

Más ▾

Psicología y Salud Mental

TENDENCIAS / PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL / RELACIONES / MAMÁS Y PAPÁS / LONGEVITY **ÁREA SUSCRIPTOR**

VIVO

Mayte Serrat, experta en fibromialgia: “El dolor está en el cerebro y hay formas de reeducarlo”

V +

La fisioterapeuta, psicóloga e investigadora de la terapia 'fibrowalk' del Hospital Vall d'Hebron aplica terapias basadas en la neurociencia del dolor a pacientes con fibromialgia, cervicalgia, lumbalgia, dorsalgia o migraña

La doctora incide en el abordaje psicológico de las dolencias crónicas y el contacto con la naturaleza como método sanador: está preparando una expedición al campo base del Everest con 64 de sus pacientes



Mayte Serrat, doctora, psicóloga, fisioterapeuta e investigadora principal de la terapia fibrowalk (Martí Gelabert)



ROSANNA CARCELLER / RAC1

BARCELONA

07/10/2023 06:00 | Actualizado a 07/10/2023 06:20

“Cuando no estoy trabajando, me voy a la montaña con personas que tienen dolor crónico y hacemos actividades en la naturaleza”. Hablar con Mayte Serrat es beber entusiasmo, vocación sanitaria y pasión por la investigación. Es doctora, fisioterapeuta y psicóloga, y también coordina al Grupo de Trabajo de Ejercicio Físico y Abordaje Psicosocial de la Sociedad Catalana del Dolor de la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya. Además, es investigadora principal de la terapia *fibrowalk* del Hospital Vall d'Hebron, “la primera terapia efectiva contra la fibromialgia“, según explica. Una terapia que reeduca al cerebro para luchar contra dolores persistentes.

En este centro de referencia, Vall d'Hebron, Serrat es responsable de la terapia grupal de la Unidad de Expertos en Síndromes de Sensibilización Central. Investiga sobre neurociencia en el abordaje del dolor crónico y sobre terapia de actividades en la naturaleza, además de presidir la ONG CIM Project, el Club Inclusivo de Montaña. Ahora Serrat acaba de recibir el premio a la Fisioterapeuta del Año del Colegio de Fisioterapeutas de Catalunya.

“ Si tu cerebro cree que puedes estar en peligro y sufrir un daño físico, te va a generar dolor; si cree que no, no genera dolor

Mayte Serrat

Psicóloga, fisioterapeuta e investigadora

¿Qué evidencia científica hay de que el dolor puede reducirse entrenando el cerebro?

Nosotros tenemos seis artículos publicados en revistas de máximo impacto, con estudios realizados entre 3.000 y 6.000 personas, que demuestran la eficacia de la *fibrowalk* para tratar la fibromialgia, pero es el mismo tratamiento para cualquier tipo de dolor crónico o persistente. Otros investigadores llaman Terapia de Reprocesamiento del Dolor (TRD), pero la base de todo esto es la misma, la neurociencia del dolor. [El premio Nobel de 2021 de medicina se dio a David Julius y Ardem Patapoutian](#) por el descubrimiento de que el dolor está en el cerebro.

¿Cuántos años lleva investigando en el tema y qué se ha encontrado?

Hace más de veinte años que se investiga, cada vez salen más estudios que lo reafirman: el dolor no está en el cuerpo, está en el cerebro. Muchos libros de medicina hablan de las vías del dolor y es un error porque no existen. El dolor no corre por tu cuerpo. Son vías de nocicepción, mecanismos de activación del dolor. Si tu cerebro cree que puedes estar en peligro y que puedes sufrir un daño físico, te va a generar dolor; si cree que no, no genera dolor.

Hay personas con dolor que no tienen sufren ningún daño físico...

Contamos con casos de personas sin daño físico o que en términos de investigación no somos capaces de cuantificar. El caso más evidente es la **fibromialgia**: las pruebas médicas muestran que todo está bien, pero la persona tiene un dolor insoportable. También existe el caso contrario, puedes tener un gran daño físico y no percibir dolor. En el caso de los amputados: tienen un "miembro fantasma", sienten dolor en una parte del cuerpo que no existe, que no tienen. "Me han amputado el brazo derecho y me duele la mano derecha"... Esto ocurre porque el dolor está en un área del cerebro.

“No somos capaces de cuantificar el daño físico que causa la fibromialgia: las pruebas médicas muestran que está todo bien, pero la persona tiene un dolor insoportable



Mayte Serrat

Psicóloga, fisioterapeuta e investigadora

¿En qué punto estamos en la aplicación de terapias basadas en la neurociencia del dolor? ¿Se usan ya en tratamientos?

Estamos en plena efervescencia. Yo estoy en 22 grupos de trabajo: en la Societat Catalana de Dolor, en la Sociedad Española del Dolor, en Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor, los colegios profesionales de psicología y fisioterapia, la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), etc. Ya hace unos años que se está aplicando en consulta, y ahora ya empieza a sonar mucho, se sabe que es necesario hacer educación en neurociencia del dolor.

¿Para qué dolores se está utilizando?

Para los dolores crónicos persistentes con alteración de sensibilidad central. Es aplicable también a dolores agudos, y de hecho es un conocimiento que deberíamos tener todos para servir de prevención. Si tú vienes con un esguince de tobillo, no te aplicaré la neurociencia del dolor, pero puede servir para prever un posible dolor crónico de ese tobillo. De hecho, la educación en neurociencia del dolor debería explicarse a los niños en las escuelas: saber que el dolor está en el cerebro y que hay muchos factores que influyen te puede ayudar a prevenir el dolor persistente.

Ponga ejemplos de los dolores que se pueden tratar de esta forma...

Se puede tratar la fibromialgia pero también las cervicalgias, lumbalgias, dorsalgias, migraña... Pero no es para todo. Si hay un pinzamiento y un dolor neuropático, obviamente, la primera intervención no será hacer educación en neurociencia del dolor. Tendrás que ver qué pasa ahí, qué daño físico tiene y si hay herramientas de fisioterapia para rehabilitar. Estamos hablando de otra cosa: un dolor que dura más de un año, que se ha hecho persistente. En estos casos la educación en la neurociencia del dolor sirve como complemento del tratamiento que deba recibir.

“El dolor no es proporcional a la cantidad de daño físico: un corte durante un día feliz en la playa duele menos que el mismo corte en un día aciago en el que has discutido con tu pareja



La doctora Serrat investiga sobre neurociencia en el abordaje del dolor crónico (Marti Gelabert / Propias)

El dolor, dice usted, depende de muchos factores...

Si un día feliz en la playa te haces un corte en la planta del pie seguramente no le vas a dar mucha importancia. Si en otra ocasión tienes un día aciago, has discutido con la pareja, ese mismo corte te hará mucho más daño. Y eres la misma persona y el mismo corte. El dolor no es proporcional a la cantidad de daño físico. La nocicepción, la posibilidad de daño, no es necesaria ni suficiente: puedes tener daño físico y no sentir dolor, y también al revés.

¿Cuáles son los factores que determinan si sentiremos dolor o no?

Aprendizaje y experiencias previas: si sé que me he hecho un esguince de tobillo, pero me ha ido muy bien la recuperación, si tengo otro más adelante, es probable que afronte el esguince con expectativas muy buenas. Esto condicionará la cantidad e intensidad de dolor. ¿Más factores? El esguince no me hará el mismo daño si me lo hago a punto de irme de vacaciones a un viaje que me ha costado mucho dinero que si me lo hago cuando tengo que ir a un sitio donde no tengo ganas de ir, e incluso puedo poner el esguince de excusa.

“Una pauta errónea que se da en las consultas médicas es “si tienes dolor, para, no te muevas..” ¡Noooo! ¡Estás dando la razón al cerebro!

Mayte Serrat

Psicóloga, fisioterapeuta e investigadora

Habla también de factores sociales y culturales, ¿por ejemplo?

En la cultura africana a los niños de quince años los ponen en un círculo y les cortan la piel del pene, les hacen una circuncisión. Allí es natural, es señal de que se han hecho hombres, que son guerreros... Si esto lo intentamos hacer a los chicos de La Garriga, en Catalunya, ¡veremos qué daño les hace!

Las cogniciones, los factores espirituales, las emociones... todo afecta al dolor, ¿Cómo?

El hecho de que entiendas que ese dolor no te lesionará si no hay daño físico hace que estés más calmado, y el cerebro no activa el programa del dolor. Cuanto más alerta y más asustado esté el cerebro, más dolor sentiremos. Si el cerebro se siente muy amenazado, tendré dolor. Si mediante técnicas de conducta podemos cambiar los pensamientos, el cerebro desactivará el programa del dolor. Hay personas con fibromialgia que explican que antes de conocer estas terapias no querían moverse de la cama porque tenían tanto dolor que temían que su cuerpo se rompiera.

Si tenemos dolor, ¿hay que parar lo que estamos haciendo?

Esta es una pauta errónea que se da en las consultas médicas: si tienes dolor, no te muevas. Cuando haces recuperación a veces te dicen: “cuando empieces a sentir dolor, para”. ¡Noooo! ¡Estás dando la razón al cerebro! Se debe realizar una evaluación exhaustiva de la lesión y ejecutar una pauta de ejercicio terapéutico que no sea en función del dolor. Lo que queremos es lo contrario, enseñarle al cerebro que puedes hacer algo sin sentir dolor, por eso es necesaria una pauta de ejercicio progresivo y gradual.

Pero el dolor no lo sentimos porque queramos, no se genera de manera consciente, ¿verdad?

No, la persona no lo genera porque quiera, es inconsciente, involuntario.

El dolor tiene dos misiones, dice... ¿cuáles?

La primera es la percepción de amenaza, avisarte de que existe un peligro. La segunda, más importante, es que realices una acción. ¿Has llegado a casa con un morado y no sabes cómo te lo has hecho? ¿Por qué el cerebro no te ha hecho consciente de que tenías un daño? Porque seguramente te lo has hecho en un estado de estrés, mientras hacías otras cosas, y el cerebro ha considerado que era más crucial la tarea que estabas haciendo que imprimirte dolor para que pararas: no te hacía falta ser consciente de aquello.

Los 3 pilares de cualquier tratamiento

Educación, ejercicio terapéutico y abordaje psicológico

¿Qué hacemos para cambiar la percepción del dolor? ¿Qué herramientas concretas tenemos para reeducar al cerebro?

El estudio Delphi del año 2020, de Louise Sharpe, es una investigación de consenso a escala internacional que llega a la conclusión de que para abordar cualquier tipo de dolor persistente existen tres pilares: la educación, el ejercicio terapéutico y el abordaje psicológico. Son las bases de cualquier tratamiento.

En primer lugar, la educación en neurociencia del dolor... ¿Qué significa? ¿En qué consiste?

El simple hecho de estar informado de lo que estoy explicando es una parte del tratamiento. Si sabes cómo funciona, puedes reducir la percepción de amenaza.

En segundo lugar, está el ejercicio terapéutico, ¿De qué tipo?

Como fisioterapeutas te prescribiremos ejercicios y movimientos no por tener beneficio físico, sino por reeducar el cerebro. Es decir, establecer un nivel de base y una progresión para ir reeducando el cerebro y que entienda que puede hacer los movimientos sin que se te rompa nada, evitando la cinesiofobia, la fobia al movimiento cuando tienes una lesión, que es un círculo vicioso: no te mueves porque tienes dolor, y tienes dolor porque no te mueves.

“ Los fisioterapeutas prescribimos ejercicios para reeducar el cerebro y evitar la fobia al movimiento cuando hay una lesión, que es un círculo vicioso: no te mueves porque tienes dolor, tienes dolor porque no te mueves

Mayte Serrat
Psicóloga, fisioterapeuta e investigadora

Moverse a pesar de que haya dolor es necesario... ¿Y si no podemos?

La confrontación al dolor con movimiento es necesaria, y si no puedes moverte, te ayudará el hecho de imaginar que te mueves. Personas con lesiones medulares han vuelto a andar gracias a terapia con realidad virtual, porque han dado el orden al cerebro de que pueden hacerlo, dando un estímulo visual: es la neuroplasticidad.

En tercer lugar, existe el abordaje psicológico. ¿En qué sentido?

La terapia cognitiva-conductual es la que ha demostrado mayor beneficio. Ayuda a la reestructuración cognitiva, al cambio de pensamiento. Cuando tienes un dolor de forma natural pensarás “este dolor me mata, no me deja hacer nada”, pensamientos negativos porque el dolor te está fastidiando la vida. Esto es prácticamente inevitable.

Pero cuando te damos herramientas para identificar los pensamientos con la atención plena (*mindfulness*), te estamos ofreciendo una estrategia para darte cuenta de lo que estás pensando. Para empezar debes ser consciente de los pensamientos negativos; después hay que aprender a cambiarlo por otro más seguro (no hay que llamarlo más positivo). Debemos crear contextos de seguridad para evitar la alerta del cerebro. Cuanto más seguridad tiene la persona, más probabilidades de que el cerebro decida que el cerebro no es necesario.

“ ¿No has oído nunca a personas que dicen que cuando van al pueblo la rodilla no le duele? No es el clima, sino que su cerebro interpreta que es una zona segura

Mayte Serrat
Psicóloga, fisioterapeuta e investigadora

¿Un ejemplo de contexto de seguridad para evitar el dolor?

¿No has oído nunca a personas que dicen que cuando van al pueblo la rodilla ya no le duele? Tu cerebro, por motivos que desconocemos, interpreta que esa zona es segura para ti, y no te genera dolor. ¡Si fuera cosa del clima, que todo el mundo que tenga dolor vaya a ese pueblo! Pero no, esto no funciona.

Un caso de migraña

“Una mujer tenía fibromialgia y migraña. Había que buscar su contexto de seguridad. En su caso, cuando tenía ataques de migraña, debía encerrarse en una habitación sin luz ni ruido. Cuando no podía más, se medicaba. Empezó a hacer educación en neurociencia del dolor, y cuando tuvo el siguiente ataque lo que hizo es no preocuparse, fue capaz de enderezar los pensamientos y focalizar la atención en la calma, haciendo técnicas de respiración y relajación. Aprendió a cambiar el contexto: en vez de encerrarse en la habitación, decidió quedarse en el balcón: “Nunca lo había hecho, pero ahora entendía que la cabeza no me explotaría, entendí que el dolor pasaría y no me moriría. Con esta tranquilidad, me quedé en el balcón, y no me medicué”. El mismo día que cambió patrones, tuvo el mismo dolor de siempre, pero no le dio la razón al cerebro. En posteriores ataques, cada vez eran más cortos y más espaciados en el tiempo”.

¿Cuánto tiempo tardan estas terapias en ser efectivas?

No son fáciles ni inmediatas, conllevan un proceso. Hay un momento en que la disminución del dolor va mucho más rápido, porque el cerebro ya ha aprendido, y cada vez la recuperación es más rápida. En nuestros estudios, el 70% de las personas, a los tres meses, tienen una reducción de más del 20% de los síntomas. Hay un 10% de personas con una reducción de más del 70% de los síntomas. Son resultados de personas con fibromialgia.

¿Se está aplicando a la atención primaria todo esto? ¿Se está divulgando para que se conozca?

Se están realizando muchos grupos de trabajo. Este año se han incorporado a la atención primaria fisioterapeutas y 'Referentes de Bienestar Emocional', y las indicaciones de las autoridades de Salud es que hagan grupos para tratar el dolor crónico. Buena parte es formación en neurociencia del dolor.