



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención cognitivo-conductual basado en la influencia del estado afectivo en la intensidad del dolor percibido y la cognición en pacientes con dolor crónico

Alumno/a: Patricia M^a Soriano Cruz

Tutor/a: Prof. Dña. Casandra Montoro Aguilar
Dpto.: Personalidad, Intervención y
Tratamiento psicológico

Mayo, 2021

Índice

1. Resumen / abstract.....	3
1.1 Palabras clave.....	3
2. Introducción.....	4
2.1 Marco teórico.....	6
2.1.1 Definición del dolor crónico.....	6
2.1.2 Epidemiología y etiología del dolor crónico.....	8
2.1.3 Problemas emocionales y psicológicos asociados al dolor crónico.....	12
2.1.4 Alteraciones cognitivas características del dolor crónico.....	15
2.1.5 Relación de los déficits cognitivos con el dolor percibido.....	18
2.1.6 Terapias más usadas en el tratamiento del dolor crónico	20
2.2 Justificación. La necesidad de intervenir.....	23
3. Programa de intervención.....	24
3.1 Objetivos propuestos.....	24
3.2 Participantes.....	25
3.3 Procedimiento a seguir.....	26
3.3.1 Pruebas: Cuestionarios y Tests.....	28
3.3.2 Sesiones detalladas.....	31
3.3.3 Cronograma.....	39
3.3.4 Materiales necesarios.....	40
3.4 Resultados esperados.....	41
3.5 Discusión.....	43
3.6 Limitaciones del programa.....	45
6. Referencias bibliográficas.....	46
5. Anexos.....	58

1. RESUMEN / ABSTRACT

En España, un 18% de la población está aquejada de algún tipo de dolencia crónica para la cuál busca tratamiento. El 20% de estas personas es tratada en Unidades del Dolor donde se les proporciona asistencia médica y psicológica adecuada a su caso. Sin embargo, esto implica que la mayoría de estos pacientes (la mayor parte mujeres) no sean diagnosticados ni tratados de forma óptima. El impacto psicológico, junto al dolor, deteriora la calidad de vida de estos pacientes y requiere de intervenciones que tengan como objetivo que retomen sus actividades diarias y disfruten de su ocio a pesar de su dolor. La terapia cognitivo-conductual reúne numerosas evidencias a favor de su eficacia en mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, así como en la disminución de la intensidad del dolor y las emociones negativas que lo acompañan (incluyendo su percepción). En este trabajo se expone una propuesta de intervención cognitivo-conductual dirigida a pacientes con dolor crónico tras la que se esperan observar, como resultado de una mejora en el estado de ánimo, mejoras en las alteraciones cognitivas y percepción del dolor.

In Spain, 18% of the population is suffering from some kind of chronic affliction they seek treatment for. 20% of these people are treated in Pain Units where they are provided with medical and psychological assistance appropriate to their case. However, this implies that most of these patients (mostly women) are not optimally diagnosed or treated. The psychological impact, in addition to the pain, deteriorates the quality of life of the patients and requires interventions that aim to resume their daily activities and enjoy their leisure despite their pain. Cognitive-behavioral therapy gathers numerous evidence in favor of its effectiveness improving the quality of life of patients with chronic pain, as well as decreasing the intensity of the pain and the negative emotions that accompany it (including its perception). This essay presents a cognitive-behavioral intervention proposal based on cognition directed to patients with chronic pain after which is expected to observe, as a result of a mood improvement, an improvement of cognitive alterations and pain perception.

1.1 PALABRAS CLAVE

Dolor crónico, mujeres, terapia cognitivo-conductual, dolor percibido, cognición, estado afectivo.

2. INTRODUCCIÓN

El dolor es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (SED, 2020). Cuando experimentamos dolor puntualmente en nuestra vida diaria de forma breve y pasajera, éste es conocido como dolor agudo. Sin embargo, no es el único tipo de dolor que puede experimentarse ya que existe la posibilidad de que la sensación de dolor cambie y se alargue en el tiempo sin llegar a desaparecer por completo, es decir, se cronifique (Casado Morales et al., 2008). Un 18% de la población española sufre algún tipo de dolor crónico, siendo moderado o intenso en el 12% de los casos (Datos del dolor crónico en España, 2020).

En pacientes con enfermedades que provocan dolor crónico no solo hay comorbilidad con otras patologías físicas derivadas de la principal causa del dolor, sino que también las hay de índole psicológica como son depresión, ansiedad, estrés y problemas de memoria (Truyols et al., 2008). Así mismo, los problemas de memoria constituyen una de las principales quejas emitidas por estos pacientes junto con no sentirse comprendidos por aquellas personas con las que conviven en su día a día (Esteve et al., 2001). Otra queja común es la sensación de no sentirse comprendidos. La asertividad se define como la habilidad de expresar deseos/pensamientos/sentimientos de forma adecuada y sin atacar a los demás, es por eso que desarrollar una conducta asertiva ayuda a los pacientes a expresarse mejor y a evitar las consecuencias negativas que conllevan otro tipo de conductas, por ejemplo: pasivas o agresivas (Unidad Multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor, 2016).

En lo que respecta al tratamiento del dolor crónico, se aboga por un enfoque multidisciplinar que abarque intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas. Debe llevarse a cabo un tratamiento psicológico de forma complementaria a la medicación que el paciente tome. No existe un método concreto a seguir a la hora de tratar a una persona con dolor crónico, sino que dependerá de las características de la persona el utilizar una terapia u otra dado que, si bien hay métodos cuya práctica está más extendida, todas ellas dan lugar a mejoría en mayor o menor medida según los aspectos individuales de cada paciente (Kerns et al., 2011).

No obstante, las terapias más utilizadas en el tratamiento de pacientes con dolor crónico son la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso, siendo las que ofrecen mejores resultados. Estas terapias a menudo se realizan en conjunto con técnicas de relajación y biofeedback. Otras técnicas como el mindfulness obtienen resultados prometedores, sin embargo, no cuentan con bastantes estudios científicos que sirvan de apoyo empírico de los beneficios de esta técnica (González, 2014). En conjunto con las terapias mencionadas pueden emplearse estrategias que doten al paciente de herramientas para sobrellevar mejor el dolor como estrategias para la organización del tiempo o pautas para una correcta higiene postural y del sueño. Las actividades cotidianas suelen sufrir interferencias causadas por el dolor, sin embargo, es importante que la persona se mantenga activa. A través de las estrategias de organización del tiempo puede aprender a planificar sus actividades y reservar tiempo para seguir disfrutando del ocio (Moix y Casado, 2011). En la misma línea se encuentra la higiene postural. El principal efecto de una pobre higiene postural es el cansancio, que afecta al Sistema Nervioso Central y músculos. Si no se descansa el cansancio se convierte en agotamiento, originando síntomas físicos y psicológicos que repercuten en la salud y el rendimiento de la persona, pudiendo incluso cronificarse (Sac García, 2013). Es importante que la higiene postural vaya acompañada de educación en actitud activa y no aparezca sola para alcanzar un mayor grado de mejoría (Moix Queraltó et al., 2006). Respecto a la higiene del sueño, su objetivo principal es favorecer que el paciente desarrolle unos hábitos apropiados de sueño (Gevirtz, 2008). Y es que el sueño no reparador (queja reportada por los pacientes con dolor crónico) está asociado con problemas cognitivos (Wolfe et al., 2010). Una correcta higiene del sueño ha demostrado ser igual de eficaz a corto plazo, pero ha obtenido mejores resultados a largo plazo que la medicación típicamente usada para tratar los problemas del sueño en pacientes con dolor crónico (Navarro-Aquino et al., 2015).

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 DEFINICIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

La definición de dolor ha variado a lo largo de los años. Las civilizaciones antiguas creían que el dolor se localizaba en el alma o el corazón y su causa eran demonios o la pérdida del equilibrio propio del cuerpo (Pérez-Cajaraville et al., 2005). Es Aristóteles (entre los años 460 y 377 a.C.) el primero en aportar la idea de que el dolor es una alteración del corazón determinada por el cerebro, aunque es Galeno (años 130-200 d.C.) quien describe el Sistema Nervioso y relaciona directamente el origen de la sensación de dolor en el cerebro. Posteriormente, Leonardo da Vinci añade una descripción de los nervios y relaciona el cerebro con la recepción de la sensación de dolor y a la médula como conductora de los estímulos que lo causan (Fernández-Torres et al., 1999).

Respecto al tratamiento del dolor se debe destacar el trabajo de John Bonica. El Dr. Bonica fue uno de los primeros clínicos en percatarse de lo complejo que resulta tratar el dolor, proponiendo un acercamiento en “equipo”. En 1953 las aportaciones de Bonica suponen un punto de inflexión tras la publicación de su libro “The Management of Pain” (referente mundial aún a día de hoy) y su impulso de las Unidades del Dolor, 7 años después creó de la primera clínica multidisciplinar para el tratamiento del dolor convirtiéndose en la referencia de numerosas clínicas alrededor del mundo (Bonica, 1979).

En 1965, Melzack y Wall publican su teoría sobre la Puerta del dolor en la que se otorga al Sistema Nervioso el papel de modulador de la información sensorial (Anexo 1), estos autores describen además las vías nerviosas relacionadas con el dolor implicando así la existencia del Sistema Nervioso Central y Periférico (Acevedo González, 2013).

Se publica en 1986 la primera revista especializada en el dolor en lengua española: Dolor (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

Generalmente, se considera que un dolor es crónico cuando persiste durante más de 3 meses o perdura más de un mes tras una lesión (o una lesión que no cicatriza). Los trastornos no resueltos que generan estímulos dolorosos progresivos pueden ser los causantes del dolor

crónico (Watson, 2020). El dolor crónico puede durar meses o incluso años. Este puede ser debido a una lesión, daño nervioso, infección, dolores de cabeza (migrañas), problemas de espalda, cáncer, artritis o padecimiento de fibromialgia (Familydoctor, 2019). No obstante, en algunos casos la causa no está clara (como en la fibromialgia) y factores ambientales y psicológicos como estrés, ansiedad y depresión pueden empeorar la percepción de dolor (Ortiz y Velasco, 2017).

De hecho, es común que pacientes con dolor crónico presenten algún problema psicológico debido a que afrontar las limitaciones e interferencias que éste supone en la vida diaria del enfermo es una tarea que puede resultar difícil y frustrante (Infante Vargas, 2002). Personas cuyo dolor comenzó a partir de un evento determinado, como un accidente, pueden percibirse a sí mismos como heridos (con una lesión o discapacidad) y ser reacios a participar en actividades que se parezcan o les recuerden el evento en concreto. Por otro lado, para las personas cuyo dolor se presentó sin motivo aparente se puede ver comprometido el apoyo social que la persona recibe. Esto se debe a que las personas de su entorno (familia, amigos, compañeros) pueden reaccionar de forma hostil a sus quejas, al no comprender al paciente ya que no hay motivo aparente para el dolor, causando un gran malestar emocional en el enfermo (Turk y Okifuji, 1996).

Otro motivo de conflicto son los frecuentes problemas de memoria reportados por estos pacientes que, además de lidiar con las interferencias en su vida diaria producto de sus problemas para mantener su concentración, se encuentran angustiados por el bajo apoyo que reciben de las personas en su entorno (Esteve et al., 2001).

El dolor crónico presenta un patrón en forma de círculo vicioso:

Cuando se siente dolor se evita realizar aquellas tareas que lo acompañan, haciendo que aumente la atención que la persona presta al dolor y su miedo a experimentarlo. Al mismo tiempo, a causa de reducir su actividad física, la persona sufre una pérdida de masa muscular que dificulta la recuperación y hace aumentar el dolor (Bravo y González-Durán, 2001). Este círculo va acompañado de las emociones negativas que siente la persona al verse mermada su capacidad de recuperación y las actividades que se es capaz de hacer (Casado Morales et al., 2008).

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA DEL DOLOR CRÓNICO

Se pueden encontrar casos de dolor crónico en todo el mundo variando su prevalencia entre un 16-70% dependiendo del país (Bautista y Jiménez, 2014). En España alrededor del 18% de la población se ve afectada por algún tipo de dolor crónico, considerando su intensidad entre moderada e intensa en el 12% de los casos (Torralba et al., 2014). Las patologías predominantes son: dolor lumbar (14,8%), neuropático (32,8%), musculoesquelético (21%) y artrosis (más del 50% de la población mayor de 65 años) (Datos del dolor crónico en España, 2020).

Los resultados del estudio ITACA (un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de farmacoepidemiología con datos recogidos en 100 Unidades del Dolor del país) manifiestan que la mayoría de los pacientes con dolor crónico pertenecen al sexo femenino (66% eran mujeres y 34% hombres), tienen entre 55 y 70 años de edad, viven en familia, presentan sobrepeso y habitan en zonas urbanas. Este estudio también cuenta con los resultados obtenidos por los pacientes en el cuestionario de salud *Short Form 12 Health Survey* (SF-12) (Anexo 2), que ofrece puntuaciones sobre calidad de vida física y mental (ver Tabla 1). Si realizamos una distinción entre pacientes originarios de zonas urbanas y rurales, podemos observar que su calidad de vida no difiere significativamente dependiendo de su localización (en especial mentalmente). Podemos deducir pues que, tanto pacientes con dolor crónico en zonas urbanas como en zonas rurales, tienen la necesidad de asistir a las Unidades del Dolor para disfrutar de un tratamiento apropiado (Casals y Samper, 2004).

Sin embargo, la iniciativa “Pain proposal” señala aspectos deficientes del sistema sanitario español del cuál destaca la escasa información que poseen sobre el dolor crónico los profesionales no especializados. Hasta el 80% de las consultas se resuelven en atención primaria, es decir, solo el 20% llega a las Unidades del Dolor. Por lo tanto, muchos pacientes no reciben un tratamiento adecuado a sus necesidades. Si tenemos en cuenta que el tiempo de espera hasta que los pacientes reciben un diagnóstico acertado suele ser prolongado se puede concluir que: el hecho de que la mayoría de los pacientes en las Unidades del Dolor pertenezcan a zonas urbanas, se debe a que gran parte de los afectados con dolor crónico habitan en zonas rurales y no llegan a asistir a las Unidades del Dolor (Torralba et al., 2014).

Tabla 1.

Puntuaciones del cuestionario de salud Short Form 12 Health Survey (SF-12).

Ámbito del paciente	Física	Mental
Rural	32,37 ± 8,03	45,63 ± 9,66
Urbano	31,12 ± 7,47	45,69 ± 10,19

Nota. En esta tabla podemos ver los resultados del cuestionario de salud SF-12 distinguiendo entre pacientes de entorno rural y urbano. Los valores están expresados en media más desviación estándar.

A continuación, se expone información básica sobre la epidemiología y etiología de las patologías mencionadas al principio de este párrafo:

Con respecto al dolor lumbar (a menudo acompañado de artrosis) podemos decir que su diagnóstico no presenta ningún desafío, ya que su sintomatología es clara. Sin embargo, en el 85% de los casos, no se encuentra ninguna alteración que explique el dolor, por lo que la causa permanece desconocida (Moix et al., 2006). Este dolor puede presentarse en forma de dolor agudo o crónico y la diferencia entre los dos es que factores psicológicos y sociales van a jugar un importante papel en su mantenimiento (Bravo y González-Durán, 2001). Debido a su alta incidencia y a una eficacia reducida en su tratamiento, el 29% de los pacientes termina padeciendo algún trastorno depresivo (Casado Morales et al., 2008).

El dolor musculoesquelético puede clasificarse en 2 grupos: dolor articular (enfermedades degenerativas e inflamatorias) y no articular (patologías de tejidos blandos, músculos, tendones, nervios y ligamentos o bursitis). Para un correcto diagnóstico de estas patologías debe consultarse a un especialista (Rico, 2008). Dentro de las patologías de dolor musculoesquelético destacaremos el miofascial, la fibromialgia y las migrañas. La definición más aceptada del dolor miofascial lo describe como “un conjunto de síntomas sensoriales, motores y autonómicos que son causados por un punto gatillo miofascial” (puntos asociados a nódulos que reproducen el dolor al ser presionados) (Simons, 2004). Su diagnóstico es

complicado ya que presenta un carácter referido visceral y suele confundirse con otras patologías. Es poco conocido a pesar de encontrarse en el 30% de los pacientes en clínica general (Villaseñor Moreno et al., 2013). La fibromialgia, por su parte, afecta a entre un 2-4% de la población. La padecen mayoritariamente mujeres y suele ir acompañada de alteraciones del sueño, fatiga, ansiedad y depresión. Su diagnóstico puede realizarse mediante la escala de gravedad de síntomas (SS) aprobada por el Colegio Americano de Reumatología que, además de incluir sintomatología que no se contemplaba hace 30 años, no requiere de examen físico (Wolfe et al., 2010). La migraña consiste en una sensación pulsante (normalmente en un solo lado) o un dolor de cabeza intenso, tanto que puede interferir en las actividades cotidianas. A menudo va acompañado de sensibilidad a la luz y al sonido, náuseas y vómitos. La duración de los ataques de migraña puede ser desde unas horas a días. Aunque no se han descubierto causas concretas, se ha propuesto la influencia de factores genéticos y ambientales. Algunos factores desencadenantes son: cambios hormonales en mujeres (3 veces más propensas a las migrañas que los hombres), estrés, estímulos sensitivos, alteraciones del sueño, cambios en el clima, medicamentos (Migraña - Síntomas y Causas, 2021).

La artrosis es definida por la Fundación Española de Reumatología como “una patología reumática que lesiona el cartílago articular” (Beltrán Fabregat et al., 2003). Esta enfermedad afecta a las articulaciones, frecuentemente a las periféricas (dedos, rodilla, cadera). A medida que el cartílago va desapareciendo, aparecen pequeñas protuberancias óseas en la articulación. Esto produce dolor, rigidez e incapacidad (Fundación Española de Reumatología, 2017). De hecho, es una de las mayores causas de discapacidad en España. Un 10% de la población del país padece artrosis, siendo la localizada en la rodilla la más común, siendo muy frecuente entre mujeres mayores de 55 años y personas con antecedentes familiares (Sociedad Española de Reumatología, 2001). Puede ser causada por compresión, tensión o cizallamiento (aplicación de una carga en paralelo a la superficie de una estructura). Algunos factores de riesgo son: obesidad, escaso ejercicio físico y mala postura (Villar Inarejos et al., 2021).

El dolor neuropático es aquel que se siente cuando hay una alteración en el Sistema Nervioso que lo activa sin causa física aparente. Es por esto que no existen unos criterios concretos para definirlo y suele estar mal diagnosticado. Un incorrecto funcionamiento de los

nervios periféricos del Sistema Nervioso Central pueden causar parestesias (sensación de quemazón), disestesias (sensaciones desagradables causadas por estímulos normales) e hiperestesia (sensibilidad aumentada) desencadenando procesos inflamatorios, del sistema inmune y vascular. Si este dolor no es tratado adecuadamente suele ir acompañado de trastornos del sueño, ansiedad y depresión (Rodríguez y García, 2007).

Es pertinente nombrar un tipo de dolor sin causa aparente que suele tener un inicio brusco y es motivo de múltiples visitas médicas. Este tipo de dolor de etiología desconocida al que no se le pueden atribuir causas ni biológicas ni psicológicas se denomina dolor somatoforme o idiopático. Estudios describen a los pacientes que padecen este dolor como personas con dificultad para la introspección y expresar sus emociones, con tendencia a reprimir sentimientos hostiles y negar conflictos (Benítez Hernández y Rodríguez Testal, 2011). Es por ello que suele estar muy ligado a la depresión. Se piensa que la aparición de este dolor podría ser alguna alteración del Sistema Nervioso Central que genera la percepción del dolor (Pablo Rabassó y Díaz Digón, 1994). Un ejemplo claro de dolor idiopático sería el dolor del miembro fantasma (Villaseñor Moreno et al., 2014).

La mayoría de estos dolores van acompañados en no contadas ocasiones de ansiedad, depresión, emociones negativas y alteraciones cognitivas (por ejemplo: memoria, atención, lenguaje, percepción, planificación, funciones manipulativas y espaciales) (Infante Vargas, 2002). Esto hace visible la relación que guardan las emociones y el dolor, llegando a cambiar la percepción del mismo, imposibilitando su recuperación o, por el contrario, haciendo que mejore.

2.1.3 PROBLEMAS EMOCIONALES Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL DOLOR CRÓNICO

Cuando las personas dejan de sentirse seguros realizando determinadas actividades, terminan evitándolas por el miedo al dolor antes de que este suceda. Aparecen emociones negativas, como son el miedo y la indefensión, que producen disminución de la calidad y cantidad del sueño, cambios en el distrés emocional (sentimientos subjetivos que varían en intensidad desde incertidumbre y preocupación hasta ansiedad y depresión) y un aumento de los síntomas relacionados con el dolor (Castel et al., 2008). Vivir bajo un dolor continuo resulta una experiencia estresante pudiendo esto aumentar la intensidad y duración del mismo dolor. Además, las personas que padecen un dolor persistente tienden a desarrollar ansiedad, depresión y trastornos del sueño (Ojeda et al., 2011).

La mayoría de las quejas que se reciben en atención primaria hacen referencia a síntomas físicos. Esto reduce la probabilidad de identificar síntomas de depresión o ansiedad al considerar que la causa es una enfermedad oculta (Arango- Dávila y Rincón-Hoyos, 2018). Es común encontrar síntomas dolorosos crónicos en pacientes con trastorno depresivo. Su presencia hace empeorar los siguientes síntomas depresivos: el estado de ánimo, la agitación (o inhibición) psicomotora, la fatiga, los problemas de concentración, la pérdida de interés, el aumento de peso y el insomnio (Winkler et al., 2015). Los pacientes con depresión tienen creencias y pensamientos más pesimistas que el resto de la población, por lo que esperan que su rendimiento sea peor que el resto en actividades cognitivas y de ámbito social. También muestran expectativas de sufrir dolor intenso en situaciones dolorosas (Sullivan et al., 2001). Asimismo, en los trastornos de ansiedad son comunes los síntomas físicos, de hecho, la ansiedad y la depresión guardan correlación y suelen aparecer juntas en numerosas ocasiones (Xie et al., 2012). La ansiedad (ya sea Estado o Rasgo) también guarda relación con el dolor, en concreto con su intensidad (Infante Vargas, 2002). Los pacientes reportan no poder ni controlar ni evitar el dolor, por lo que lo perciben como una amenaza, convirtiéndolo en causa de elevados niveles de ansiedad (Florez Calceto y Tavera Marín, 2015). Debido a lo mencionado, el autoconcepto y la motivación de las personas con dolor crónico se ve afectado y, en consecuencia, muestran estrategias de afrontamiento pasivas y escasas (Soucase et al., 2005).

Los constructos que parecen predecir mejor los resultados del tratamiento en pacientes con dolor crónico son el catastrofismo y la aceptación (Campayo y Rodero, 2009). Por una parte, el catastrofismo (magnificación, rumiación e indefensión) promueve la cronificación del dolor y augura un peor pronóstico de cara a cualquier tratamiento. Así mismo, contribuye a que la persona experimente mayor intensidad del dolor, mayor sensibilidad a este, mayor incapacidad y depresión (Buenaver et al., 2008). Esto se debe a que las personas que presentan elevadas puntuaciones en este rasgo muestran, además: un estilo de afrontamiento inadecuado, altos niveles de atención a las señales relacionadas con el dolor y, por consiguiente, un mayor procesamiento del dolor por parte del Sistema Nervioso Central (Edwards et al., 2008). Se pueden encontrar evidencias tanto a favor de que el catastrofismo es un rasgo estable, como a favor de que es modificable. Por otra parte, la aceptación implica que la persona siga realizando sus actividades cotidianas a pesar de sentir dolor y reconociendo que las estrategias basadas en la evitación resultan ineficaces (McCracken et al., 2007). Personas que manifiestan altos niveles de aceptación refieren experimentar menos dolor, ansiedad, depresión, menor nivel de discapacidad y mayor nivel de actividad y calidad de vida (Kratz et al., 2007). El nivel de aceptación que alcanza la persona no está determinado por la intensidad del dolor que padece inicialmente (Campayo y Rodero, 2009).

Las creencias son autoverbalizaciones respecto al dolor, pudiendo resultar adaptativas o desadaptativas. Las autoafirmaciones catastróficas conducen a la persona a la percepción de indefensión y escasos recursos. Las creencias de indefensión contribuyen a que la persona se perciba como incapacitada. Esto tiene relación con las atribuciones del locus de control que realiza la persona: interno (el control lo tiene la persona) o externo (causas ajenas a la persona tienen el control) (Visdómine-Lozano y Luciano, 2006). Si la persona cree que no posee habilidades para la realización de una tarea (baja autoeficacia), no se esforzará. Como consecuencia experimentará malestar emocional y un mayor dolor percibido (Asghari y Nicholas, 2001). Una situación de dolor sostenido demanda esfuerzos continuos por parte de la persona. Las estrategias de afrontamiento que pueden ser de diferente índole: activas (adaptativas), pasivas (desadaptativas), cognitivas (uso de pensamientos) o conductuales (observables) (Felipe Castaño y León del Barco, 2010). La rumiación cognitiva sobre el dolor desencadena sentimientos de indefensión y depresión, además, dificulta la distracción y otras

estrategias de afrontamiento. Tratar los pensamientos catastróficos mediante la reestructuración cognitiva mejora la percepción del dolor (Moretti, 2010).

2.1.4 ALTERACIONES COGNITIVAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO

Se entiende como alteraciones cognitivas a la disminución de las funciones mentales superiores, entre las que se encuentran la atención, la percepción, la orientación, la memoria, el lenguaje y la planificación (Ojeda et al., 2011). Estudios manifiestan que pacientes con enfermedades que causan dolor crónico (por ejemplo, fibromialgia) muestran un peor rendimiento que la población sana en tests que evalúan atención, flexibilidad cognitiva, organización, memoria verbal y visoespacial, planificación y velocidad de procesamiento. Se ha encontrado correlación entre estos resultados y las siguientes variables: afecto negativo y positivo, alexitimia (dificultad para reconocer y expresar emociones), autoestima, ansiedad, depresión, catatrofización e intensidad del dolor (Galvez-Sánchez et al., 2018). Pacientes con fibromialgia reportan, además, mayor cantidad de síntomas graves de insomnio y fatiga (Wolfe et al., 2010).

Las funciones ejecutivas se caracterizan por ser un conjunto de capacidades que tienen como objetivo que la persona se adapte a situaciones nuevas de forma eficaz, flexible y organizada. Son las responsables de que la conducta del individuo sea planificada, dirigida y secuenciada de forma correcta a cada tarea (Barroso et al., 2002). Estudios que comparan el rendimiento entre personas sanas y pacientes con dolor crónico encuentran que los pacientes presentan resultados más pobres en velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas (atención, memoria de trabajo y episódica, fluidez verbal), así como un posible efecto producido por la ansiedad (Munguía-Izquierdo et al., 2008).

La atención puede clasificarse en involuntaria (estado de alerta ligado a la vigilia), sostenida y selectiva (activan los sistemas implicados en la atención y mantienen la activación mientras se integra un nuevo estímulo), que se divide a su vez en focalizada y dividida. Los sistemas que participan en la atención sostenida y selectiva son el dopaminérgico, acetilcolinérgico y noradrenérgico. Este último también interviene en la atención involuntaria (Rebollo y Montiel, 2006). Personas con dolor crónico muestran dificultad para mantener la atención y mayor vigilancia hacia sensaciones corporales que personas sanas. Consecuencia

de su reducida atención sostenida, se observa también un peor rendimiento en tareas en las que participa, convirtiéndose en una situación estresante (Montoya et al., 2006).

El Diccionario de la Lengua Española (2021), define el lenguaje como “la facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos”. La palabra “lenguaje” ha recibido muchas definiciones diferentes pero todas le otorgan las siguientes características: se trata de un sistema compuesto por signos lingüísticos, posibilita una relación peculiar con el medio, origina conductas concretas que permiten su interpretación o un comportamiento específico (Ríos Hernández, 2010). En pacientes con dolor crónico, la alexitimia guarda relación con la sintomatología dolorosa, aumentando si empeora y remitiendo con la mejoría de esta (Arancibia y Behar, 2015).

Las praxias son movimientos planeados que se llevan a cabo con un objetivo o para realizar una acción determinada. Podemos diferenciar entre praxias ideomotoras (movimiento simple intencional), ideatorias (manipulación de objetos), faciales (labios, lengua, cejas, ojos...) y visoconstructivas (movimientos organizados para formar una figura) (NeuronUp, 2020). Las personas que sufren de dolor crónico suelen evitar la actividad, esto está asociado a un aumento del dolor y a la pérdida del tono muscular. (Bravo y González-Durán, 2001). Por otro lado, el sobrepeso está asociado con una mayor intensidad del dolor y un descenso en la calidad de vida (Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2018).

Se pueden diferenciar varios tipos de memoria: a corto plazo (puede durar segundos o minutos) y a largo plazo (almacena información por largos periodos de tiempo y puede volver a ser evocada). A su vez, según Portellano (2005), estas se dividen de la siguiente forma:

- Corto plazo: memoria sensorial (información proveniente de los sentidos), memoria inmediata (retención por unos segundos) y memoria de trabajo (implicada en el razonamiento, la solución de problemas, la comprensión y la realización de tareas simultáneas).
- Largo plazo: memoria declarativa (consciente), memoria no declarativa (inconsciente), memoria semántica (conceptual) y memoria episódica (episodios de la vida de la persona referentes a un lugar, momento o emociones determinadas).

Una de las variables cognitivas que más afectadas se ve por el dolor crónico es la memoria. Debido al distrés emocional las funciones mentales superiores se ven alteradas, por ejemplo, la atención, donde el dolor compite por los recursos atencionales de la persona obstaculizando el rendimiento en tareas en las que interviene la memoria (Castel et al., 2008). Como respuesta al estrés, el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal produce glucocorticoides que a largo plazo deterioran las estructuras cerebrales relacionadas con la memoria (hipocampo) (Fuentes et al., 2019). Las alteraciones del sueño también suponen alteraciones en la memoria, esto se debe a que la consolidación de nueva información se lleva a cabo durante el sueño de ondas lentas y la fase REM (Ojeda et al., 2011).

2.1.5 RELACIÓN DE LOS DÉFICITS CON EL DOLOR PERCIBIDO

En el apartado anterior, se han recopilado alteraciones cognitivas que guardan relación con el dolor crónico. En esta sección se tratará con más detalle la relación entre estas alteraciones y la sintomatología dolorosa.

Las personas con depresión tienen un 21% más de riesgo de desarrollar obesidad que la población general. Estudios indican que tanto la depresión como la obesidad (o sobrepeso) afectan el rendimiento de las funciones ejecutivas, la atención y la velocidad de procesamiento (Restivo et al., 2017). Ambas patologías aparecen comúnmente junto al dolor crónico. Se sugiere que en esta relación podría jugar un papel importante la dopamina (fundamental para las funciones ejecutivas y reducida en personas con obesidad). Es de resaltar, de cara al tratamiento, que un aumento de la actividad física de la persona se ha asociado con una mejoría del rendimiento de las funciones ejecutivas (Muñoz Ladrón de Guevara et al., 2018).

En pacientes con dolor crónico se ha observado un mayor uso de recursos atencionales dirigidos a hacia sensaciones corporales y relacionadas con el dolor, mostrando interferencias en tareas que precisan de estos recursos. Esto se refleja en la activación de la corteza cingulada anterior medial y rostroventral, regiones que se activan en respuesta a cambios en la atención hacia estímulos dolorosos y partes del cuerpo estimuladas (Montoya et al., 2006). Si la persona considera el dolor como una amenaza entrará en un círculo vicioso en el que evitará la actividad física (asociada con una mejoría de los síntomas dolorosos) y provocando el efecto contrario, un aumento en la intensidad del dolor. Como consecuencia las personas con esta percepción del dolor presentan hipervigilancia (estado de sensibilidad aumentada y exageración) hacia los estímulos dolorosos, esta actitud puede llegar a suponer un aumento en la discapacidad de la persona (Casado Morales et al., 2008).

El lenguaje y la forma de expresarse de un enfermo resultan importantes de cara a la evaluación de sus síntomas y la emisión de un diagnóstico. Así mismo, las palabras utilizadas también son indicativos de un procesamiento adecuado de la situación dolorosa o un deterioro de los procesos cognitivos, según denoten emociones positivas o negativas respectivamente

(Batista Capelo, 2019). La alexitimia participa en el mantenimiento del dolor en enfermedades que causan dolor crónico debido a las emociones negativas que desencadena, también aumenta el riesgo de desarrollar depresión. Estudios con neuroimagen muestran una mayor actividad en la corteza insular (percepción del dolor) y una actividad reducida en áreas prefrontales (reguladoras del procesamiento) (Kano y Fukudo, 2013). Estas alteraciones de regulación emocional son las causantes de hipervigilancia hacia sensaciones corporales (Arancibia y Behar, 2015).

Es frecuente recibir quejas sobre problemas de memoria de los pacientes con dolor crónico, quejas que los profesionales suelen achacar a la medicación que reciben. Otras hipótesis de cuál podría ser la causa de estas alteraciones son: se trata de otro síntoma de la depresión, problemas con el procesamiento de la información, son producidas por un incorrecto funcionamiento del mecanismo atencional (Esteve et al., 2001). Si bien sólo se tratan de hipótesis merece la pena destacar que la mayoría de los casos de dolor crónico están acompañados de algún trastorno depresivo (70-80%). Estudios donde se compara el rendimiento entre sujetos con dolor crónico deprimidos y no deprimidos se encuentra que: los individuos deprimidos obtienen resultados más pobres en funciones atencionales y memoria de trabajo que los no deprimidos (García-Nieto et al., 2008).

2.1.6 TERAPIAS MÁS USADAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Las técnicas psicológicas que se utilizan más comúnmente como tratamiento para el dolor crónico según Moix y Casado (2011) son:

- Relajación: se utiliza tanto de forma aislada como formando parte de otras terapias. Las más usadas son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz. El dolor provoca en la persona tensión y ansiedad, lo que da lugar a un aumento del dolor. Con la relajación se rompe este círculo al activar el sistema parasimpático.
- Biofeedback: se basa en que el dolor es causado por una incorrecta regulación fisiológica y su objetivo es restablecer la autorregulación de la persona. Los biofeedbacks más empleados son los electrográficos y los orientados a regular la temperatura periférica.
- Hipnosis: a través de la sugestión se consiguen cambios en la sensación de dolor, en la percepción, emociones, pensamientos y conductas. Se basa en la reducción de la ansiedad y, por tanto, del dolor. Ya que la hipnosis funciona a través de la sugestión puede darse un efecto placebo (cambio en el organismo producido por el estímulo psicológico resultante de la administración de una sustancia/ tratamiento inerte).
- Técnicas operantes: basadas en condicionamiento instrumental. Tratan de reducir las conductas de dolor y reanudar las actividades que se estaban evitando, además de, incorporar el ejercicio físico mediante un programa gradual.
- Terapia de aceptación y compromiso: fundamentada en aceptar que la evitación es ineficaz y el compromiso con objetivos y valores vitales. Mayores niveles de aceptación se relacionan con menor intensidad del dolor y mayor calidad de vida.
- Mindfulness: basada en vivir el presente prestando atención a lo que sucede sin juzgar ni interpretar. Utiliza frecuentemente la meditación como medio para focalizar la atención. Puntuaciones altas en mindfulness están relacionadas con mayor calidad de vida y menos emociones negativas.
- Escritura emocional: consiste en describir el acontecimiento traumático y las emociones experimentadas. El objetivo es organizar los hechos y las emociones de la persona en pos de facilitar la comunicación con su entorno social.

- Terapia cognitivo-conductual: utilizada mayoritariamente como complemento a procedimientos médicos. Los pacientes que reciben ambos tratamientos experimentan una mayor reducción del dolor, incapacidad y estado de ánimo negativo.

De entre las terapias anteriores, la más estudiada y que ha demostrado mayor efectividad es la terapia cognitivo-conductual. Esta terapia tiene como objetivo principal minimizar todo lo posible la interferencia en la vida diaria que el dolor causa a los pacientes. La terapia cognitivo-conductual consta de varios componentes: uno psicoeducativo que ayuda al paciente a comprender mejor su dolor y otro relacionado con la forma en que la persona reacciona al mismo dolor. Este segundo componente es abordado en numerosos casos mediante técnicas de relajación, biofeedback y un aumento progresivo de la actividad física del paciente (Vicente y Berdullas, 2010). Un factor importante que esta terapia tiene en cuenta para el tratamiento son las limitaciones de la persona y sus intereses personales. Los beneficios que la terapia cognitivo-conductual ofrece a los pacientes con dolor crónico también se pueden dividir en varios componentes (Morley et al., 1999):

- Por una parte, el tratamiento puede reducir el dolor que padece la persona, reducir comportamientos inconvenientes relacionados con el afrontamiento del dolor y aumentar el nivel de actividad de la persona tanto físicamente como en su entorno social.
- Por otro lado, el tratamiento también tiene como objetivo cambiar la experiencia del dolor por un enfoque más positivo y mejorar el estado de ánimo de la persona y su manera de afrontar cognitivamente su situación.

En otras palabras, esta terapia tiene como objetivo reducir la activación fisiológica y malestar psicológico. Como resultado, la persona reduce sus niveles de ansiedad y favorece la expresión emocional. La terapia cognitivo-conductual promueve cambios en la conducta y la actitud de la persona. Se ven aumentadas la capacidad de afrontamiento activo y la sensación de bienestar. La persona experimenta mejoras en su calidad de vida, específicamente se pueden observar mejoras respecto a la ansiedad, tensión, inquietud y nerviosismo (Sánchez-Román et al., 2006).

Por otra parte, el tratamiento para el dolor crónico suele tener un enfoque multidisciplinar. Es conveniente hablar también de qué fármacos se usan normalmente para tratar este tipo de dolor. Fernández Domínguez y colaboradores (2018), proponen la siguiente clasificación:

- Analgésicos primarios: constituyen el tratamiento básico para el dolor crónico junto con los opioides.
 - Uso para dolor leve-moderado. Tienen acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Por ejemplo: Paracetamol, Antiinflamatorios no esteroideos.
 - Opioides: principal fármaco contra el dolor discapacitante. Su uso podría estar asociado a alteraciones en el rendimiento neuropsicológico, en concreto: velocidad psicomotora, tiempo de reacción y memoria de trabajo (Park y Moon, 2010).
 - Menores/débiles: Uso para dolor leve-moderado. Por ejemplo: Codeína, Tramadol.
 - Mayores/potentes: Uso para dolor moderado-severo. Por ejemplo: Morfina, Oxycodona.
- Analgésicos secundarios y coadyuvantes: no tienen efecto analgésico pero ayudan a reducir el dolor por otros medios. Por ejemplo: Antidepresivos, Antiepilépticos, Relajantes musculares.

2.2 JUSTIFICACIÓN. LA NECESIDAD DE INTERVENIR

Se ha observado cómo las patologías que causan dolor crónico están a menudo acompañadas de alteraciones psicológicas (por ejemplo, elevada tendencia a la catastrofización, depresión y ansiedad). El impacto en la vida de los pacientes se ve aumentado debido a ello. Lidar con el dolor y las posibles limitaciones físicas que este ocasiona ya supone una gran interferencia, pero no solo tiene repercusiones físicas. El entorno social de la persona y su salud mental también se ven afectados. Alteraciones en las funciones cognitivas, estado anímico y percepción del dolor son comunes entre personas con dolor crónico. Intervenir psicológicamente, en conjunto con el tratamiento médico, ha demostrado ser de gran ayuda para conseguir una mejora de estos pacientes.

Sin embargo, el diagnóstico de estos pacientes se ve retrasado en atención primaria y pocos llegan a asistir a las Unidades del Dolor, donde reciben un tratamiento adecuado a sus necesidades. Este hecho se ve acentuado en zonas rurales, siendo pacientes de zonas urbanas la mayoría de los asistentes a estos centros.

Respecto a la población que sufre dolor crónico, hay que destacar que se compone mayoritariamente por personas del sexo femenino.

Es por todo lo anteriormente mencionado que surge la necesidad de realizar una intervención psicológica destinada a mujeres de zonas rurales con dolor crónico, con el objetivo de mejorar el estado de ánimo de estas y, que a su vez esta mejora se perciba también a nivel cognitivo y percepción dolorosa, dada la relación tan estrecha entre todos estos factores.

3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1 OBJETIVOS PROPUESTOS

El objetivo principal del programa es reducir la interferencia del dolor en la vida diaria de las participantes, mejorar su estado de ánimo y disminuir las emociones negativas.

Específicamente también se pretende:

- Observar si la mejora en el estado de ánimo también se traduce en una mejora en la percepción del dolor y alteraciones cognitivas presentes.
- Educar a las participantes aportándoles información sobre el dolor y su relación con la cognición y el estado afectivo.
- Formarlas en técnicas de relajación y focalización de la atención.
- Mejorar el estado afectivo de las participantes mediante el manejo de las emociones, proporcionar información sobre la asertividad y disminuir los pensamientos catastrofistas.
- Proporcionar estrategias de organización del tiempo y pautas de higiene postural y del sueño con el fin de que las participantes puedan mantenerse activas y disfruten de su tiempo de ocio.
- Acentuar la importancia de la actividad y el ejercicio físico.

3.2 PARTICIPANTES

Mujeres que sufran dolor crónico y residan en zonas rurales. Para favorecer un ambiente en el que las participantes se sientan cómodas. Los grupos para las sesiones serán de 10 personas.

Los criterios de inclusión y exclusión serán los expuestos a continuación:

Se admitirán con prioridad mujeres de entre 50-70 años ya que es el rango de edad predominante entre las pacientes en las Unidades del Dolor (Casals y Samper, 2004). Deberá tenerse en cuenta las limitaciones físicas de las pacientes de forma que se admitirán mujeres cuya condición física, psicológica o medicación no les impida participar plenamente en las actividades (por ejemplo, contraindicaciones de su médico respecto hacer ejercicio, la presencia de alguna alteración mental grave o la consumición de fármacos que provoquen somnolencia). La participación en el programa será ofertada a aquellas personas que, además de reunir las características anteriores, no estén recibiendo actualmente tratamiento psicológico por parte de un profesional y estén interesadas en hacerlo de forma voluntaria.

3.3 PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Basado en las recomendaciones de Moix y Casado (2011) sobre el protocolo de intervención de la terapia cognitivo-conductual, el procedimiento constará de 10 sesiones (grupo de 10 personas) de entre 1 hora y media y 2 horas que seguirán la siguiente estructura:

En primer lugar, se reservará tiempo al inicio de cada sesión para comentar las tareas indicadas, en la sesión anterior, y aclarar dudas. En segundo lugar, se desarrollará la temática principal de la sesión, que se compondrá tanto de una parte teórica como de una práctica. Por último, se propondrán las actividades a realizar en casa, las cuales se revisarán en la siguiente sesión.

Siguiendo estas directrices cada sesión tendrá la siguiente temática:

- Sesión 1: recogida de datos previos a la intervención (parte individual).
- Sesión 2: recogida de datos previos a la intervención (parte grupal).
- Sesión 3: sesión de introducción a la terapia.
- Sesión 4: técnicas de respiración y relajación.
- Sesión 5: reestructuración cognitiva.
- Sesión 6: empleo de los procesos atencionales.
- Sesión 7: manejo de la asertividad y las emociones.
- Sesión 8: establecimiento de objetivos y valores, actividades reforzantes y organización del tiempo.
- Sesión 9: ejercicio físico, higiene postural y del sueño.
- Sesión 10: recogida de datos posteriores a la intervención (parte grupal).
- Sesión 11: recogida de datos posteriores a la intervención (parte individual).
- Sesión 12: sesión de seguimiento.

(Los materiales necesarios para las sesiones se indican en el apartado 3.3.4.)

Debido a la situación vivida por Covid-19, se plantea la posibilidad de realizar la intervención en modalidad no presencial si las condiciones sanitarias así lo requieren. La necesidad de nuevos espacios en los que proporcionar asistencia y atención psicológica adaptándose a las exigencias de las necesidades actuales es indispensable. Sin embargo, aún se precisa una mejor adaptación de las nuevas modalidades de asistencia en pos de

proporcionar un espacio seguro para los pacientes y asegurar una escucha activa y empática (Medina e Ito, 2020). Este programa pretende realizar dicha adaptación.

3.3.1 PRUEBAS: CUESTIONARIOS Y TESTS

Se plantea realizar una primera sesión de toma de contacto en la que se administrarán a las asistentes las siguientes pruebas, para obtener una medida previa a la intervención:

- Entrevista: abordará aspectos como son el consumo de medicamentos y otras sustancias, edad, peso, altura, escolaridad, realización de actividad física, historia médica, antecedentes y patrón actual del dolor (Anexo 3).
- Test de la Figura Compleja Rey [Figura Compleja de Rey-Osterrieth] (Rey, 1997): Se utilizará para medir organización perceptiva y memoria visual. Su validez es de 0,80 y su fiabilidad de 0,82 para la copia y de 0,78 para la memoria (Cortés et al., 1996). En primer lugar, se hace una copia de la figura y se anota cuánto tiempo tarda el sujeto en completarla (el tiempo se redondea al minuto superior). Tras una pausa de 3 minutos, se le pide que la dibuje de memoria y se mide el tiempo que tarda en completarla como la vez anterior (De la Cruz, 2012) (Anexo 4).
- Visual Analog Scale [Escala Analógica Visual (VAS)]: recoge información sobre la opinión subjetiva relacionada con el malestar y el dolor (grado de malestar, intensidad y desagradabilidad del dolor) asociados al momento en que se administran los cuestionarios. Para contestar la escala hay que marcar en qué punto de la línea (de poco a mucho) se encontraría la persona (Anexo 5).
- State-Trait Anxiety Inventory [Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)] (Spielberger, et al., 1970): Este cuestionario mide ansiedad como estado y como rasgo. Tiene una fiabilidad de 0,89 y una validez de 0,90 (Perpiñá-Galvan et al., 2011). La persona tiene que leer cada frase (40 en total) y señalar en qué grado (0=nada a 3=mucho) le define: (Buela-Casal et al., 2011) (Anexo 6).

La Ansiedad-Estado se refiere a la ansiedad que siente una persona en un determinado momento: Se contesta según se sienta la persona en el momento en que está rellenando el cuestionario (20 ítems).

Por su parte, la Ansiedad-Rasgo hace referencia a la ansiedad que la persona siente regularmente: Se contesta según suele sentirse la persona en general (20 ítems).

- Beck Depression Inventory - Second Edition [Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II)] (Beck, 2011): Este inventario mide la presencia y gravedad de la depresión en adultos (mayores de 13 años). Presenta una fiabilidad de 0,85 y una validez de 0,85 (Consejo General de la Psicología de España, 2013). Para contestar hay que señalar para cada una de las afirmaciones (21 en total) la opción que mejor describe cómo se ha sentido la persona durante las últimas 2 semanas incluyendo el día en que se contesta. Si hay más de una opción que se considere aplicable debe señalarse también. Hay que asegurarse de que se leen todas las opciones antes de hacer la elección (Sanz et al., 2003) (Anexo 7).
- Pain Catastrophizing Scale [Escala de la Catastrofización Ante el Dolor] (Sullivan et al., 1995): Mide 3 dimensiones de la catastrofización: rumiación, magnificación e indefensión. Tiene una validez de 0,79 y una fiabilidad de 0,84 (García Campayo et al., 2008). En una escala tipo Likert de 0 a 4 (de nada en absoluto a todo el tiempo respectivamente) la persona debe indicar con qué frecuencia tiene los pensamientos descritos que se presentan en los 13 ítems (Lami et al., 2013) (Anexo 8).
- Trail Making Test [Test del Trazo] (Reitan, 1958): Este test mide atención, flexibilidad del pensamiento y habilidad visoespacial. Se cronometra cuánto tarda la persona en realizar la tarea y consta de 2 partes. Para la Parte A, deben unirse 25 números (en orden) mediante una línea. En la Parte B, deben unirse de forma intercalada 25 números y letras (1, A, 2, B, 3, C...) (Bowie y Harvey, 2006) (Anexo 9).

Así obtendremos medidas pre-intervención sobre: dolor (en el momento de la pasación), malestar subjetivo, memoria, atención, ansiedad, depresión y catastrofismo. Las mismas pruebas volverán a administrarse al concluir el programa para evaluar el efecto que podría tener la intervención en estos factores. En la primera sesión, antes de la pasación de las pruebas, se pedirá a las asistentes que den su consentimiento para poder usar los resultados de las pruebas en un posible análisis exploratorio (Anexo 10). También incluirá el consentimiento para la difusión de los resultados en caso de que sean resultados relevantes. En la información ofrecida a las participantes se aclarará que será de forma totalmente anónima.

Transcurridos 6 meses tendrá lugar una sesión de seguimiento donde se repasarán los conceptos importantes del programa y se volverán a administrar los test para comprobar su efecto a lo largo del tiempo.

Si el programa se llevase a cabo de forma presencial, la administración de las pruebas podría realizarse de forma grupal en una misma sesión a la que asistiesen todas las participantes (excepto la entrevista, el Test de la Figura Compleja Rey y el Trail Making Test, cuya administración debe realizarse individualmente). De lo contrario, si el programa fuese llevado a cabo de forma telemática, la administración de todas las pruebas pasaría a ser de forma individual, es decir, realizando videollamadas a cada participante o adaptando las pruebas en Google Form u otra plataforma.

3.3.2 SESIONES DETALLADAS

Sesión 1: Toma de contacto.

Objetivos: Cumplimentación de cuestionarios y consentimiento informado.

Al principio de la sesión se pedirá el consentimiento a las participantes para usar los resultados obtenidos posteriormente de forma anónima. Seguidamente se procederá a realizar la entrevista y a la administración del Test de la Figura Compleja Rey y el Trail Making Test.

Después se preguntará a los participantes qué expectativas tienen sobre la intervención.

Sesión 2: Toma de contacto II.

Objetivos: Cumplimentación de cuestionarios e introducir el programa a las participantes.

En esta sesión se realizará la segunda parte de la primera pasación de las pruebas seleccionadas de forma previa al comienzo de la intervención. Tras dar la bienvenida a las participantes y acomodarlas en sus sitios, se explicará cómo deben completarse y se hará la pasación de forma conjunta del resto de cuestionarios.

Después de completar los cuestionarios se proporcionará a las participantes un resumen esquemático de las sesiones posteriores, para que se familiaricen con el programa.

Por último, se responderán las dudas que puedan surgir al respecto.

Sesión 3: La puerta del dolor.

Objetivos: Proporcionar información sobre el dolor, su relación con las emociones y familiarizar a las participantes con la teoría de la puerta del dolor.

Se llevará a cabo una sesión de introducción en la que se explicará con más detalle a las participantes en qué va a consistir el programa, los objetivos que pretendemos conseguir con el mismo y las actividades propuestas para cada sesión.

Posteriormente se procederá a exponer información sobre el dolor usando la teoría de la puerta del dolor de Melzack y Wall (1965). Se definirá y usará esta teoría como ejemplo para que las participantes comprendan más fácilmente la información que se les proporciona y cómo las emociones afectan la manera en que experimentamos el dolor.

Respecto a la puerta del dolor se explicará que los impulsos dolorosos entran en el sistema central desde la periferia a través de la médula espinal. Muchos factores controlan qué proporción de estos impulsos llegará a la médula: sensaciones como presión y temperatura, actividad nerviosa ascendente y descendente (hormonas), emociones, pensamientos, cómo se comporta la persona, el ambiente en que se encuentra, su personalidad, su entorno social... (Muse y Mussons, 1991).

Ejercicio: se fomentará el debate entre las participantes sobre qué emociones “abren” o “cierran” la puerta en su caso y se las animará a compartirlo con el grupo.

Sesión 4: Un momento de relax.

Objetivos: Proporcionar información sobre el dolor, su relación con la ansiedad/estrés e instruir a las participantes en la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

La sesión comenzará con la explicación sobre el círculo dolor-tensión ya que suele ser común en pacientes con dolor crónico. Las personas con dolor crónico muestran emociones negativas relacionadas con su dolor. Estas emociones causan tensión física y, por consiguiente, dolor. Este proceso resulta estresante y afecta a la persona psicológicamente cerrando el círculo y volviendo a empezar (Bravo y González-Durán, 2001).

Debido a que lidiar con el dolor durante un largo periodo de tiempo puede constituir una situación estresante para la persona que lo padece, el mismo estrés producto de esta situación resulta un agravante del dolor. El estrés hace disminuir la tolerancia al dolor debido

al impacto que ejerce en las emociones de la persona, por lo que la experiencia de dolor es mayor. Al mismo tiempo, la impotencia que la persona experimenta le produce ansiedad perpetuando el círculo (Infante Vargas, 2002).

Daremos a conocer los beneficios de la relajación respecto al dolor en relación a la información que se ha expuesto en la sesión y se preparará al grupo para realizar entrenamiento en respiración (abdominal) y relajación (siguiendo la técnica progresiva de Jacobson) (Anexo 11).

Ejercicio: tras exponer la teoría se practicará la respiración abdominal y la técnica de Jacobson.

A cada participante se le proporcionará una hoja con instrucciones claras y sencillas como las que se han seguido a lo largo del ejercicio para que puedan realizar estas técnicas en casa.

Sesión 5: Tristeza, ira, asco, duda.

Objetivos: Abordar posibles distorsiones al interpretar la realidad y conseguir identificar emociones negativas/pensamientos catastrofistas cuando aparecen.

Se definirán lo que son las emociones negativas (emociones que producen malestar o desagrado) y los pensamientos automáticos (ideas, creencias, interpretaciones negativas) de forma que a las asistentes se les facilite identificarlos.

Ejercicio: se identificarán pensamientos que provocan emociones negativas (ira, miedo, tristeza, asco, soledad, duda, frustración...).

A continuación, se hablará del gran peso de las emociones a la hora de interpretar una situación o acontecimiento. Por ejemplo, cómo dependiendo de la interpretación de la persona y su tipo de locus de control (externo vs. interno), tratará de solucionar un problema o no lo intentará y se convertirá en un suceso estresante.

Posteriormente, se pondrán ejemplos de interpretaciones irracionales de situaciones que sean comunes en el día a día de personas con dolor crónico. Por ejemplo: Me cuesta estar de pie para lavar los platos. No solo me es difícil esta tarea, sino muchas otras más. No puedo realizar las tareas que antes llevaba a cabo con normalidad. No sirvo para nada.

Ejercicio: se pedirá a las participantes que piensen en una de las preocupaciones que han tenido últimamente y en cómo afecta a su dolor. Posteriormente, se cuestionará el realismo de sus pensamientos (tienen pruebas de que es cierto o falso). Seguidamente, se aportarán alternativas más probables y se evaluará también su credibilidad. Por último, se comparará la alternativa con la preocupación inicial y se llegará a una conclusión sobre su veracidad.

Para casa se les pedirá a las participantes que realicen un registro sobre este tipo de pensamientos anotando además en qué situación los tuvieron y siguiendo el mismo proceso que en el último ejercicio.

Sesión 6: ¡Atención a tu dolor!

Objetivos: Proporcionar información sobre el dolor, su relación con la atención e instruir a las participantes en técnicas de distracción.

Para poder mostrar la importancia de la atención al dolor (hipervigilancia) se realizará un pequeño ejercicio al inicio de la sesión usando la “metáfora del elefante rosa” y se indicará a las participantes que no deben pensar en un elefante rosa. Que piensen en cualquier otra cosa que no sea un elefante rosa, con una trompa larga y orejas muy grandes y de color chillón...

El objetivo es ejemplificar que, en realidad, al intentar no tener cierto pensamiento (el elefante rosa en este caso) solo conseguimos que aparezca de nuevo en nuestra mente (Massa, 2020).

En esta sesión retomaremos la explicación de la puerta del dolor para hablar esta vez del papel que juega la atención al respecto.

Se les instruirá en algunas técnicas sencillas de distracción, por ejemplo, hacia estímulos externos y se aportarán ejemplos a la explicación de dichas técnicas para facilitar su comprensión. Las técnicas de distracción hacen que sea incompatible seguir prestando atención al estímulo no deseado debido a que la estamos dirigiendo activamente hacia otro estímulo diferente: en lugar de pensar en el dolor, fijamos nuestra atención en lo que podemos ver por la ventana.

Ejercicio: se practicará la redirección de la atención hacia imágenes mentales, estímulos externos o propioceptivos.

Se animará a las participantes a que realicen el mismo ejercicio en casa.

Sesión 7: YO soy capaz.

Objetivos: Fomentar un correcto manejo de las emociones por parte de las participantes, proporcionar información sobre la asertividad y desarrollar su capacidad para expresar sus emociones.

Esta sesión estará dividida en dos partes:

En la primera parte, se tratará de identificar emociones ampliando el vocabulario de las participantes de forma que mejore su habilidad para comunicar lo que sienten. Esto también las ayudará a comprender con mayor exactitud la relación de estas emociones y el dolor.

Ejercicio: se describirán distintas situaciones y se pedirá a las participantes que nombren las emociones que han sentido (placer, satisfacción, angustia, incertidumbre, inquietud, resentimiento, desconsuelo...).

La segunda parte se dedicará a la asertividad. Se definirá y se expondrá cómo expresarse de forma asertiva indicando a las participantes que deben ser sinceras y decir lo que sienten sin usar un tono sarcástico. En relación a esto se introducirán y pondrán en uso los

“mensajes Yo” (expresan los sentimientos de la persona y sus expectativas respecto al futuro).
Por ejemplo: Yo no tengo tiempo libre y me gustaría disponer de más.

Ejercicio: role-playing para practicar los “mensajes YO”.

Se las animará a utilizar esta técnica en casa ante situaciones conflictivas en las que se vean envueltas.

Sesión 8: Tiempo para mí.

Objetivos: Dotar a las participantes de estrategias para la organización del tiempo y promover la realización de actividades reforzantes.

Hablaremos de las actividades del día a día de las asistentes y de la importancia de seguir llevando a cabo aquellas actividades de las que la persona disfruta.

Se les proporcionará estrategias para la organización del tiempo de manera que puedan gestionar su tiempo y disfrutar de tiempo libre realizando actividades de ocio.

Ejercicio: Se propondrá a las pacientes que realicen una lista de objetivos, actividades que les gustaría hacer o metas que quieran conseguir. En la redacción de esta lista se orientará a las asistentes de forma que los objetivos a conseguir resulten asequibles y se las animará a incorporar las actividades para conseguir los mismos a su rutina, ayudándose de las estrategias que han aprendido durante la sesión.

Sesión 9: Mantenerse bien.

Objetivos: Resaltar la importancia del ejercicio físico y fomentar una correcta higiene del sueño y de la postura.

Se dedicará esta sesión a enfatizar la importancia del ejercicio físico en el bienestar. Además, se discutirán en grupo pautas recomendables sobre la higiene del sueño y la postura.

Se entiende como higiene postural aquellas actitudes (estáticas y dinámicas) encaminadas a mantener una correcta posición y así evitar lesiones o aliviar el dolor ya existente (Sac García, 2013).

Algunas pautas para una buena higiene del sueño son: tener un horario regular de actividades durante el día, acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora, tener una rutina a la hora de ir a la cama, no consumir cafeína o alcohol las horas anteriores a dormir, dejar pasar al menos 2 horas antes de acostarse si se ha ingerido algún alimento (Vizcarra Escobar, 2008).

También se reservará parte de esta sesión para hablar sobre posibles retrocesos en el proceso de mejora (conducta no asertiva, mala organización del tiempo, abandono del ejercicio físico y vuelta al sedentarismo).

Sesión 10: Pasación de pruebas.

Objetivos: Complimentación de cuestionarios.

En esta sesión tendrá lugar la primera parte de la segunda pasación de las pruebas siguiendo el mismo procedimiento que se empleó en la sesión 1, obteniendo así una medida posterior a la intervención, que se habrá dado por finalizada con la sesión anterior.

Sesión 11: Pasación de pruebas II.

Objetivos: Complimentación de cuestionarios.

En esta sesión tendrá lugar la segunda parte de la segunda pasación de las pruebas siguiendo el mismo procedimiento que se empleó en la sesión 2.

Al finalizar la complimentación de los cuestionarios se preguntará a los participantes su opinión sobre la intervención y así contemplar posibles mejoras en el programa.

Sesión 12: Seguimiento.

Objetivos: Cumplimentación de cuestionarios de nuevo y recordar lo aprendido en el programa.

Transcurridos seis meses desde la última sesión, se volverán a administrar las mismas pruebas de medida que en las sesiones 1 y 9. Se seguirá un proceso idéntico al de las sesiones anteriormente mencionadas. Los resultados obtenidos se tratarán como medida de seguimiento de los efectos del programa de intervención impartido.

En caso de que el programa se realizase telemáticamente las sesiones seguirían la misma estructura y se adaptarían a formato online. Se pondría más énfasis en el material audiovisual utilizado para las explicaciones y se alargaría el tiempo empleado en cada sesión para que todas las personas que quieran participar tengan ocasión de hacerlo.

3.3.3 CRONOGRAMA

A continuación, se encuentra la programación propuesta de las sesiones a realizar (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Programación.

MES	SEMANA	SESIONES
PRIMER MES	PRIMERA SEMANA	Sesión 1, 2 y 3
	SEGUNDA SEMANA	Sesión 4
	TERCERA SEMANA	Sesión 5
	CUARTA SEMANA	Sesión 6
SEGUNDO MES	PRIMERA SEMANA	Sesión 7
	SEGUNDA SEMANA	Sesión 8
	TERCERA SEMANA	Sesión 9
	CUARTA SEMANA	Sesión 10 y 11
OCTAVO MES	-	Sesión 12

Nota. En esta tabla aparece el calendario de las sesiones.

3.3.4 MATERIALES NECESARIOS

Para la realización de este programa es necesario:

- En caso de realizarlo presencialmente:
 - Un espacio adecuado en el que se puedan mantener las normas de distanciamiento social pertinentes y las asistentes puedan participar libremente.
 - Sillas en las que las participantes se encuentren cómodas y puedan realizar los ejercicios de relajación sin inconvenientes.
 - Folios y fotocopias con toda la información que se planea entregar a cada asistente (ejercicios de relajación).
 - Bolígrafos.
 - Un proyector que facilite las explicaciones y la ejemplificación ofrecida.
- En caso de realizarlo de forma telemática se indicaría a las participantes qué deben preparar de antemano. En concreto:
 - Un espacio adecuado en el que puedan participar libremente.
 - Una silla en la que se encuentren cómodas y puedan realizar los ejercicios de relajación sin inconvenientes.
 - Folios.
 - Un bolígrafo.
 - Acceso a un dispositivo que les permita conectarse a la sesión online (teléfono móvil, tablet, ordenador).

3.4 RESULTADOS ESPERADOS

Para poder observar los resultados de la administración del programa, se realizará una comparación entre las puntuaciones obtenidas en la sesión 1 y las obtenidas en la sesión 9 y 10. Respecto a las pruebas utilizadas en dichas sesiones, se esperan encontrar los siguientes resultados:

- Test de la Figura Compleja Rey (De la Cruz, 2012):
Una mejora del rendimiento en la reproducción de la figura, así como una reducción del tiempo empleado en la copia de la misma.
- Escalas Analógico Visuales (VAS):
Un descenso de las puntuaciones relacionadas con el malestar y la intensidad del dolor percibido.
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Buela-Casal et al., 2011):
Una menor puntuación respecto a la medida referente a la parte de Ansiedad-Estado tomada antes de la intervención.
- Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II) (Sanz et al., 2003):
Un descenso en la puntuación, resultado de una mejora en el estado anímico de la persona tras la participación en el programa.
- Escala de la Catastrofización Ante el Dolor (Lami et al., 2013):
Una puntuación menor a la obtenida anteriormente.
- Test del Trazo (Bowie y Harvey, 2006):
Un mejor rendimiento en la tarea, reflejado en una disminución del tiempo invertido en la misma.

Se espera que las puntuaciones en mejora del estado de ánimo, ansiedad y catastrofización se relacionen con mejor rendimiento en las pruebas de tipo cognitivo y una menor percepción dolorosa.

3.5 DISCUSIÓN

La intervención propuesta tiene como objetivo producir una mejora del estado de ánimo de las participantes y, como resultado de ello, observar también una mejora en la percepción del dolor y las alteraciones cognitivas presentes.

Las sesiones y ejercicios propuestos tienen como fin ofrecer a las participantes información sobre el dolor crónico para que comprendan mejor lo qué es y cómo se produce el dolor. En relación con esto, también se les instruirá en la relación del dolor con el estado afectivo y las funciones cognitivas. Estudios sugieren que el nivel de educación de los pacientes juega un papel importante en relación a su capacidad de elaborar y emplear estrategias de afrontamiento de forma eficaz (Infante Vargas, 2002). Además, se pretende dotar a las participantes de los conocimientos necesarios para la utilización de técnicas de relajación y distracción, que han probado ser beneficiosas para este tipo de pacientes (Vicente y Berdullas, 2010; Alviani, 2006).

Queda resaltada la importancia de una correcta higiene del sueño y de la postura para favorecer un descenso del dolor físico (Gevirtz, 2008; Sac García, 2013). Así como la importancia del ejercicio y la actividad física, ya que es importante acompañar estas técnicas de una conducta activa para observar una mejoría óptima (Moix Queraltó et al., 2006).

Con la finalidad de que las participantes dispongan de tiempo para realizar los ejercicios descritos, además de actividades de ocio, se les proporcionará estrategias para la organización del tiempo con el fin de que planifiquen sus actividades y dispongan, a la par, de tiempo para ellas (Moix y Casado, 2011).

Para poder examinar el efecto del programa diseñado para esta intervención se realizarán medidas al inicio y finalización de este. Las medidas aportarán información de las participantes acerca de la situación del dolor actual, atención, memoria, malestar subjetivo, ansiedad, depresión y catastrofización.

Por una parte, se espera encontrar una reducción de los niveles de ansiedad, catastrofización y depresión, así como una disminución en el malestar subjetivo. Por otra parte, debido a la asociación entre estas variables, se espera que lo anterior se refleje en una mejora de la situación del dolor y del rendimiento en las tareas cognitivas (Infante Vargas, 2002; Asghari y Nicholas, 2001; Galvez-Sánchez et al., 2018)

Este programa ha sido diseñado para poder ser administrado de forma tanto presencial como en formato online. Si bien se tendría que adaptar al formato en específico, las sesiones seguirían el mismo desarrollo en ambas opciones (Medina e Ito, 2020).

Como propuesta de mejora es necesario destacar que esta intervención no cuenta con sesiones individuales suficientes para ofrecer un tratamiento personalizado. En un futuro la implementación de estas podría mejorar la eficacia del programa y su efecto a largo plazo.

3.6 LIMITACIONES DEL PROGRAMA

Algunas de las posibles limitaciones por las que puede verse afectada la efectividad de este programa son:

La pérdida de participantes durante el programa, debido a un descenso en el interés por participar en el mismo por parte de las participantes.

Que la pasación repetida de los mismos cuestionarios haga que las participantes se familiaricen con ellos y sus respuestas se vean sesgadas por el aprendizaje.

Variables extrañas que escapen al control del programa propuesto (empeoramiento repentino del dolor / cambios en la medicación de las participantes, acontecimientos vitales que puedan tener lugar en la vida de las participantes durante el transcurso de la intervención).

En caso de que el programa no fuera presencial, se dificultaría la pasación de las pruebas (sobre todo las cognitivas). Aunque la administración de los cuestionarios seguiría siendo viable, quedaría en entredicho la fiabilidad de los datos recogidos al no ser posible una supervisión de los pacientes por parte del examinador durante la realización de los mismos.

En caso de modalidad no presencial, se cuenta con la limitación de que las participantes no dispongan de un espacio adecuado para su participación (distracciones, incomodidad para expresarse y falta de espacio físico para la correcta realización de las actividades).

El no contar con sesiones individuales a lo largo de la implementación del programa para asegurar que cada una de las personas comprende la información que se le está proporcionando.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo González, J. C., Melzack, R. y Wall, P. (2013). La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20 (4), 191-202.
- Alviani, M. (2006). Tratamientos psicológicos en el dolor. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 10.
- Arancibia M., M. y Behar A., R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversia e implicancias. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53 (1), 24-34.
- Arango-Dávila, C. A. y Rincón-Hoyos, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico único. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47 (1), 46-55.
- Asghari, A. y Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- Barroso, J. M., Martín y León-Carrión, J. (2002). Funciones ejecutivas: control, planificación y organización del conocimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (1), 27-44.
- Batista Capelo, M. S. (2019). La subjetividad del dolor y su expresión lingüística. En *Caracterización del perfil de lenguaje en el Trastorno Depresivo y en el Dolor Crónico*, (86-89). Universidad de Salamanca.
- Bautista Sánchez, S. G. y Jiménez Santiago, A. (2014). Epidemiología del dolor crónico. *Archivos en Medicina Familiar*, 16 (4), 69-72.
- Beltrán Fabregat, J., Belmonte Serrano, M. A. y Lerma Garrido, J. (2003). Sección de Reumatología. Hospital General Castellón. *Artrosis*, 21, 369-380.

- Benítez Hernández, M. M. y Rodríguez Testal, J. F. (2011). Trastornos somatoformes. En *Manual de psicopatología clínica*, (15-44). Ediciones Pirámide.
- Bonica, J. J. (1979). Carta a Aaron Ganz. En *Bonica (John J.) Papers*. John C. Liebeskind History of Pain Collection. Universidad de California, Los Ángeles. <https://oac.cdlib.org/findaid/ark:/13030/tf4t1nb37b/>
- Bowie, C. R. y Harvey, P. D. (2006). Administration and interpretation of the Trail Making Test. *Nature Protocols*, 1 (5), 2277-2281.
- Bravo, P. A. y González-Durán, R. (2001). Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 48-69.
- Buenaver, L. F., Edwards, R. R., Smith, M. T., Gramling, S. E. y Haythornthwaite, J. A. (2008). Catastrophizing and Pain-Coping in Young Adults: Associations With Depressive Symptoms and Headache Pain. *The Journal of Pain*, 9 (4), 311-319.
- Campayo, J. G. y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología Clínica*, 5 (52), 9-11.
- Casado Morales, M. I., Moix Queraltó, J. y Vidal Fernández, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*. 19 (3), 379-392.
- Casals, M. y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad del Dolor Española*, 11, 260-269.
- Castel, A., Cascón, R., Salvat, M., Sala, J., Padrol, A., Pérez, M. y Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor

- crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15 (6), 358-370.
- Consejo General de la Psicología de España. (2013). Evaluación del Inventario BDI-II. *Cop.es*. <https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>.
- Cortés S., J. F., Galindo, G., M., V. y Salvador C., J. (1996). La figura compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 19 (3), 42-48.
- Datos del dolor crónico en España. (17 de octubre, 2020). *Dolor.com*. <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/datos-dolor-cronico-espana>
- De la Cruz, M. V. (2012). Adaptación española de Rey, A. REY. *Test de Copia de una Figura Compleja*. TEA ediciones.
- Edwards, R. R., Kronfli, T., Haythornthwaite, J. A., Smith, M. T. McGuire, L. y Page, G. G. (2008). Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain*, 140, 135-144.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M. y Turner, J. A. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for individuals with Chronic Pain. *American Psychologist*, 69 (2), 153-166.
- Esteve, M. R., Ramírez, C. y López-Martínez, A. E. (2001). Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Asociación Española del Dolor*, 8, 119-127.
- Familydoctor, Asesoramiento médico de confianza de la Academia Americana de Médicos de Familia. (6 de noviembre, 2019). *Familydoctor.org*. <https://es.familydoctor.org/condicion/dolor-cronico/>

- Felipe Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 245- 257.
- Fernández Domínguez, M. J., Hernández Gómez, M. A., Garrido Barral, A. y González Moneo, M. J. (2018). Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. *Atención Primaria*, 50 (S2), 39-50.
- Fernández-Torres, B., Márquez, C. y de las Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De las Prehistoria a la Ilustración. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 281-291.
- Florez Calceto, K. A. y Tavera Marín, J. A. (2015). Alteraciones emocionales. En *Perfil Neuropsicológico de pacientes con dolor crónico*, (37-39). Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Fuentes, C., Ortiz, L., Wolfenson, A. y Schonffeldt, G. (2019). Dolor crónico y depresión. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30 (6), 459-465.
- Fundación Española de Reumatología. (2017). Artrosis: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. *Inforeuma.com* <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis>
- Galvez-Sánchez, C. M., Muñoz Ladrón de Guevara, C., Montoro, C. I., Fernández-Serrano, M. J., Duschek, S. y Reyes del Paso, G. A. (2018). Cognitive deficits in fibromyalgia syndrome are associated with pain responses to low intensity pressure stimulation. *Plos One*, 13 (8), e0201488.
- Galvez-Sánchez, C. M., Reyes del Paso, G. A., y Duschek, S. (2018). Cognitive impairments in fibromyalgia syndrome: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 377.

- García Campayo, J., Rodero, B., Marta Alda, M., Sobradíel, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131 (13), 487-492.
- García-Nieto, R., Ortega-Ladrón de Cegama, E., Ruiz de Santos, E. y Lorenzo, J. M. (2008). Déficit de memoria en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15 (1), 5-12.
- Gevirtz, C. (2008). Cómo tratar los trastornos del sueño en los pacientes con dolor crónico. *Nursing*, 26 (3), 48-49.
- González, A. Margarita. (2014). Dolor crónico y Psicología: Actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25 (4), 610-617.
- Infante Vargas, P. (2002). Dolor Crónico y Psicopatología. En *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*, (49-50). Universitat autònoma de Barcelona.
- Jamison, R. N., Sbrocco, T. y Parris, W. C. V. (1988). The influence of problems with concentration and memory on emotional distress and daily activities in chronic pain patients. *Psychiatry in Medicine*, 18 (2), 183-191.
- Kano, M. y Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosocial Medicine*, 7. doi:10.1186/1751-0759-7-1
- Kerns, R. D., Sellinger, J. y Goodin, B. R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-434.
- Kratz, A. L., Mary C., M. A., Zautra, A. J. (2007). Pain Acceptance Moderates the Relation Between Pain and Negative Affect in Female Osteoarthritis and Fibromyalgia Patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (3), 291-301.

- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2013). Versión española de la “escala de catastrofización del dolor”: estudio psicométrico en mujeres sanas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21 (1), 137-156.
- Massa, P. (2020). Pensamientos Intrusivos: ¿Cómo Detenerlos? *Psicólogo para ti*. https://www.psicologoparati.com/no-pienses-en-un-elefante-rosa/#El_elefante_rosa_-_significado
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A Prospective Investigation of Acceptance and Control-Oriented Coping with Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 339- 349.
- Medina, A. e Ito, E. (2020). Presentación del Se.C.A.P.P. Servicio de consultoría y atención psicológica y psicopedagogía: nuevas modalidades asistenciales. En *Memorias. Congreso internacional de Psicología* (41-44). Universidad de la Cuenca de Plata.
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150 (3699), 971-979.
- Migraña - Síntomas y Causas. (24 de Septiembre, 2021). *Mayoclinic.org*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/migraine-headache/symptoms-causes/syc-20360201>
- Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Izquierdo, R., Truyols, M. y Collado D. (2006). Consideraciones acerca de las alteraciones de la actividad cerebral en pacientes con fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 (5), 251-260.
- Moretti, L. S. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 2 (3), 21-29.

- Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999). Systematic review a meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Moix , J., Cano, A. y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B13 de la Comisión Europea. (2006). Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 117-129.
- Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22, 41-50.
- Moix Queraltó, J., Cano Vindel, A. y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B13 de la Comisión Europea. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 116-128.
- Munguía-Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A., Moliner-Urdiales, D. y Reverter-Masía, J. (2008). Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: relación con dolor y ansiedad. *Psicothema*, 20 (3), 427-431.
- Muñoz Ladrón de Guevara, C., Fernández-Serrano, M. J., Reyes del Paso, G. A. y Duschek, S. (2018). Executive function impairments in fibromyalgia syndrome: Relevance of clinical variables and body mass index. *Plos one*, 13 (4), e0196329.
- Muse, M. D. y Mussons, G. F. (1991). La Psicología del Dolor. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44 (2), 193-198.
- Navarro-Aquino, N., Guevara-López, U., Serratos-Vázquez, M. C. y Pérez-Atanasio, J. M. (2015). Prevalencia de alteraciones en la calidad del sueño en adultos mayores con dolor crónico musculoesquelético. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38 (2), 79-84.
- NeuronUp. Praxias. Recuperado el 28 de junio de 2020 de <https://www.neuronup.com/areas-de-intervencion/funciones-cognitivas/praxias/>

- Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M. y Failde, I. (2011). El deterioro cognitivo: un factor a tener en cuenta en la evaluación e intervención de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18 (5), 291-296.
- Ortiz, L. y Velasco, M. (2017). Dolor crónico y Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28 (6), 866-873.
- Pablo Rabassó, J. y Díaz Digón, L. (1994). Dolor crónico de etiología desconocida. En *El tratamiento del dolor: del laboratorio a la clínica* (37-40). Fundación Dr. Antonio Steve.
- Park, H.J. y Moon, D. E. (2010). Pharmacologic Management of Chronic Pain. *Korean Journal of Pain*, 23 (2), 99-108.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J. R. y Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 373-384.
- Perpiñá-Galvan, J., Richart-Martínez, M. y Cabañero-Martínez, M. J. (2011). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. *Archivos de Bronconeumología*, 47 (4), 184-189.
- Portellano, J. A. (2005). Modalidades de memoria. En *Introducción a la neuropsicología*, (233-239). McGraw Hill.
- Real Academia Española. Lenguaje. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 28 de junio de 2020 de <https://dle.rae.es/lenguaje?m=form>
- Rebollo, M. A. y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 42 (2), S3-S7.

- Restivo, M. R., McKinnon, M. C., Frey, B. N., Hall, G. B., Syed, W. y Taylor, V. H. (2017). The impact of obesity on neuropsychological functioning in adults with and without major depressive disorder. *Plos One*, 12(5), e0176898. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176898>
- Rico, M. A. (2008). Fisiopatología del dolor musculoesquelético crónico. *Medwave*, 8 (8). doi: 10.5867/medwave.2008.08.1654
- Ríos Hernández, I. (2010). El lenguaje: herramienta de reconstrucción del pensamiento. *Razón y Palabra*, 72.
- Rodríguez, M. J. y García, A. J. (2007). Costes del dolor neuropático según etiología en las Unidades del Dolor en España. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 404-415.
- Sac García, M. P. P. E. (2013). Higiene postural. En *Plan de higiene postural y tratamiento fisioterapéutico en dolor cervical y lumbar*, (7). Universidad Rafael Landívar.
- Sánchez- Román, S., Velasco- Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R. y Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (6), 540-546.
- SED. Sociedad Española del Dolor. (20 de junio, 2020). La IASP actualiza la definición de dolor por primera vez desde 1979. *Sedolor.es*. <https://www.sedolor.es/la-iasp-actualiza-la-definicion-de-dolor-por-primera-vez-desde-1979>
- Simons, D. G. (2004). Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14, 95-107.

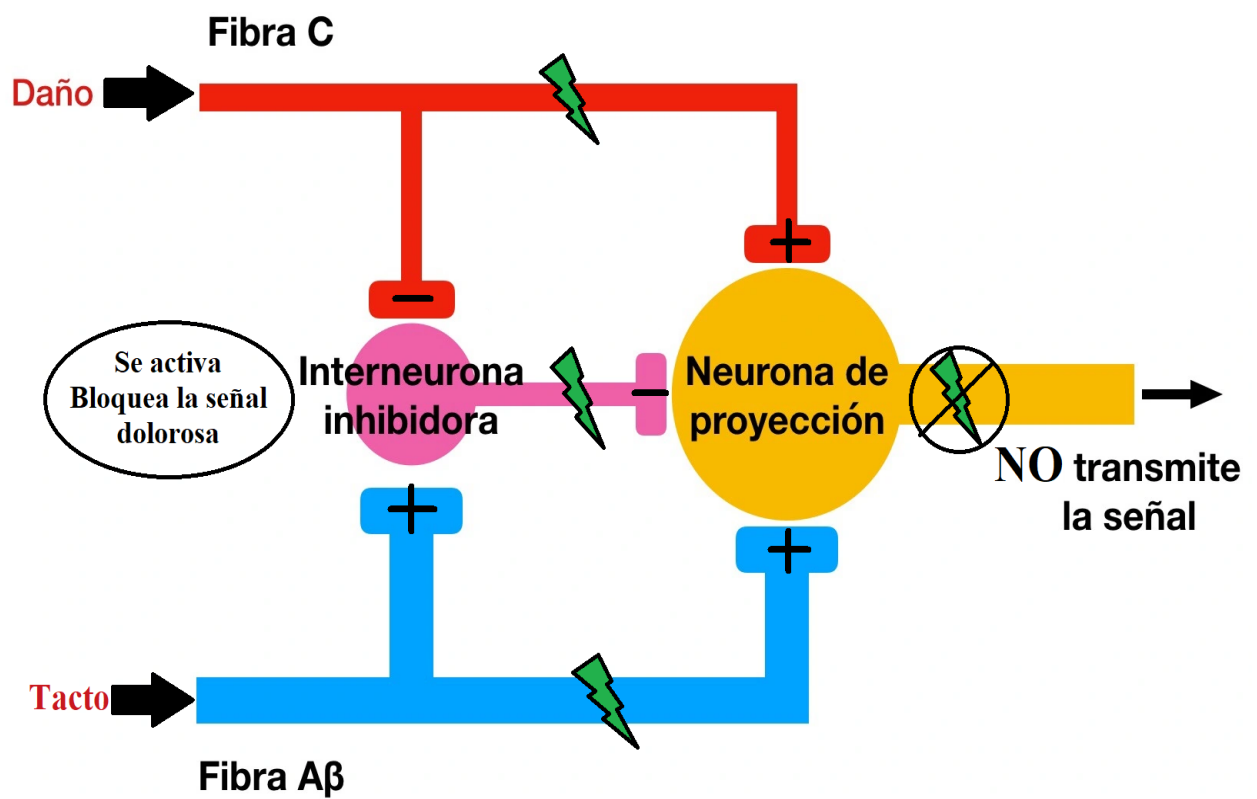
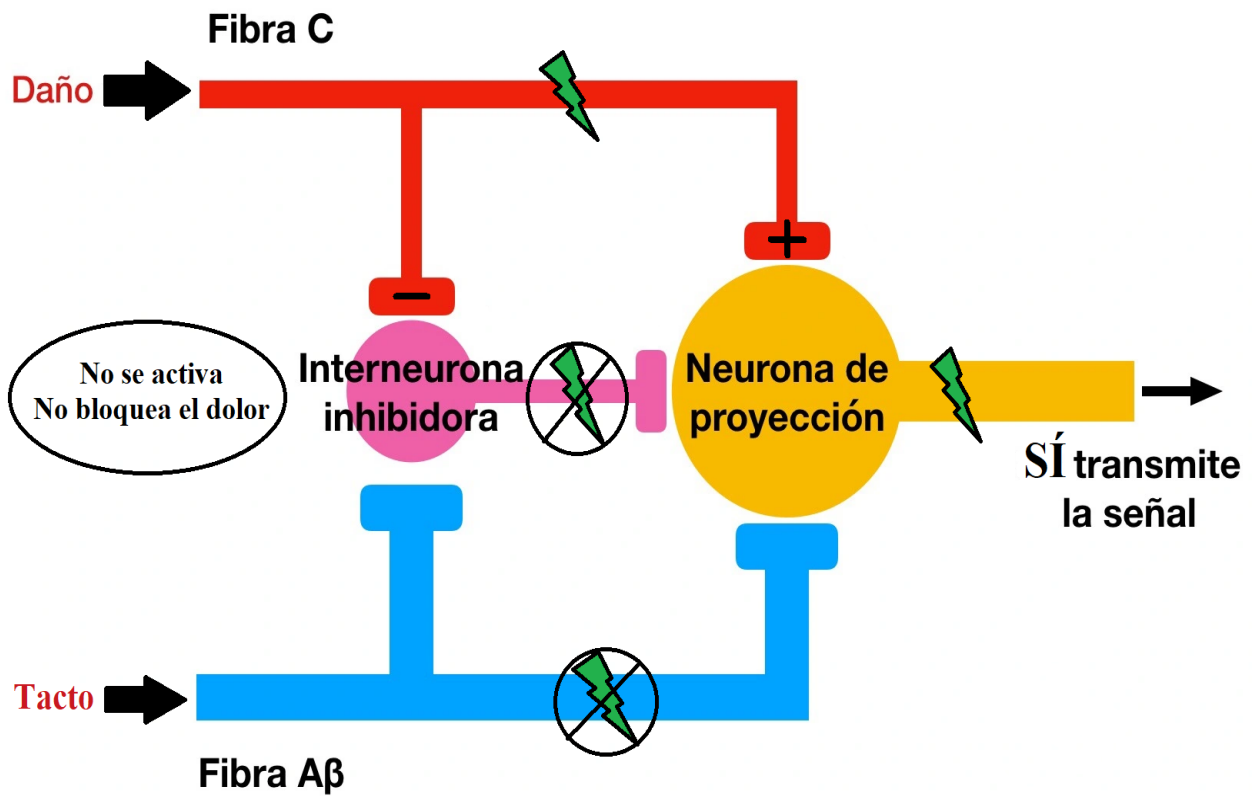
- Sociedad Española de Reumatología. (2001). Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. *Estudio EPISER*.
- Soucase, B., Monsalve, V. y Soriano, J. F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (1), 8-16.
- Sullivan, M. J. L., Rodgers, W. M. y Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91, 147-154.
- Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 16-22.
- Traue, H. C, Jerg-Bretzke, L., Pflingsten, M. y Hrabal, V. (2010). Factores psicológicos del dolor crónico. En *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos* (19-26). IASP Washington, D. C.
- Truyols Taberner, M.M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, M.M., Palmer Pol, A. y Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.
- Turk, D. C. y Okifuji, A. (1996). Perception of Traumatic Onset, Compensation Status, and Physical Findings: Impact on Pain Severity, Emotional Distress, and Disability in Chronic Pain Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19 (5), 435-453.
- Unidad Multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor. (2016). ¿A qué llamamos asertividad? En *Taller Bienestar: Afrontamiento psicológico del dolor crónico*, (1060-112). Hospital Universitari i Politècnic La Fe.
- Vallejo Pareja, M. A. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 417-430.

- Van-der Hofstadt, C. J. y Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 503-510.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. y Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance – and mindfulness - based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analysis review. *Cognitive Behavior Therapy*, 45 (1), 5-31.
- Vicente, A. y Berdullas, S. (12 de marzo, 2010). La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico que más evidencia aporta sobre dolor crónico. *Infocop.es* http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2784
- Villar Inarejos, M. J., Marcos, M. F., Marcos, L. T., Romero de Avila, M. y Tárraga López, P. J. (2021). Evolución de los tratamientos del dolor crónico en artrosis. *Journal of Negative & No Positive Results*, 6 (8), 997-1033. doi:<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3998>
- Villaseñor Moreno, J. C., Escobar Reyes, V. H., Lanza Andrade, L. P. y Guizar Ramírez, B. I. (2013). Síndrome de dolor miofascial. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18, 148-157.
- Villaseñor Moreno, J. C., Escobar Reyes, V. H., Sánchez Ortiz, A. O. y Quintero Gómez, I. J. (2014). Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19, 62-68.
- Visdómine-Lozano, J. C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 729-751.
- Vizcarra Escobar, D. (2008). Dolor y Sueño. *Diagnóstico*, 47 (1). <http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2008/ene-mar/22-26.html#up>

- Watson, J. C. (2020). Dolor Crónico. *Manual MSD Versión para profesionales*.
<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico?query=dolor%20cr%C3%B3nico>
- Winkler, P., Horacek, J., Weissová, A., Sustr, M. y Brunovsky, M. (2015). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 15728–15738.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Maese, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62 (5), 600-610.
- Xie, J., Bi, Q., Li, W., Shang, W., Yan, M., Yan, Y., Miao, D. y Zhang, H. (2012). Positive and Negative Relationship between Anxiety and Depression of Patients in Pain: A Bifactor Model Analysis. *Plos One*, 7 (10).

6. ANEXOS

Anexo 1: Esquema de la Teoría de la puerta del dolor de Melzack y Wall.



Anexo 2: Cuestionario de salud SF-12.

CUESTIONARIO DE SALUD SF12

Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que **su salud** es:

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- ☐ Sí, me limita mucho
- ☐ Sí, me limita un poco
- ☐ No, no me limita nada

3. Su salud actual, ¿le limita para subir **varios pisos** por la escalera?

- ☐ Sí, me limita mucho
- ☐ Sí, me limita un poco
- ☐ No, no me limita nada

4. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, **a causa de su salud física**?

- ☐ Sí
- ☐ No

5. Durante las **4 últimas semanas**, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

- ☐ Sí
- ☐ No

6. Durante las **4 últimas semanas**, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- ☐ Sí
- ☐ No

7. Durante las **4 últimas semanas**, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- ☐ Sí
- ☐ No

8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto el **dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- ☐ Nada
- ☐ Un poco
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

9. Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Sólo alguna vez
- ☐ Nunca

10. Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Sólo alguna vez
- ☐ Nunca

11. Durante las **4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Sólo alguna vez
- ☐ Nunca

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la **salud física o los problemas emocionales** le han dificultado sus **actividades sociales** (como visitar a los amigos o familiares)?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Muchas veces
- ☐ Sólo alguna vez
- ☐ Nunca

Anexo 3: Entrevista.

Código	Fecha
Datos personales	
Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Fecha de nacimiento
Altura	Peso
Profesión	☐ En activo ☐ De baja desde.....
Estado civil ☐ Sin pareja ☐ Con pareja	Familia ☐ Sin hijos ☐ Con.....hijos
Nivel educativo ☐ Primaria ☐ Eso ☐ Bachiller ☐ Universidad	
Consumo de sustancias	
Consumo de alcohol (actual) ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente	
¿Cuál/es?	Cantidad por semana.....
Consumo de tabaco (actual) ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente	
Cantidad diaria*	¿A qué edad empezó a fumar?*
¿Fumó anteriormente? ☐ Sí* ☐ No	¿Hace cuánto dejó de fumar?
Consumo de otras sustancias (actual) ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente	
¿Cuál/es?	Cantidad por semana.....
Uso de medicamentos (actual)	
¿Cuál?	☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente, desde..... Dosis:
¿Cuál?	☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente, desde..... Dosis:
¿Cuál?	☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente, desde..... Dosis:
¿Cuál?	☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente, desde..... Dosis:

¿Cuál?.....

☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente, desde.....
Dosis:

Hábitos de actividad física

¿Practica algún deporte, ejercicio o actividad física?.....

¿Qué tipo de actividad?.....

¿Con qué periodicidad?.....

Historia médica y antecedentes familiares

Presión arterial alta ☐ Sí ☐ No

Diabetes ☐ Sí ☐ No

Colesterol elevado ☐ Sí ☐ No

Enfermedad cardiovascular ☐ Sí ☐ No

¿Cuál/es?.....

Trastorno mental ☐ Sí ☐ No

¿Cuál/es?.....

Problema hormonal ☐ Sí ☐ No

¿Cuál/es?.....

Otros.....

Antecedentes familiares ☐ Sí ☐ No

¿Cuál/es?.....

Historia y patrón actual de dolor

¿Desde cuándo padece dolor de forma crónica?.....

¿Cuáles fueron las circunstancias del comienzo?

☐ Accidente laboral ☐ Accidente tráfico ☐ Enfermedad ☐ Operación

☐ Aparición espontánea

☐ Otras.....

Diagnósticos (y operaciones) relacionadas con su dolor

¿Cuál?.....

Hace años

¿Cuál?

Hace años

¿Cuál?

Hace años

Profesionales consultados en relación a su dolor

☐ Médico/a general

☐ Traumatólogo/a

☐ Fisioterapeuta

☐ Neurólogo/a

☐ Psicólogo/a

Otros.....

¿Cuándo aparece el dolor?

☐ Todos los días

☐ veces al día

☐ veces/semana

☐ veces al mes

¿Cuánto dura el dolor?

☐ Segundos

☐ Minutos

☐ Horas

☐ Todo el día

¿Cuándo es más intenso el dolor? (Señalar una opción o numerar por orden de importancia)

☐ Al despertarme

☐ Al acostarme

☐ En el trabajo

☐ Por la mañana

☐ Por la tarde

☐ Por la noche

☐ Haciendo.....

¿Qué posición afecta más al dolor? (Señalar una opción o numerar por orden de importancia)

☐ Sentado

☐ De pie

☐ Tumbado

Intensidad de dolor (en estos momentos)

Nada

Insoportable

Intensidad de dolor (habitualmente)

Nada

Insoportable

Intensidad de dolor (en los peores momentos)

Nada

Insoportable

¿Cómo ha afectado el dolor a su sueño?

☐ Duermo bien (..... horas)

☐ Me cuesta conciliar el sueño

☐ Me despierto veces durante la noche

¿Cómo ha afectado el dolor a su alimentación?

☐ Como igual ☐ Como menos ☐ Como más ☐ Cambió mi dieta

Problemas gastrointestinales que acompañan al dolor (Numerar por orden de importancia)

☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento
☐ Poliuria ☐ Retención urinaria ☐ Dolor estomacal ☐ Hinchaz. abdominal

Problemas sexuales que acompañan al dolor (Numerar por orden de importancia)

☐ Menstruación irregular ☐ Menstruación excesiva
☐ Indiferencia sexual ☐ Disfunción eréctil
☐ Anorgasmia ☐ Coito doloroso ☐ Otros.....

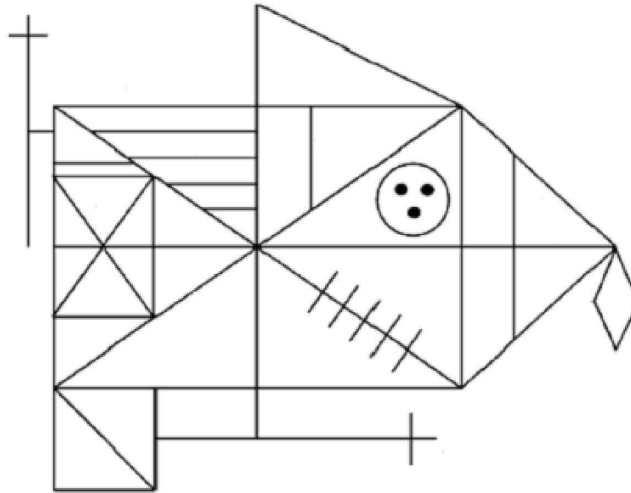
Problemas neurológicos que acompañan al dolor (Numerar por orden de importancia)

☐ Mareos/vértigo ☐ Dolor de cabeza ☐ Alt. equilibrio ☐ Alt. coordinación
☐ Parálisis localizada ☐ Debilidad localizada ☐ Dificultad al tragar ☐ Afonía

☐ Alucinaciones ☐ Sordera ☐ Pérdida de tacto ☐ Pérdida de dolor
☐ Ceguera ☐ Visión doble ☐ Problemas memoria ☐ Pérdida conciencia

Anexo 4: Test de la Figura Compleja de Rey.

9



Anexo 5: Escalas analógicas visuales (VAS).

Escala analógico visual sobre el malestar actual

Marque en la siguiente línea la intensidad de malestar (emocional) que siente actualmente.

Poco |-----| Mucho

Escala analógico visual sobre la desagradabilidad del dolor actual

Marque en la siguiente línea como de desagradable es el dolor que siente en el momento actual.

Poco  Mucho

Escala analógico visual sobre la intensidad del dolor actual

Marque en la siguiente línea la intensidad de dolor que siente en el momento actual.

Poco  Mucho

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	P D = 30 + - =
A / R	P D = 21 + - =

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Ud. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado ...	0	1	2	3
2. Me siento seguro ...	0	1	2	3
3. Estoy tenso ...	0	1	2	3
4. Estoy contrariado ...	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) ...	0	1	2	3
6. Me siento alterado ...	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras ...	0	1	2	3
8. Me siento descansado ...	0	1	2	3
9. Me siento angustiado ...	0	1	2	3
10. Me siento confortable ...	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
12. Me siento nervioso ...	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado ...	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido) ...	0	1	2	3
15. Estoy relajado ...	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho ...	0	1	2	3
17. Estoy preocupado ...	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado ...	0	1	2	3
19. Me siento alegre ...	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien ...	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.

Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35605 - 1988.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

BDI-II

(Sanz, Navarro y Vázquez, 2003)

Código participante

Fecha

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán

3. Sentimientos de Fracaso

- 0 No me siento fracasado
- 1 He fracasado más de lo que debería
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable constantemente

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mi mismo
- 1 He perdido confianza en mi mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta

8. Auto-Críticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos
- 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamiento de suicidio pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier cosa
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas
- 3 Me siento completamente inútil

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el patrón de sueño

- 0 No experimento ningún cambio en mi patrón de sueño
- 1a Duermo algo más de lo habitual
- 1b Duermo algo menos de lo habitual
- 2a Duermo mucho más de lo habitual

- 2b Duermo mucho menos de lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual
- 1 Estoy más irritable de lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual
- 3 Estoy irritable continuamente

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes
- 3a He perdido completamente el apetito
- 3b Tengo ganas de comer continuamente

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
- 3 No puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo 8: Escala de la catastrofización ante el dolor.

Nombre:
 Edad: Sexo: Fecha:

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

Everyone experiences painful situations at some point in their lives. Such experiences may include headaches, tooth pain, joint or muscle pain. People are often exposed to situations that may cause pain such as illness, injury, dental procedures or surgery.

We are interested in the types of thoughts and feelings that you have when you are in pain. Listed below are 13 statements describing different thoughts and feelings that may be associated with pain. Using the following scale, please indicate the degree to which you have these thoughts and feelings when you are experiencing pain.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
 0: Not at all 1: To a slight degree 2: To a moderate degree 3: To a great degree 4: All the time

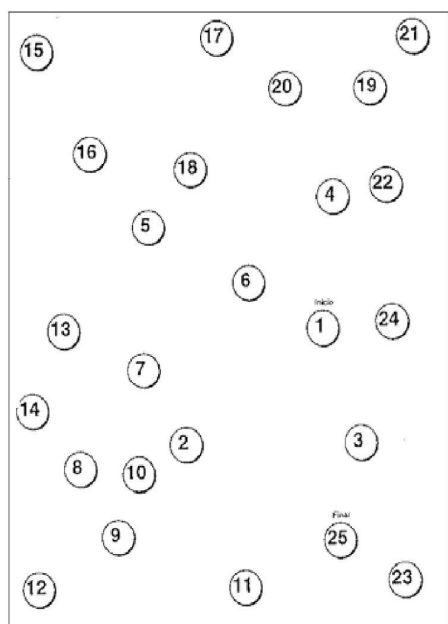
Cuando siento dolor... (*When I'm in pain*)

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
 (*I worry all the time about whether the pain will end*)
2. Siento que ya no puedo más
 (*I feel I can't go on*)
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar
 (*It's terrible and I think it's never going to get any better*)
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo
 (*It's awful and I feel that it overwhelms me*)
5. Siento que no puedo soportarlo más
 (*I feel I can't stand it any more*)
6. Temo que el dolor empeore
 (*I become afraid that the pain may get worse*)
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor
 (*I think of other painful experiences*)
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
 (*I anxiously want the pain to go away*)
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
 (*I can't seem to keep it out of my mind*)
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
 (*I keep thinking about how much it hurts*)
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
 (*I keep thinking about how badly I want the pain to stop*)
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
 (*There is nothing I can do to reduce the intensity of the pain*)
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave
 (*I wonder whether something serious may happen*)

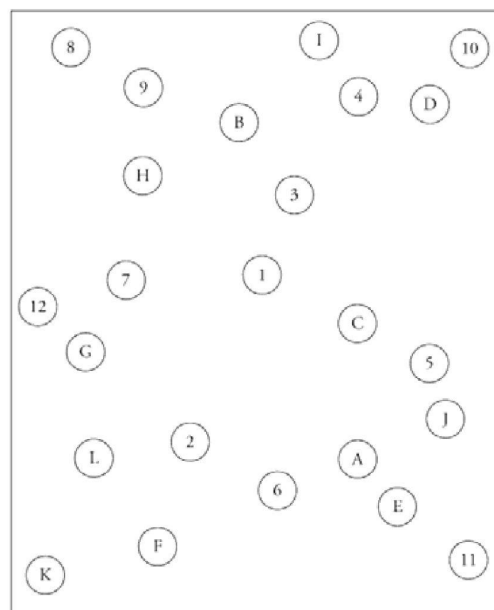
... Total

Anexo 9: Test del Trazo.

PARTE A



PARTE B



Anexo 10: Consentimiento informado.

Al término de la investigación mis datos podrán ser:

- ☐ Destruídos
- ☐ Anonimizados
- ☐ Incorporados en una colección cuyo responsable es el investigador Prof. Dr. Casandra Isabel Montoro Aguilar, que se encuentra en el Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, para ser utilizados en las investigaciones sobre dolor crónico.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

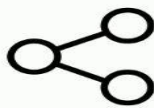
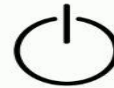
RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

"Bienestar y Organizaciones Responsables. Retos, Experiencias y Herramientas Prácticas:
cuidando nuestro sistema musculoesquelético"
23 Octubre 2020

1

COMIENZA A RELAJARTE

Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen.
Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.



2

BRAZOS Y PECHO

Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.

3

FRENTE Y CUELLO

Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.



4

CARA

Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.

5

ESPALDA

Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.



6

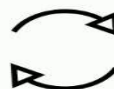
ABDOMEN Y ESPALDA

Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.

7

PIERNAS Y PIES

Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.



8

PIERNAS Y PIES

Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.