

### 3. El dolor crónico unido a la depresión

**Laura Valenciano Nadal**

Psicóloga especialista en Psicología Clínica y de la Salud. Barcelona.

**Fecha recepción:** 21.05.2021

**Fecha aceptación:** 24.06.2021

#### RESUMEN

El dolor crónico se compone de factores físicos, cognitivos y emocionales que dificultan los métodos de tratamiento y producen efectos terapéuticos limitados. El impacto en la calidad de vida hace que la incidencia de los trastornos mentales sea alta, entre ellos la ansiedad y la depresión. A veces el dolor y la depresión crean un círculo vicioso donde el dolor empeora los síntomas de la depresión, y la depresión resultante, empeora los síntomas del dolor.

A continuación, podremos ver qué es el dolor crónico y cómo identificarlo, tipos de dolor, la evaluación y sus mecanismos o las terapias actuales para hacerle frente. Además, se incluyen las enfermedades crónicas degenerativas, reconocer y tratar la depresión, cómo adaptarse al padecimiento, así como el duelo o el afrontamiento, entre otras cuestiones. También, se ha diseñado un estudio de investigación realizado en pacientes crónicos y los tratamientos multidisciplinares aplicados, que demuestran una mejoría del estado físico y psíquico de la persona que padece la enfermedad.

**Palabras clave:** Dolor crónico, factores, calidad vida, salud mental, tipos dolor, tratamientos.

#### ABSTRACT

*Chronic pain is made up of physical, cognitive and emotional factors that hinder treatment methods and produce limited therapeutic effects. The impact on quality of life makes the incidence of mental disorders high, including anxiety and depression. Sometimes pain and depression create a vicious circle where pain worsens the symptoms of depression, and the resulting depression worsens the symptoms of pain.*

*Next, we will see what chronic pain is and how to identify it, types of pain, evaluation and its mechanisms or current therapies to cope with it. In addition, chronic degenerative diseases are included, recognizing and treating depression, how to adapt to the condition, as well as grief or coping, among other issues. In addition, a research study has been designed on chronic patients and the multidisciplinary treatments applied, which demonstrate an improvement in the physical and psychic state of the person suffering the disease.*

**Keywords:** Chronic pain, factors, quality of life, mental health, types of pain, treatments.

#### INTRODUCCIÓN

El dolor crónico se compone de factores físicos, cognitivos y emocionales que dificultan los métodos de tratamiento y producen efectos terapéuticos limitados. El impacto en la calidad de vida hace que la incidencia de los trastornos mentales sea alta, entre ellos la ansiedad y la depresión. Los hechos han demostrado que la *Terapia Cognitivo Conductual* (TCC) es el método más eficaz para tratar el dolor crónico y sus consecuencias, proporcionando suficiente evidencia científica para respaldar efectos beneficiosos.

La *Asociación Internacional para el Estudio del Dolor* (IASP) define el dolor agudo como "una experiencia desagradable y complicada de factores cognitivos y sensoriales que ocurren debido a un trauma tisular". Por otro lado, el dolor crónico se define como una experiencia psicofisiológica desagradable que permanece a pesar de la reducción o desaparición del daño. Cuando el dolor dura más de seis meses o supera el tiempo de recuperación definido o esperado, se diagnostica como dolor crónico.

La gravedad del dolor y su duración eventualmente conducen a un cierto grado de discapacidad física, acompañada de alteraciones del sueño, disminución del apetito, actividad sexual e irritabilidad. En el dolor crónico, el impacto psicológico es más pronunciado que en el dolor agudo, por lo que se asocia a síntomas de ansiedad al inicio y posteriormente a síntomas de depresión.

A veces el dolor y la depresión crean un círculo vicioso donde el dolor empeora los síntomas de la depresión, y la depresión resultante empeora los síntomas del dolor; motivo por el cual se ha realizado un estudio de investigación descriptivo y transversal para conocer sus causas y consecuencias, así como un plan de actuación para hacer frente a ello junto con terapia psicológica para incrementar su efectividad.

#### 1. Definición de dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (establecida en 1974), "el dolor es una sensación desagradable y una experiencia emocional relacionada con un daño tisular real o potencial, o causado por dicha lesión". De modo que, un estímulo agudo y de alta intensidad, relacionado con lesión tisular, produce la activación de circuitos aferentes generando un estado de algia que, tras un desarrollo progresivo, se resuelve normalmente en días o semanas paralelamente a la curación sensitiva (6). Sin embargo, esta resolución de la lesión tisular puede no dar lugar a una resolución del estado de dolor, produciéndose una inflamación persistente con lesión nerviosa, que conduce a cambios permanentes en la función y a un estado de dolor crónico persistente.

Se considera desagradable el conjunto de sentimientos entre los que se encuentran el sufrimiento, ansiedad, de-

presión y desesperación. Como hemos visto, esta definición enfatiza que el sufrimiento es una experiencia compleja con múltiples dimensiones.

### **El dolor crónico**

El dolor crónico es un problema básico de salud pública en todo el mundo, afectando aproximadamente al 3% de la población, destaca su prevalencia en personas con dificultades económicas y mujeres. Además de causar un gran impacto emocional, es una de las causas más comunes de discapacidad laboral, ya sea temporal o permanente (8). Esto significa que la sociedad pagará enormes gastos en términos de atención médica, conduciendo a una disminución de la productividad.

Se entiende por dolor crónico, aquel que dura más de 3 a 6 meses, debido al proceso nociceptivo continuo producido por la estimulación aguda de alta intensidad, sumado a que durante la evolución del dolor agudo al dolor crónico, el sistema somatosensorial sufre una adaptación secundaria, que persiste tras adaptarse al daño nervioso o inflamación inicial.

La causa del dolor crónico no siempre es clara. Puede que ocurra debido a que no están funcionando bien las sustancias químicas cerebrales, las cuales suelen detener el dolor después de la mejora de una lesión o enfermedad o puede ser provocado por nervios dañados. El dolor crónico también ocurre sin una causa conocida, variando de ser leve y molesto a ser tan fuerte que se interpone actividades cotidianas. Cualquiera puede tener dolor crónico, siendo más común en adultos mayores, propensos a tener problemas médicos a largo plazo, como diabetes o artritis, los cuales pueden conducir a un dolor constante.

El tratamiento farmacológico conservador estándar, basado principalmente en el uso de los analgésicos opioides no ha beneficiado a determinados pacientes, y no sorprende, cuando se consideran los complejos mecanismos que subyacen al dolor crónico y la tolerabilidad, abuso y reacciones adversas causadas por estos medicamentos.

Dada la complejidad del dolor crónico y sus objetivos de tratamiento, es fundamental explorar opciones de tratamiento avanzado para pacientes con dolor refractario, lo que requiere profundizar en el estudio de la neurobiología nociceptiva para determinar los mecanismos del dolor que permiten el establecimiento de nuevas dianas terapéuticas (10). Por otro lado, la sensación de dolor es siempre subjetiva, variando en cada situación, así como de los procesos cognitivos, conductuales o emocionales integrales, por lo que es necesario promover un tratamiento multimodal.

### **Tipos de dolor**

El dolor se puede clasificar según diferentes criterios, atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

#### **a) Según su duración**

1. *Agudo*. Tiempo limitado, menos de 3 meses de duración y poco componente psicológico.

2. *Crónico*. El dolor dura más de 3 a 6 meses, la duración excede la esperada de la curación natural asociada. Acompañado de enfermedades relacionadas con el dolor y con componentes psicológicos graves. Esta persistencia puede deberse a cambios en el sistema nervioso central, en la periferia, donde es importante considerar si el dolor crónico es independiente del daño tisular o refleja una enfermedad crónica activa. De modo que, condiciones de dolor crónico, incluyen ambas categorías, el dolor como enfermedad crónica del sistema nervioso, así como el dolor como síntoma de enfermedades periféricas crónicas.

#### **b) Según patología**

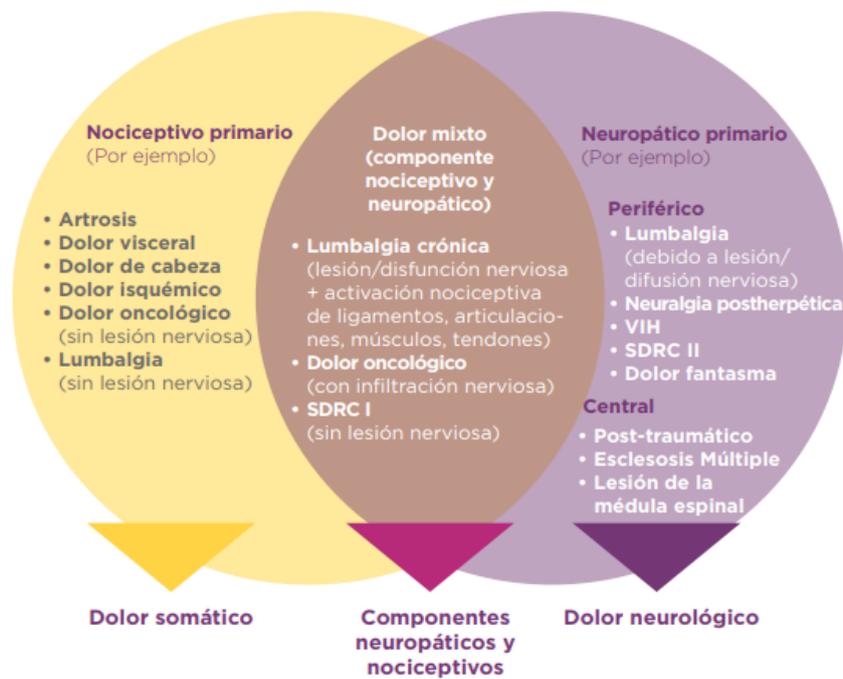
1. *Neuropático*. Es un dolor punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Puede producirse debido a dos condiciones:
  - Estímulo directo del *Sistema Nervioso Central (SNC)*, de modo que tienen lugar los llamados *Síndromes de Sensibilidad Central (CSS)*, causado por desequilibrio o alteración primaria del SNC llevando a la amplificación del dolor (9).
  - Lesión de los nervios periféricos que pueden resultar de enfermedades sistémicas causando polineuropatía y mononeuritis múltiple, o por situaciones de traumatismo, compresión e inflamación, debidas a mononeuropatías o radiculopatías.
2. *Nociceptivo*. Se trata del dolor causado por la excitación de nociceptores de alto umbral a consecuencia de estímulos mecánicos. Es el más frecuente, y principal responsable del dolor de tipo agudo. Según los nociceptores afectados, el dolor puede ser:
  - *Somático*. Excitación de los nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos...). Es localizado, punzante y irradia.
  - *Visceral*. Excitación de los nociceptores viscerales. Mal localizado, continuo, profundo y irradia a lugares alejados de donde se produce.

Por tanto, existen lesiones de las fibras nerviosas periféricas o centrales que llevan a la generación de potenciales de acción espontáneos y a la disminución del umbral nociceptivo (12).

De modo que, el dolor neuropático puede producirse como resultado de un proceso patológico (asociado a lesión nerviosa) agudo o crónico, generando un dolor agudo o crónico, o como resultado de la transición de un proceso doloroso nociceptivo agudo a crónico, por cambios en la función nerviosa a través de mecanismos múltiples.

#### **c) Según su curso**

1. *Continuo*. Persistente a lo largo del día y no desaparece.
2. *Irruptivo*. Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.



El dolor incidental es un subtipo irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria de la persona.

#### d) Según la intensidad

1. *Leve*. Puede realizar actividades habituales.
2. *Moderado*. Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
3. *Severo*. Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

#### Aportes de la psicología para entender el dolor

En las décadas de 1950 y 1960, los defensores del enfoque psicodinámico intentaron por primera vez describir los factores psicológicos asociados con el dolor. Se basaban en el método de estudio de casos, en cuyo caso el dolor podía verse como síntoma de conversión, equivalente de depresión o reacción subcondral. Para estos autores, el dolor es una neurosis transformadora debida a un compromiso entre la prohibición del cumplimiento de deseos y su castigo inconsciente. Algunos estudios experimentales han demostrado que la evidencia apoya parcialmente esta hipótesis.

Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con dolor de espalda durante el tratamiento muestran registros de EMG cervical, lo que indica que la actividad muscular aumenta cuando refieren situaciones desagradables y estos registros, disminuyen cuando hablan de fantasías placenteras (16). En esta forma de pensar, existe una personalidad propensa al dolor, cuya esencia es que en estos individuos, los síntomas del dolor aparecerán sin nocicepción. Estas personas se caracterizan por el sufrimiento, el fracaso, la energía sexual agresiva insatisfecha y el desarrollo doloroso, bajo amenaza o pérdida.

La mayoría de los estudios destinados a investigar la personalidad de los pacientes con dolor crónico han utilizado

listas como MMPI y EPI. Una serie de ellos realizados a través del MMPI se encontró que pacientes con dolor crónico, puntuaban más alto en las escalas de histeria (Hy), hipocondría (Hs) y depresión (D). Este tipo de perfil de transición o tríada neurótica, denominado perfil V, suele interpretarse como indicativo de que los síntomas físicos son el resultado de un desequilibrio psicológico que el sujeto niega; utilizado el perfil, para distinguir pacientes con dolor orgánico o psiquiátrico y predecir la respuesta a la medicación.

No se recomienda interpretar este perfil como un indicador de histología o personalidad histérica. Debe considerarse que las escalas Hy y Hs contienen muchos ítems que involucran síntomas físicos comunes en pacientes con dolor crónico. Además, 20 de los 33 ítems de la escala Hy también aparecen en la escala Hs, por lo que puntúan en la misma dirección, aumentando al mismo tiempo.

El Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) parece ser más adecuado para la investigación de pacientes con dolor porque no presenta problemas físicos. La investigación que utiliza EPI ha encontrado una asociación entre el neuroticismo y el dolor crónico. Dado que recientemente se ha encontrado que el neuroticismo está relacionado con quejas sobre la salud física y el uso de los servicios de salud, se debe tener cuidado al interpretar los resultados. Uno de los temas más relevantes en la investigación del dolor es su conexión con los estados emocionales, (aspecto importante es el estudio de la relación entre el dolor y los estados emocionales negativos como ansiedad y depresión). Parece haber un vínculo entre el dolor y la depresión. Los estudios destinados a encontrar la incidencia de depresión en pacientes con dolor han demostrado que la incidencia de casos varía del 10% al 100%.

La definición de dolor en sí misma incluye claramente la conexión entre las emociones desagradables y el dolor. Se cree que existe un alto riesgo de intentos de suicidio causados por la depresión en la etapa de dolor crónico (entre

6 meses y 8 años). En el período subcrónico (3-12 años), las personas aceptarán el problema, reduciendo o incluso con la desaparición de los síntomas depresivos. Sin embargo, la relación entre el dolor y la depresión no está clara. En vista de la falta de investigación longitudinal, existe controversia sobre la relación temporal entre el inicio de la depresión y el dolor.

Se han propuesto tres hipótesis:

- a. La depresión es el síntoma principal del dolor.
- b. La depresión es secundaria al dolor
- c. Ambos ocurren simultáneamente.

La primera hipótesis es respaldada por estudios de laboratorio que muestran que los altos niveles de depresión hacen que las personas presten más atención a las sensaciones físicas y al dolor o malestar (1). Del mismo modo, la inducción de depresión reduce la tolerancia al dolor experimental.

La segunda hipótesis es que la depresión es una respuesta psicológica al dolor crónico. Puede verse en el modelo de comportamiento cognitivo, donde la distorsión cognitiva es regulada por la relación entre el dolor-depresión. Algunos estudios apuntan a la asociación entre distorsión cognitiva, depresión y dolor, pero el método utilizado (búsqueda de correlación) no permite enunciar cuáles son los antecedentes y cuáles son las consecuencias. En los últimos diez años, estudios realizados con un diseño longitudinal han proporcionado evidencia de que la depresión es el resultado del dolor.

La tercera hipótesis se basa en la proposición de que estos dos fenómenos son independientes, pero una serie de procesos psicológicos y biológicos intervienen, activándose respuestas a estresores crecientes. Desde un punto de vista psicológico, se debe considerar la falta de capacidad para regular o expresar emociones fuertes o inaceptables, y desde un punto de vista biológico, ciertos neurotransmisores y disfunciones en el sistema opioide. Pilowsky propuso otra explicación psicológica basada en el concepto de conducta patológica. Según el autor, aunque se ha dado una explicación razonable sobre la naturaleza de su enfermedad y el problema a tratar, los pacientes con dolor crónico muestran fuertes creencias sobre la enfermedad.

Existe controversia sobre si la ansiedad aumenta el dolor. Una teoría es que cuanto mayor es el nivel de ansiedad, mayor es la intensidad del dolor que se siente. Otros autores sugieren que la ansiedad puede reducir el dolor y activar el cuerpo (en cambio, el dolor puede desactivar el cuerpo). Desde un punto de vista fisiológico, ambas posiciones son aceptables porque:

- a. La ansiedad aumenta la actividad del nervio simpático, por lo que puede estimular a los nociceptores.
- b. La tensión muscular que suele acompañar a la ansiedad puede provocar un aumento del dolor.
- c. La ansiedad aumenta la liberación de opioides endógenos, reduciendo así el dolor.

Arnould revisaron seis estudios experimentales sobre el tema, tres de los cuales encontraron que la ansiedad au-

mentaba el dolor, dos encontraron el efecto opuesto y el otro no tuvo un efecto obvio.

Suponiendo que la atención puede ser una variable mediadora entre la ansiedad y el dolor; cuando el trastorno de ansiedad tiene función subcondral o está relacionado con la sensación física de hipervigilancia, se convertirá en un factor que aumenta el dolor, y cuando el trastorno de ansiedad es provocado por conflictos o situaciones no relacionadas con el problema del dolor, aumentará la atención activa al dolor. En estos casos, habrá menos atención a las sensaciones físicas y menos quejas sobre el dolor. Vallejo propuso un modelo que intenta explicar la relación entre emoción y dolor. En cierto sentido, tratar el dolor como una actividad perceptiva está estrechamente relacionado con tomar la atención como proceso mental.

La investigación sobre el dolor, se ha realizado desde la perspectiva de un enfoque familiar sistemático. Los síntomas deben jugar un papel específico en el sistema familiar. Warning se refiere al dolor crónico en el modelo, y las necesidades emocionales de otros miembros de la familia pueden satisfacerse de acuerdo con los síntomas del paciente con dolor. Estas necesidades conducen a la mejora y los efectos homeostáticos posteriores de la enfermedad. Según Engle, el dolor es un tipo de depresión para las familias.

Se considera importante distinguir entre comportamientos de dolor receptivos y manipuladores. Las conductas sensibles al dolor son conductas controladas por estímulos nocivos previos, específicos y discretos. Sin embargo, el dolor quirúrgico se ve afectado por eventos específicos posteriores a su aparición. Esto no significa necesariamente que el dolor quirúrgico pueda considerarse sinónimo de simulación o mecanismo de conducta histérica (5). El significado puede ser que comportamientos dolorosos actúen como operadores para enfatizar el papel del aprendizaje en la determinación de dichos comportamientos, permitiendo comprender por qué las conductas dolorosas continúan durante mucho tiempo después de que cese la causa original y, por lo tanto, se hace necesario un programa de tratamiento diseñado para eliminar o reducir conductas poco beneficiosas.

Según Fordyce, los comportamientos dolorosos incluyen: quejas verbales sobre el dolor y sufrimiento, sonidos no relacionados con el lenguaje, la postura corporal o los gestos, y los comportamientos destinados a aliviar el dolor. Por tanto, la conducta del dolor debe considerarse como la expresión funcional del dolor y el entorno psicosocial en el que se produce, brindando información sobre la intensidad, ubicación, grado y dinámica del dolor; pero también transmiten las necesidades, creencias y actitudes de los pacientes. En este sentido, son valiosos para el diagnóstico integral del dolor y los objetivos del tratamiento. Existe evidencia suficiente para apoyar este modelo, principalmente mediante el estudio del papel de los cónyuges y parientes cercanos en la aparición y desarrollo de ciertos tipos de dolor.

En este campo de investigación, la autoeficacia se ha definido como la creencia del sujeto de que tiene las habilidades y los recursos para tratar el dolor. Existe una co-

relación significativa entre el juicio de autoeficacia de los pacientes con dolor crónico, el nivel de actividad y la salud emocional. La respuesta se define como “una serie de esfuerzos y acciones dirigidas a atender las necesidades internas y ambientales y los conflictos entre ellos”. Se han identificado dos métodos básicos de afrontamiento: uno se centra en la resolución de problemas y el otro se centra en regular los efectos emocionales del estrés. La investigación sobre cómo afrontar el dolor crónico está estrechamente relacionada con la investigación sobre cómo afrontar la enfermedad.

Los beneficios del apoyo social se han documentado ampliamente. El consenso es que el apoyo social ayuda a la recuperación, reduciendo pensamientos de muerte, se relaciona con una mejor adaptación a la enfermedad, con hábitos saludables y es propicio para el cumplimiento del tratamiento y los servicios de salud (4). El apoyo social se ha convertido en una variable que regula los informes de dolor en pacientes, pero existe amplia evidencia de que determinadas conductas de los cónyuges y personas cercanas al paciente tienden a exacerbar las conductas dolorosas. Por otro lado, la falta de apoyo social se relaciona con mal pronóstico.

Independientemente de la relación “directa” que se establezca entre el apoyo social y el dolor, la conexión entre ambos puede ser regulada por la presión, considerándose que el apoyo es un moderador de la influencia de este último.

Al analizar los datos de los “grupos de autoayuda”, se enfatiza el papel mediador en los resultados de afrontamiento. Se recomienda que el grupo de autoayuda sea muy activo para pacientes con dolor crónico y problemas de cáncer. En definitiva, se considera que la forma de afrontar el dolor crónico no es independiente de la estrategia general de afrontar las enfermedades crónicas subyacentes.

Su efectividad estará ajustada por factores personales, las características fundamentales de la personalidad y los llamados “recursos de resistencia” (adaptación a las enfermedades, niveles intelectuales y culturales, auto-fortaleza y mantenimiento de la imagen o otras estrategias), y por las características de la enfermedad y de las personas. Creencia en esto, el nivel de exigencia de diversas fuentes (socios, trabajo, investigación) y el nivel de discapacidad que ocasiona la enfermedad, el apoyo social del que dispone el paciente, el cambio en la naturaleza de la vida y los hábitos requeridos, etc.

Los investigadores que estudian el dolor crónico desde enfoques cognitivo-conductuales creen que la evaluación debe tener en cuenta la experiencia del dolor (tipo, intensidad, etc.), el comportamiento doloroso, las emociones, el consumo de medicamentos, las expectativas, el apoyo social, los recursos de afrontamiento, los hábitos sociales, la familia y la sociedad. Otras conceptualizaciones del dolor se basan en métodos psicofisiológicos que asumen que se pueden encontrar patrones anormales de respuestas psicofisiológicas en ciertos tipos de dolor crónico “medicamente incompatible” (como dolor de cabeza, dolor lumbar y síndrome de disfunción temporomandibular).

Se puede ver que la comprensión de la psicología del dolor, los métodos de diagnóstico y tratamiento y sus contribu-

ciones son diversas. En todos los marcos, el estudio del estrés (desde diferentes ángulos) es el factor fundamental.

### Diagnóstico y pruebas utilizadas

El médico puede determinar si se tiene dolor crónico preguntando acerca de las enfermedades pasadas y el estado de salud general. También a través de un examen físico.

Es posible que se hagan pruebas para determinar si un problema médico está causando el dolor y verifique si hay problemas con el sistema nervioso, solicitando análisis de sangre y formulando preguntas para revisar el estado anímico o salud mental.

Las pruebas diagnósticas son mecanismos para confirmar el tipo y clase de dolor que se padece.

- *Radiografía convencional.* Es una radiografía del esqueleto, que busca patología osteoarticular para confirmar el cuadro clínico. Hay ventajas en cuanto a la accesibilidad y reducción del coste aunque no permite visualizar el contenido vertebral.
- *Tomografía Axial Computarizada (TAC).* Se utiliza a través de radiaciones ionizantes, considerada una de las mejores y efectivas técnicas en todos los campos de la medicina del dolor.
- *Resonancia Magnética (RM).* ES otra técnica de gran exactitud e importancia diagnóstica en los síndromes dolorosos, capaz de identificar diferencias de densidad de tejidos sin exponerse a radiaciones. Permite demostrar procesos degenerativos óseos como inflamatorios o tumorales.
- *Gammagrafía ósea.* Basada en la obtención de imágenes a través de la utilización de isótopos y un agente que tiene preferencia para fijarse en el hueso (radiofármaco), valorando la función y el metabolismo óseo a través de la liberación de pequeñas cantidades de material radioactivo.
- *Ecografía.* Método que más ha ganado en el transcurso del tiempo, es no invasiva, rápida, de bajo coste y buena accesibilidad.
- *Estudios neurofisiológicos.* Ayudan a la exploración neurológica de pacientes con lesiones del sistema nervioso y confirman la impresión clínica en caso de comprensión nerviosa y el nivel de la misma. Pueden medir la integridad del nervio, grado de lesión y evolución de ella. Para el paciente le suele resultar dolorosa.
- *Termografía.* Comprueba visualmente la temperatura de las áreas corporales, de carácter no invasivo o no ionizante. las imágenes térmicas proporcionan información sobre patrones de flujo sanguíneo de la piel que no se obtienen a través de otras pruebas.

### Evaluación del dolor

No existe un “termómetro del dolor” que se pueda aplicar a los sujetos para medir el grado de dolencia que sienten. Para comprender el dolor de una persona, se debe pedir

que lo describa o observar su comportamiento (24). Por lo tanto, en los últimos años se han realizado esfuerzos para desarrollar y mejorar procedimientos evaluativos, especialmente factores psicológicos relacionados con el dolor crónico.

La evaluación psicológica del dolor tiene dos áreas principales de expresión: la evaluación del dolor experimental (investigación de laboratorio) y la evaluación clínica del dolor, en la que la representación ocupa un lugar central y es objeto de numerosos estudios en los factores psicosociales relacionados donde la mayoría de los autores coinciden en que la evaluación en la clínica debe tener las siguientes características:

1. Métodos multidimensionales, diseñados para evaluar múltiples factores, medidas subjetivas y objetivas.
2. Prestar atención a la efectividad y confiabilidad de estas medidas.
3. No solo para medir componentes o características, sino para la relación entre ellos. La evaluación psicológica del dolor en la práctica clínica tiene tres objetivos básicos, que se corresponden con los objetivos generales de la evaluación psicológica en el campo de la clínica y de la salud:
  - Hacer diagnóstico, orientar el tratamiento y establecer metas.
  - Contribuir a la elección de técnicas de tratamiento.
  - Proporcionar indicadores del efecto del tratamiento.

El último objetivo requiere un requisito adicional: los procedimientos de evaluación deben construirse de tal manera que puedan usarse en la investigación evolutiva, siendo sensibles para distinguir cambios en condiciones clínicas.

Según W. Penzo, la evaluación psicológica del dolor debe seguir los siguientes principios:

- Evaluar un mismo aspecto a través de diferentes procedimientos.
- Empezar siempre con un criterio de relevancia (el criterio debe considerar la efectividad empírica de las herramientas utilizadas, las características del tema y los antecedentes que en ocasiones determinan la relevancia de determinadas valoraciones).
- Fomentar la expresión oral (escucha compasiva).
- Considerar la información que los miembros de la familia pueden brindar y, en muchos casos, incluir grupos familiares.
- Buscar la menor interferencia (relación armoniosa, aclaración de la etapa de evaluación, etc). Teniendo en cuenta estos principios generales, se han propuesto diferentes modelos de evaluación. Karoly y Jensen propusieron cuatro niveles o antecedentes que deberían evaluarse para detectar el dolor:
  - *Situación 1.* Biomedicina (historia clínica, diagnóstico, medicación, antecedentes patológicos, personales y familiares, etc.)

- *Situación 2.* Dimensión de la experiencia (aspectos sensoriales, perceptuales y emocionales, descripción, representación y cognición del dolor).
- *Situación 3.* Dimensiones importantes de la relación (proceso de adaptación al estilo de vida relacionado con el dolor).
- *Situación 4.* Sociología y Conceptualidad (Modelo Teórico de Profesionales de la Salud) Turk y Rudy desarrollaron un modelo de evaluación multiaxial del dolor, que evaluó tres aspectos:
  1. Medicina física
  2. Dimensión psicosocial (evaluar el impacto del dolor en la vida, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo, etc.)
  3. Dimensión de la función conductual (comportamiento doloroso).

Se puede observar que los dos modelos son consistentes en cuanto al contenido de todos los aspectos que deben ser considerados en la evaluación y la necesidad de métodos multidisciplinarios (19). De hecho, reconocer que la contribución de la psicología a la comprensión del dolor ha supuesto una fuerte influencia metodológica y se puede definir desde dos direcciones: por un lado, asimilación de herramientas y métodos metodológicos, por otro lado, la evaluación de factores psicológicos se incluye en el proceso de diagnóstico clínico.

La naturaleza subjetiva de la experiencia del dolor determina el desarrollo de métodos para evaluar sus parámetros clínicos (como intensidad, frecuencia y duración). El método preferido por los investigadores clínicos y los psicólogos para evaluar la intensidad del dolor es la escala. Un ejemplo de las escalas más utilizadas son: escala analógica visual, escala de rango digital 101, cuadro de 11 puntos, escala de 6 puntos para rango de comportamiento, escala de 4 puntos para rango de habla y escala de 5 puntos de McGill del cuestionario de dolor.

Los métodos de evaluación, como los diarios del dolor, se utilizan a menudo para evaluar la frecuencia y duración de este. De hecho, cada investigador diseña su propio diario de acuerdo con sus objetivos, existiendo pocos estudios sobre procedimientos estandarizados para estos fines. En un sentido general, un diario de dolor tiene como objetivo obtener una estimación de la intensidad del dolor en relación con la hora del día o la actividad realizada. También puede considerar la duración del ataque, el uso de medicamentos y estrategias para aliviarlo. Entre los diarios más famosos está el de Fordyce y el de Turk.

En la investigación, otro marco importante es el "impacto del dolor", que se define como el malestar típicos en la experiencia, que ha atraído una atención especial por parte de médicos e investigadores. Se han desarrollado algunas herramientas para evaluar los componentes afectivos de este dolor, como las subescalas afectivas del McGill Pain Questionnaire y algunas escalas de rango verbal, como Grayly y Tursky, y inventario autodescriptivo como la escala de Discomfort y malestar de Johnson y otros.

Jensen y col. realizaron una serie de estudios sobre la eficacia de varias escalas para estudiar la intensidad y los efectos del dolor y concluyeron que, de hecho, todas las escalas estudiadas son igualmente útiles para evaluar la efectividad de las opciones de tratamiento. El segundo sello que deja la psicología en el campo del diagnóstico del dolor es mediante el uso de procedimientos "tradicionales" en psicología clínica (como el MMPI) o mediante el desarrollo de nuevos procedimientos destinados a evaluar a los pacientes con dolor crónico mediante la incorporación de métodos de evaluación psicológica en el proceso diagnóstico habitual.

Sin embargo, elegir un procedimiento para evaluar los factores psicológicos que afectan el origen, curso, tratamiento y pronóstico del dolor es un tema muy complejo. Actualmente, existen cientos de herramientas que se utilizan para la evaluación psicológica de pacientes con dolor crónico. Esto se puede explicar por el interés en los factores psicosociales del dolor y el desarrollo de investigaciones en este campo desde hace menos de 20 años, principalmente basadas en el trabajo de Melzack y Wall sobre modificadores internos del dolor y teoría de la puerta (20). Esto determina que la investigación psicológica sobre el dolor ha comenzado a madurar, por lo que en cierta medida demuestra que los diversos métodos de diagnóstico que se utilizan actualmente son razonables.

En este campo, las tendencias en los estilos cognitivo-conductuales y las herramientas creativas se han vuelto dominantes, especialmente la escala de autodescripción, que está diseñada para evaluar creencias, afrontamiento, control, etc. Esta tendencia parece estar determinada por la falta de métodos fáciles de aplicar en la práctica clínica. Por otro lado, la situación no es nueva, ni es el único método utilizado en psicología para estudiar y tratar el dolor. Hace más de 20 años, LJ Cronbach usó un color bastante sombrío para pintar una imagen panorámica de la evaluación psicológica y dijo: "En la psicología clínica y la consulta profesional, las tendencias continúan brotando.

### **Mecanismos del dolor**

Aunque la fisiopatología del dolor crónico es compleja y requiere una investigación a largo plazo, es posible describir la base del estado de dolor. El dolor es causado por una estimulación nociva que estimula la conformación del área del cerebro, viéndose afectado por diversos estados emocionales y comportamientos. A través de la red neuronal jerárquica, la codificación de estímulos nociceptivos, la regulación consciente y la formación de recuerdos del dolor se han denominado con el término matriz del dolor. Se propone una matriz de dolor en 3 niveles de actividad neuronal interrelacionada:

- *Primer orden.* Activación nociceptiva del tracto espinotalámico.
- *Segundo orden.* Los estímulos nocivos se sienten, ajustan y transforman conscientemente en respuestas corporales o vegetativas.
- *Tercer orden.* La percepción y la regulación del dolor se revalúan a través del contexto de las emociones y los factores psicológicos personales contribuyen a la formación de recuerdos dolorosos.

El área responsable de segundo y tercer orden interactúan con tractos de la médula espinal descendente, provocando estímulos de supresión o regulación.

Por lo tanto, el estado de dolor es un proceso muy complicado, no causado por un único fenómeno neurobiológico, pero sí, debido a la suma de diferentes componentes. Estos mecanismos celulares incluyen:

- *Transducción nociva.* Incluye una fuerte estimulación de la transformación fisiológica (térmicos, mecánicos o químicos). Potenciales de acción en nociceptores insensibles. Aunque el mecanismo puede causar dolor crónico en determinadas situaciones (como una lesión por compresión nerviosa), rara vez es la principal causa de dolor crónico.
- *Sensibilización primaria.* Debido a la activación de los canales iónicos en las terminaciones nerviosas, se observa que baja el umbral y reduce la capacidad de respuesta de los nociceptores.
- *Actividad ectópica.* Basado en Neuronas sensoriales lesionadas, quizás por fibras sensoriales vecinas no lesionadas y GRD (ganglio de la raíz dorsal) enviado al sistema nervioso central, donde se procesa como estímulos de dolor (23).
- *Sensibilización central.* Consiste en el estado hiperexcitado de los nucleósidos. La influencia del sistema nervioso central en los estímulos circundantes, lo que produce una respuesta dolorosa. Exacerbar (hiperalgesia) y prolongar el tiempo, y sentir dolor frente a estímulos generalmente indoloros (alodinia).
- *Desinhibición.* Las sinapsis inhibitorias también ocurren en el sistema nervioso central. Principalmente mediada por el neurotransmisor GABA, lo que produce efectos antinociceptivos. El proceso de desinhibición implica la reducción de los tonos GABAérgicos y glicinérgicos, evitando así esta transmisión inhibitoria, disminuyendo el umbral del dolor y el desarrollo de hiperalgesia y alodinia.
- *Mecanismos supraespinales.* Se trata de cambios estructurales, como la reducción de materia gris en la neocórtex, así como cambios en los neurotransmisores excitadores e inhibidores y la conectividad funcional, cuyos efectos no han sido caracterizados con precisión.

### **Terapias actuales frente al dolor**

Dado que es difícil determinar el mecanismo clínico, el tratamiento del dolor crónico incluye inferir la administración en función de la respuesta farmacológica, evaluando su eficacia. Por lo tanto, el alivio farmacológico del dolor en la práctica clínica genera una escalera analgésica (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, medicamentos neurológicos y otros medicamentos auxiliares, como antiepilépticos y opioides) en lugar de apuntar a mecanismos precisos del dolor.

Dada la naturaleza compleja del dolor crónico y sus objetivos de tratamiento, la medicación por sí sola no puede lograr resultados satisfactorios, así como el tratamiento

debe guiarse por un enfoque multimodal, que incluya medicación, rehabilitación física, cambios de estilo de vida, psicoterapia, cirugía y medicina complementaria.

A continuación se exponen algunas terapias:

- **Terapia física.** Pasivas como manipulación y masaje, por parte de expertos en la materia; y activa como estiramientos y ejercicios específicos dirigidos.
- **Terapia psicológica.** Los factores psicológicos son muy importantes en la transición de episodios de dolor agudo a episodios de dolor crónico. Por lo tanto, ante la conducta de rechazo al dolor, el desarrollo de emociones y conductas negativas puede interferir significativamente con la serialización temporal y la intensidad. Esta actitud se denomina "catastrofización", que significa una percepción exagerada de posibles amenazas de dolor e interpretaciones negativas exageradas de la información de salud, lo que lleva a que las personas presten atención médica. El dolor y los síntomas relacionados conducen a una vigilancia excesiva y a evitar actividades subconscientemente el ejercicio físico, social y ocupacional (caminar, otras terapias físicas) que promuevan el dolor.

Para identificar y cambiar esta tendencia negativa, evitando las consecuencias adversas descritas, se desarrolló la terapia cognitivo-conductual (TCC). Es un método de tratamiento psicológico de primera línea para el dolor crónico, que incluye técnicas de relajación, identificación y tratamiento de pensamientos negativos, con el objetivo de desarrollar y adoptar estrategias de afrontamiento para mejorar la capacidad de resolución del dolor crónico.

- **Terapia analgésica.** Como se mencionó anteriormente, debido a las dificultades para asumir el mecanismo espe-

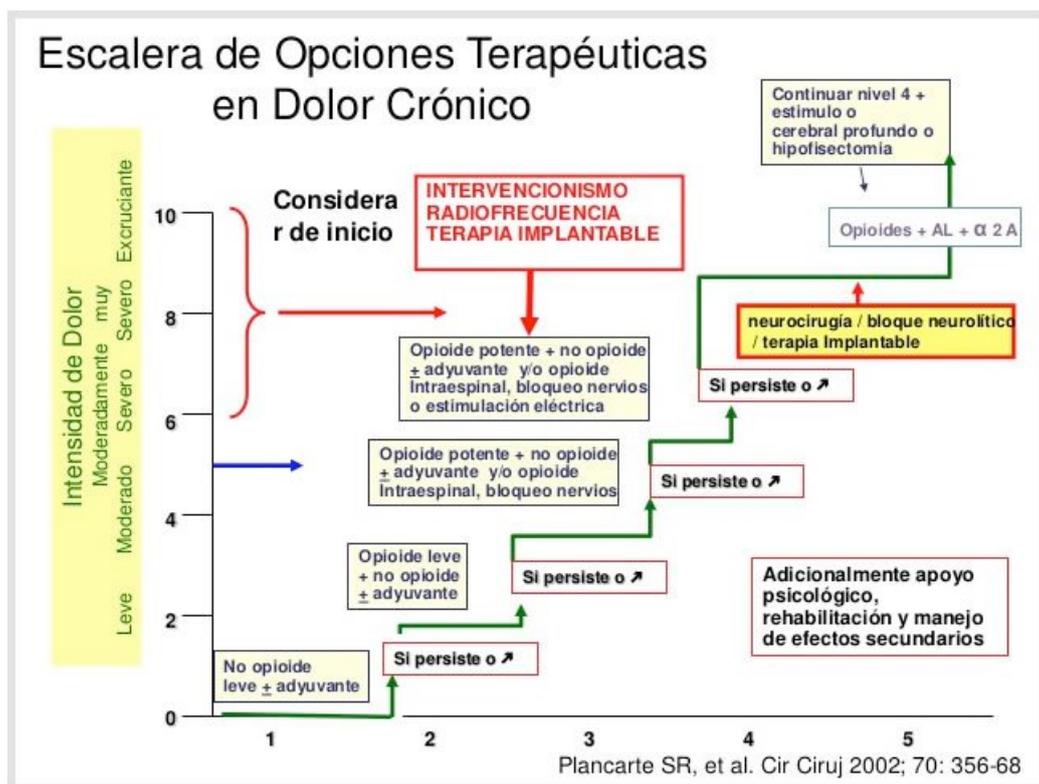
cífico de los fármacos que causan dolor, el principal tratamiento farmacológico actual es el uso de diferentes fármacos (AINE, fármacos neuropáticos, opioides), dado que estos últimos tienen un mayor efecto analgésico, efectivo en el dolor crónico.

- **Terapia intervencionista clásica. Infiltraciones.** Se basan en la técnica de inyectar medicación directamente en la zona lesionada, por lo que sus efectos se concentran directamente en ese sitio. Diseñado para lograr un bloqueo nervioso o reducir la inflamación mediante la inyección de anestésicos locales o esteroides, aunque la acción es temporal (25).

## 2. Enfermedades crónico degenerativas

Las enfermedades crónico degenerativas son enfermedades que duran mucho tiempo y suelen progresar lentamente. Las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de muerte en el mundo. Por otro lado, también han aumentado los problemas de salud mental, como la depresión.

Según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, "las enfermedades crónicas representaron el 59% de las muertes mundiales en 2001. Se estima que antes del 2022, las enfermedades crónicas representarán el 60% y causarán el 73% de todas las muertes del planeta". Asimismo, la etiología es incierta y suelen ser multicausal, tardan mucho en desarrollarse hasta que la fase subclínica se alterna con crisis más o menos evidentes, no suelen tener un tratamiento específico y no se resuelve de forma espontánea con el tiempo, este tipo de enfermedades suelen adquirirse por estilos de vida inadecuados, aunque siempre de-



ben tenerse en cuenta factores genéticos. Se han identificado factores de riesgo relacionados con la epidemiología, como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, falta de ejercicio, alteración del estado lipídico o dieta inadecuada.

### **Características de las enfermedades crónicas**

Según algunos estudios, las enfermedades crónicas tienen múltiples características, entre las que destacan:

- *Enfermedad incurable.* Por tanto, los síntomas y consecuencias de la enfermedad son permanentes e irreversibles, con periodos de remisión y recurrencia.
- *Causalidad múltiple.* Dado que están relacionados con diversos factores químicos, físicos, ambientales y socioculturales, muchos factores están vinculados con la forma de vida y el trabajo.
- *Multiefectividad.* Debido a los factores de riesgo que producirán efectos sobre diferentes problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede provocar cáncer de pulmón, EPOC, enfermedades cardiovasculares, etc.
- *No infecciosos.* Debido a que no son producidos por microorganismos, no se pueden propagar.
- *Rehabilitación.* Hasta cierto punto, se requiere una capacitación especial para los pacientes y sus familias garantizando una atención, y una estrecha cooperación o supervisión del equipo de enfermería.
- *Importancia social.* Depende de la mortalidad y el impacto socioeconómico, la discapacidad en la población activa y los gastos médicos incurridos. Mediante la modificación de determinados factores, se puede hacer una prevención primaria y en la prevención secundaria mediante la detección precoz.
- *Sentimientos perdidos.* Sentimientos producidos en la vida anterior del paciente.

### **Adaptarse al padecimiento**

Se presta especial atención a los aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de este proceso. Primero, se evalúan factores fisiopatológicos como las citocinas; también se considera el mecanismo de afrontamiento emocional en el proceso de adaptación a la enfermedad; luego, se evalúa el rol del manejo de la adaptación de los sujetos y finalmente, se refieren las consecuencias positivas de padecer enfermedades crónicas.

#### *1. Mantenimiento de una vida activa a pesar del efecto de las citocinas*

Los pacientes con enfermedades crónicas deben superar los síntomas físicos de inflamación e infección para poder mantener sus actividades. Estos síntomas no son específicos e incluyen debilidad, malestar, falta de atención, depresión y letargo. Los efectos psicológicos de la enfermedad están mediados por citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa y el interferón. Esto se ve en presencia de diabetes, cáncer y otras enfermedades, y conduce al de-

sarrollo de depresión, ansiedad, deterioro de la memoria y otras afecciones.

Las citocinas mediarán la inactividad y la angustia causada por enfermedades como la artritis reumatoide. En estos casos, el bloqueo de citocinas proinflamatorias puede mejorar el rendimiento y la calidad de vida. En otras palabras, estas sustancias constituyen barreras para la adaptación psicológica a las enfermedades crónicas. La inactividad conductual puede considerarse una conducta adaptativa durante un ataque agudo, sin embargo, a la larga, tiene consecuencias negativas que afectan la respuesta psicológica de la enfermedad.

#### *2. Regulación emocional*

La ansiedad, la depresión y otras emociones negativas son características comunes de los pacientes con enfermedades crónicas. La forma de afrontar las emociones afectará la adaptación a la patología. La regulación de esas emociones incluye dos tipos: primero, evitar y reprimir las emociones, que son desadaptativas y pueden agravar el curso de la enfermedad, y por otro lado, la expresión de emociones y conocimientos puede hacer que las personas se adapten por completo a nuevas situaciones. Sin embargo, la incomodidad puede afectar a la regulación emocional.

La expresión emocional mejora la capacidad de adaptación a las enfermedades crónicas. Los efectos negativos de la evitación y la expresión emocional insuficiente son respuestas a mecanismos físicos y psicológicos donde las emociones provocadas por el sufrimiento de enfermedades crónicas carecen de capacidad de resolución, lo que puede afectar negativamente al activar el sistema nervioso simpático. Además, la supresión de las emociones retrasará el tiempo del tratamiento, la comunicación con los profesionales y la adherencia al tratamiento.

Los beneficios asociados con el conocimiento y la expresión emocional requieren cierto grado de procesamiento. La reconstrucción cognitiva son mecanismos positivos que se pueden lograr expresando emociones negativas, además, la expresión emocional reduce la incomodidad, restaura el equilibrio psicológico - físico y promueve la interacción social con los demás. En resumen, las intervenciones destinadas a mejorar la forma de regulación del estado de ánimo ayudan a los pacientes a adaptarse al dolor de las enfermedades crónicas.

#### *3. Habilidades personales de adaptación*

Manejar la adaptabilidad por parte del paciente significa estar acostumbrado a tomar medicamentos, cambios de estilo de vida y responsabilidades de comportamiento. Según los hallazgos de diversos estudios, el seguimiento de los hábitos de salud está relacionado con beneficios físicos en cuanto a síntomas y funciones. Sin embargo, los beneficios psicológicos de la adaptación personal a las enfermedades crónicas no se comprenden completamente. Como se informó, una vez que se diagnostica una enfermedad crónica, el cumplimiento de los pacientes con el plan de atención personal suele ser bajo. Tal plan,

resulta difícil porque generalmente implica cambios en el estilo de vida.

La aparición de la depresión afecta al cumplimiento del tratamiento de los pacientes con diabetes y otras enfermedades crónicas. Sin embargo, la relación causal entre el autocuidado y la adaptación psicológica a la enfermedad no está clara. La ansiedad repercute en la capacidad para cumplir con las pautas necesarias de autocuidado.

Existe una relación bidireccional entre el bienestar y el cumplimiento de las pautas de cuidado personal. La mentalidad adecuada fomenta el compromiso con un estilo de vida saludable. A su vez, los pacientes que practican el cuidado personal informan que la salud mejoraba. Estos hallazgos tienen consecuencias terapéuticas, ya que los sujetos se benefician al ganar en capacidad para resolver problemas y realizar tareas específicas.

#### 4. Procesamiento cognitivo

La calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas es generalmente menor que la observada en sujetos sanos. Sin embargo, al considerar aspectos relacionados con la salud mental, la diferencia es pequeña o nula. El impacto negativo de la enfermedad en el bienestar puede compensarse con diferentes estrategias cognitivas. La experiencia de lidiar con enfermedades crónicas puede no ser del todo negativa. Por ejemplo, se ha informado que aquellos con enfermedades crónicas informan que su apreciación de la vida ha mejorado, su determinación, sus prioridades han cambiado y sus relaciones. Se encontró una correlación entre las experiencias positivas relacionadas con enfermedades crónicas y determinadas variables demográficas (como edad más joven).

El crecimiento y la valoración de los beneficios relacionados con el padecimiento de enfermedades crónicas puede constituir una estrategia cognitiva para compensar esta desventaja. El diagnóstico esta relacionado con cambios en los parámetros internos de salud y otros aspectos de la calidad de vida. La terapia cognitivo-conductual incluye la aplicación de estrategias encaminadas a lograr una actitud optimista frente a la enfermedad, resultando útil alentar a los pacientes a reconocer los beneficios de la aparición de la enfermedad o cambiar actitudes para mejorar el funcionamiento. Se trata de encontrar un nuevo equilibrio al centrarse en los aspectos positivos de la enfermedad.

#### La depresión y la enfermedad crónica

La depresión es una enfermedad real, incluso si se tiene otra enfermedad, el tratamiento ayuda al paciente a vivir una vida más saludable. Después de un ataque cardíaco o un diagnóstico de cáncer, o después de recibir tratamiento para una afección crónica (como dolor), generalmente los sentimientos van desde la tristeza al desánimo. El hecho de enfrentarse a nuevas restricciones para hacer las cosas y la preocupación por el resultado del tratamiento, así como las expectativas futuras, acaba resultando difícil adaptarse a la nueva realidad, afrontando los cambios que acompañan tras el diagnóstico y al tratamiento en curso e incluso realizar aquellas actividades favoritas, como ir de excursión o cuidar el jardín.

Es posible sentirse triste temporalmente, pero si estos y otros síntomas persisten durante más de un par de semanas, es muy probable que se padezca de depresión. Ésta puede afectar a la capacidad para realizar las actividades diarias, disfrutar del trabajo, el tiempo libre, la familia y los amigos. La depresión es una enfermedad grave con muchos síntomas, incluidos síntomas físicos. A continuación se exponen algunos de ellos:

- Sentirse triste, irritable o ansioso.
- Sentirse vacío, desesperado o sin autoestima.
- No sentir placer por los pasatiempos y las actividades que normalmente gustaban, incluido el sexo.
- Sensación de cansancio, poca energía o apatía.
- Problemas para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
- Incapacidad para conciliar el sueño o sueño excesivo.
- Comer demasiado o no querer comer en absoluto puede provocar un aumento o pérdida de peso no planificado.
- Pensar en la muerte o el suicidio.
- Sufrir dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos, sin una causa física clara o sin mejoría después del tratamiento.

Algunas veces, los síntomas de la depresión se presentan después de un diagnóstico clínico reciente, pero desaparecen en la medida en que la persona se adapta o en que se trata la enfermedad. En otros casos, ciertos medicamentos que se usan para tratar la patología pueden provocar depresión, la cual continua, aunque la salud física mejore.

#### El duelo

Ante el diagnóstico de la enfermedad crónica, la persona entra en un proceso de duelo del latín *dolus*, que significa dolor y desafío o combate entre dos. El duelo es un proceso psicológico adaptativo necesario para afrontar pérdidas importantes (como la muerte de un ser querido, ruptura sentimental o pérdida de la salud en este caso), caracterizado por sentimientos de pérdida, llenos de tristeza, y poco - nulo interés en el mundo exterior. Parte del proceso de adaptación a una enfermedad crónica pasará por diferentes etapas, llevando un tiempo para superarlas. Este es un camino largo y con un sinfín de emociones, donde en ocasiones, la persona ni siquiera se da cuenta de que lo está atravesando (17). El duelo es un proceso dinámico, y la experiencia de cada uno es diferente. Contiene cinco etapas, estas no son necesariamente continuas, siendo posible volver a la etapa anterior, o no tener alguna de estas cinco etapas:

1. *Negación*. Una vez diagnosticado, inicialmente la persona se siente aliviada porque ha pasado años tratando de resolver su problema. Al mismo tiempo, es posible que se sienta asombrado porque se tiene una enfermedad incurable y no existe un tratamiento eficaz.

2. *Miedo*. Hay tantos miedos y pensamientos pasando por la cabeza que acaba siendo abrumador. Uno de los peores miedos y preocupaciones a superar será tratar de vivir simplemente el día a día. Generalmente durante la etapa de miedo se aprenden a obtener datos confiables que puedan ayudar a calmar los miedos. Participar de un grupo de apoyo específico de la enfermedad para no sentirse solo/a y aliviar el miedo o preocupaciones.
3. *Enojo/Frustración*. Esta fase es común, para el paciente y los miembros de la familia. Se sienten enojados porque no puede hacer las tareas de la casa, su trabajo, etc. Hablar con alguien o pedir ayuda puede ser efectivo. Muchas personas con enfermedades crónicas y familiares buscan ayuda profesional para aprender a afrontar lo que ellos y los demás están atravesando.
4. *Duelo/Depresión*. Apenarse por la pérdida de la vida pasada, ya que ahora todo ha cambiado. Se puede perder el contacto con amigos, e incluso con miembros de la familia, donde el sentimiento de duelo es parecido a lo que pasa cuando fallece un ser querido, y en cierto modo es así.
5. *Aceptación*. Aprender justamente cómo adaptarse a la vida con la enfermedad. Normalmente lleva mucho tiempo llegar a esta etapa. Cuando se alcanza, se comienza a adaptar una nueva vida, ajustándose los sueños y metas de acuerdo a lo que físicamente se puede hacer. La aceptación se refiere construir una nueva vida a la realidad que se está teniendo.

### El afrontamiento

El afrontamiento es hacer cara a un peligro o situación temida, se define como un estado de equilibrio entre las necesidades internas o las exigencias externas, y los procesos utilizados en el logro de esta condición; así como la capacidad adaptativa de la persona a nivel psicológico, valorando los niveles de estrés, de autoestima y de calidad de vida de este.

Los estudios han demostrado que los niños a menudo usan estrategias de afrontamiento, que se clasifican como distractores: prestar atención a los problemas y prestar atención a las emociones. Estas estrategias de afrontamiento varían con la edad.

Saber cómo lidiar con el estrés es muy importante, lo primero es identificar la fuente y dejar que la persona identifique los factores que lo causan. Para ello, es necesario ayudar a reconocer los síntomas del estrés (que pueden variar de persona a persona) y las condiciones que lo provocan. Los síntomas del estrés pueden ser fisiológicos (taquicardia, sudoración, sequedad de boca, etc.), motores (tensión muscular, espasmos, etc.) o mentales (preocupación, pensamientos recurrentes). Para situaciones estresantes es necesario determinar el lugar, persona o entorno que causará estrés, una vez determinado es necesario recordar las estrategias de afrontamiento efectivas anteriores.

Normalmente, la estrategia de afrontamiento del estrés más comúnmente utilizada es distraerse cuando ocurre el dolor y concentrarse en la resolución de problemas. Del

mismo modo, una de las estrategias de afrontamiento es la interacción personal y las expectativas de logro para reducir las condiciones estresantes que pueden empeorar la enfermedad (18). Por esta razón, es importante que se comprenda completamente la enfermedad y sus limitaciones. Otras estrategias de afrontamiento son las técnicas de relajación muscular, el control de la respiración y la imaginación / distracción.

### ¿Cómo lidiar con la enfermedad?

- Conocerse a uno mismo y conocer la enfermedad. Comprender las preocupaciones ayuda a controlarse mejor. Aceptar las emociones y limitaciones, pero también detectar las fortalezas.
- Reconocer lo que no se puede cambiar y aceptarlo. Dejarlo ir. Utilizar las energías en cosas que se pueden cambiar: estilo de vida, actitud o forma de pensar.
- Aprender a decir "No". Derecho a poner límites. ¿Por qué aceptar compromisos cuando no apetecen? Descubrir lo que ocurre cuando la persona se atreve a decir no y aprender a delegar en otros, cuando la situación sobrepase.
- Conectar con los seres queridos. Rodearse de aquellos que causen buenas vibraciones, hablar y reír conjuntamente, expresando los sentimientos.
- Evita situaciones estresantes y busca alternativas. Ante determinados hechos, crear formas posibles para solucionar lo que preocupa.
- Comer sano. Incorporar frutas y verduras, pescado azul, disminuir azúcares refinados, las sodas y no estresar al cuerpo con el hambre.
- Dormir bien. Un sueño reparador de al menos 7 horas proporciona energía para el nuevo día, permitiendo pensar con más claridad. Se trata de aprender a tener una buena higiene del sueño.
- Relajarse y practicar un hobby, algo con lo que se disfrute. Bailar, leer, hacer yoga, bricolaje, practicar una actividad placentera. Las preocupaciones pasarán a segundo plano en esos momentos.
- Una receta de propina. Antes de conciliar el sueño, pensar en tres cosas buenas que hayan pasado durante el día y por las que uno se siente agradecido.

### 3. Estudio empírico

#### Objetivo

El objetivo es la detección de cuadros depresivos en pacientes con dolor crónico, ofreciendo el adecuado apoyo terapéutico, psicológico o farmacológico, y, facilitando un enfoque integral con respuesta al tratamiento, así como una adecuación al medio.

A través de la *Terapia Cognitivo Conductual* (TCC), se observa el perfil clínico de las personas que se benefician del tratamiento poniéndolo en su "escala total". La elección es

mediante la distorsión cognitiva del pensamiento porque es una de las variables psicológicas más influyentes para el impacto negativo en la salud mental y física de los pacientes, lo cual incentiva a cuadros depresivos.

### Supuestos generales

Los tipos de dolor crónico que se atienden en los servicios especializados de atención al dolor (Unidad del Dolor) con mayor frecuencia son: el dolor propio de las enfermedades osteomioarticulares y reumáticas, el dolor asociado o debido al cáncer y los síndromes dolorosos por Neurología y Neurocirugía. Por esta razón los pacientes que se incluyen en la investigación provienen de los servicios mencionados.

Los enfermos con mayor dolor, discapacidad y síntomas psicopatológicos evaluados en el precondicionamiento se beneficiarán más de la intervención de la TCC, y sus reducciones catastróficas serán mayores en comparación con las puntuaciones más bajas del precondicionamiento.

### Supuestos específicos

- Los pacientes con puntuaciones más altas de dolor y discapacidad antes del tratamiento, se reducirán después de la intervención cognitivo-conductual.
- Aquellos pacientes con mayor ansiedad y depresión antes del tratamiento, reducirán el pensamiento distorsionador después de adoptar un enfoque multidisciplinario.
- Los pacientes con puntuaciones más altas de creencias erróneas para evitar el miedo antes del tratamiento, reducirán el pensamiento catastrófico después de él.
- Aquellos pacientes con síntomas psicopatológicos mayores antes del tratamiento, reducirán aún más el pensamiento distorsionador después de la intervención.

### Método

Para la investigación dirigida a potenciar las prácticas asistenciales que pueden afectar a la evaluación psicológica, los métodos utilizados están destinados a verificar las pruebas psicológicas con entrevistas clínicas y las escalas de autodescripción, entre otros.

### Instrumentos

Se efectuó la entrevista personal individualizada, con una primera toma de contacto durante unos minutos exponiendo en términos sencillos y claros el objeto de tal entrevista, así como los beneficios que brinda y posteriormente aplicando el cuestionario (21). Todos los sujetos fueron informados del propósito de la investigación y se les solicitó su consentimiento para utilizar los datos. En muchos casos, además de la prueba de estudio, se utilizan otros procedimientos de diagnóstico psicológico para evaluar al paciente, si es necesario.

Los diferentes métodos de evaluación clínica en dos momentos: antes y después del tratamiento fueron los siguientes:

- Escala numérica de dolor (END) (Downie et al., 1978). Mide la intensidad del dolor en la última semana en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo imaginable).
- Cuestionario de discapacidad de Roland-Morris (Cuestionario de discapacidad de Roland-Morris; Roland y Morris, 1983; verificado por Kovacs et al. En población española en 2002). Son 24 ítems para evaluar la discapacidad. Los sujetos deben marcar esas oraciones para mostrar cómo se encontraron cuando se lesionaron. El instrumento ha sido verificado en población española y tiene buena consistencia interna.
- Cuestionario de creencias de evitación y miedo (Cuestionario de creencias de evitación del miedo, FABQ; Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993; verificado por Kovacs y otros en la población española, 2006). Un cuestionario que evalúa creencias y actitudes sobre las causas y consecuencias del dolor. La primera parte del instrumento evalúa la actividad física en una escala de 0 (muy en desacuerdo) a 6 (muy de acuerdo) y en qué medida causan o agravan el dolor. La segunda parte usa la misma proporción de 0 a 6 para medir el grado en que el trabajo causa dolor o el culpable, y su consistencia interna es 0.93.
- Escala Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983; Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet fueron adaptadas en población española en 2001): es una herramienta para la evaluación rápida de síntomas de trastornos mentales. La población en general y los pacientes que padecen enfermedades mentales o médicas (Derogatis y Melisaratos, 1983). Esta lista es una forma abreviada de la Lista de síntomas (SCL-90-R). La versión traducida y adaptada al español contiene 46 ítems, divididos en 6 niveles: depresión, fobia, paranoia, trastorno obsesivo compulsivo, somatización y hostilidad. Los sujetos deben utilizar una escala Likert de cinco puntos (0-4) para especificar el grado de malestar psicológico causado por cada síntoma durante el transcurso del mes anterior. La consistencia interna de cada escala muestra que el alfa de Cronbach tiene un índice óptimo entre 0,70 y 0,91.
- Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, CSQ; Rosenstiel y Keefe, 1983; Rodríguez, Cano y Blanco validado en población española, 2004). Consta de 39 frases y describe diferentes estrategias para afrontar el dolor dependiendo de la frecuencia de uso, el estándar de puntuación del dolor debe ser de 0 (nunca) a 6 (siempre).
- Escala de Impresión de Mejoría del Paciente (PGI-I) es un índice global que se puede utilizar para calificar la gravedad de una condición específica (una escala de un solo estado). Es sencilla, directa y fácil de usar que es intuitivamente comprensible para los clínicos.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HADS; Zigmond y Snaith, 1983; Herrero et al., 2003 fue validada en población española). Los síntomas de ansiedad y depresión de la última semana se evaluaron a través de 14 ítems. La escala global mostró alta consistencia interna,

Krumbach 0,90, escala de depresión 0,84, escala de ansiedad 0,85.

### **Descripción de la muestra**

La muestra incluyó a 54 personas, la mayoría mujeres (65,5%), con una edad media de 45 años. Tuvieron dolor durante un promedio de 5 a 7 años (media: 63,12 meses). La mayoría de ellos tuvo solo un examen de neuroimagen (69,9%), mientras que el 28% tuvo de 2 a 3 exámenes. En cuanto a los fármacos que consumieron, el 39,5% tomó solo uno, el 45% tomó de 2 a 5 y el 6,7% no tomó ninguno.

El nivel formativo en la mayoría era estudios básicos (40%), seguida de medios (31%), y universitarios (23%).

En cuanto al estado civil, el 69,6% de los participantes estaban casados, el 5,7% tenían pareja, el 6% divorciados y el mismo porcentaje (6%) solteros, de los cuales el 3% eran viudos.

La mayoría de la muestra tenían un estilo de vida sedentario (35,4%), seguido de ejercicio vigoroso (26%), ejercicio ligero (26%) y el 7% con vida sedentaria.

Finalmente, en cuanto a la situación laboral de los evaluados, la mayoría de las personas son activas (56%), la tasa de paro es del 18,5%, de baja el 8%, y el 8% jubilados.

### **Procedimiento**

Estos pacientes fueron reclutados por médicos de la unidad del Dolor (remitidos por sus médicos, de enfermería, de atención primaria o especialistas) invitados a participar en el estudio. Si aceptaban unirse al programa y cumplían con los criterios de inclusión, ingresaban al plan de tratamiento multidisciplinario (13). Las intervenciones incluyeron tratamiento médico convencional, exámenes de neuroimagen relacionados y exámenes neuropsicológicos para definir la enfermedad y el plan de tratamiento farmacológico en cada caso. Posteriormente, tomaron 4 cursos de una hora semanal por sesión para mejorar el control postural o ejercicios aeróbicos y alimentación con un máximo de 6 alumnos.

Finalmente, recibieron siete sesiones de Terapia Cognitivo Conductual por parte de psicólogos capacitados para tal fin. Cada una de estas sesiones tenía una duración de 2 horas, una vez a la semana, con un máximo de 6 pacientes en cada grupo (rotando una vez se acababan las sesiones con otro grupo de pacientes, en total 9 grupos). Se evaluaba al paciente antes y después, la duración total del tratamiento, fue de 11 sesiones.

### **Propuesta de intervención**

Se realizaron pruebas T de student para comparar las características clínicas pretest, de aquellas personas que mejoraban al menos 10 puntos en PCS total y las que no. Se calculó el tamaño del efecto mediante la prueba d de Cohen determinando la magnitud diferencial.

Los pacientes de este estudio también recibieron intervenciones multidisciplinarias, incluidos métodos médicos por vía farmacológica, fisioterapia y psicología (Terapia Cognitivo Conductual: TCC).

### **Tratamiento médico y fisioterapéutico**

En cada caso, los pacientes recibieron intervenciones médico-rutinarias, exámenes relacionados y los medicamentos más adecuados, una vez realizado este procedimiento, fueron llamados a tratamiento.

Tenían que llevar ropa cómoda para practicar ejercicios de fortalecimiento corporal con la finalidad de reducir el dolor (cuando sea evidente) y la higiene postural, para que no sobrecarguen las zonas. El primer tema tratado en la sesión fue la educación psicológica sobre su anatomía, dolencias, posibles causas y estándares ergonómicos.

La idea principal era enviarles un mensaje tranquilizador verso a las dolencias. Además, el estrés aumenta los espasmos musculares, por lo que aquí se ha introducido la idea de que el estrés puede aumentar la intensidad del dolor experimentado (15). La importancia del ejercicio moderado y mantenerse activo puede aliviar las molestias, al menos para continuar con su trabajo diario. El ejercicio regular puede fortalecer los huesos, mantener la flexibilidad muscular, hacernos sentir bien y liberar sustancias químicas naturales para aliviar el dolor.

El tratamiento médico incluía opioides donde se les explicaba que son potentes analgésicos que ayudan para el dolor severo a corto plazo (agudo) o fracturas óseas después de la cirugía. También pueden ayudar a controlar el dolor si se padece enfermedades como el cáncer.

Los opiáceos son medicamentos poderosos, pero por lo general no son el mejor tratamiento para el dolor prolongado (crónico) como la artritis, el dolor lumbar o los dolores de cabeza frecuentes. Si tomaban opioides durante mucho tiempo para controlar el dolor crónico, se les decía que podían crear adicción. Antes de tomar opioides para el dolor crónico, siempre habían de consultar al médico para conocer otras opciones.

Con el propósito que los pacientes entendiesen los tratamientos actuales disponibles para el dolor, se les decía que aunque no pueden eliminarlo, aún pueden mantener una vida activa: analgésicos, tratamiento con agua fría y caliente de la zona afectada, siempre a través de un profesional calificado como un fisioterapeuta. Unido al tratamiento psicológico para controlar el estrés así como la depresión. No obstante se les explicaba los efectos beneficiosos del calor:

- La energía térmica se utiliza en enfermedades inflamatorias y traumáticas subagudas y crónicas (como espasmos musculares, miositis, dolor lumbar, lesiones de cuello, diversas formas de artritis, artroalgia, neuralgia). Proporciona un alivio temporal. El calor aumenta el flujo sanguíneo y la capacidad de expansión del tejido conectivo; también reduce la rigidez de las articulaciones, el dolor y los espasmos musculares, y ayuda a reducir la inflamación, el edema y el exudado. La aplicación de calor puede ser superficial (infrarrojos, compresa caliente, baño de parafina, hidroterapia) o profunda (ultrasonidos). La intensidad y duración del efecto fisiológico depende principalmente de la temperatura del tejido, la tasa de aumento de temperatura y el área a tratar.

- Las lámparas de infrarrojos generalmente se calientan mediante lámparas de calentamiento durante 20 minutos / día. Las contraindicaciones incluyen cualquier enfermedad cardíaca avanzada, enfermedad vascular periférica, afecciones cutáneas sensibles (especialmente temperatura y dolor) e insuficiencia hepática y renal grave. Se deben tomar precauciones para evitar quemaduras.
- Las compresas calientes son paños de algodón rellenos de gel de silicato; se hierven en agua o se calientan en un microondas y luego se aplican sobre la piel. La compresa no debe estar demasiado caliente. Se envuelven en varias capas de toallas para proteger la piel de las quemaduras. Las contraindicaciones son similares a las de los infrarrojos.
- Para realizar un baño de parafina, la zona afectada debe humedecerse con cera fundida calentada a 49 ° C, empapada o recubierta. Puede envolver la zona afectada con una toalla durante 20 minutos para mantener el calor. La parafina se usa generalmente en articulaciones pequeñas, generalmente sumergiendo una mano y dibujando en la rodilla o el codo. La cera de parafina no debe usarse con heridas abiertas o alergias. El baño de parafina es particularmente útil.
- La hidroterapia se puede utilizar para mejorar la cicatrización de heridas. El agua caliente revuelta estimula el flujo sanguíneo y limpia quemaduras y heridas. Por lo general, este tratamiento se lleva a cabo en un tanque de almacenamiento de agua Hubbard (barril industrial grande), donde el agua se calienta entre 35,5 y 37,7 ° C. La inmersión total en agua calentada de 37,7 a 40 ° C también puede ayudar a relajar los músculos y aliviar el dolor. La hidroterapia es particularmente útil para ejercicios en el rango de movimiento (2).
- La diatermia es el uso de oscilaciones de campo electromagnético de alta frecuencia (onda corta o microondas) para el calentamiento terapéutico de los tejidos. Estas formas no parecen ser superiores a las formas de calentamiento simples y rara vez se utilizan.
- El ultrasonido utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para penetrar el tejido hasta una profundidad (4 a 10 cm). Los efectos son térmicos, mecánicos, químicos y biológicos. Es adecuado para tendinitis, bursitis, contracturas, osteoartritis, enfermedades óseas y síndrome de dolor local complejo. La ecografía no debe aplicarse al tejido isquémico, a las áreas anestesiadas o con infección aguda, ni debe usarse para tratar el cáncer o afecciones hemorrágicas. Asimismo, no debe aplicarse en los ojos, el cerebro, la médula espinal, los oídos, el corazón, los órganos reproductores, el plexo braquial o los huesos en curación.
- Para el frío: La elección entre tratamientos térmicos suele ser empírica. Cuando el calor no funciona, se puede aplicar frío. Sin embargo, para lesiones o dolores agudos, el frío parece ser mejor que el calor, aliviar los espasmos musculares, el dolor miofascial o traumático, el dolor lumbar agudo y la inflamación aguda; también se puede inducir algo de anestesia local. El frío se aplica localmente mediante bolsas de hielo o líquidos volátiles (por ejemplo, cloruro de etilo, aerosoles refrigerantes) que se enfrían durante la evaporación. La propagación del frío en la piel depende del grosor de la epidermis, el tejido graso y los músculos subyacentes, el contenido de humedad en el tejido y la velocidad del flujo sanguíneo. Se debe tener cuidado para evitar la hipotermia y el daño tisular. El frío no debe usarse en áreas mal perfundidas.
- La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea utiliza corrientes bajas en oscilaciones de baja frecuencia para aliviar el dolor. El paciente siente una ligera sensación de hormigueo. Dependiendo de la intensidad del dolor, puede estimular durante 20 minutos a varias horas varias veces al día. Por lo general, se indica a los pacientes que utilicen el equipo TENS y decidir cuándo aplicar el tratamiento. Debido a que la TENS puede causar arritmia, está contraindicada en pacientes con enfermedad cardíaca avanzada o marcapasos. No debe aplicarse a los ojos.
- La tracción cervical. Debido a la espondilosis cervical, la hernia de disco intervertebral, la lesión de la columna cervical o la tortícolis a menudo conducen a dolor de cuello crónico, generalmente se requiere tracción cervical. La tracción vertical (paciente sentado en el asiento) es más eficaz que la tracción horizontal (paciente acostado en la cama). La tracción eléctrica rítmica intermitente (7,5-10 kg) es más eficaz. Para obtener los mejores resultados, la tracción debe aplicarse con el cuello del paciente flexionado entre 15 y 20°. En general, se debe evitar la extensión excesiva del cuello porque aumentará la presión sobre las raíces nerviosas del agujero intervertebral. La tracción a menudo se combina con otros tipos de fisioterapia, como el ejercicio y el estiramiento manual.
- El masaje puede movilizar los tejidos contraídos, reducir el dolor, la inflamación y la induración asociadas con el trauma (como fracturas, lesiones articulares, esguinces, distensiones musculares, contusiones, lesiones de nervios periféricos). Los pacientes con dolor lumbar, artritis, bursitis, neuritis, fibromialgia, hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, ciertos cánceres y amputaciones deben considerar el masaje (11). No se ha de usar para tratar infecciones o tromboflebitis, ni para alergias graves, ya que hará que se libere histamina en el cuerpo. Se recomienda masajistas certificados para tratar ciertas lesiones.
- La acupuntura. Se inserta una aguja fina a través de la piel en una parte específica del cuerpo, generalmente lejos de la zona dolorida. A veces, la acupuntura se usa en combinación con otros tratamientos para controlar el dolor agudo y crónico.
- Existen ciertos signos de advertencia, como: si el dolor intenso persiste durante varias semanas y empeora, dificultad para controlar la orina, entumecimiento en la espalda o alrededor de los genitales, debilidad o inestabilidad en las piernas. Si experimentan alguno de estos síntomas, se recomendaba consultar a un especialista. Una vez completada la transmisión de toda esta información en la primera sección, las otras sesiones se dedicaban a la enseñanza de ejercicios específicos de fortalecimiento, de estiramiento adecuados y el tiempo adecuado para cada uno de ellos.

En definitiva, las principales ideas que se transmiten en estos encuentros son: aprender a manejar el dolor por sí mismos, recuperarse y avanzar activamente, evitar la discapacidad, afrontar situaciones y ayudar a afrontar una vida lo más normal posible. Generalmente, su objetivo es enseñar a las personas a autocontrolarse.

### *Tratamiento psicológico*

Las intervenciones incluían los siguientes componentes terapéuticos: educación psicológica, mindfulness, planificación de actividades, flexibilidad cognitiva, relajación y prevención de la recaídas. Estos son los ingredientes terapéuticos probados y recomendados para el tratamiento del dolor crónico. Las sesiones de Terapia Cognitiva Conductual comenzaban con la introducción de la agenda, y la revisión de la tarea de la semana pasada. Su principal objetivo era cambiar las creencias negativas sobre el dolor, promover la actividad física y la recuperación de actividades significativas, enseñar estrategias de adaptación para afrontar el dolor, reducir la intensidad y la posible discapacidad, para poder prevenir la depresión o estados de ánimo prolongados en el tiempo. Semanalmente se trabajaban una o dos estrategias.

### *Sesión 1: PRESENTACIÓN*

Se llevó a cabo con la colaboración de la Unidad del dolor.

#### *Los objetivos de esta sesión:*

- Introducción al programa.
- Establecer el marco y las expectativas.

#### *Desarrollo de la sesión:*

- Presentación de los miembros del equipo.
- Presentación de los participantes del grupo (los problemas de salud que padecen, tiempo de tratamiento, etc.). La mayor parte del tiempo se dedicaba a que los participantes del grupo se presentasen, enfocándose en la importancia de los eventos que conducían a su situación actual.
- Expectativas y objetivos de tratamiento del paciente.
- Explicación del dolor crónico.
- Marco de encuadre: indicando el número y la duración de las reuniones; se explicaba que están es una intervención educativa psicológica; importancia de la asistencia, puntualidad, compromiso con la confidencialidad, así como realizar trabajo en casa.
- Presentar los temas de las reuniones restantes.

El contenido principal de la primera sesión fue la psicoeducación, por lo que se explicó desde una perspectiva multidimensional (aspectos físicos, así como aspectos cognitivos, emocionales y conductuales) qué es el dolor y cuándo puede considerarse dolor crónico. Se hace especial hincapié en los aspectos psicológicos de este (26). Explicar emociones negativas como ansiedad, tristeza, irritabilidad, ira, pensa-

mientos catastróficos, ideas exageradas y atención al aumento de las emociones. En la mayoría de los aspectos del comportamiento, la atención se centraba en cómo llevar una vida diaria saludable, mantener ciertas actividades físicas, laborales y sociales.

Finalmente, se explicaban algunas de las consecuencias fisiológicas del dolor a largo plazo, los trastornos del sueño, los trastornos alimentarios, las reacciones sexuales y la posible fatiga crónica.

A continuación se describía el plan de tratamiento y sus componentes destinados a mejorar la calidad de vida:

- Educación psicológica. Comprender el dolor crónico y sus factores influyentes.
- Mindfulness. Desplazar la atención del dolor a otras cosas y animar a las personas a centrarse en el presente sin hacer juicios de valor para aceptar lo que está a punto de suceder.
- Relajación. Reducir la tensión muscular, los problemas de sueño y la tensión emocional.
- Flexibilidad cognitiva. Reducir los pensamientos negativos relacionados con el dolor (aprender a eliminar creencias erróneas).
- Plan de actividades. Identificar prioridades importantes y aumentar o equilibrar las actividades, así como reducir el miedo al ejercicio.
- Prevención de recaídas. Revisar lo aprendido, predecir situaciones difíciles que pueden ocurrir en el futuro y cómo resolverlas.

Finalmente, como tarea, recibieron un manual sobre el contenido de esta reunión y se les pidió que revisaran lo aprendido en la primera sesión.

### *Sesión 2: EMOCIONES UNIDAS AL DOLOR Y MINDFULNESS*

#### *Los objetivos de esta sesión:*

- Expresar emociones que podrían dificultar el programa.
- Construir alianzas de empatía con emociones negativas.
- Prestar especial atención a las emociones provocadas por el tratamiento. Personas e instituciones.
- Entrenamiento en mindfulness.

#### *Desarrollo de la sesión:*

- Resumen del contenido discutido en la reunión anterior y se invitaba a compartir los pensamientos, especialmente los sentimientos (confusión, tristeza, ira, miedo y desesperación).
- Iniciar la relajación con ejercicios de respiración diafragmática.
- Instrucciones para el tratamiento y la tarea a realizar en casa (ejercicios de respiración dos veces al día) y la importancia de practicarlo.

Como es habitual, al inicio de cada sesión se enumeraban en el orden del día los puntos principales a debatir en el día, revisando las tareas (es decir, si habían repasado el contenido de la primera sesión, y si había alguna duda). En este caso, se proponía expresar que han sentido y a continuación la técnica *mindfulness*. El propósito de utilizar la atención plena en este grupo de personas era promover un enfoque más amplio (no solo sobre el dolor) y la participación en las experiencias actuales sin necesidad de juzgarlas pero si aceptándolas. Se explicaba los elementos centrales de la atención plena: enfoque en el presente; experiencia y hechos abiertos; aceptación completa y no evaluativa de la experiencia.

Finalmente, se realizó un ejercicio práctico de "observaciones con los 5 sentidos" para ilustrar la parte teórica de la conciencia con ejemplos. Posteriormente, la programación de actividades fue descrita como una técnica capaz de mantenerse activo, mantenerse en movimiento, equilibrar actividades y descanso, restablecer según valores o iniciar actividades agradables y mejorar su vida social.

Se mostraba a los pacientes la relación entre la inactividad y las emociones negativas, y cómo estas emociones se establecían, a medida que se está más tenso o deprimido, se aumentaba el dolor, lo que conducía a la tensión muscular.

Por tanto, se demuestra la importancia de continuar con sus actividades habituales a pesar del dolor, y el propósito de este componente de tratamiento era incrementar el número e intensidad de las emociones positivas que experimentan.

En este punto, se proporcionaba cierta información sobre las emociones:

- La diferencia entre emociones positivas y negativas, básicas y aprendidas.
- Cuando las emociones persisten en el tiempo, se convierten en un "estado mental".
- Las emociones provocan cambios neuroquímicos en el cerebro, que afectan la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos.
- Una de sus funciones más importantes es la comunicación. A veces, el no expresar el dolor o hacer determinados juicios anticipatorios genera malestar.

Para generar emociones positivas, se les explicaba que debían:

- Realizar cambios a corto y largo plazo: a corto plazo: Hacer lo que apetezca y sea agradable (actividades placenteras). A largo plazo: hacer que los eventos positivos sucedan con mayor frecuencia, considerar actividades orientadas a valores, prestar atención a las relaciones sociales y cuidarlas, y evitar darse por vencido.
- Prestar atención a las experiencias positivas que ocurren y desviar la atención de las experiencias negativas.
- Evitar pensar que lo bueno está a punto de acabarse.

Como tarea, se les encargó la elaboración de una lista de lo que querían hacer, cuya realización sea con actividades

prácticas y agradables. Para ello, los pacientes contaban con 120 actividades sugeridas para tener algunas ideas cuando no se les ocurría nada, pudiendo elegir cualquier actividad que les llamase la atención y quisieran realizar, o retomar la actividad que habían dejado. Se les pedía que escogieran 4 de ellas y las llevaran a cabo. A continuación las anotaban en un registro las que eran capaces de efectuar (0-10) y el grado de placer al realizarlas (0-10) así como lo que habían sentido.

La conclusión final era que la inactividad conllevaba a un estado mental negativo y una mala condición física, por lo que era importante mantener la mayor cantidad de ejercicio posible. Las tareas de este módulo eran practicar la atención plena y completar el registro de actividades.

### *Sesión 3: EL ESTADO EMOCIONAL Y COGNICIONES*

#### *Objetivos:*

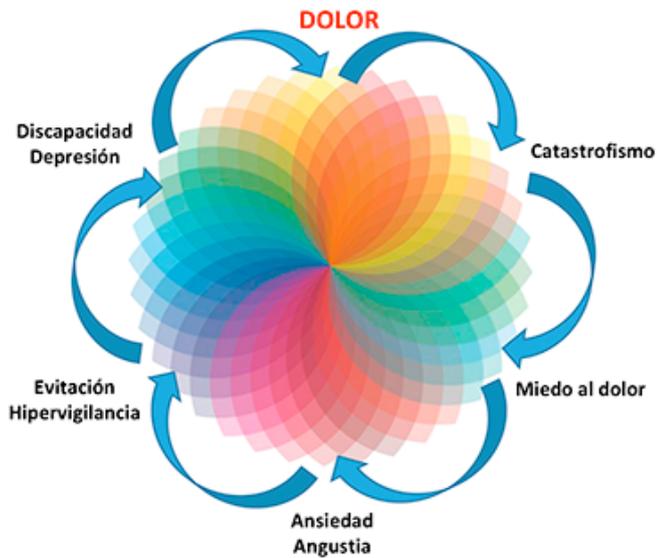
- Aportar una explicación alternativa al dolor, en la que sea posible el cambio. Abrir la puerta a algún tipo de control.
- Aprender técnicas de relajación. Enfatizar su importancia.

#### *Desarrollo de la sesión:*

- Explicación del "círculo vicioso" de la influencia de las emociones sobre la experiencia de dolor y de la Teoría de la Puerta como marco de referencia teórico.
- Entrenamiento en relajación con imágenes visuales.
- Entrenamiento en identificación de las emociones (utilizando síntomas físicos como señales de alarma).
- Explicación sobre el "círculo vicioso" asociado a la tensión muscular.
- Tareas en casa: continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación con imágenes visuales y con el apoyo de un CD grabado para este fin.

En esta sesión, se discutían los aspectos cognitivos del tratamiento. Se comenta que reaccionamos ante situaciones basándonos en interpretaciones, y que estas interpretaciones son automáticas en la mayoría de los casos, ocurren de manera inconsciente, en nuestra experiencia pasada y nos permiten predecir el futuro. Esto se ilustra con innumerables ejemplos, que muestran que la comprensión de la experiencia afecta cómo nos sentimos, y a su vez, depende de cómo interpretamos lo sucedido. Todo ello producirá cambios en nuestro cuerpo, lo que provocará un aumento del dolor.

Se explicaba al paciente la importancia de los pensamientos en la experiencia del dolor y los diversos pensamientos negativos que pueden exhibir para que puedan reconocerlos: interpretaciones negativas, pensamiento catastrófico sobre el futuro, pensamientos sobreestimados y énfasis negativo en la experiencia (9). De manera similar, se enseñaba a distinguir entre el pensamiento negativo y el pensamiento realista, y se les pidió que reflexionaran so-



bre las posibles consecuencias emocionales y conductuales de cada tipo de pensamiento negativo a través de ejemplos prácticos.

La idea central era hacerles entender que los pensamientos negativos aumentan las emociones negativas porque atraen nuestra atención hacia el "peor futuro posible", conduciendo a un aumento del dolor (a este proceso lo llamamos catastrófico). Para que los pacientes aprendan a reconocer las explicaciones nucleares negativas, se les mostró la técnica de la flecha hacia abajo, que implica el desarrollo de un miedo primario basado en el miedo expresado inicialmente a través de una serie de preguntas. Cada vez que un paciente descubre un miedo o una evaluación automática, debe preguntarse: "Si esto fuera cierto, ¿qué diría de mí? ¿Por qué es importante para mí? ¿Qué pasaría si fuera cierto? ¿Qué pasaría después?". Así repetidas veces hasta llegar al pensamiento central que genere malestar.

Una vez que sabe reconocer los pensamientos nucleares automáticos molestos, el siguiente paso es descubrir las trampas de este más comunes, cayendo en interpretaciones negativas, tales como conclusiones sin pruebas; pensar en lo peor/dramatizando, negar o evitar.

Con el pensamiento central y el pensamiento claro, el siguiente paso para contrarrestarlas es hacer otras posibles explicaciones para la situación, a fin de obtener otras alternativas.

También en esta sesión, se enseñaban nuevos y diferentes ejercicios de mindfulness (observar la respiración, ejercicio de la uva pasa y ejercicio de la mente del principiante).

Como tarea, los pacientes deben revisar los módulos, practicar la atención plena, continuar la programación y el registro de actividades. Finalmente, se agregó la práctica de utilizar la técnica de flechas descendiente para encontrar los pensamientos centrales de los pensamientos negativos sobre el dolor, expresando sus pensamientos en una situación específica y las emociones generadas, como se habían comportado y en qué trampas mentales habían caído así como las alternativas efectuadas.

#### Sesión 4: RELAJACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO

##### Objetivos:

- Relacionar un nivel de actividad intermedio con un patrón saludable, incrementando el estado de ánimo.
- Introducir cambios en sus pautas de actividad.

##### Desarrollo de la sesión:

- Explicación de la influencia del dolor en el nivel de actividad.
- Recorrido completo de relajación y respiración diafragmática.
- Información sobre los beneficios de incrementar la tolerancia a la actividad física.
- Establecer un programa de ejercicio general (caminar, nadar, etc.).
- Tareas en casa: ajuste del nivel de actividad y registro diario del ejercicio físico, continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación.

La técnica de la relajación se utiliza para aprender a aliviar la tensión física, mental y encontrar cierto grado de bienestar, reduciendo el estrés, la ansiedad y la excitación. Al reducir la tensión, los músculos se relajan, no se contraen y alivian los síntomas del dolor. En esta sección, se explicaban los beneficios físicos y psicológicos de la relajación:

- *Beneficios para el cuerpo, ayudan a:* Equilibrar la presión arterial, disminuir la tensión muscular, oxigenar mejor todo el cuerpo, regular la frecuencia cardíaca y respiratoria, descansar más profundamente y tener una mayor sensación de energía.
- *Beneficios psicológicos, ayuda a:* Mejorar la concentración, la memoria, hacer que el sueño sea más tranquilo, hacer que se sientan saludables y tranquilas, y manejar mejor los factores que generan estrés.

El paciente también conoció las mejores condiciones para la relajación en:

- *Ubicación.* Tranquilo, cómodo, limpio, ordenado, temperatura agradable y poco ruido.
- *En el momento.* Practica al menos 5-15 minutos todos los días antes y después del inicio antes de acostarse.
- *Posición.* Sentado, espalda, cuello y cabeza erguidos y relajados, pies en el suelo, ojos cerrados, boca ligeramente cerrada.

Haciendo hincapié en la importancia de la respiración para la relajación, se recomienda respirar lenta, profunda y relajada para extender el tiempo de exhalación. Una vez comprendidas las condiciones que son más adecuadas para la relajación, los pacientes recibieron varios métodos de ejercicios para que elijan el método que les haga sentir más cómodos y fácil de ejercitar.

- *Relajación autógena.* El ejercicio de reposo traslada el cuerpo y la mente a un estado de calma y ayuda a la

concentración. Una fórmula típica para este ejercicio sería decirse mentalmente: "Estoy muy tranquilo. Los pensamientos vienen y van. Nada puede perturbarme".

El ejercicio de pesadez provoca una sensación de peso en las extremidades (relajación muscular). Una frase típica para este ejercicio sería: "Mis brazos y piernas son muy pesados". Pesadez: "Me pesa el brazo derecho", para los diestros, o: "Me pesa el brazo izquierdo", para los zurdos.

El ejercicio de calor conduce a una sensación de aumento de la temperatura en las extremidades (mejora la circulación). La fórmula típica sería: "Mis brazos y piernas están calientes" y se va pasando la sensación al resto del cuerpo, como en el ejercicio anterior.

El ejercicio de respiración intensifica la relajación mediante una inspiración y espiración tranquilas. La fórmula típica sería: "Mi respiración es tranquila y regular" o "estoy respirando".

El ejercicio abdominal se concentra en el plexo solar y su circulación (intensifica la relajación). La fórmula típica para este ejercicio sería: "Mi abdomen es una corriente de calor".

El ejercicio de la cabeza se concentra en conservar una mente fresca y sirve para mantenerse despierto y recuperar la concentración (por ejemplo, en caso de cansancio). Una frase típica para repetirse mentalmente sería: "Mi mente está clara y mi frente está fresca".

- *Imágenes.* Para ello, deben enfocarse en imágenes tranquilas, que sean fáciles de ver, agradables y entretenidas, y enfocar el paisaje, el sonido, el olfato, los sentidos (temperatura, brisa, etc.) y las sensaciones corporales (calor, arena blanda). Se recomienda que practiquen una vez al día.
- *Respiración relajada.* Se pedía al paciente que respirase a través del diafragma, inhalar por la nariz y exhalar por la boca. Deben concentrarse en cómo el estómago se expande y contrae con cada respiración, pero se alarga cuando exhalan. Finalmente, deben suspirar profundamente y soltar un sonido de liberación.
- *Crear un lugar seguro en la imaginación.* Para este ejercicio, se trata en pensar en un lugar que haga sentir seguro y en paz, describir cómo se llega a ese lugar (un camino, una puerta ...) con los ojos cerrados, y imaginarse en ese sitio.

Practicar ejercicio físico diario para ayudar a mejorar la resistencia y forma física, la presión arterial, la densidad ósea y la cognición entre otras (4).

Como tarea a realizar en casa, repasar ejercicios realizados en la sesión y también añadir mindfulness, registros de actividades, alternativas a pensamientos negativos y práctica de técnicas de relajación.

#### Sesión 5: ADAPTACIÓN AL DUELO

##### Objetivos:

- Aceptar la pérdida de capacidades y funciones previas y emociones asociadas.

- Elaboración del duelo a consecuencia de la aparición de la enfermedad.

##### Desarrollo de la sesión:

- Explorar reacciones iniciales de los pacientes ante el diagnóstico y sus consecuencias.
- Realización de un relato escrito en el que reflexionen sobre su identidad pasada y la proyección hacia el futuro, descentrada de la experiencia de dolor.
- Trabajar sentimientos, conductas y sensaciones asociados al proceso de duelo.
- Explicación y validación de la respuesta de duelo ante la pérdida de capacidades previas a la enfermedad.
- Trabajo sobre la interrupción del sentido de la identidad personal tras la aparición de la enfermedad y la construcción de un self más allá del rol de enfermo.
- Fomentar el proceso de adaptación a su situación actual, promoviendo el desarrollo de proyectos de futuro.

En esta sesión se trabajó el duelo encaminado a la aceptación de su propio cuerpo. Cada uno explicaba sensaciones en referencia a sus dolencias. Se comentaba que era el proceso de duelo, así como las diferentes etapas por las cuales pueden atravesar y cómo gestionarlas.

Como tarea para realizar en casa, repaso de la sesión así como práctica de atención a su cuerpo y a sus pensamientos.

#### Sesión 6: ESTRATEGIAS APRENDIDAS Y PREVENIR RECAIDAS

##### Objetivos:

- Repasar temas aprendidos.
- Enfatizar que el grupo es solo el primer paso en el proceso y los cambios son progresivos por lo que requerirá tiempo.
- Prevenir la recaída.

##### Desarrollo de la sesión:

- Revisar las nuevas estrategias aprendidas a lo largo del curso, escoger la que sea más útil.
- Trabajar para prevenir la recaída: distinguir entre recaídas y caída, así como la adaptación de otros (familia, cónyuge).
- Completar el proceso de relajación y respiración del músculo diafragma.
- Evaluación postratamiento.

La sesión se dedicaba a repasar las técnicas aprendidas hasta ahora y la práctica durante la semana:

- Programa de actividades. Discutir y compartir si las actividades que se realizan durante la semana son lo suficientemente agradables (es decir, si generan emociones

positivas), y si están alineadas con sus valores y metas de vida. Si este no es el caso, se buscan actividades alternativas que se muevan en esa dirección. También se sugerían actividades para realizar la siguiente semana.

- *Flexibilidad cognitiva.* Una revisión del registro de desafíos de pensamiento con ejemplos prácticos de pensamientos negativos sobre el dolor de anterior pasada. Al compartir, se brindaba una oportunidad para que todos los miembros del equipo de tratamiento aprendan de otros, que pueden no haber vivido esa o esas experiencias, pudiéndose presentar en el futuro.
- *Ejercicios de conciencia y relajación.* Se preguntaba si las habían puesto en práctica estas habilidades, las dificultades encontradas y búsqueda de posibles soluciones a los obstáculos.

Como tareas para casa se continuaba con la práctica de las estrategias aprendidas hasta el momento, tales como mindfulness, programación de actividades, reto de pensamientos y relajación.

Además de repasar las técnicas que aprendieron para prevenir recaídas, se destaca la importancia de seguir practicando después del tratamiento para automatizar las estrategias descubiertas y convertirlas en herramientas útiles que se puedan utilizar cuando sea necesario.

#### Sesión 7: SEGUIMIENTO

Tres meses después se evaluó la intervención y el mantenimiento conseguido. En este encuentro, los pacientes compartieron su situación actual, así como si estaban aplicando las estrategias aprendidas y qué dificultades habían tenido.

#### Resultados

Se analizaron las diferencias pretest a la prueba en las variables clínicas del estudio, entre los que presentaban una mejoría en distorsiones cognitivas total medida con el PCS y los que no. La prueba t de Student se realizó en muestras independientes y la prueba d de Cohen se utilizó para calcular el tamaño del efecto.

Existe diferencia entre los valores medidos de los efectos de la enfermedad ( $p < 0,001$ ), evaluación por FIQ, y entre la evaluación previa al tratamiento y el seguimiento realizado a los 3 meses. Hay diferencia entre las puntuaciones de la subescala de intensidad del dolor, comparando la situación antes y después, en el cuestionario BPI siendo significativo ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, no se encontraron discrepancias entre las evaluaciones de pretratamiento y seguimiento o interferencia del dolor en ningún momento de la aplicación del test.

Los resultados obtenidos muestran que además de los aspectos subjetivos (por ejemplo, dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez, y estado emocional), después de terminar el tratamiento grupal, mejoraron significativamente. Este efecto se produjo a medio plazo.

La intensidad del dolor según la evaluación, mostró una disminución consistente al finalizar el tratamiento, así como

los cuadros depresivos mejoraron de forma notoria, ya que esta frecuencia aumentaba con la edad del paciente pero bajando a partir de los 60 años. Por lo que según el análisis de correlación edad y depresión no se encontraron datos realmente importantes.

En los resultados habían diferencias significativas en las subescalas de *distorsiones cognitivas*, *reinterpretar el dolor*, *fe y plegarias del CSQ*, *laboral y total* del FABQ y *fobia* del BSI, con puntuaciones mayores en aquellos que mejoraban más en PCS total (10). Existían diferencias medianamente importantes en *discapacidad* (Roland-Morris) y en las subescalas de *depresión*, *fobia* y *total* del BSI, con elevadas puntuaciones, habiendo una mejora significativa en PCS total tras el tratamiento.

En cuanto al PGI, en los resultados de la investigación del grupo, hubo un crecimiento global postraumático al final del grupo, y también se produjeron cambios positivos en algunos temas como la relación con los demás (más cercanos, más confiados, etc.). Desafortunadamente, estos cambios no duraron en el trabajo de seguimiento. Sin embargo, la vida de los participantes ganó mayor reconocimiento, lo que ya era evidente al final del tratamiento y se mantuvo tres meses después.

#### Discusión y conclusiones

Este estudio introduce un enfoque biopsicosocial y multidisciplinar al tratamiento del dolor crónico, más allá del tratamiento farmacológico para cubrir las necesidades de los pacientes atendidos en la Unidad del Dolor. A continuación se indican los resultados:

- Los pacientes al reducir el pensamiento catastrófico después de la intervención psicológica obtenían una puntuación más alta en la discapacidad previa al tratamiento (Roland-Morris), pero no en el dolor (END).
- Los que puntúan más alto en estrategias de adaptación deficiente (distorsiones cognitivas) tienen un grado más alto de pensamiento distorsionador. Sin embargo, aquellos que utilizaron estrategias de afrontamiento adaptativas (como reinterpretar el dolor) redujeron la experiencia distorsionadora después de la Terapia Cognitivo Conductual.
- La depresión en estos pacientes es muchas veces subdiagnosticada y poco frecuentemente tratada. Encontramos en el trabajo un 40% de depresión, frecuencia que es casi 10 veces superior a la citada para población general (4%). Los cuadros fueron desde depresiones larvadas, unidimensionales, hasta cuadros floridos con compromiso severo.
- Los pacientes con creencias altas de miedo y evitación por el trabajo aliviaban mejor el pensamiento distorsionador una vez finalizada la intervención psicológica.
- La prevalencia de depresión estuvo relacionada con la TCC. Aquellos entrevistados en la fase del pre-tratamiento reunieron criterios de depresión en un 70% de los casos frente a un 30% de los que estaban tratándose.

Es importante señalar que aunque los datos muestran que son beneficiosos, la implementación de la psicoterapia en el campo de las enfermedades médicas no es fácil. Los recursos son limitados, por ejemplo, en el campo del dolor crónico, implementar estos programas implicará muchos costos (contratación de profesionales en psicología, capacitación en programas específicos para el dolor crónico, compaginación de estos programas con medicina y fisioterapia, etc.) La literatura muestra que los tratamientos son beneficiosos, pero la eficacia aún no es alta.

Este estudio tiene como objetivo promover las actitudes positivas de las personas hacia el dolor, mejorar el sentido de autoeficacia de los miembros y estrategias dirigidas a resolver problemas, buscar apoyo social y regular las emociones. También se compromete a revisar los esquemas cognitivos de los pacientes, dándoles una identidad más amplia a aquellos con dolor crónico. Sumado que el contenido de algunas sesiones cambió porque se encontró que los aspectos estructurados no eran de mucha utilidad ya que no podían adaptarse a la condición del paciente.

Sin embargo, es posible que no se pueda determinar qué pacientes se benefician más, en otras palabras, no todos los que tengan dolor crónico necesitaran tratamiento psicológico y, para otros, será una intervención clave para la rehabilitación. Aún no se sabe, pero se necesitan estudios como este para determinar qué pacientes se beneficiaran más, ya que el estudio aporta luz pero hay que profundizar sobre el tema.

Además de las modificaciones relacionadas con la reducción de la discapacidad, destaca la aparición de cambios en el crecimiento personal en la valoración global y de la vida (7). Se ha probado la intervención de duración limitada y la intervención estructural donde su tasa de deserción es baja. En la intervención, se ha observado ciertas dificultades en la adherencia al tratamiento porque algunos pacientes visitaban al médico de forma irregular, mientras que otros se retiraban del tratamiento. Este hecho concuerda con los datos de estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas. Encontraron que alrededor del 33% no completaban el plan de intervención psicológica.

La propuesta del grupo es alentar a las personas a asumir la responsabilidad de sus vidas y hacer que reflexionen sobre la capacidad de adaptarse y asimilarse: el equilibrio entre responder activamente a los beneficios de varios conflictos, aceptar las limitaciones o desafíos y las emociones negativas relacionadas en el transcurso del proceso.

La depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes siendo una enfermedad tratable que, una vez descubierta, puede reducir la intensidad de los síntomas y prevenir otros daños. Aquellos pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, la existencia de depresión y ansiedad está relacionada con sus factores estresantes: problemas físicos provocados por enfermedades y tratamientos, la necesidad de tomar decisiones en condiciones estresantes, control de sus emociones o mantenimiento en el cumplimiento del tratamiento; los problemas provocados por rehabilitación física, problemas ocupacionales y laborales debidos a la discapacidad funcional relativa o secuelas, problemas de interacción social con familiares y profesio-

nales, problemas de autoimagen / autoestima, reajuste de objetivos o motivaciones del desafío laboral, problemas de comunicación a nuevos entornos, y por supuesto, existen amenazas potenciales a la vida y miedo a la muerte.

Finalmente, se debe considerar que la psicología por sí sola no puede curar enfermedades crónicas, pero al interactuar con los equipos médicos y otros profesionales, puede hacer que el proceso de tratamiento de la enfermedad sea más fácil, más humano y valioso con un mejor desempeño del rol social y laboral de pacientes junto con familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ivo, R., Nicklas, A., Dargel, J., Sobottke, R., Delank, K. S., Eysel, P. y Weber B. (2013). Brain structural and psychometric alterations in chronic low back pain. *European Spine Journal*, 22, 1958-1964.
2. Cassar, H. R., Seddigh, S. y Rauschmann, M. (2016). Acute Lumbar Back Pain-Investigation, Differential Diagnosis and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, 113, 562-564.
3. Spence, S. y Sharpe, L. (2013). Problems of dropout in the self-help treatment of chronic, occupational pain of the upper limbs. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*; 21: 311-28.
4. Chambless, D.L., Babich, K., Crits-Christoph, P. et al. (2010). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: reports and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
5. Martínez-Lentisco, M. M., El Fazazi, S. y Espinoza, R. L. (2016). Prescripción de actividad física en atención primaria, valoración de factores que influyen en la adherencia al tratamiento y posibles mejoras. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología*, 1, 125-134.
6. Álvarez Ariza, M., Ávila González, M., González García, A., Guitián Rodríguez, D., Casal Acción, B., & Heras Liñero, E. (2015). Depresión en el adulto. Madrid-España.
7. Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud: 29-30.
8. Torres, L. M., Jiménez, A. J., Cabezón, A. y Rodríguez, M. J. (2017). Prevalencia del dolor irruptivo asociado al dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 24, 116-124.
9. Wertli, M. M., Burgstaller, J. M., Weiser, S., Steurer, J., Kofmehl, R. y Held, U. (2016). The Influence of Catastrophizing on Treatment Outcome in Patients with Non-Specific Low Back Pain. A systematic Review. *Spine*, 39, 263-273.
10. Miró, J. (2015). Dolor Crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

11. Poveda, J.M. (1989). La Depresión, ayer y hoy en Blancas MB et al. No te rindas ante la Depresión. (pp.15-29) Madrid: Rialp.
12. Williams, A. C. de C., Craig, K. D. (2016). Uptading the definition of pain. *Pain*, 157, 2420-2423.
13. Schutze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Campbell, J. M. y O'Sullivan, P. (2018). How Can We Best Reduce Pain Catastrophizing in Adults With Chronic Noncancer Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain*, 19, 233-256.
14. Vallejo, M.A. y Comeche, I. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
15. Remick, R.A. (2015). Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ*, 167:1253-1260).
16. Rivera, J. y González, T. (2015) The Fibromyalgia impact questionnaire: A validated spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin. Exp. Rheumatol*; 22: 554-60.
17. Carmody, T., Senner, J., Mailinow, M., Matarazzo, J. (1980). Physical exercise rehabilitation: Long term dropout rate in cardiac patient. *J Behavioral Med*; 3: 163-8.
18. Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A. y Salame-ro, M. (2015). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*; 2: 21-32.
19. Zhu, Z., Zhang, L., Jiang, J., Li, W., Cao, X., Zhou, y Li, C. (2016). Comparison of psychological placebo and waiting list control conditions in the assessment of cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26, 319-331.
20. Alonso-Fernandez, F. (2006). Manual CET-DE Cuestionario Estructural Tetradimensionalpar la Depresión. Madrid: TEA Ediciones S.A. 5ª Ed.
21. Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., Fernández-Palacín, F., Micó, J. A., Torres, L. M. y Failde, I. (2015). A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Medicine*, 16, 811-822.
22. Sarason, I. y Sarason, B. (2016). Trastornos del estado de ánimo en Psicología anormal, el problema de la conducta inadaptada. México: Ed. Phh, , pp. 312-313.
23. Volinn, E. (2017). The epidemiology of low back pain in the rest of the world. *Spine*, 22, 1747-1754.
24. Wen, W., Sitar, S., Lynch, S. Y., He, E., Ripa y S. R. (2015). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to assess the efficacy and safety of single-entity, once-daily hydrocodone tablets in patients with uncontrolled moderate to severe chronic low back pain. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 16, 1593-1606.
25. Trillos, M. C., Hernández, J., Osorio, A. M., Pulido, A. M., Rodríguez, M. A., Rojas, A. M. y Torres, A. (2016). Práctica clínica cotidiana frente a la evidencia científica en el manejo fisioterapéutico del dolor lumbar crónico inespecífico. *Revista Ciencias de la Salud*, 13, 215-231.
26. Pomares, A. J., Rodríguez, T. y Pomares, J. A. (2016). Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. *Revista Finlay*, 6, 49-58

*Doble Titulación*

**PRECIOS Y REGALOS ESPECIALES**

Desde 455€

Más info en: [www.eshe.es](http://www.eshe.es)