



¡Llegó el momento!
Accionar será tu propósito - 2024

Cartilla: Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual para el manejo del dolor

1. Introducción:

Esta capacitación del sistema de vigilancia epidemiológico para la prevención de desórdenes músculo esqueléticos tiene como finalidad brindar las estrategias de afrontamiento e identificación de soluciones para recuperar el control frente a la experiencia del dolor a través de la terapia cognitiva conductual.

El dolor es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y es la causa del 15 a 20% de todas las consultas médicas. El dolor crónico se ha identificado como un importante generador de deterioro en la calidad de vida de las personas afectando su entorno laboral y familiar.

Evolutivamente, el dolor es fundamental para la sobrevivencia de los seres humanos, nos advierte que algo no está bien, nos señala la presencia de una herida o enfermedad, nos lleva a buscar ayuda médica, contribuye al proceso de sanación promoviendo el reposo, y permite la recuperación. Y cuando el dolor ya no está, es aviso de que podemos retomar nuestras actividades.

El dolor también nos recuerda eventos y situaciones amenazantes del pasado, nos enseña qué es lo que debemos evitar en el futuro y nos hace actuar para acabar con la causa del dolor.

Esta función protectora del dolor agudo y limitada en el tiempo, finaliza cuando la herida se sana o la enfermedad se cura. Sin embargo, hay otro tipo de dolor, el dolor crónico o persistente, que no tiene un propósito adaptativo, y en este proceso de perpetuación del dolor, cuando no es oncológico, intervienen importantes factores psicológicos y sociales. Cuando el dolor crónico es severo e intratable, pasa a ser parte de la esencia del individuo y causa estrés y sufrimiento.

La prevalencia del dolor crónico aumenta con la edad, es mayor en mujeres que en hombres y en sujetos de nivel socioeconómico bajo. Las localizaciones más frecuentes de dolor crónico incluyen espalda baja, rodillas, cabeza y cuello.

2. Objetivos:

- Explicar el término del dolor, legitimarlo y entenderlo.
- Adecuar el nivel de conocimientos de los participantes sobre la sintomatología dolorosa.
- Identificar conductas y características resilientes frente a la enfermedad.

- Sensibilizar a los participantes sobre la necesidad de adquirir nuevas estrategias que les permitan disminuir la frecuencia e intensidad del dolor.
- Estimular la autorresponsabilidad, el autocuidado y el rol activo del participante en el control del dolor.

3. Conceptos básicos:

3.1. Terapia cognitiva conductual (TCC): Es un tipo de manejo psicológico que se concentra en identificar, afrontar y aplicar estrategias para determinados pensamientos y tipos de comportamiento para controlar los síntomas de una afección.

Se usa para manejo conjunto con otras especialidades para diversos problemas, como el dolor crónico, estrés, la depresión, la ansiedad y los trastornos de pánico, los trastornos de la alimentación entre otros.

Principios fundamentales de la TCC aplicada al manejo del dolor: la terapia cognitivo conductual se fundamenta en 10 principios que deben tenerse en cuenta:

1. Formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos: Para el terapeuta será muy importante conocer lo que piensa y opina el paciente sobre las cosas que suceden y así comprender porque hacen lo que hacen y porque sienten como te sienten. El terapeuta hará preguntas que aclaren que es lo que cree sobre la problemática que ha llevado a consulta y partir de las respuestas ira formulando una hipótesis que después ira comprobando.
2. Alianza terapéutica: Será indispensable para el terapeuta brindar un espacio donde el paciente se sienta escuchado, comprendido y cómodo. La empatía con el paciente es fundamental para el éxito del tratamiento.
3. Enfatiza la colaboración y la participación activa: Para la TCC el trabajo terapéutico es un trabajo de equipo. El terapeuta alentara a que juntos decidan los puntos que se van a trabajar o las tareas que se deben hacer. El paciente debe formar parte activa del tratamiento.
4. Orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados: En la TCC las metas del paciente serán el eje que guíe todo el proceso terapéutico. El terapeuta debe trabajar con el paciente para vencer obstáculos que no han permitido alcanzar los objetivos.
5. Inicialmente destaca el presente: A diferencia de otras corrientes psicológicas, para la TCC la mayoría de las problemáticas a resolver se encuentran en el presente, es decir que pocas son las ocasiones que se realizan análisis profundos sobre el pasado lejano, como la infancia o adolescencia, a menos que ahí se encuentre

alguna respuesta que explique los pensamientos o comportamientos actuales. La TCC se centra en el aquí y el ahora.

6. Es educativa: La idea es que el paciente aprenda de las herramientas necesarias para lidiar con los obstáculos que encuentres en la vida cotidiana pues no solo se limita al trabajo dentro del consultorio. Además de establecer las metas a alcanzar, para la TCC es importante que queden claros de que trata la terapia y como puede ayudar a conseguir los objetivos.
7. Tiene un límite de tiempo: Nos referimos a que, a diferencia de algunas otras corrientes psicológicas, la TCC tiene claro cuál es el número de sesiones (en promedio) necesarias para tratar problemáticas en específico.
8. Las sesiones de la TCC son estructuradas: Desde antes de que comience la sesión el terapeuta tiene claro las actividades que se realizarán durante cada sesión, de modo que cuando comience el paciente también lo tendrás claro.

Esto permite que comprender los pasos en lo que irá trabajando para **alcanzar** las metas establecidas. Sesión por sesión, actividad por actividad, tarea por tarea. La improvisación dentro de la TCC se procura reducir al mínimo, aunque en ocasiones factores inesperados como un accidente o un suceso extraordinario obligan a tomar un curso alternativo en las sesiones, sin embargo, siempre se debe regresar a perseguir la meta principal.

9. Enseña a los pacientes a identificar lo que piensan, lo que sienten y lo que hacen: Es muy común que cueste trabajo identificar las cosas que se sienten, muchas veces no saben identificar las emociones como: enojo, tristeza, preocupación o todo el mismo tiempo. Para la TCC es crucial lograr identificar con precisión las cosas que se piensan sobre los eventos de la vida cotidiana y entender cómo es que estos pensamientos determinan, en gran parte, cómo se siente la persona y las cosas que decide hacer a partir de eso. Así como identificar cuáles de esas cosas que están alejando al paciente de alcanzar la meta principal.
10. Utiliza una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta: Los tres principales factores que interesan a la TCC son el pensamiento, las emociones y la conducta. Su principal meta es promover la modificación de estos factores con la finalidad de que los pacientes alcancen sus objetivos.

3.2. Dolor: En 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) definió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.

En 2020, la IASP propuso una nueva definición: El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o

potencial. Las siguientes consideraciones fueron tomadas en cuenta para la nueva definición:

- El dolor es una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales.
- Las personas aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de vida.
- Si una persona manifiesta una experiencia dolorosa, ésta debe ser respetada.
- Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.
- Una de las maneras para expresar dolor es por la descripción verbal; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un humano o animal experimente dolor.

El dolor es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y una de las causas de consulta más frecuente en medicina. Si bien el dolor agudo tiene una función protectora, esta se pierde cuando el dolor se hace crónico o persistente, y ya no tiene un valor adaptativo. En la actualidad, existe una gran cantidad de evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor, cuando no es oncológico, ya que este tiene otras características.

En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales causadas por un procesamiento psicológico alterado.

El dolor se puede manifestar en forma aguda, como síntoma de un daño tisular recientemente ocurrido, donde tiene un rol de protección, o en forma crónica, donde persiste por más de 3 meses y pasa a ser una enfermedad en sí mismo.

El dolor crónico, tradicionalmente se ha definido por el tiempo de duración, dejando fuera otros aspectos fundamentales de éste.

Desde una perspectiva neurobiológica, el dolor involucra componentes nociceptivos, inflamatorios y/o neuropáticos. Los dolores nociceptivos e inflamatorios son adaptativos y protectores, en cambio, el dolor de origen neuropático, que aparece luego de una lesión o daño directo al sistema somatosensorial, es considerado patológico. El dolor neuropático involucra profundas alteraciones en el procesamiento neural normal, tanto periférico como central, de los inputs aferentes.

- 3.2.1. Clasificación del dolor: Dolor crónico, de acuerdo al CIE-11, es aquel “dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses”. Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor, lo divide en siete tipos, con subcategorías.

1. Dolor crónico primario
2. Dolor crónico oncológico
3. Dolor crónico post quirúrgico y post traumático
4. Dolor crónico neuropático
5. Dolor crónico orofacial y cefálico
6. Dolor crónico visceral
7. Dolor crónico músculo esquelético.

Por otro lado, de acuerdo a la clasificación del DSM-5, el dolor crónico corresponde a un “Trastorno por síntomas somáticos, con predominio de dolor”, definición que viene a reemplazar a tres de los trastornos somatomorfos del DSM-IV (trastorno por dolor, trastorno por somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado, y en algunos casos, hipocondriasis).

Los seres humanos, frente a los cambios del medio, tanto interno como externo, presentan respuestas fisiológicas y conductuales, las que pueden ser adaptativas o desadaptativas. En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales causadas por un procesamiento psicológico alterado.

Las regiones cerebrales que consistentemente aparecen implicadas en este tipo de procesamiento son las cortezas somatosensoriales primaria y secundaria (S1 y S2), médula espinal, tálamo, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal, áreas mesencefálicas como la sustancia gris periacueductal y cerebelo, y estructuras subcorticales que incluyen hipocampo, ganglios basales y amígdala.

Las redes cerebrales interconectadas contribuirían a activar y/o desactivar funciones orquestadas con distintos grados de contribución de estas y otras regiones cerebrales.

El dolor como respuesta a un estímulo nociceptivo, lleva a los individuos a buscar tratamiento, cuando algo duele, hiera o hace sufrir. Cuando el dolor se hace crónico, ocurre algo diferente, el estado físico y mental se alteran. El dolor físico y emocional existen en un mismo *continuum*, donde comparten vías cerebrales. Hay dos factores esenciales que deben considerarse cuando tratamos de entender el procesamiento psicológico en dolor, desde una aproximación basada en sistemas cerebrales:

- Experimentar dolor puede desencadenar una cascada de eventos neurológicos, sensoriales inicialmente, que llevan a un estado psicológico alterado.
- Estados psicológicos previos pueden determinar un alto riesgo para la cronificación del dolor, debido a procesos como sensibilización cruzada, donde la exposición a un estrés en el pasado, confiere mayor sensibilidad a otros estímulos aparentemente no relacionados, como un trauma infantil, pérdida de uno de los progenitores o una adicción.

3.2.2. Alteraciones del procesamiento psicológico en dolor crónico

- **Cognición y atención:** la cognición, definida como el acto de conocer incluye alerta, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio. La evidencia sugiere que el dolor tendría un efecto negativo en el desempeño cognitivo y en el

- procesamiento atencional y este afectaría las regiones cerebrales involucradas en la cognición.
- Alteración en la percepción: un buen ejemplo de la importancia de la interpretación corporal en dolor crónico, es la percepción del miembro fantasma, en que la terapia en espejo y la estimulación sensorial, proveen de inputs visuales o propioceptivos al cerebro, que van a corregir estas anomalías perceptuales, generando un importante alivio del dolor.
- Interocepción: la percepción individual de la condición fisiológica del propio cuerpo, va a depender del estado emocional y los niveles de estrés a que esté sometido ese individuo. La ínsula anterior tendría un importante rol en este proceso evaluativo. La sensibilidad interoceptiva, además de intensificar la sensibilidad al dolor agudo y disminuir la tolerancia al dolor, sería uno de los mecanismos de desarrollo del temor aprendido en los pacientes de dolor crónico.
- Refuerzo, aversión y motivación: los estímulos de refuerzo y aversivos tienen gran capacidad de modificar conductas. Estudios recientes sugieren que, aún en sujetos sanos, existe gran variabilidad en la actividad de los circuitos de recompensa, que predice directamente la respuesta analgésica a los opioides.
- Aprendizaje y memoria: el dolor es un prominente estresor emocional que puede facilitar la consolidación mnésica y el aprendizaje. Procesos de aprendizaje, tanto implícitos como explícitos, han sido vinculados a la mantención del dolor crónico, donde los procesos implícitos son predominantes, los que, debido a su naturaleza inconsciente, son más difíciles de extinguir; entre estos está el condicionamiento operante, el aprendizaje social y el condicionamiento clásico.

3.2.3. Factores de riesgo pre mórbido y dolor:

- Trauma físico o psicológico previo: ya a finales de los años 50 se planteó la relación existente entre el abuso físico y psicológico, y el posterior desarrollo de dolor crónico. Entre los tipos de abuso, el abuso sexual, tanto en hombres como en mujeres, parece conferir la mayor predisposición para la cronificación del dolor.
- Disfunción social: se ha visto que la exclusión social o bullying, el aislamiento y la pérdida de redes de apoyo, contribuirían a una sensibilización cruzada, afectando la percepción del dolor físico.
- Catastrofización: es un estado cognitivo caracterizado por un pensamiento negativo, magnificación y rumiación acerca del dolor. La catastrofización es un factor cognitivo de vulnerabilidad, que puede precipitar síntomas depresivos.
- Estatus social: el nivel social bajo, habitualmente tiene un efecto negativo en la epidemiología del dolor crónico. Algunos factores relacionados con el bajo estatus social son obesidad, bajo nivel educacional e inequidades en el acceso a la atención en salud.
- Género: niñas post púberes tienen mayor prevalencia de dolor crónico que niños. Habría varios factores fisiológicos, como las hormonas y menopausia, que contribuirían a estas diferencias. También influye el que las mujeres son más proclives a reportar su dolor.

3.2.4. Tratamiento multidisciplinario: frente a un paciente con dolor persistente, se debe tener claro no hay un tratamiento específico para una forma de dolor, especialmente en los síndromes de dolor crónico; aquí es donde toma relevancia la integración de modalidades terapéuticas, en equipos multidisciplinarios que trabajan en forma coordinada, para establecer el diagnóstico y desarrollar la estrategia terapéutica. La complejidad de los mecanismos neurofisiológicos que intervienen en el mantenimiento del dolor crónico, explica que a menudo fracasen en la obtención del alivio, las terapias individuales.

Es necesario también señalar que el tratamiento no adecuado del dolor agudo, puede conducir a su cronificación, y la persistencia del dolor crónico puede desencadenar alteraciones en la esfera psicosocial, con respuestas psicológicas diversas, ya que el individuo no encuentra significado a su dolor, pues este no juega un papel de alarma biológica, frente a un peligro que pueda ser evitado o tratado.

En la actualidad, existe una gran cantidad de evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor, así como también se ha visto una mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinarios, comparados con tratamientos médicos convencionales.

Las respuestas características frente al dolor crónico son miedo, desesperación y desesperanza. El manejo cognitivo conductual es fundamental y está validado en múltiples patologías con dolor persistente.

Actualmente se acepta que, prácticamente en todos los pacientes con dolor, existen tanto factores orgánicos, como psicológicos y socioculturales. Este reconocimiento resulta especialmente decisivo en la comprensión y manejo del dolor crónico, lo que hace fundamental la consideración de los aspectos psiquiátricos.

Dado que la situación de dolor es un estresor permanente, el paciente que lo padece se relacionará con el equipo en una dinámica muy demandante emocionalmente. Aquí se manifestarán sus rasgos de personalidad, sus modelos relacionales y la manera en que afronta la realidad.

El equipo tratante debe estar al tanto de estas características del paciente, de modo tal que pueda empatizar con él, o ella, y no proyectar en la relación terapéutica conflictos no resueltos, tanto individuales como grupales. La evaluación se realiza mediante entrevistas clínicas y la aplicación de cuestionarios específicos, con los que se trabaja el dolor.

Aspectos psiquiátricos: En primer lugar, es necesario evaluar la presencia de síntomas psiquiátricos, especialmente depresivos y ansiosos que, con frecuencia están presentes en la población general, y mientras no sean tratados, no se puede avanzar con el manejo del dolor propiamente tal. Es importante conocer la calidad y horas de sueño, los hábitos de alimentación, funcionamiento cognitivo y si el paciente realiza algún tipo de actividad física.

Aspectos psicológicos: la evaluación psicológica va dirigida a evaluar el funcionamiento psicológico del paciente; sus mecanismos de defensa, de afrontamiento del dolor, capacidad de tolerancia a la frustración, sus dinámicas relacionales, la existencia de eventos traumáticos, entre otros, y las expectativas que tiene en relación al tratamiento.

Es importante identificar los recursos, tanto adaptativos como desadaptativos, con que cuenta el paciente, los que además serán trabajados en la psicoterapia.

Debido a que se debe evaluar globalmente al paciente, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

A. Síntomas clínicos:

- Ansiedad/depresión
- Mala autoestima y pobre percepción de sí mismo
- Alteraciones del sueño, del apetito, de la libido
- Pérdida del sentido de vida
- Juicio de realidad alterado

B. Variables cognitivas

- Ideas y creencias en torno a la enfermedad, que con frecuencia son erradas o están hipertrofiadas por experiencias pasadas del sujeto o personas cercanas a él.
- Temores asociados y pensamientos catastróficos en relación al pronóstico.

C. Rasgos de personalidad: pueden ser facilitadores de una mayor tendencia a la somatización y cronificación de los síntomas.

- Alexitimia: es la dificultad para identificar y describir sentimientos; son individuos con un pensamiento práctico, concreto, sin un correlato emocional.
- Sobreadaptación: son aquellos sujetos hiper eficaces, con altos niveles de autoexigencia, con gran capacidad de trabajo, que asumen roles y responsabilidades desmedidas. Se adaptan rígidamente a la realidad, “pase lo que pase, siguen adelante”.

D. Historia de vida, que incluye el historial médico y sintomatológico:

- Enfermedades, dolencias, síntomas previos y respuesta a los tratamientos; tiempos de recuperación.
- Carencias afectivas en la temprana infancia, vivencias traumáticas, violencia intra familiar, abuso sexual, pérdidas, duelos no resueltos.
- Capacidad de resiliencia, dada por la posibilidad de adaptarse a situaciones de estrés.
- Redes de apoyo, referidas al medio familiar, social o laboral en que se encuentra insertado el paciente.
- Impacto que ha producido el dolor en la calidad de vida, en la relación de pareja, en el entorno familiar, social y laboral.

F. Patrones relacionales: El modo en que el paciente se relaciona en su vida, también estará presente en la relación con el equipo o médicos tratantes.

- Roles de los profesionales, evitando la actitud paternalista y haciendo al paciente responsable de su tratamiento.
- Limitar las demandas y adecuar las expectativas del paciente.
- El psiquiatra y/o psicólogo debe alertar y apoyar al equipo tratante cuando se trata de un paciente con rasgos de personalidad muy anormales, que van a obstaculizar el trabajo.

G. Pronóstico

- Adherencia y respuesta al tratamiento, que van a depender en una importante medida de la “alianza terapéutica” que se logre establecer con el paciente.
- Capacidad de “*insight*”, entendiendo esta como la capacidad de “mirarse” y tomar distancia de lo que está ocurriendo, para poder conectarse con sus emociones.

H. Mecanismos de afrontamiento

- Adaptativos: el hecho que el paciente tenga un rol activo y participativo y que tenga una buena adherencia, favorecerá una mejor respuesta
- Desadaptativos: aquel paciente que juega un rol pasivo, de espectador y que tiene una pobre adherencia, tendrá una peor respuesta al tratamiento.

3.2.5. Intervenciones específicas

- Psicofármacos: El uso de psicofármacos va a depender de la sintomatología del paciente. Con frecuencia es necesario tratar insomnio, angustia expectación ansiosa, entre otros.
- Psicoterapias: Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ir desde terapias de apoyo, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, intervenciones familiares y/o de parejas.
- Otras intervenciones: Terapias de autoayuda, masaje, terapia física, mindfulness, acupuntura, hipnosis y aromaterapia.

4. Las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor se centran en dos aspectos principales:

Identificación y cuestionamiento de pensamientos distorsionados relacionados con el dolor: Esta técnica implica ayudar a los individuos a identificar y desafiar los pensamientos negativos o distorsionados que contribuyen a su experiencia de dolor. A través del cuestionamiento de estos pensamientos, se busca cambiar la interpretación y la respuesta emocional asociada al dolor, lo que puede reducir la intensidad percibida del mismo.

Desarrollo de habilidades de afrontamiento para modificar la percepción del dolor: Esta técnica se enfoca en ayudar a las personas a desarrollar habilidades prácticas para afrontar el dolor de manera más efectiva. Esto puede incluir técnicas de respiración, relajación muscular, visualización, distracción y reestructuración cognitiva, entre otras. Al aprender y practicar estas habilidades, los individuos pueden modificar su percepción del dolor y mejorar su capacidad para manejarlo de manera más adaptativa y funcional.

5. Aplicación en el ámbito laboral:

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es de gran importancia en la prevención y tratamiento del dolor relacionado con el trabajo. La TCC se centra en identificar y cambiar los pensamientos y comportamientos negativos que contribuyen al dolor crónico, ayudando a los individuos a desarrollar habilidades para manejar el dolor de manera más efectiva. En el ámbito laboral, la TCC puede ayudar a los empleados a manejar el estrés laboral, mejorar la ergonomía y adoptar comportamientos saludables que reduzcan el riesgo de lesiones laborales y el desarrollo de dolor crónico.

Para implementar técnicas cognitivo-conductuales en el entorno laboral colombiano, es importante considerar varias estrategias. Esto incluye la formación y capacitación del personal de recursos humanos y supervisores en conceptos básicos de TCC y manejo del dolor, la incorporación de programas de bienestar laboral que incluyan componentes de TCC, como la gestión del estrés y la promoción de estilos de vida saludables, y la adaptación de las técnicas a la cultura y contexto laboral colombiano, considerando las diferencias individuales y culturales de los empleados.

En la aplicación de la TCC para el manejo del dolor en el lugar de trabajo, es fundamental considerar consideraciones éticas y culturales. Esto incluye respetar la confidencialidad y privacidad de los empleados, asegurando un consentimiento informado antes de iniciar cualquier intervención, y adaptar las técnicas de TCC para que sean culturalmente sensibles y relevantes para la población colombiana, reconociendo las diferencias culturales en la expresión y manejo del dolor. Además, es importante tener en cuenta las barreras culturales y sociales que pueden influir en la participación y adherencia al tratamiento, y trabajar en colaboración con los empleados para superar estas barreras y promover un ambiente laboral saludable y compasivo.

6. Conclusiones: La terapia cognitivo-conductual (TCC) desempeña un papel crucial en el manejo integral del dolor en el contexto laboral. En el entorno laboral, donde el dolor puede tener un impacto significativo en la productividad y el bienestar de los trabajadores, la TCC proporciona herramientas efectivas para identificar y cambiar los pensamientos negativos y las respuestas emocionales asociadas con el dolor.

Además, al enseñar habilidades de afrontamiento y promover comportamientos saludables, la TCC puede ayudar a los empleados a manejar el estrés laboral, mejorar la ergonomía y reducir el riesgo de lesiones laborales. Esto no solo beneficia al mejorar su calidad de vida y capacidad para funcionar en el trabajo, sino que también puede tener un impacto positivo en la empresa al reducir el ausentismo y aumentar la satisfacción laboral y la retención de empleados.

Bibliografía:

1. MADRIGAL, M. L. (2007). TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO DESDE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA. *Revista Costarricense de Psicología*, 26(39), 11-21.
2. Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 866-873.