

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMÓRBIDO AL DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO Y PRIMARIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER COMORBID TO CHRONIC MUSCULOSKELETAL AND PRIMARY PAIN: A SYSTEMATIC REVIEW

ÁNGELA REYES-PÉREZ

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, España

GEMA T. RUIZ-PÁRRAGA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, e Instituto de Investigaciones Biomédicas de Málaga, España

ELENA R. SERRANO-IBÁÑEZ

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, España

CARMEN RAMÍREZ-MAESTRE, ROSA ESTEVE Y ALICIA E. LÓPEZ-MARTÍNEZ

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, e Instituto de Investigaciones Biomédicas de Málaga, España

Citación: Reyes-Pérez, Á., Ruiz-Párraga, G. T., Serrano-Ibáñez, E. R., Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López-Martínez, A. E. (2020). Intervención psicológica para el trastorno de estrés posttraumático comórbido al dolor crónico musculoesquelético y primario: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Psicología*, 37(2), 77-91.

Resumen: La comorbilidad entre el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y el dolor crónico es frecuente, por lo que se precisa un cuerpo de conocimientos que permita establecer la intervención psicológica de elección para el tratamiento conjunto. Así, se ha realizado una revisión sistemática de una selección actualizada de estudios de investigación para el tratamiento psicológico del TEPT y el dolor crónico. De 751 artículos, finalmente se seleccionó 7. Los resultados indicaron que las terapias incluyen técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva de pensamientos catastrofistas asociados al dolor, la exposición a los estímulos relacionados con el trauma, la activación conductual y el control de las respuestas fisiológicas. Todas las intervenciones mostraron ser eficaces para disminuir los síntomas del TEPT (90%) y la mayoría lo fue para modificar la adaptación y la calidad de vida ante el dolor crónico (90%), pero apenas modificaron la intensidad del dolor (20%).

Palabras clave: tensión emocional, disturbio mental, experiencia perturbadora, síndromes de dolor, coocurrencia, abordaje no médico, apoyo psicosocial.

Abstract: Comorbidity between post-traumatic stress disorder (PTSD) and chronic pain is frequent, so a body of knowledge is needed to establish the psychological intervention of choice for joint treatment. Thus, a systematic review of an updated selection of research studies on the psychological treatment of PTSD and chronic pain has been performed. From 751 articles, 7 were finally selected. Results indicated that therapies include techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring of catastrophizing thoughts associated with pain, exposure to trauma-related stimuli, behavioral activation, and control of physiological responses. All interventions were shown to be effective in reducing PTSD symptoms (90%), and most were effective in modifying adaptation and quality of life in chronic pain (90%), but hardly modified pain intensity (20%).

Keywords: emotional strain, mental disturbance, distressing experience, pain syndromes, co-occurrence, non-medical approach, psychosocial support.

En las últimas décadas se ha documentado una prevalencia concomitante entre el padecimiento de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la presencia de ciertos síndromes de dolor crónico. Esto es, la prevalencia de síndromes de dolor crónico es mayor en muestras de pacientes con TEPT (un rango de 20-80 %) que en la población sin TEPT (un rango de 17-20 %). Del mismo modo, la presencia del TEPT es mayor en muestras de pacientes con problemas de dolor crónico, siendo la probabilidad de desarrollar TEPT cuatro veces mayor en las personas con dolor musculoesquelético que en individuos sanos (Brennstuhl, Tarquinio y Montel, 2015; Scioli-Salter et al., 2015).

Asimismo, diversos estudios ponen de relieve que los pacientes con dolor que padecen síntomas del TEPT muestran mayores lesiones físicas, más deterioro funcional, elevado malestar emocional y emplean más estrategias de adaptación en comparación con los pacientes con bajos niveles de sintomatología. Además, los síntomas del TEPT han mostrado asociarse también a niveles más elevados de dolor, a un peor funcionamiento físico diario y discapacidad funcional, a más síntomas médicos e intervenciones quirúrgicas, así como a más días en cama por enfermedad (Morasco et al., 2013; Outcalt, Hoen, Yu, Franks y Krebs, 2016; Scioli-Salter et al., 2015).

Se ha postulado que el tratamiento psicológico orientado al conjunto de síntomas de una sola patología no es suficiente para tratar la comorbilidad entre el TEPT y el dolor crónico (Otis, Keane, Kerns, Monson y Scioli, 2009). Por consiguiente, el tratamiento del dolor crónico comórbido al TEPT debe comenzar con una evaluación exhaustiva de cada condición, y posteriormente, la intervención mediante tratamiento multidisciplinario. A pesar de ello, no existe una revisión del conocimiento teórico y empírico en español e inglés que permita establecer la intervención psicológica de elección para el tratamiento conjunto de síntomas del TEPT y de dolor crónico. Por tanto, el objetivo de este trabajo ha sido efectuar una revisión sistemática sobre la investigación con apoyo empírico dirigida al tratamiento de pacientes en los que ambas patologías concurren, a fin de delimitar qué técnicas terapéuticas han evidenciado ser eficientes, eficaces y útiles en este contexto.

MÉTODO

Se efectuó una revisión sistemática de la literatura. Para asegurar que la formulación de la cuestión por investigar fuera precisa, se especificaron los criterios relativos a los pacientes, la intervención, las comparaciones y los resul-

tados, de acuerdo con la aproximación PICOS (del inglés, *participants, interventions, comparators, outcomes, and study design*; Liberati et al., 2009). En concreto, la pregunta por responder fue qué intervención psicológica había evidenciado ser eficiente, eficaz o útil para el tratamiento de personas con TEPT comórbido a dolor crónico primario, en la que se hubiese tratado ambas patologías en el seno de una terapia integral. La revisión efectuada siguió las recomendaciones para realizar revisiones sistemáticas de la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y el PRISMA Group, 2009).

Estrategia de búsqueda

La búsqueda electrónica, efectuada entre marzo y abril de 2019, se llevó a cabo empleando cuatro bases de datos de perfil médico y psicológico: Medline, PILOTS, PsycINFO y PubMed. Se limitó a artículos revisados por pares, publicados o disponibles en línea. La búsqueda se limitó a trabajos publicados en inglés o español. Para asegurar la recopilación de estudios relevantes en el ámbito, no se establecieron límites en lo relativo a su año de publicación.

La búsqueda incluyó términos de tres áreas específicas: dolor crónico, TEPT y tratamiento psicológico, en los campos de título, resumen y palabras clave. Para efectuar la búsqueda, se emplearon operadores lógicos booleanos para combinar los términos. Concretamente, los siguientes (se indican tan sólo los empleados en inglés): “(chronic pain OR musculoskeletal pain OR fibromyalgia) AND (post-traumatic OR posttraumatic stress disorder OR traumatic stress disorder OR traumatic symptoms OR traumatic stress OR stress disorder OR acute stress) AND (psychotherapy OR therapy OR psychological support OR psychological intervention OR psychological treatment)”.

Procedimiento de selección de los estudios

Para obtener estudios publicados de alta relevancia de acuerdo tanto con el objetivo de la revisión como con la declaración PRISMA (Moher et al., 2009), se establecieron criterios de inclusión y de exclusión antes de realizar la búsqueda sistemática. Así, en una primera fase de preselección, y de acuerdo con la información aportada en los resúmenes, se consideraron como criterios de inclusión para la selección potencial de los artículos los siguientes criterios: (1) tratarse de estudios cuyas muestras presentaran comor-

bilidad entre ambos problemas (trastorno o síntomas de estrés postraumático y dolor crónico primario); (2) que se hubiesen evaluado específicamente dichos síntomas; y (3) que se hubiese aplicado un tratamiento psicológico que abordase de modo integral y conjunto ambos problemas. Como criterios de exclusión se consideraron los siguientes: (1) estudios con un único caso, sin un diseño metodológico; (2) dolor crónico secundario a otras patologías; y (3) trabajos de revisión, editoriales o resúmenes de estudios presentados en congresos.

En una segunda fase, de selección de estudios, se procedió a la lectura completa de aquellos artículos que cumplieron con los criterios de inclusión indicados. En esta fase, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: (1) que el instrumento con el que se hubiesen evaluado los síntomas de estrés postraumático debía tener garantías psicométricas similares a las de los instrumentos que se emplean habitualmente para efectuar un diagnóstico de TEPT; (2) que en el artículo se describiese de modo preciso los componentes del tratamiento empleado (objetivos terapéuticos, técnicas y estrategias terapéuticas concretas, número de sesiones y duración de la intervención); (3) que se hubiera efectuado, al menos, una evaluación pretratamiento-postratamiento; y (4) que contuviese información precisa acerca de los resultados del tratamiento empleado, habiéndose indicado los cambios producidos tanto en los síntomas del TEPT como en el dolor crónico.

El proceso de selección de estudios se llevó a cabo por dos investigadoras. En la primera fase, cada una de ellas examinó el título y resumen de cada artículo, de acuerdo con los criterios de preselección indicados. Se descartó aquellos trabajos que no cumplieron con los mismos o que contenían alguno de los criterios de exclusión. En un segundo momento, ambas revisoras procedieron a leer el texto completo de los artículos preseleccionados. Se debatió con el resto de las integrantes del equipo las dudas o discrepancias entre ambas investigadoras, de acuerdo con los criterios de inclusión en esta fase. En una última fase, las dos revisoras extrajeron la información relevante de cada uno de los estudios para la elaboración de la revisión.

RESULTADOS

Identificación de los estudios

En la búsqueda inicial, se identificaron 751 artículos potencialmente elegibles (90 de Medline, 100 de PILOTS, 140 de PsycINFO y 421 de PubMed). La figura 1 muestra

el diagrama de flujo que describe el procedimiento de selección de los artículos, de acuerdo con las recomendaciones de la declaración PRISMA (Moher et al., 2009). Se excluyó un total de 40 artículos porque estaban repetidos. Por tanto, de acuerdo con la información contenida en el título y el resumen, se identificaron 711 trabajos como potencialmente elegibles. De éstos, se eliminaron 672 por no cumplir los criterios de inclusión y exclusión iniciales: (1) 306 no incluían muestras de personas que presentasen TEPT (o síntomas del TEPT) y dolor crónico conjuntamente; (2) en 211 no se había aplicado un tratamiento psicológico para abordar ambos trastornos de forma conjunta; (3) 35 eran estudios con un solo caso sin un diseño metodológico; (4) en 78 el dolor no era crónico o era secundario a otras patologías; (5) 32 eran trabajos de revisión; y (6) 10 eran resúmenes de estudios presentados en congresos. Se procedió a una lectura completa de los 39 artículos restantes, de los cuales se eliminaron 32 por no cumplir los criterios de selección establecidos: (1) en ocho no se especificaba el instrumento empleado para evaluar los síntomas del TEPT; (2) en 15 no se describían de modo preciso los componentes del tratamiento psicológico empleado; (3) en siete no se efectuó una evaluación pretratamiento-postratamiento; y (4) dos no aportaban información precisa acerca de los cambios atribuibles al tratamiento para ninguna de las patologías concurrentes (TEPT y dolor crónico). Por tanto, fueron siete los artículos finalmente incluidos en la revisión.

Descripción de los estudios

En la tabla 1 se describen las características principales de los trabajos seleccionados, así como los tratamientos aplicados a los participantes. El tamaño de las muestras en los estudios revisados osciló entre tres y 34 pacientes. Se reclutaron las muestras por medio de anuncios publicitarios, de los servicios comunitarios o de los sistemas de salud, y varios estudios incluyeron muestras reclutadas mediante una combinación de esos procedimientos. Las edades de los participantes oscilaron entre 20 y 77 años, con una edad media de 48 años, aproximadamente. Con la excepción de un estudio, cuya muestra se componía tan sólo de hombres (Plagge, Lu, Lovejoy, Karl y Dobscha, 2013), y de otro que tan sólo incluyó mujeres (Lumley et al., 2008), el resto de las muestras eran mixtas, si bien la mayoría de los participantes eran de género femenino. Los pacientes de las diferentes muestras tenían un nivel educativo medio equivalente a estudios secundarios. Sólo en

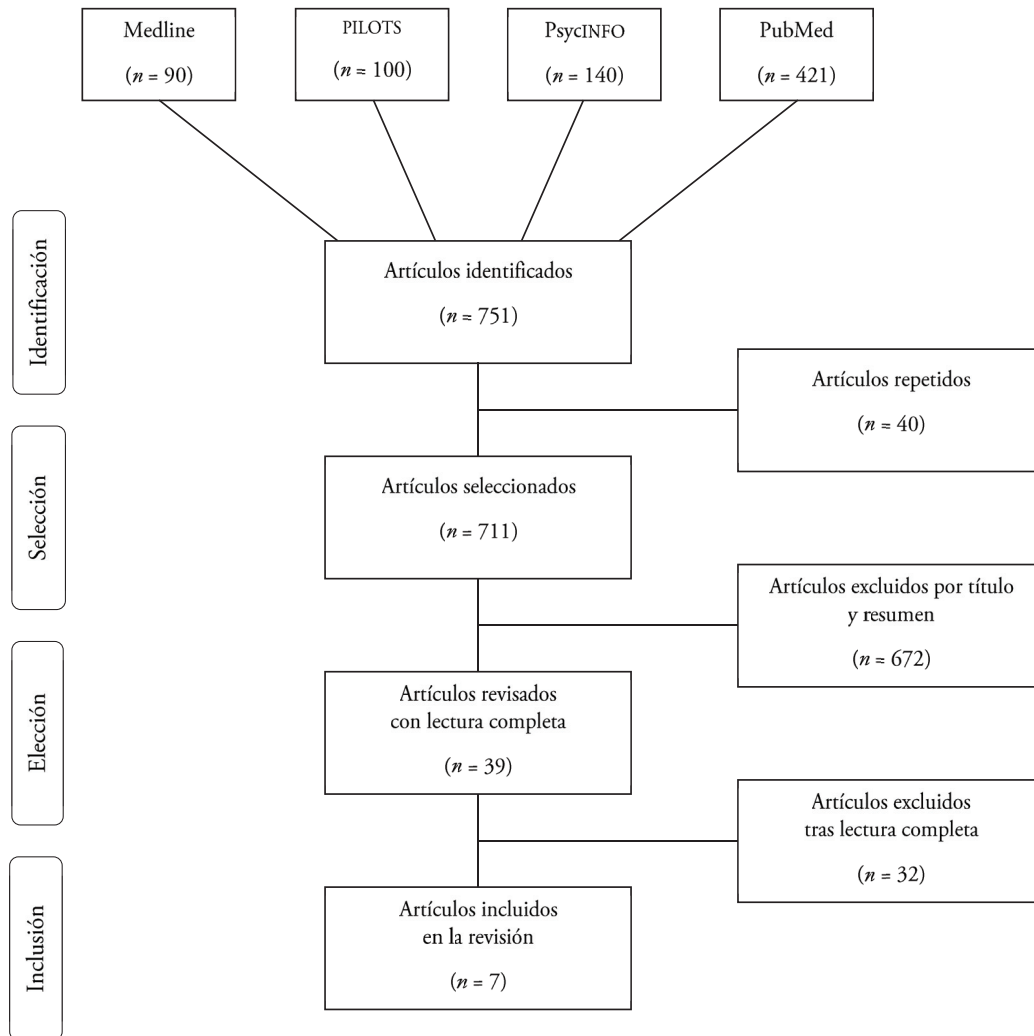


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de los estudios.

tres trabajos se indicó la nacionalidad, el estado civil y la situación laboral de los participantes (Dunne, Kenardy y Sterling, 2012; Liedl et al., 2011; Plagge et al., 2013). Asimismo, en cuatro estudios los pacientes, además, recibían tratamiento médico (Dunne et al., 2012; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013; Wald, Taylor, Chiri y Sica, 2010).

En lo relativo al diseño metodológico de los estudios revisados, tres de ellos efectuaron un ensayo controlado aleatorizado, asignando los participantes al grupo de tratamiento o de control al azar (Andersen, Lahav, Ellegaard y Manniche, 2017; Dunne et al., 2012; Liedl et al., 2011), en tanto que en los restantes trabajos se realizó un estudio cuasiexperimental con evaluaciones en el pretratamiento y en el postratamiento para el análisis de las diferencias.

Tipos de traumas

Hay una miscelánea de los tipos de trauma de los que se informó en los estudios revisados. En dos de ellos, se trataba de víctimas de accidentes de tráfico (Dunne et al., 2012; Wald et al., 2010), siendo éste también el tipo de acontecimiento traumático de un porcentaje de los participantes del estudio de Andersen et al. (2017). Otros dos estudios se efectuaron con veteranos de guerra (Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013), si bien sólo Otis et al. (2009) especificaron los traumas sufridos por los participantes de su trabajo: una persona había sufrido un abuso sexual por parte de sus compañeros, otra persona había sufrido un accidente de helicóptero durante la guerra de Vietnam y la tercera relacionó

su trauma con lo vivido durante la guerra. En el caso del trabajo de Plagge et al. (2013), se trataba de personal militar que había participado en las guerras de Irak y/o de Afganistán. Los participantes del estudio de Liedl et al. (2011), refugiados de otros países, habían sido víctimas de guerra. En el trabajo de Lumley et al. (2008), las participantes habían sufrido traumas interpersonales causados por personas cercanas (violencia, abuso sexual y abuso físico) desde la infancia. Finalmente, además de las víctimas de accidentes ya mencionadas, el trabajo de Andersen et al. (2017) también incluyó a personas que habían sido víctimas de violencia sexual y física, participantes que habían sufrido una enfermedad grave o padecida por un familiar cercano y personas que habían perdido a un familiar recientemente.

Diagnóstico de dolor crónico

Salvo en dos de los estudios revisados (Liedl et al., 2011; Lumley et al., 2008), el diagnóstico de dolor crónico más frecuente fue el dolor crónico primario de tipo musculoesquelético cervical (Dunne et al., 2012), de espalda (Andersen et al., 2017), con varias localizaciones, como cuello, brazo y espalda (Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013), o sin especificación (Wald et al., 2010). En el trabajo de Liedl et al. (2011) tan sólo se especifica un diagnóstico de dolor crónico primario no neuropático y las participantes del estudio de Lumley et al. (2008) padecían fibromialgia.

Psicopatología comórbida al trastorno de estrés postraumático

En algunos estudios se señaló otra sintomatología psicológica, además del TEPT, en la descripción de sus muestras. Concretamente, ansiedad (Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013), depresión (Liedl et al., 2011; Plagge et al., 2013), trastorno de pánico sin agorafobia (Wald et al., 2010) y trastorno por consumo de alcohol (Dunne et al., 2012; Plagge et al., 2013).

Tratamiento médico

En algunos estudios, los pacientes, además del tratamiento psicológico, también recibieron tratamiento farmacológico prescrito por personal médico. Concretamente, sólo analgésicos (Plagge et al., 2013) o analgésicos acompañados de antidepresivos y/o ansiolíticos (Dunne et al., 2012; Otis et al., 2009; Wald et al., 2010).

Características y componentes de los tratamientos psicológicos

En la tabla 2 se describen los tratamientos psicológicos empleados. El número de sesiones del tratamiento psicológico comprendió entre cuatro y 12 sesiones. Todas tuvieron una frecuencia semanal (entre 60 y 90 minutos). Los tratamientos se diferenciaron en el tiempo total de aplicación de los mismos (desde 10 semanas hasta 6 meses). Se aplicaron todas las intervenciones en formato individual.

Si bien los componentes de las intervenciones psicológicas llevadas a cabo variaban, las técnicas propias de las terapias cognitivas-conductuales (en inglés, *cognitive behavior therapy*, CBT) han sido las más utilizadas en todos los trabajos revisados. Una excepción a esto es el trabajo de Andersen et al. (2017), en el que se llevó a cabo la terapia basada en la experimentación somática (*somatic experiencing*), desarrollada por Levine (2010), descrita de forma detallada en otro trabajo que realizaron algunos de los autores del estudio revisado (Andersen, Ellegaard, Schiøttz-Christensen y Manniche, 2018).

Andersen et al. (2017) aplicaron a un grupo de personas la experimentación somática junto al tratamiento fisioterapéutico habitual para dolor de espalda ($n = 45$), en tanto que otro grupo de participantes sólo recibió el tratamiento de fisioterapia ($n = 46$). La experimentación somática es una intervención que comprende nueve bloques centrados en diferentes temáticas, todas ellas dirigidas a provocar conciencia en el participante acerca de las sensaciones corporales asociadas con el acontecimiento traumático, animándole de modo progresivo a acceder también a los sentimientos asociados a las mismas, con el objetivo de restablecer el equilibrio del sistema nervioso central, lo que disminuye los pensamientos relacionados con el trauma y los síntomas del TEPT (Andersen et al., 2018). Los autores emplearon la experimentación somática bajo la hipótesis de que, además de reducir la sintomatología del TEPT y el nivel del dolor, esta intervención también reduciría la discapacidad, el catastrofismo y el miedo asociados al dolor (Andersen et al., 2017).

Dunne et al. (2012) emplearon una CBT centrada en el trauma que contenía técnicas como psicoeducación acerca de la ansiedad y sus mecanismos, respiración y relajación muscular progresiva para los síntomas fisiológicos de la ansiedad, estrategias de reestructuración cognitiva para el control de pensamientos generadores de malestar, exposición en imaginación a situaciones generadoras de malestar, exposición en vivo y estrategias de prevención de recaídas. Los autores hipotizaron que este tratamiento afectaría la discapacidad asociada al dolor, así como

Tabla 1. Autores, títulos, descripción de las muestras y tratamientos identificados en los estudios revisados

Autores (año)	Título	Diseño empleado	N	Edad media (DT)
Andersen, Lahav, Ellegaard y Manniche (2017)	“A Randomized Controlled Trial to Brief Somatic Experiencing for Chronic Low Back Pain and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms”	Ensayo controlado aleatorizado	91	50.60 (9.31)
Dunne, Kenardy y Sterling (2012)	“A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of PTSD in the Context of Chronic Whiplash”	Ensayo controlado aleatorizado	26	32.54 (7.09)
Liedl et al. (2011)	“Physical Activity within a CBT Intervention Improves Coping with Pain in Traumatized Refugees: Results of a Randomized Controlled Design”	Ensayo controlado aleatorizado	36	42.1 (9.2)
Lumley et al. (2008)	“An Emotional Exposure-Based Treatment of Traumatic Stress for People with Chronic Pain: Preliminary Results for Fibromyalgia Syndrome”	Estudio cuasiexperimental pre-post	10	56 (n.i.)
Otis, Keane, Kerns, Monson y Scioli (2009)	“The Development of an Integrated Treatment for Veterans with Comorbid Chronic Pain and Post-traumatic Stress Disorder”	Estudio cuasiexperimental pre-post	3	56 (n.i.)
Plagge, Lu, Lovejoy, Karl y Dobscha (2013)	“Treatment of Comorbid Pain and PTSD in Returning Veterans: A Collaborative Approach Utilizing Behavioral Activation”	Estudio cuasiexperimental pre-post	30	38.8 (10.5)
Wald, Taylor, Chiri y Sica (2010)	“Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Pain Arising from Motor Vehicle Accidents: Efficacy of Interoceptive Exposure Plus Trauma-Related Exposure Therapy”	Estudio cuasiexperimental pre-post	5	42.4 (11.0)

Nota: CBT = *cognitive behavior therapy* (terapia cognitiva-conductual); CBT-BF = *cognitive behavior therapy & biofeedback* (terapia cognitiva-conductual con *biofeedback*); CPT = *cognitive processing therapy* (terapia de procesamiento cognitivo); n.i. = no informado; TEPT = trastorno de estrés

el nivel de intensidad del mismo. Para poner a prueba el tratamiento, asignaron 13 participantes a la condición de tratamiento y los 13 restantes a la condición de grupo control en lista de espera.

Liedl et al. (2011) pusieron a prueba un tratamiento con *biofeedback* en el contexto de una intervención cognitiva-conductual al que añadieron actividad física. La misma implicaba 20 minutos de actividad al día, tras los cuales los participantes debían describir su nivel de dolor y el grado de bienestar alcanzado. Los autores hipotetizaron que la CBT con *biofeedback* (CBT-BF) y actividad física mejoraría las estrategias de afrontamiento (especialmente, las relativas a la propia capacidad para manejar el dolor) y afectaría tanto a la intensidad del dolor como a los sínto-

mas del TEPT, en mayor medida en que lo haría la CBT-BF sin actividad física. En ambas condiciones, el tratamiento incluyó psicoeducación acerca de los efectos físicos del recuerdo traumático (tensión muscular e incremento del dolor), relajación muscular progresiva y técnicas dirigidas a la reestructuración de cogniciones disfuncionales. En la aplicación del *biofeedback*, los participantes debían imaginar una situación estresante, después una situación que les provocase dolor (durante 2 minutos) y, por último, una situación que les relajase. Después de esto, se aplicaba la relajación. Todo ello mientras se medía la tasa cardíaca y el nivel de actividad electromiográfica en el lugar donde se situaba el principal foco de dolor. En el caso de la condición con actividad física, a esto se le añadía activi-

<i>Género</i> (% mujeres / % hombres)	<i>Tipo de trauma</i>	<i>Tipo de dolor crónico</i>	<i>Tratamiento psicológico</i>
54 / 46	Accidente de tráfico	Dolor crónico musculoesquelético (espalda)	Experimentación somática (<i>somatic experiencing</i>)
50 / 50	Accidente de tráfico	Dolor crónico musculoesquelético (latigazo cervical) grado II o III	TF-CBT y grupo control en lista de espera
40 / 50	Refugiados víctimas de guerra	Dolor crónico primario	CBT-BF con actividad física, CBT-BF sin actividad física y grupo control
100 / 0	Trauma interpersonal por personas cercanas	Fibromialgia	CBT y exposición emocional
66 / 34	Veteranos de guerra	Dolor crónico musculoesquelético	CBT y CPT
0 / 100	Veteranos de guerra	Dolor crónico musculoesquelético	Activación conductual para el TEPT
50 / 50	Accidentes de tráfico	Dolor crónico musculoesquelético	Exposición interoceptiva (<i>interoceptive exposure</i>) y TRE

postraumático; TF-CBT = *trauma-focused cognitive behavior therapy* (terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma); TRE = *trauma-related exposure therapy* (terapia de exposición relacionada con el trauma).

dad física diaria para realizar en casa. Un fisioterapeuta explicaba los ejercicios, que se centraban en tres aspectos: estiramientos, ejercicios de resistencia y fortalecimiento de la musculatura. Para poner a prueba la intervención, los investigadores asignaron 12 participantes a la condición de CBT-BF con actividad física, 12 a la condición de CBT-BF sin actividad física y 12 al grupo control en lista de espera.

Lumley et al. (2008) llevaron a cabo una intervención basada también en la CBT con exposición emocional. El tratamiento se desarrollaba de acuerdo con tres fases: la detección de la evitación, la exposición y el proceso de negociación. Las participantes debían identificar experiencias o estímulos de carácter emocional y físico (incluyendo el

dolor) que evitaban, para posteriormente exponerse a los mismos. Para efectuar esta exposición se empleaban diversos procedimientos: la redacción por escrito de lo ocurrido, la exposición en vivo a situaciones relacionadas con el trauma o la exposición en imaginación. En la fase de negociación, las participantes debatían con el profesional qué técnicas de exposición emplear, su nivel de intensidad, los cambios que se producían y sus sentimientos acerca de la intervención. Se promovía así lo que los autores denominaron metacomunicación, entendida como una estrategia de regulación afectiva (Lumley et al., 2008). Se aplicó el tratamiento a 10 mujeres y los autores analizaron los cambios entre el pretratamiento y el seguimiento (3 meses tras finalizar la intervención).

Tabla 2. Características y principales componentes de los tratamientos psicológicos empleados en los estudios revisados

<i>Autores (año)</i>	<i>Número de sesiones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Duración de las sesiones (minutos)</i>	<i>Duración del tratamiento</i>	<i>Formato de las sesiones</i>	<i>Componentes del tratamiento psicológico</i>
Andersen, Lahav, Ellegaard y Manniche (2017)	12	Semanal	60	12 semanas	Individual	Protocolo de nueve pasos para la regulación de la activación corporal y el incremento de la tolerancia de las sensaciones corporales asociadas a la activación; fomento de sensaciones agradables y recuerdos positivos
Dunne, Kenardy y Sterling (2012)	10	Semanal	60	10 semanas	Individual	Psicoeducación, manejo de la ansiedad (respiración abdominal y relajación muscular progresiva), reestructuración cognitiva, exposición imaginaria, exposición en vivo graduada y prevención de recaídas
Liedl et al. (2011)	10	Semanal	90	De 3 a 6 meses	Individual	Psicoeducación, estrategias de relajación muscular progresiva, <i>biofeedback</i> y reestructuración cognitiva
Lumley et al. (2008)	10	Semanal	60	12 semanas	Individual	Exposición “en vivo” o en imaginación y prevención de recaídas
Otis, Keane, Kerns, Monson y Scioli (2009)	12	Semanal	60	3 meses	Individual	Psicoeducación, terapia cognitiva-conductual, estrategias de relajación, exposición interoceptiva, actividades agradables, higiene del sueño, estrategias de autocontrol y prevención de recaídas
Plagge, Lu, Lovejoy, Karl y Dobscha (2013)	8	Semanal	90	2 meses	Individual	Psicoeducación, programa de actividades, resolución de problemas, técnica de relajación, entrenamiento en asertividad y prevención de recaídas
Wald, Taylor, Chiri y Sica (2010)	12	Semanal	90	12 semanas	Individual	Sesiones de exposición interoceptiva y sesiones de terapia de exposición centrada en el trauma

Otis et al. (2009) combinaron elementos de la CBT para el tratamiento del dolor con la terapia de procesamiento cognitivo para el TEPT. El paquete terapéutico contenía técnicas como psicoeducación acerca del trauma y del dolor crónico, reestructuración cognitiva de pensamientos negativos acerca del trauma y de pensamientos catastrofistas del dolor, estrategias de relajación, exposición interoceptiva a sensaciones fisiológicas (tasa cardíaca, respiración agitada y sensación de mareo), estimulación de actividades agradables, higiene del sueño y, finalmente, establecían un plan de prevención de recaídas. Los autores partieron de la hipótesis de que un tratamiento que se centrara en ambos problemas, TEPT y dolor crónico, de modo simultáneo ten-

dría mejores resultados que la intervención consecutiva en ambas patologías. La intervención se desarrolló como un estudio piloto (que iniciaron seis personas y finalizaron tan sólo tres) para la detección de elementos que podrían componer un tratamiento psicológico que pondrían a prueba posteriormente en un ensayo controlado aleatorizado. Los autores analizaron los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento, 12 semanas después de iniciada la intervención.

Plagge et al. (2013) adaptaron el tratamiento de activación conductual para el TEPT (Jakupcak, Wagner, Paulson, Varra y McFall, 2010), tratamiento que utiliza la solución de problemas para detectar las dificultades que impiden a

las personas llevar a cabo actividades que resultan agradables y provocan bienestar. El tratamiento incluyó psicoeducación sobre el dolor crónico y el TEPT (con especial atención a la evitación como elemento común a ambos problemas), identificación de metas vitales que desean alcanzarse, barreras que dificultan su logro (dolor, emociones negativas, falta de motivación) y fomento de relaciones interpersonales. Asimismo, emplearon técnicas de relajación muscular progresiva, técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y estrategias para prevenir las posibles recaídas en el futuro. El tratamiento lo iniciaron 58 participantes, aunque tan sólo lo completaron 30 personas. Los autores analizaron los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento, 2 meses después de comenzada la intervención.

Por último, el tratamiento de Wald et al. (2010) consistió en una combinación de cuatro sesiones de exposición interoceptiva y ocho sesiones de terapia de exposición a estímulos relacionados con el acontecimiento traumático. Los ejercicios de exposición interoceptiva iban dirigidos a reducir el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad (con el objetivo de minimizar el nivel de sensibilidad a la ansiedad) e incrementar la tolerancia de la activación provocada por la exposición a estímulos que se evitaban. Los autores consideraron que la sensibilidad a la ansiedad era un elemento común al TEPT y al dolor crónico, y que una disminución de esa sensibilidad ayudaría a disminuir la evitación de los estímulos asociados al evento traumático. La exposición a este evento (basada en el protocolo desarrollado por Taylor et al., 2003) incluyó cuatro sesiones de exposición en imaginación a las que les siguieron otras cuatro en las que se efectuaba una exposición en vivo a los estímulos relacionados con el trauma. El tratamiento se aplicó a cinco mujeres y los autores analizaron los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento, 12 semanas después de iniciada la intervención.

Resultados de los tratamientos psicológicos

Los principales resultados relativos a los efectos de los tratamientos se recogen en la tabla 3. En relación con los síntomas del TEPT, en todos los estudios revisados se informó de cambios en esta variable. Sin embargo, los resultados referidos al dolor crónico variaron en función del estudio y de las variables consideradas en relación con el dolor (intensidad percibida del dolor, catastrofismo, sensibilidad a la ansiedad, miedo al dolor o al movimiento, discapacidad, afrontamiento y funcionamiento).

En los cuatro trabajos en los que se efectuó una evaluación entre el pretratamiento y el postratamiento (Lumley et al., 2008; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013; Wald et al., 2010) se informó de una disminución significativa de los síntomas del TEPT y, en dos de ellos, se especificó que los participantes dejaban de cumplir los criterios diagnósticos de este trastorno una vez finalizado el tratamiento (Otis et al., 2009; Wald et al., 2010). Cabe indicar que Wald et al. (2010) informaron de una reducción más importante en la sintomatología del TEPT cuando introdujeron las técnicas propias de la terapia de exposición centrada en el trauma, en tanto que la disminución de estos síntomas fue menor con el empleo de la exposición interoceptiva. Sin embargo, los cambios en los niveles de sensibilidad a la ansiedad fueron más elevados al emplear la exposición interoceptiva, mientras que la terapia de exposición no logró disminuir más los niveles de dicha variable.

En lo relativo a los resultados de los estudios en los que se efectuó un ensayo aleatorizado con grupo control (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Liedl et al., 2011), todos ellos informaron de diferencias significativas entre los participantes sometidos al tratamiento y el grupo control, indicativas de que era la condición de intervención psicológica la que provocaba cambios significativos en la sintomatología del TEPT, al reducir la misma. Concretamente, en el estudio de Dunne et al. (2012) la mayoría de los pacientes dejaron de cumplir los criterios diagnósticos para el TEPT. En el caso del trabajo efectuado por Liedl et al. (2011), en el que se analizaron los efectos diferenciales de dos tratamientos distintos, además de contar con un grupo control, los resultados mostraron que fue la condición de CBT-BF con actividad física, frente a la CBT-BF sin actividad física, la que logró un tamaño del efecto (es decir, un cambio) más amplio en los síntomas del TEPT entre el pretratamiento y el postratamiento, en tanto que no se produjeron cambios en el grupo control en lista de espera.

Tan sólo Dunne et al. (2012) y Lumley et al. (2008) efectuaron análisis complementarios de mejoría clínica, para lo que calcularon el índice de cambio fiable. En el primer caso, los autores obtuvieron resultados que mostraban que un mayor porcentaje de participantes del grupo de tratamiento mostró cambios fiables en el postratamiento (cuatro de 13 participantes, 30.8%), en comparación con el grupo control en lista de espera (cero de 13, 0.0%). En el caso del estudio de Lumley et al. (2008), los resultados pusieron de manifiesto que los cambios en los síntomas del TEPT de las participantes en la condición de tratamiento psicológico fueron moderados en la mayoría de las participantes y elevados en tres casos.

Tabla 3. *Variables evaluadas, instrumentos de evaluación y resultados (efectos de los tratamientos) en los estudios revisados*

<i>Autores (año)</i>	<i>Variables evaluadas</i>	<i>Instrumentos de evaluación</i>
Andersen, Lahav, Ellegaard y Manniche (2017)	Síntomas del TEPT Intensidad del dolor Discapacidad asociada al dolor Miedo al dolor asociado al movimiento (kinesiofobia) Catastrofismo asociado al dolor	HTQ, NRS, RMDQ, TSK, PCS
Dunne, Kenardy y Sterling (2012)	TEPT Intensidad del dolor Discapacidad asociada al dolor Miedo a una nueva lesión Umbral de presión del dolor	SCID-PTSD, PDS, IES-R, NRS, NDI, SF-36, TSK, algómetro digital
Liedl et al. (2011)	Síntomas del TEPT Intensidad del dolor Estrategias de afrontamiento al dolor	PDS, HTQ, VRS, FESV
Lumley et al. (2008)	Síntomas del TEPT Impacto de los síntomas del dolor en la semana previa Limitaciones de actividad diaria durante el mes previo Índice de valoración del dolor	IES-R, FIQ, AIMS-2, MPQ-PRI
Otis, Keane, Kerns, Monson y Scioli (2009)	Síntomas del TEPT Síntomas del dolor Discapacidad asociada al dolor	CAPS, PCL-S, MPQ, RMDQ
Plagge, Lu, Lovejoy, Karl y Dobscha (2013)	Síntomas del TEPT Catastrofismo asociado al dolor Kinesiofobia Intensidad e interferencia del dolor Calidad de vida	PCL-C, PCS, TSK, HRQOL-4
Wald, Taylor, Chiri y Sica (2010)	Síntomas del TEPT Sensibilidad a la ansiedad Gravedad e interferencia del dolor Intensidad e interferencia del dolor	SCID-PTSD, CAPS, ASI-R, BPI-SF

Nota: AIMS2 = *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (Escala de medida del impacto de la artritis 2); ASI-R = *Anxiety Sensitivity Index-Revised* (Índice de sensibilidad a la ansiedad, revisado); BPI-SF = *Brief Pain Inventory-Short Form* (Inventario breve del dolor, formato abreviado); CAPS = *Clinician-Administered PTSD Scale* (Escala del TEPT administrada por el clínico); FESV = *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung* (Cuestionario para registrar el procesamiento del dolor); FIQ = *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (Cuestionario de impacto de la fibromialgia); HRQOL-4 = *Core Healthy Days measures* (Medidas "Días saludables" esenciales); HTQ = *Harvard Trauma Questionnaire* (Cuestionario Harvard de trauma); IES-R = *Impact of Event Scale-Revised* (Escala del impacto de sucesos, revisada); MPQ = *McGill Pain Questionnaire* (Cuestionario McGill de dolor); MPQ-PRI = *McGill Pain Questionnaire-Pain Rating Index* (Índice de clasificación del dolor del Cuestionario McGill de dolor); NDI = *Neck Disability Index* (Índice de

Resultados (efectos del tratamiento)

TEPT: se produjo una disminución significativa en los síntomas del TEPT entre el pretratamiento y el postratamiento en el grupo de tratamiento (diferencia de medias = -2.03 , $p < .01$, $d = 0.46$).

Dolor crónico: se produjo una disminución significativa de los síntomas de kinesiofobia (diferencia de medias = 2.53 , $p < .003$, $d = 0.45$).

Seguimiento: los cambios se mantuvieron a los 6 y 12 meses.

TEPT: un porcentaje superior de participantes en el tratamiento frente al grupo control dejó de cumplir los criterios de diagnóstico del TEPT ($\chi^2 [1, N = 26] = 8.33$, $p = .004$).

Dolor crónico: el grupo de tratamiento redujo en mayor medida su discapacidad asociada al dolor y el miedo al movimiento en comparación con el grupo control.

Seguimiento: tras 6 meses de seguimiento, cinco de 13 participantes mantuvieron los cambios.

TEPT y dolor crónico: los participantes mejoraron en todas las variables frente al grupo control. Son los participantes del tratamiento con CBT-BF con actividad física los que obtuvieron reducciones más significativas en los síntomas del TEPT, la intensidad del dolor y las conductas asociadas al manejo del dolor.

Seguimiento: los cambios se mantuvieron a los 3 meses.

TEPT: se obtuvieron cambios significativos en los síntomas del TEPT ($t [8] = -2.81$, $p = .02$, $d = 0.70$).

Dolor crónico: no se obtuvieron cambios en las variables relacionadas con el dolor (intensidad del dolor e impacto en el funcionamiento).

Seguimiento: los cambios en los síntomas del TEPT se mantuvieron a los 3 meses.

TEPT: dos pacientes no cumplieron los criterios diagnósticos del TEPT.

Dolor crónico: ambos experimentaron reducciones en los síntomas del dolor y discapacidad.

Seguimiento: mantuvieron los cambios a los 6 meses.

TEPT: la activación física disminuyó significativamente los síntomas del TEPT (χ^2 de Wald [1] = 1.54 , $p < .001$, $d = 0.77$).

Dolor crónico: la intensidad e interferencia del dolor disminuyó significativamente (χ^2 de Wald [1] = 6.18 , $p = .013$, $d = 0.50$ para la intensidad; χ^2 de Wald [1] = 16.33 , $p < .001$, $d = 0.75$ para la interferencia). La kinesiofobia y el catastrofismo también disminuyeron.

Sin seguimiento.

TEPT: tres pacientes disminuyen los síntomas del TEPT, con lo que dejaron de cumplir los criterios diagnósticos.

Dolor crónico: esos tres pacientes disminuyeron su sensibilidad a la ansiedad. No hubo cambios en la intensidad e interferencia del dolor.

Seguimiento: los cambios se mantuvieron a los 3 meses.

discapacidad cervical); NRS = *numerical rating scale* (escala de clasificación numérica); PCL-C = *Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version* (Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático, versión para civiles); PCL-S = *Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Specific Version* (Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático, versión específica); PCS = *Pain Catastrophizing Scale* (Escala de catastrofismo del dolor); PDS = *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (Escala de diagnóstico del estrés postraumático); RMDQ = *Roland-Morris Disability Questionnaire* (Cuestionario Roland-Morris de discapacidad); SCID-PTSD = *Structured Clinical Interview for Post-Traumatic Stress Disorder* (Entrevista clínica estructurada para el trastorno de estrés postraumático); SF-36 = *Short Form 36 Health Survey* (Formato abreviado 36 de la entrevista de salud); TEPT = trastorno de estrés postraumático; TSK = *Tampa Scale of Kinesiophobia* (Escala Tampa de kinesiofobia); VRS = *verbal rating scale* (escala de clasificación verbal).

En lo referente al dolor, tomados en su conjunto, los hallazgos obtenidos en los diferentes estudios revisados son diversos, lo que se puede explicar, en parte, por la también diversidad de variables consideradas en relación con esta patología. Así, en el caso de los trabajos en los que se analizaron los cambios en los niveles de intensidad del dolor (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Liedl et al., 2011; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013; Wald et al., 2010), el estudio de Liedl y colaboradores (2011) mostró una reducción significativa del nivel del dolor informado entre el pretratamiento y el postratamiento, que se mantenía en el seguimiento de 3 meses. De nuevo, fue la condición CBT-BF con actividad física la que logró los tamaños del efecto más elevados en esta variable. También Plagge y colaboradores (2013) informaron de una reducción en la intensidad del dolor, aunque la significación fue de $p = .05$. Además, Otis y colaboradores (2009) también informaron de una disminución significativa en el nivel del dolor informado de dos de las tres personas incluidas en su estudio.

En seis de los trabajos se evaluó la discapacidad asociada al dolor (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Lumley et al., 2008; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013; Wald et al., 2010). Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que sólo en los estudios de Dunne y colaboradores (2012), Otis y colaboradores (2009) y Plagge y colaboradores (2013) se informó de mejorías en esta variable tras el tratamiento aplicado, y se mantuvieron estos cambios a los 6 meses de seguimiento en el caso del primer trabajo.

En tres de los estudios revisados (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Plagge et al., 2013) se evaluó el miedo al dolor (kinesiofobia) y se obtuvo en todos ellos una disminución significativa en esta variable tras la intervención realizada. En el caso del trabajo de Andersen y colaboradores (2017), esta disminución tan sólo fue significativa en el grupo sometido a tratamiento, en tanto que no se produjeron cambios en el miedo al dolor en el grupo control. Además, estos cambios se mantuvieron durante el seguimiento, 6 (Dunne et al., 2012) y 12 meses (Andersen et al., 2017) después de finalizar el tratamiento.

Sólo Andersen et al. (2017) y Plagge et al. (2013) evaluaron el catastrofismo asociado al dolor. En el caso del primer trabajo, los autores no encontraron diferencias significativas en esta variable entre el grupo de participantes sometido a tratamiento y el grupo control. En el caso de Plagge y colaboradores, el tratamiento implementado logró disminuir las puntuaciones de esta variable. Por último, Liedl et al. (2011) valoraron las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales para manejar el dolor.

Sus hallazgos indicaron que tan sólo hubo diferencias entre los participantes del grupo sometido a tratamiento y los del grupo control en lista de espera en las estrategias de afrontamiento cognitivo, de modo tal que las personas que habían recibido el tratamiento mostraron tener más capacidad cognitiva para manejar el dolor.

En el caso de los estudios en los que se efectuó un seguimiento tras la finalización del tratamiento, los cambios alcanzados con casi todas las intervenciones efectuadas se lograron mantener a los 3 meses (Lumley et al., 2008; Wald et al., 2010), a los 6 meses (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012) y a los 12 meses de seguimiento (Andersen et al., 2017). Sólo en el estudio de Dunne et al. (2012), los cambios se mantuvieron en cinco de los 13 participantes.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha realizado una revisión sistemática sobre la investigación con apoyo empírico dirigida al tratamiento de pacientes con TEPT y dolor crónico comórbidos, a fin de delimitar qué técnicas terapéuticas han evidenciado ser eficientes, eficaces y útiles en este contexto. En líneas generales, los estudios de investigación efectuados hasta el momento presentan tratamientos integrados para intervenir la sintomatología de ambos trastornos. Se evidencia la heterogeneidad de los tratamientos aplicados que, aunque basados en su mayoría en la CBT, se estructuran con componentes diversos. Así, los autores utilizan en su gran mayoría paquetes terapéuticos con varias técnicas que se han empleado frecuentemente en el abordaje de estos trastornos. En lo relativo a las técnicas componentes de los paquetes terapéuticos utilizados, son comunes la psicoeducación, el *biofeedback* o la relajación muscular progresiva, las técnicas de reestructuración cognitiva y diferentes técnicas de exposición (prolongada, a estímulos externos, interoceptiva, emocional). En términos generales, los paquetes terapéuticos multicomponente revisados para abordar el dolor crónico y el TEPT comórbidos han mostrado eficacia para ambos trastornos, lo cual va en línea con los postulados de Otis et al. (2009) cuando resaltaron la necesidad de llevar a cabo tratamientos multicomponente para ambas patologías. Este abordaje se diferencia de los trabajos que se realizaban tradicionalmente, los cuales se centran en tratar cada condición por separado y los resultados no eran nada alentadores. Concretamente, si se atendía a los síntomas del dolor, éstos no disminuían hasta que no se abordaban los síntomas del TEPT y viceversa (Otis et al.,

2009). Por tanto, podríamos afirmar que los efectos observados en los estudios revisados son superiores a los obtenidos en estudios de tratamientos que sólo se centraban en una de las dos patologías.

Todas las intervenciones analizadas mostraron ser eficaces para reducir las puntuaciones de los síntomas del TEPT. Lo más relevante, en aquellos estudios en los que se empleó una entrevista sistemática diagnóstica para el TEPT, tras la aplicación de las intervenciones, en la mayoría de los casos se llegaba a eliminar el trastorno como categoría diagnóstica (Dunne et al., 2012; Otis et al., 2009; Wald et al., 2010), lo cual resalta aún más la eficacia de las intervenciones propuestas en esos tres estudios, entre los que cobra especial relevancia el de Dunne et al. (2012) por tratarse de un ensayo clínico controlado y aleatorizado. Asimismo, la intervención propuesta por Lumley et al. (2008) se mostró eficaz para reducir el malestar emocional asociado al TEPT.

En relación con el dolor crónico, las técnicas empleadas en gran parte de los estudios mostraron ser eficaces para modificar variables muy relevantes en esta área. Concretamente, se redujeron la discapacidad asociada al dolor y/o el miedo al dolor o al movimiento (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013), el catastrofismo (Andersen et al., 2017; Plagge et al., 2013), la sensibilidad a la ansiedad (Wald et al., 2010), la interferencia del dolor (Plagge et al., 2013) y la tensión muscular (Liedl et al., 2011). Asimismo, se incrementó el funcionamiento físico, emocional y social (Dunne et al., 2012) y la calidad de vida (Plagge et al., 2013). En cuanto a la intensidad del dolor percibida, los resultados son menos prometedores. A excepción de los estudios de Liedl et al. (2011), Otis et al. (2009) y Plagge et al. (2013), en los que se evidencian cambios en la intensidad del dolor, los hallazgos de los diversos estudios ponen de manifiesto que la percepción de esa intensidad no es una variable que logre modificarse fácilmente con la intervención psicológica. Este resultado, no obstante, no es sorprendente puesto que el dolor es una experiencia perceptiva resultante de factores biológicos, además de factores psicológicos y sociales. De hecho, lo que desde el tratamiento psicológico de pacientes con dolor se pretende como objetivo directo no es la disminución del dolor sino la reducción de la interferencia del dolor y una mejor calidad de vida por medio de un enfoque motivacional que promueve la aceptación del dolor y la movilización hacia las metas vitales de la persona, lo que se ve reflejado en niveles más elevados de funcionamiento físico, emocional y social, con la consiguiente reducción de la discapacidad asociada al dolor. En este sentido, gran parte de los estudios revisados muestran que los pacientes

aprenden a responder al dolor de modo más adaptativo, lo que redundará en una mejor calidad de vida y un mayor grado de funcionalidad (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Liedl et al., 2011; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013). En relación con esto, el uso de técnicas como la experimentación somática, el *biofeedback* o la relajación muscular, la reestructuración cognitiva de pensamientos negativos, la activación conductual y la psicoeducación parecen ser clínicamente útiles y eficaces, ya que reducen las limitaciones que el dolor impone. En este sentido, conllevan especial relevancia los estudios de Andersen et al. (2017), Dunne et al. (2012) y Liedl et al. por tratarse de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

Asimismo, en todos los estudios, menos en el de Plagge et al. (2013), se realizaron sesiones de seguimiento. Así, los cambios provocados tanto en la sintomatología del TEPT como en las diversas variables implicadas en el dolor crónico por las intervenciones llevadas a cabo se mantuvieron en las revisiones de seguimiento realizadas en los diferentes estudios con la excepción del de Dunne et al. (2012), en el cual sólo cinco de los 13 participantes mantuvieron al cabo de 6 meses las mejoras. Ciertamente, menos el trabajo de Andersen et al. (2017), en el que se llevaron a cabo dos sesiones de seguimiento a medio (6 meses) y largo (12 meses) plazo, lo cual añade una mayor fiabilidad a los resultados obtenidos en ese estudio, los demás trabajos se ciñeron a una sola sesión de seguimiento. Concretamente, Liedl et al. (2011) y Lumley et al. (2008) contaron con una única sesión a corto plazo (3 meses) y Dunne et al., a medio plazo (6 meses).

Cabe resaltar que los estudios que han mostrado más eficacia para la reducción de la sintomatología del TEPT, llegando incluso a no reunir los criterios diagnósticos tras las intervenciones (Dunne et al., 2012; Otis et al., 2009; Wald et al., 2010), y para la reducción de la intensidad percibida del dolor (Liedl et al., 2011; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013) son en los que, además, con la excepción del estudio de Liedl et al. (2011), los pacientes recibían tratamiento médico para el dolor y/o el estado de ánimo, por lo que resultaría lógico pensar que ello pudiera haber influido, en parte, estos resultados. De esta forma, queda patente una vez más la relevancia de llevar a cabo abordajes terapéuticos multidisciplinares y holísticos con este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta las características de los estudios revisados, es necesario señalar que éstos son bastante diferentes. Lo que lleva a pensar que las diferencias en los resultados obtenidos no sólo responden, posiblemente, a las técnicas terapéuticas empleadas sino también, muy probablemente, a la variabilidad de características de los

estudios. A destacar: (a) los instrumentos y procedimientos para la medida de las variables, ya que en más de la mitad de los estudios no se utilizó entrevista diagnóstica para el TEPT, lo que marca una clara diferencia en la consideración de la eficacia mostrada; y (b) las muestras utilizadas, las cuales eran heterogéneas en su composición, pues algunas las integraban sólo mujeres con trauma interpersonal causado por personas cercanas, otras sólo veteranos de guerra, otras víctimas de accidentes de tráfico y en otros casos tan sólo refugiados de otros países. En este sentido, la literatura pone de relieve que el trauma interpersonal llevado a cabo por personas cercanas a la víctima (*betrayal trauma*) es el tipo de trauma que se relaciona en mayor medida con peores consecuencias físicas y psicológicas y conlleva una peor respuesta a los tratamientos (López-Martínez et al., 2018). Por tanto, no es de extrañar que los resultados del trabajo de Lumley et al. (2008), estudio cuya muestra la conformaban íntegramente víctimas de trauma interpersonal perpetrado por una o varias personas cercanas, sean los menos prometedores por no llegar a influir sobre ninguna variable relacionada con el dolor.

Se deben destacar las limitaciones que la revisión efectuada presenta. En primer lugar, el escaso número de estudios finalmente seleccionados. Tan sólo siete de los 39 potencialmente elegibles han cumplido los criterios de inclusión que se establecieron en la presente revisión. De otro lado, es evidente el escaso número de participantes en los diversos estudios, lo que llega a restar potencia a los estudios considerados. Asimismo, la heterogeneidad de las muestras, lo que da lugar a que el tipo de acontecimiento traumático padecido sea muy diverso entre las muestras. Además, también podrían considerarse diferencias en la patología de dolor asociada al TEPT, aunque en la mayoría de los estudios se trata de un dolor crónico de tipo musculoesquelético y para dos muestras se especifica diagnóstico de fibromialgia (Lumley et al., 2008; Plagge et al., 2013). En algunos de los estudios, los participantes siguieron tratamiento médico para el dolor y el estado de ánimo a la vez que recibían terapia psicológica (Dunne et al., 2012; Otis et al., 2009; Plagge et al., 2013; Wald et al., 2010), lo que puede incluir sesgos en los resultados. Igualmente, debe indicarse que tan sólo tres de los estudios han seguido un diseño con grupo control (Andersen et al., 2017; Dunne et al., 2012; Liedl et al., 2011), siendo en su mayoría trabajos con un diseño pretratamiento-postratamiento para variables de pacientes tratados de modo individual. Esto reduce lógicamente la generalización de los resultados obtenidos y apunta hacia la necesidad de más investigación. Debe añadirse a ello el hecho de que el seguimiento postratamiento

ha sido en casi todos los estudios de una sola sesión tras no más de 6 meses.

A pesar de ello, los tratamientos integrados multicomponente para el dolor crónico y el TEPT comórbidos son prometedores y muestran ser útiles para reducir los síntomas del TEPT, reducir el grado de interferencia del dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es destacable, además, que se trata de intervenciones relativamente breves, lo que apunta hacia su viabilidad. No obstante, se requiere de más investigación y con mejor calidad metodológica.

REFERENCIAS

- Andersen, T. E., Ellegaard, H., Schiøttz-Christensen, B., & Manniche, C. (2018). Somatic experiencing[®] for patients with low back pain and comorbid posttraumatic stress disorder—Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18, art. 308. doi:10.1186/s12906-018-2370-y
- Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial to brief somatic experiencing for chronic low back pain and comorbid posttraumatic stress disorder symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), art. 1331108. doi:10.1080/20008198.2017.1331108
- Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, C., & Montel, S. (2015). Chronic pain and PTSD: Evolving views on their comorbidity. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(4), 295-304. doi:10.1111/ppc.12093
- Dunne, R. L., Kenardy, J., & Sterling, M. (2012). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for the treatment of PTSD in the context of chronic whiplash. *The Clinical Journal of Pain*, 28(9), 755-765. doi:10.1097/ajp.0b013e318243e16b
- Jakupcak, M., Wagner, A., Paulson, A., Varra, A., & McFall, M. (2010). Behavioral activation as a primary care-based treatment for PTSD and depression among returning veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 491-495. doi:10.1002/jts.20543
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA, EE.UU.: North Atlantic Books.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A.,... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), art. e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100

- Liedl, A., Müller, J., Morina, N., Karl, A., Denke, C., & Knaevelsrud, C. (2011). Physical activity within a CBT intervention improves coping with pain in traumatized refugees: Results of a randomized controlled design. *Pain Medicine, 12*(2), 234-245. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01040.x
- López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical health consequences of interpersonal trauma: A systematic review of the role of psychological variables. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(3), 305-322. doi:10.1177/1524838016659488
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Stout, R. L., Neely, L. C., Sander, L. M., & Burger, A. J. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy, 45*(2), 165-172. doi:10.1037/0033-3204.45.2.165
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & el PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264-269. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
- Morasco, B. J., Lovejoy, T. I., Lu, M., Turk, D. C., Lewis, L., & Dobscha, S. K. (2013). The relationship between PTSD and chronic pain: Mediating role of coping strategies and depression. *Pain, 154*(4), 609-616. doi:10.1016/j.pain.2013.01.001
- Otis, J. D., Keane, T. M., Kerns, R. D., Monson, C., & Scioli, E. (2009). The development of an integrated treatment for veterans with comorbid chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain Medicine, 10*(7), 1300-1311. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00715.x
- Outcalt, S. D., Hoen, H. M., Yu, Z., Franks, T. M., & Krebs, E. E. (2016). Does comorbid chronic pain affect posttraumatic stress disorder diagnosis and treatment? Outcomes of posttraumatic stress disorder screening in Department of Veterans Affairs primary care. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 53*(1), 37-44. doi:10.1682/jrrd.2014.10.0237
- Plagge, J. M., Lu, M. W., Lovejoy, T. I., Karl, A. I., & Dobscha, S. K. (2013). Treatment of comorbid pain and PTSD in returning veterans: A collaborative approach utilizing behavioral activation. *Pain Medicine, 14*(8), 1164-1172. doi:10.1111/pme.12155
- Scioli-Salter, E. R., Forman, D. E., Otis, J. D., Gregor, K., Valovski, I., & Rasmusson, A. M. (2015). The shared neuroanatomy and neurobiology of comorbid chronic pain and PTSD: Therapeutic implications. *The Clinical Journal of Pain, 31*(4), 363-374. doi:10.1097/ajp.0000000000000115
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 330-338. doi:10.1037/0022-006x.71.2.330
- Wald, J., Taylor, S., Chiri, L. R., & Sica, C. (2010). Posttraumatic stress disorder and chronic pain arising from motor vehicle accidents: Efficacy of interoceptive exposure plus trauma-related exposure therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(2), 104-113. doi:10.1080/16506070903183570

Recibido: 21 de octubre de 2019.

Aceptado: 22 de julio de 2020.