ello, es inevitable el provecho de las escalas y cuestionarios para saber los niveles de dolor y determinarlos como un dolor agudo o crónico.

Agradecimientos

Este artículo fue desarrollado gracias al apoyo que brindó la Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Posgrados y del programa #Smart University 2.0”.

Referencias

1. Acevedo, M. y Gélvez L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (55), 156 - 158. <http://34.231.144.216/index.php/RevistaUCN/article/view/1001>

2. Aguilera, M., Paz C., Salla, M., Compagnone, V., Medina, J., Medeiros, L. & Guillem, F. (2020). Terapias Cognitivo-Conductual y de Constructos Personales para la depresión en mujeres con fibromialgia: un estudio controlado aleatorizado. doi: 10.1016/j.ijchp.2022.100296
3. Aliyu, F., Wasiu, A. & Bello, B. (2018). Efectos de un ejercicio combinado de estabilización lumbar y terapia cognitiva conductual en variables seleccionadas de individuos con dolor lumbar inespecífico: un ensayo clínico aleatorizado. *Fisioterapia*. 40 (5). <https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.07.002>
4. Almendro Marín, M., Clariana Martín, S., Hernández Cofiño, S., Rodríguez Campos, C., Camarero Miguel, B., & Río Martín, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200003>
5. Annagur, D., Uguz, F., Apilioguliari, S., Kara, I., Gunduz, S. (2014). Psychiatric disorders and association with quality of sleep and quality of life in patients with chronic pain: a SCID based study. *Pain Med*. <https://doi.org/10.1111/pme.12390>
6. Barry, D., Beitel, M., Joshi, D., and Schottenfeld, R. S. (2019). Pain and substance-related pain-reduction behaviors among opioid dependent individuals seeking methadone maintenance treatment. *Am. J. Addict.* 18, 117–121. doi: 10.1080/10550490902772470
7. Berrocoso Martínez, Alberto, Arriba Muñoz, Leonor de, & Arcega Baraza, Adriana. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3),154-159.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2018000300154&lng=es&tlng=es.
8. Brennan, F. y Cousins, M. J. (2004). Pain relief as a human right. *Pain Clinical Updates*, 12 (5), 1-4. DOI: [10.1016/j.pain.2004.09.002](https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.002)
9. Cabañas, V., & Báez, A. (2020). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de ideación delirante. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. 1: 1-20. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7847211.pdf>.
10. DiNapoli, J., O’Flaherty, D., Musil, C., Clavelle, J., & Fitzpatrick, J. (2016). The relationship of clinical nurses’ perceptions of structural and psychological empowerment

- and engagement on their unit. *The Journal of Nursing Administration*, 46(2), 95-100.
doi: [10.1097/NNA.0000000000000302](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000302)
11. Erazo Álvarez, J. C. (2021). Capital intelectual y gestión de innovación: Pequeñas y medianas empresas de cuero y calzado en Tungurahua–Ecuador. *Revista De Ciencias Sociales*, 27, 230-245. <https://doi.org/10.31876/rcs.v27i.37004>
 12. Failde, I. (2014). El dolor crónico, algo más que un problema de quien lo padece. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 1-2. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100001>
 13. Fierro, A., Vanegas, J., & Beltrán A. (2019). Anestesia, analgesia, reumatología y alivio del dolor agudo y crónico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1), e56. <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2554484>
 14. Fisher, E., Law, E., Dudeney, J., Palermo, TM, Stewart, G., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents, Issue 9. Art. No.: CD003968. doi: 10.1002/14651858.CD003968.pub5.
 15. Gelman, S., Lera, S., Caballero, F., López, M. (2005). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. Barcelona. España. 32(3). 99-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-tratamiento-multidisciplinario-fibromialgia-estudio-piloto-13073666>
 16. González, P., Torres, R., Del Barrio, V., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. doi: 10.1016/j.clysa.2017.01.001
 17. González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4) 610-617. DOI: [10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
 18. Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
 19. Hidalgo, B., Pérez V., Olivera C., López L., Castellanos L., & Llor M. (2020). Terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia. *QhaliKay. Revista de Ciencias de la Salud*. 2020; 4 (1): 19-25. DOI: <https://doi.org/10.33936/qkracs.v4i1.1699>

20. Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*, 51, 2 pg. 199-209. DOI: [10.1007/s12160-016-9844-2](https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2)
21. Hoffman, B., Papas, R., Chatkoff, D. & Kerns, R. (2007). Meta-análisis de intervenciones psicológicas para el dolor lumbar crónico. *Salud Psicol.* 26, 1–9. doi: 10.1037/0278-6133.26.1.1
22. Holens, L., Buhler, N., Yacucha, S, Romaniuk, A, and Joyal, B. (2021). Effects of a modified DBT Skills Group for military personnel and Veterans with OSIs and borderline personality disorder or traits *Journal of Military, Veteran and Family Health.* 7:3, 76-85 <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618548003.pdf>
23. IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain.* 1979;6(3):249-52
24. Johnson, M. (2019). The Landscape of Chronic Pain: Broader Perspectives. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(5), 182. <https://doi.org/10.3390/medicina55050182>
25. Lamb, S., Hansen, Z., Lall, R., Castelnuovo, E., Wither, E., Nichols, V., Potter, R. y Underwood, M. (2010). Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet (London, England)*, 375(9718), 916–923. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62164-4)
26. Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), 209-210. Doi: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>
27. Martinez, C., Collado, F., Rodriguez, J., & Moya, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(5), 224-230. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000500007
28. McCracken, L., & Vowles, K. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist*, 69(2), 178–187. <https://doi.org/10.1037/a0035623>
29. Miró, J., De la Vega, R., Mir, E., Solé, E., Sánchez, E., Galán, S., & Roy, R. (2018). Psicología y dolor crónico infantil. *Revista de la Sociedad Española del Dolor (SED)*, 25(1), 46-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7404719>

30. Moix, J., & Casado, M. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
31. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742011000100003&lng=es&tlng=es.
32. Moriarty, O., McGuire, B., & Finn, D. (2011). The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. *Progress in neurobiology*, 93(3), 385–404. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2011.01.002>
33. Muñoz, A., Tarrero, Á., Zarcero, M., Del Río, M., & Vega, B. (2019). Intervenciones basadas en Mindfulness y compasión en dolor crónico. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 4(S1), 112-122. DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.130>
34. Narváez Zurita, C. I., & Erazo Álvarez, J. C. (2022). Sector informal de textiles y confecciones: un análisis de las competencias laborales. *Universidad Y Sociedad*, 14(1), 673-688. Recuperado a partir de <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2601>
35. Puebla, F.. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Recuperado en 19 de julio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es.
36. Raja, SN., Carr, DB., Cohen, M., Finnerup, NB., Flor, H., Gibson, S., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain. 161(9):1976-1982. DOI: [10.1097/j.pain.0000000000001939](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939)
37. Sil, S., Lai, K., Lee, J., Gilleland, J., Thompson, B., Cohen, L., Lane, P., y Dampier, C. (2020). Evaluación preliminar de la implementación clínica de la terapia cognitivo-conductual para el manejo del dolor crónico en la anemia falciforme pediátrica. *Terapias complementarias en medicina*, 49, 102348. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102348>
38. Solano, M., & Villalobos, G. (2022). Principios básicos del abordaje del dolor. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 6(1), Pág. 57–62. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i1.379>
39. Turner, J., Anderson, M., Balderson, B., Cook, A., Sherman, K., & Cherkin, D. (2016). Reducción del estrés basada en la atención plena y la terapia cognitiva conductual para el dolor lumbar crónico: Efectos similares sobre la atención plena, la catastrofización, la

- autoeficacia y la aceptación en un ensayo controlado aleatorio. *Dolor*, 157, 11, 44. <https://es.personalinjurydoctorgroup.com/2018/03/06/stress-management-low-back-pain-in-el-paso-tx/>
40. Turk, D., Swanson, K., and Tunks, E. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients—when pills, scalpels, and needles are not enough. *Can. J. Psychiatry* 53, 213–223. Doi: 10.1177/070674370805300402
41. Truyols, M., Pérez, M., Medinas, J., Palmer Pol M., & Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.
42. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es&tlng=pt.
43. Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507–511. <https://doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015>
44. Veehof, M., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. y Schreurs, K. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45 (1), 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
45. Vidal, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 232-233. DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020
46. Woo, CW., Schmidt, L., Krishnan, A. et al. (2017). Quantifying cerebral contributions to pain beyond nociception. *Nat Commun* 8, 14211 <https://doi.org/10.1038/ncomms14211>
47. Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta méd. peruana* [online]. vol.24, n.2, pp.35-38. ISSN 1728-5917. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007