



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Psicología

**Trabajo de Fin de Grado**

# PROYECTO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIOFAMILIAR DIRIGIDO A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Erika Hurtado Portillo

**Grado de Psicología**

Año académico 2020 - 21

Trabajo tutelado por Carolina Sitges Quirós

Departamento de Psicología

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Palabras clave del trabajo:* dolor cónico, evaluación, intervención.

## **Resumen**

Aproximadamente un 17% de la población española sufre dolor crónico. Entendemos como dolor crónico aquel que persiste durante más de 3 meses y que altera el funcionamiento físico y emocional de las personas que lo padecen, disminuyendo su calidad de vida. El dolor crónico resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por ello la manera más efectiva de abordarlo es desde una perspectiva multidimensional. Pese a todo, existen pocos estudios científicos que evalúen la eficacia de las intervenciones realizadas en el ámbito sociofamiliar. En el presente trabajo se propone un proyecto de evaluación e intervención dirigido a los pacientes con dolor crónico basado en la evaluación del dolor, de la adherencia terapéutica y del apoyo social percibido. En cuanto a la intervención, se propone la utilización de estrategias cognitivas, conductuales y socio – afectivas (en las que también participarán los familiares) para mejorar la adherencia terapéutica, así como una intervención cognitivo – conductual para trabajar el manejo del dolor y las creencias disfuncionales relacionadas con éste.

*Palabras clave:* dolor crónico, evaluación, intervención.

## **Abstract**

Approximately 17% of the Spanish population suffers from chronic pain. Chronic pain is one that persists for more than 3 months and could disturb the physical and emotional functioning of people who suffer it, decreasing their quality of life. Chronic pain results from the interaction of biological, psychological, and social factors, so the most effective way to approach it is from a multidimensional perspective. However, there are few scientific studies evaluating the effectiveness of interventions in the socio-family setting. We propose an evaluation and intervention project aimed at patients with chronic pain based on the evaluation of pain, therapeutic adherence and perceived social support. Regarding the intervention, the use of cognitive, behavioural and socio-affective strategies (in which family members will also participate) is proposed to improve therapeutic adherence, as well as a cognitive-behavioural intervention to work on pain management and beliefs dysfunctional disorders related to it.

*Key words:* chronic pain, evaluation, intervention.

## Introducción

El dolor puede clasificarse de diversas formas dependiendo del criterio que utilicemos como referencia: el criterio temporal o el criterio etiológico. Atendiendo al criterio temporal, encontramos que el dolor puede dividirse en dos categorías (Tabla 1): el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo se puede definir como una respuesta normal al daño tisular que normalmente se resuelve cuando el tejido se cura. En cambio, el dolor crónico se define como el dolor que persiste durante más tiempo del que se espera para la curación o el dolor asociado a una enfermedad progresiva no maligna (Ashburn y Staats, 1999).

Según refiere la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor es definido como *“una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”* (Raja et al., 2020). Esta definición incluye las vivencias que no se asocian claramente con un daño tisular y la posibilidad de que exista dolor sin que haya una lesión real (Almendro et al., 2011). Es decir, que no es necesario que exista un daño tisular real para sentir dolor, puesto que se acepta que el dolor se produce en el cerebro (Castel, García y Tornero, 2006). Hoy en día aceptamos que el dolor crónico no es solamente la experiencia del dolor, sino que es el resultado de la interacción de numerosos factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares (Castel, García y Tornero, 2006).

**Tabla 1**

*Clasificación del dolor según el criterio temporal (adaptado de Ashburn y Staats, 1999).*

<b>Categorías del dolor</b>	<b>Dolor agudo</b>	<b>Dolor crónico</b>
<b>Duración</b>	De horas a días	De meses a años
<b>Patología asociada</b>	Presente	Comúnmente ninguno
<b>Pronóstico</b>	Previsible	Impredecible
<b>Problemas asociados</b>	Poco común	Depresión, ansiedad, problemas de ganancia secundaria
<b>Conducción nerviosa</b>	Rápida	Lento
<b>Afectación del Sistema Nervioso Autónomo</b>	Presente	Generalmente ausente
<b>Valor biológico</b>	Alto	Bajo o ausente
<b>Efectos sociales</b>	Pocos	Profundo
<b>Tratamiento</b>	Analgésicos primarios	Fármacos multimodales, principalmente conductuales, pueden tener un papel moderado

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª ed.; CIE – 11; Organización Mundial de la Salud, 2020), el dolor crónico es aquel que persiste durante más de 3 meses. Dicha afectación altera el funcionamiento tanto físico como emocional de las personas que lo padecen, disminuye su calidad de vida y altera su capacidad para trabajar (Ashburn y Staats, 1999). Bajo la calificación de dolor crónico se engloban patologías como fibromialgia, lumbalgia, cefaleas y artrosis (Moix y Casado, 2011). Aproximadamente, un 19% de los europeos sufre dolor crónico. En España, se estima que la prevalencia se sitúa en torno al 17% (Torralba et al., 2014), se da con mayor frecuencia en mujeres y su incidencia aumenta con la edad (Tsang et al., 2008).

Resulta lógico entender el dolor desde un modelo biopsicosocial, puesto que la experiencia del dolor se ve influida por la fisiopatología subyacente, por las cogniciones, el afecto, el comportamiento y el estatus sociocultural (Kerns et al., 2011). En concordancia, la terapia que se ocupa de un solo componente de la experiencia del dolor está destinada al fracaso (Ashburn y Staats, 1999). Por esta razón, la manera más efectiva de abordar el dolor crónico es desde una perspectiva multidimensional que atienda a las distintas dimensiones de la persona. Si bien es cierto que hoy en día no siempre es posible, ya sea por la carencia de equipos multidisciplinares, por la escasez de presupuesto o por la falta de entrenamiento (Londoño et al., 2005).

La evaluación psicológica es la disciplina de la Psicología dedicada al estudio científico del comportamiento humano con la finalidad de describir, diagnosticar, predecir, explicar y cambiar la conducta (Fernández Ballesteros, 1992). La evaluación psicológica es necesaria en pacientes con dolor crónico por tres motivos principales:

1. Porque un gran porcentaje de pacientes con dolor crónico presentan también depresión. Es frecuente que las personas diagnosticadas de dolor crónico sufran

también depresión, como se puede constatar en el estudio de Breivik et al. (2006) donde se entrevistó a 4.839 personas que sufrían dolor crónico se descubrió que el 21% habían sido diagnosticados de depresión debido a su dolor, siendo España el país con mayor tasa (29%). Asimismo, suelen aparecer otros síntomas psicológicos como ansiedad o trastornos del sueño (Bakaikoa et al., 2008).

2. Por la complejidad de la experiencia del dolor: ningún factor explica por sí solo los casos de dolor crónico y es preciso evaluar todos los factores (Castel et al., 2006).
3. Es un proceso perceptivo, es decir una experiencia subjetiva (Castel et al., 2006).

No cabe duda de que medir el dolor crónico es una tarea complicada que se debe, en parte, a las distintas manifestaciones que puede adoptar el dolor crónico. Este hecho puede dificultar la instauración del origen, por lo que el diagnóstico puede llevar tiempo. Asimismo, es difícil valorarlo con métodos objetivos puesto que es una experiencia subjetiva (Cid et al., 2014). Las personas con dolor crónico han manifestado insatisfacción en relación con el tiempo de demora hasta establecer el diagnóstico, situándose el tiempo medio en España alrededor de los 2'2 años (Torralba et al., 2014).

Actualmente, se reconoce que incluir la terapia cognitivo – conductual (TCC) en la intervención de pacientes con dolor crónico mejora su capacidad funcional, la calidad de vida y que disminuye la necesidad de uso de los servicios de salud (Londoño et al., 2005). En la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013) se comparó un grupo control de la lista de espera con aquellos pacientes que sufrían dolor de espalda crónico que habían recibido TCC y mostraron beneficios en la reducción de la intensidad del dolor, reducción en el consumo de analgésicos, reducción de la discapacidad relacionada con el dolor, mejoras de la calidad de vida relacionada con la salud, mejoras en las estrategias de afrontamiento adaptativas, reducción de la depresión y reducción del número de visitas al doctor.

Pese a que la manera más efectiva de abordar el dolor crónico es desde una perspectiva multidimensional, existen pocos estudios científicos que hayan evaluado la eficacia de intervenciones realizadas desde el ámbito sociofamiliar. La aparición del dolor en un miembro de la familia puede desencadenar angustia entre sus miembros, así como también una serie de disfunciones que afectan al normal funcionamiento y desarrollo de ésta y a los miembros de manera individual (Ballús-Creus et al., 2011). Por tanto, podemos afirmar que es crucial incluir a los familiares en la intervención y ofrecerles los recursos necesarios.

Los resultados obtenidos en el estudio de Jamison y Virts (1990) sugieren que el apoyo familiar percibido juega un papel importante en la rehabilitación de los pacientes con dolor crónico, relacionándose significativamente con conductas de dolor como el uso de medicamentos, los niveles de actividad, la verbalización del dolor y estrés emocional.

En el estudio de Holtzman (2004) se obtuvo que el apoyo social parecía influir en la gravedad del dolor, tanto al fomentar el uso de estrategias de afrontamiento específicas como al influir en la eficacia con la que se emplearon dichas estrategias.

Según los resultados obtenidos por López – Martínez et al. (2008), existe una relación significativa entre el apoyo percibido y las estrategias de afrontamiento pasivas, indicando así que los niveles más altos de apoyo social percibido están relacionados con estrategias de afrontamiento del dolor menos pasivas.

En un ensayo realizado por Guillori et al. (2015) donde un grupo de participantes recibían atención estándar junto con la recepción de mensajes de texto de apoyo, se demostró que una simple muestra de apoyo social como recibir un SMS diariamente puede reducir la interferencia percibida del dolor y el dolor con la actividad en general y las relaciones con los demás.



Así pues, sabemos que la interacción social y familiar es un factor importante que puede influir en el bienestar psicológico y físico de las personas (Jamison y Virts, 1990). Cuando una persona está bien informada de la dolencia que afecta a su familiar mejora la comprensión y posibilita el cambio de actitud, lo que probablemente disminuirá la conflictividad en la relación (Ballús-Creus et al., 2011). Por tanto, lo que se pretende con este proyecto es conseguir que los familiares dispongan de un espacio dónde puedan resolver sus dudas, expresar cómo afrontan ellos la situación y compartir sus preocupaciones.

Según Martos et al. (2008), el apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia terapéutica a las prescripciones de salud, fundamentalmente en el caso de los pacientes crónicos. Por ello resulta lógico incluirlo en el programa. Asimismo, el apoyo social puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas animando al enfermo a mantener el régimen médico (Ferrer, 1995). Es importante remarcar el papel de los grupos de apoyo en la intervención, puesto que han demostrado ser una fuente de ayuda y de apoyo para pacientes con dificultades complejas, poca motivación para el manejo del dolor y problemas psicosociales (Arthur y Edwards, 2005).

Las sesiones dirigidas a familiares pretenden servir como apoyo psicológico, ofreciendo la oportunidad para compartir sus sentimientos y para evaluar la capacidad de la familia para sobrellevar la relación (Fernández 2001). Las sesiones conjuntas de familiares y pacientes hacen referencia a grupos de psicoeducación, cuyo propósito es informar. Así pues, mediante el grupo se pretende lograr el cambio de actitudes para disminuir la tensión en la relación, la conflictividad y la ansiedad. En esta misma línea, se intenta conseguir que el familiar sea un aliado más en el tratamiento (Ballús – Creus et al., 2011).

Este tipo de intervención se aplica desde hace años en las dependencias de las clínicas del dolor (CLD). Un ejemplo es la CLD del Hospital Clínic de Barcelona, que inició una nueva modalidad de tratamiento consistente en la atención a los pacientes y a sus familiares directos mediante talleres sobre dolor y grupos de continuación (Ballús-Creus et al., 2011).

En este punto, es importante tener presente el concepto de adherencia, que puede definirse como el grado en que el comportamiento de un paciente se corresponde con las recomendaciones terapéuticas (Rand, 1993). Son varios los factores que influyen en la conducta de cumplimiento terapéutico (Tabla 2): las variables sociodemográficas, las características del régimen terapéutico, la gravedad de la enfermedad percibida por el paciente, los costes del cumplimiento terapéutico, las características psicosociales del paciente y la interacción entre médico y paciente (Rodríguez – Marín, 2006).

La intervención dirigida a incrementar la conducta de adherencia es el resultado de combinar estrategias cognitivas, estrategias conductuales y estrategias dirigidas a la optimización del apoyo emocional por parte de los familiares más cercanos y el grupo de iguales (Côté y Godin, 2005).

Según Pozo et al., (2007) dichas estrategias pueden definirse de la siguiente manera:

- Estrategias cognitivas. Tienen como objetivo enseñar e instruir a los pacientes sobre aspectos como la enfermedad que padecen, las ventajas del tratamiento o los beneficios de un cambio en el estilo de vida, entre otros.
- Estrategias conductuales. Dirigidas a modificar o reforzar determinados comportamientos y cambiar los estilos de interacción y los hábitos.
- Estrategias afectivas. Son de utilidad para optimizar el apoyo social a través de grupos de apoyo que ayuden a los pacientes a mejorar el manejo emocional del dolor y que permitan obtener un feedback sobre la conducta de adherencia.

Siguiendo esta línea, según Ferrer (2005) una de las estrategias destinadas a modificar las creencias, actitudes o atribuciones y que puede ser de utilidad es el cambio de actitudes tanto del profesional de la salud como del paciente con relación a la adherencia, sus dificultades y sus consecuencias. Son igual de útiles la modificación de las creencias del paciente relacionadas con la salud y el entrenamiento atribucional.

Cabe destacar que para lograr el éxito en la intervención será necesario identificar a aquellos pacientes que presenten mayor riesgo de obtener malos resultados. Es por ello, que debemos estar atentos, sobre todo, a la presencia de las denominadas “yellow flags” relacionadas con los aspectos sociales. Este concepto hace referencia a factores psicosociales que son predictores de la evolución de dolor agudo a crónico, así como de una mayor discapacidad. Entre estos factores se encuentran la baja expectativa de reincorporación al trabajo, la falta de confianza en el desempeño de actividades laborales, bajos niveles de control sobre la tasa de trabajo, disfunción social, problemas médico – legales y malas relaciones laborales (SIGN, 2013).

**Tabla 2**

*Dimensiones y variables implicadas en la adherencia al tratamiento (adaptado de Pozo, Alonso y Hernández, 2007).*

<b>Dimensiones</b>	<b>Variables</b>
<b>Variables personales y sociodemográficas</b>	Sexo, edad, nivel educativo, nivel socio – económico y actividad laboral.
<b>Características de la enfermedad</b>	Tipo de enfermedad crónica, duración de la enfermedad, sintomatología asociada y estado de salud percibido.
<b>Variables relacionadas con el tratamiento</b>	Complejidad del tratamiento, duración del tratamiento, dosificación, efectos secundarios, barreras/beneficios, historia previa con otros tratamientos y cumplimiento previo.
<b>Factores psicosociales</b>	Creencias sobre la enfermedad y sobre el tratamiento, gravedad y vulnerabilidad percibidas, valor de la salud, autoeficacia percibida y locus de control en salud.
<b>Apoyo social</b>	Fuente de apoyo social percibido, tipo de apoyo percibido y satisfacción con el apoyo percibido.
<b>Interacción profesional de la salud - paciente</b>	Calidad de la relación y comunicación, satisfacción con la relación y calidad del servicio y satisfacción del paciente.

## **Objetivos**

Teniendo esto presente, proponemos un programa de intervención sociofamiliar dirigido a pacientes con dolor crónico. Los objetivos específicos del programa son los siguientes:

- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Mejorar el manejo del dolor.
- Trabajar las creencias disfuncionales acerca del dolor.

## **Metodología**

### **Criterios De Elegibilidad**

El proyecto va dirigido a todas las personas mayores de 18 años (sin discriminación de sexo), puesto que las opciones de tratamiento para niños con dolor crónico son diferentes a las de los adultos. Asimismo, será un criterio indispensable presentar dolor crónico de tipo no oncológico, puesto que el tratamiento para el dolor relacionado con el cáncer es, fundamentalmente, farmacológico.

### **Evaluación**

En este apartado nos interesa evaluar tanto el dolor como el apoyo social percibido. Es importante tener en cuenta que la evaluación psicológica debe enfocarse en el dolor, así como también en evaluar a la persona (Castel et al., 2006).

Por un lado, la evaluación del dolor será de utilidad para poder determinar la frecuencia, intensidad y la cronología temporal del dolor (Olivares y Cruzado, 2008) mediante el uso de distintas herramientas de evaluación. Por otro, la evaluación del apoyo

social percibido es esencial por su influencia en el afrontamiento y en la adaptación ante el dolor crónico (Fernández Peña, 2015).

### *Herramientas De Evaluación Del Dolor*

En los pacientes con dolor crónico se debe realizar una evaluación biopsicosocial, recogiendo la historia del paciente, el tipo de dolor que presenta, la gravedad, el impacto funcional y el contexto (SIGN, 2013).

En primer lugar, deberíamos realizar una entrevista con el paciente para recopilar el máximo de información posible. Según Cid et al. (2014), algunos de los aspectos que se deben abordar en la entrevista son los siguientes:

- Anamnesis: se debe iniciar con un recopilatorio de las características demográficas del paciente, así como su historia laboral y social. Además, nos puede proporcionar información sobre el estado emocional y psicológico del paciente.
- Los antecedentes médico - quirúrgicos nos otorgan una idea general de la salud del paciente.
- Los antecedentes familiares pueden proporcionarnos las claves del perfil genético.
- Los antecedentes sociales son de utilidad para tener una idea de cuál es la estructura social del paciente, de los mecanismos de defensa y de los sistemas de apoyo con los que cuenta.
- Los antecedentes psiquiátricos, puesto que el tratamiento del dolor será incompleto si no tratamos también estos posibles problemas.

Para la evaluación del dolor, los cuestionarios más utilizados son los que miden la funcionalidad, el afrontamiento, la calidad de vida y que exploran además indicadores psicopatológicos (Olivares y Cruzado, 2008). Tanto las escalas como los cuestionarios

pueden ser válidos, aunque ninguno lo es de forma concluyente. Será el evaluador quien decidirá cuál utilizar en cada caso en función del objetivo y de su experiencia (Vicente et al., 2018).

Uno de los instrumentos con más aceptación para evaluar el dolor es el cuestionario de Dolor de McGill (*McGill Pain Questionnaire*, MPQ). Dicho cuestionario es bastante extenso, por lo que nos centraremos solamente en la versión corta en español: MPQ-SV (Masedo y Esteve, 2000). Este cuestionario permite evaluar la localización del dolor y las dimensiones sensorial – discriminativa, afectiva y cognitiva – evaluativa del dolor (todo ello mediante el uso de adjetivos). Está formado por 15 descriptores, de los cuales 11 son sensoriales y 4 afectivos, en los que el paciente deberá puntuar de 0 a 3 según su dolor (Nava - Bringas et al., 2015). La puntuación refleja la manera en la que el paciente califica su experiencia dolorosa, permitiendo al evaluador valorar el grado de influencia que ejercen los factores sensoriales y emocionales sobre dicha experiencia (Serrano-Atero et al., 2002). Así pues, este cuestionario permite realizar un abordaje multidimensional del dolor (Montero y Manzanares, 2005).

Las escalas también son una buena opción para valorar el dolor, puesto que son fácilmente comprensibles y demuestran validez y fiabilidad (Vicente et al., 2018). La escala visual analógica (EVA) consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, cuyos extremos indican la experiencia dolorosa: el extremo izquierdo indica ausencia de dolor y el extremo derecho indica la mayor intensidad (Vicente et al., 2018). La tarea del paciente consistirá en marcar sobre la línea la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los extremos de ésta (Montero y Manzanares, 2005).

### ***Herramientas De Evaluación Del Apoyo Social Percibido***

Para evaluar el apoyo social percibido es común la utilización de la versión española del *Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11* (de la Revilla et al., 1991). Se trata de un cuestionario auto – administrado, formado por 11 ítems de respuesta tipo Likert (con puntuaciones de 1 a 5) y que hace referencia dos dimensiones del apoyo social: el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. El apoyo confidencial hace referencia a la posibilidad de contar con personas para comunicarse, mientras que el apoyo social afectivo se refiere a las demostraciones de amor, cariño y empatía (Bellón et al., 1996) El rango en la puntuación total oscila de 11-55 puntos, donde a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido (Castellano – Tejedor et al., 2014).

### ***Herramientas De Evaluación De La Adherencia Terapéutica***

La adherencia al tratamiento puede medirse mediante una adaptación del Test de Haynes-Sackett o test de cumplimiento auto comunicado (Haynes et al., 1979), que se compone de dos partes. La primera parte se caracteriza por un formato de respuesta dicotómico, en el que el entrevistado deberá indicar si ha incumplido en alguna ocasión el tratamiento para su enfermedad crónica. La segunda parte, en cambio, se caracteriza por un formato de respuesta abierto, en el que el paciente debe registrar el número de veces que ha olvidado seguir las prescripciones médicas: la medicación, el ejercicio físico o la dieta (Martos et al., 2008; Rodríguez - Chamorro et al., 2008).

## **Intervención**

### **Intervención Dirigida a La Adherencia Terapéutica**

La intervención dirigida a mejorar la adherencia al tratamiento deberá incluir las estrategias cognitivas, conductuales y socio – afectivas mencionadas anteriormente.



### ***Estrategias Cognitivas***

En las estrategias cognitivas podemos informar a los pacientes sobre la enfermedad crónica que padecen, su tratamiento y un listado de las barreras que les impiden seguir el tratamiento (Pozo et al, 2007). Asimismo, sería de utilidad informar sobre los beneficios de seguir una dieta y de realizar ejercicio físico. En el anexo se muestra una guía para que el profesional sanitario pueda valorar si realmente ha informado sobre los aspectos más relevantes de la enfermedad y del tratamiento.

### ***Estrategias Conductuales***

Con este tipo de estrategias se pretende instaurar o fomentar una determinada conducta (dieta o ejercicio físico) mediante el refuerzo. Es decir, cada vez que se realice la conducta deseada la persona obtendrá una consecuencia agradable. Los reforzadores que se proponen en este proyecto son los sociales, que constituyen interacciones personales agradables para el enfermo, puesto que en la asistencia sanitaria son los más factibles (Arribas, 2001).

Así pues, según Arribas (2001) si queremos fomentar la realización del ejercicio físico, sería conveniente establecer en primer lugar el tipo de refuerzo según las preferencias del paciente y elaborar el plan de aplicación del refuerzo: quién lo aplicará y cuándo. En este punto es importante programar consultas semanales para valorar la evolución.

### ***Estrategias Socio - afectivas***

Los familiares participarán mediante sesiones dirigidas a familiares y sesiones conjuntas (pacientes y familiares). Las sesiones para familiares pueden servir como apoyo psicológico, permitiendo un acercamiento más empático, y ofreciendo un espacio donde poder compartir los sentimientos y poder evaluar la capacidad de la familia para sobrellevar la situación (Fernández, 2001).

Las sesiones conjuntas de pacientes y familiares serán ideales para tratar contenidos de carácter psicoeducativo y pueden realizarse en formato de taller, puesto que resulta un ahorro de tiempo y de esfuerzos por parte de los terapeutas; y facilita la creación de la dinámica grupal (Ballús – Creus et al., 2011). En la Tabla 3 se muestra un ejemplo de los contenidos a trabajar en un taller sobre el dolor.

**Tabla 3**

*Contenidos del taller sobre el Dolor (adaptado de Ballús – Creus et al., 2001)*

<b>Sesión 1</b>  ¿Qué es el dolor?	Diferencia entre el dolor agudo y crónico
	Áreas afectadas por el dolor
	Factores que influyen en el curso del dolor
<b>Sesión 2</b>  ¿Qué tratamientos existen?	Informar sobre el tratamiento global
	Tipos de tratamientos para el dolor
	Conceptos básicos de farmacología
	Otros tratamientos coadyuvantes para el dolor y aspectos relacionados (estados de ánimo, tensión muscular...)
<b>Sesión 3</b>  La experiencia del paciente y la familia	Reacciones a la cronicidad en paciente y familiar
	Proceso de duelo por la pérdida de la salud en pacientes y familia
	Estilos de afrontamiento de la situación
	Cambios vitales personales y familiares
<b>Sesión 4</b>  ¿Qué podemos hacer?	Reacciones frecuentes en los pacientes y la familia
	Dificultades ante la cronicidad
	Reactivación de recursos personales y familiares

## **Intervención cognitivo – conductual**

Para trabajar con el manejo y las creencias disfuncionales acerca del dolor es necesario realizar una propuesta terapéutica cognitivo – conductual.

Las sesiones constan de tres partes diferenciadas: en la primera se comentan las tareas realizadas en casa, en la segunda se explica la temática que se abordará en la sesión y en la última parte se proponen las tareas que deben llevar a cabo los pacientes hasta la siguiente sesión (Moix y Casado, 2011).

A pesar de que este tipo de terapia engloba diversas técnicas, nos centraremos exclusivamente en la relajación, el manejo de la atención, en la reestructuración cognitiva y en el manejo de las emociones. Todas las técnicas pueden realizarse en grupo.

### ***Relajación***

Empezaremos explicando el círculo vicioso entre dolor y tensión y los beneficios que supone la práctica de la relajación (Moix y Casado, 2011). A partir de aquí se instruirá a los pacientes en la respiración abdominal y seguidamente, se les enseñará la relajación progresiva de Jacobson. Ésta última consiste en la práctica regular y programada de una serie de ejercicios de contracción y distensión de diferentes bloques musculares, cuyo número se va reduciendo al tiempo que el paciente intenta concentrar su atención sobre las sensaciones que experimenta en los diferentes grupos musculares conforme va realizando los ejercicios (Van – der Hofstadt y Quiles, 2001). Se les puede entregar materiales adicionales, como por ejemplo un CD, para que les resulte más fácil practicar la relajación en casa.

### ***Manejo De La Atención***

Consiste en explicar a los pacientes que los procesos atencionales están implicados en la percepción del dolor (Moix y Casado, 2011).

Podemos enseñar a los pacientes a controlar su atención mediante ejercicios donde deberán redireccionar su atención hacia estímulos propioceptivos, externos o hacia imágenes mentales. Por último, se les pedirá que cuando estén en casa presten atención con todos los sentidos a una situación específica (un paseo, comer...).

### ***Reestructuración Cognitiva***

Iniciaremos la parte teórica explicando qué son las distorsiones cognitivas con ejemplos de situaciones que viven los pacientes con dolor crónico. Es importante destacar el peso que poseen las interpretaciones subjetivas e irracionales e la generación de diferentes tipos de emociones (Moix y Casado, 2001).

Una vez hayamos hecho la explicación, procedemos a identificar y registrar los pensamientos que inducen emociones negativas. En este punto, los pacientes realizarán un ejercicio en el cual deberán analizar la situación y los pensamientos que tuvieron la última vez que sintieron una emoción negativa (Moix y Casado, 2011).

Por último, se les pedirá que realicen un registro (véase anexo) cada vez que experimenten estados emocionales negativos, anotando en qué situación los han experimentado y cuáles han sido sus pensamientos.

### ***Manejo de emociones***

En primer lugar, se deben identificar las emociones desagradables y entender su relación con el dolor. A nivel práctico, se realiza un ejercicio en el que se entrega una descripción de lo que siente un paciente con dolor en distintas situaciones y deberán especificar el nombre de la emoción en cada caso (Moix y Casado, 2001).

## Conclusiones

Según la bibliografía revisada para elaborar el proyecto, el dolor crónico debe abordarse desde una perspectiva multidimensional, puesto que es resultado de la interacción de múltiples factores (Ashburn y Staats, 1999; Castel et al., 2006). Sin embargo, no siempre es posible realizar este tipo de intervención debido a la carencia de equipos multidisciplinares, la falta de entrenamiento de los profesionales o la escasez de presupuesto (Londoño et al., 2005).

La evaluación del dolor puede resultar una tarea complicada debido a las distintas manifestaciones que puede adoptar, por esta razón los instrumentos más aceptados son el Cuestionario de Dolor de McGill y la escala visual analógica (Cid et al., 2014; Nava – Bringas et al., 2015; Vicente et al., 2018).

Según diversos estudios, existe una relación significativa entre el dolor y el apoyo familiar. Así pues, los niveles altos de apoyo social percibido pueden mejorar las relaciones con los demás y el uso de estrategias de afrontamiento específicas (Guillori et al., 2015; López – Martínez, 2008, Holtzman, 2004). Asimismo, disminuyen la interferencia percibida del dolor, el uso de medicamentos y el estrés emocional (Guillori et al., 2015; Jamison y Virts, 1990). Para evaluar el apoyo social percibido es común utilizar el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke – UNK – 11, que nos permitirá evaluar el apoyo confidencial y el apoyo afectivo (de la Revilla et al., 1991).

Para realizar una buena intervención es necesario tener en cuenta el nivel de adherencia del paciente, así como los factores que pueden influir en la conducta de cumplimiento terapéutico, siendo el apoyo psicosocial uno de los factores más influyentes (Rodríguez – Marín, 2006 Martos et al., 2008). La evaluación de la adherencia terapéutica puede realizarse mediante el Test de Haynes – Sackett (Haynes et al., 1979).

Por último, cabe destacar que entre las intervenciones eficaces para el dolor crónico se encuentra la terapia cognitivo – conductual, que ha demostrado ser beneficiosa en para mejorar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento adaptativas; y para reducir la intensidad del dolor y la depresión (SIGN, 2013).

Por todo lo expuesto anteriormente, resulta lógico diseñar un proyecto de evaluación e intervención en el cual se incluyan a los familiares como parte del proceso terapéutico.

## Referencias bibliográficas

- Almendro, M. T., Clariana, S. M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200003>
- Arribas, M.P. (2001). Promoción de la adhesión al tratamiento en enfermos crónicos. *Revista viure en Salut* [en línea]. Generalitat valenciana, 51, 8 – 9 [25/06/2021]. ISSN 1888-6833. Disponible en:  
<http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/ficha.jsp?CodPor=200&MenuSup=SANMS60000&Opcion=SANMS612000&Nivel=2&MonCod=MON008&PubCod=PUB001103&PanCod=TPA005>
- Arthur A. R. y Edwards C. (2005) An evaluation of support groups for patients with long-term chronic pain and complex psychosocial difficulties, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 7:3, 169-180, DOI:10.1080/13642530500249761
- Ashburn, M. A. y Staats, P. S. (1999). Management of chronic pain. *The Lancet*, 353(9167), 1865-1869. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)04088-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)04088-x)
- Bakaikoa, M., Borrell, D., Fernández, V., y Semis, R. (2008). Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una Unidad del Dolor. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 341–348. <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/266>
- Ballús C., Peñarroya A. y Pérez J. Atención a familiares de pacientes con dolor crónico *Revista Jano* 1768 (59-64) 2011 (ISSN: 0210-220X).
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-

163. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Castellano C., Costa G., Lusilla P. y Barnola E. (2014). Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. *Apuntes de Psicología*, 32, 77-84. ISSN 0213-3334. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/artice/view/490>
- Castel-Bernal, B., de Felipe García-Bardón, V. y Tornero-Molina, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica*, 2, 44-49. [https://doi.org/10.1016/s1699-258x\(06\)73082-0](https://doi.org/10.1016/s1699-258x(06)73082-0)
- Castro, J. V., Ramírez Puerta, D., y Zarco Rodríguez, J. (2001). Entorno familiar y paciente crónico. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 27(1), 24-26. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(01\)73669-6](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(01)73669-6)
- Cid, J., Acuña, J. P., de Andrés, J., Díaz, L., y Gómez-Caro, L. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 687-697. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70090-2](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70090-2)
- De la Revilla L., Bailón E., Luna J.D., Delgado A., Prados M.A. y Fleitas S. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención primaria*, 8(9), 688-692.
- Fernández Ballesteros R. *Introducción a la evaluación psicológica*. Vol I y II. Madrid: Pirámide; 1992.



Fernández C. (2001). La dinámica familiar en el origen y mantenimiento de la enfermedad crónica. *Revista viure en Salut* [en línea]. Generalitat valenciana, 51, 14–15 [25/06/2021]. ISSN 1888-6833. Disponible en:  
<http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/ficha.jsp?CodPor=200&MenuSup=SANMS60000&Opcion=SANMS612000&Nivel=2&MonCod=MON008&PubCod=PUB001103&PanCod=TPA005>

Fernández Peña R. (2015). *El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico*. [Tesis de Doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa – Universitat Autònoma de Barcelona.  
<https://www.tdx.cat/handle/10803/377765#page=1>

Ferrer – Pérez (1995). Adherencia a o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. *Revista Ciencias de la Salud* 7(1): 35 – 71. (PDF) “Adherencia a” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados (researchgate.net)

Guillory, J., Chang, P., Henderson, C. R., Shengelia, R., Lama, S., Warmington, M., Jowza, M., Waldman, S., Gay, G., y Reid, M. C. (2015). Piloting a Text Message–based Social Support Intervention for Patients With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 548–556. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000193>

Haynes R. B., Sackett D. L., Taylor W. y Show J. C. (1979). Annotated and indexed bibliography on compliance of the therapeutic and preventive regimens. En: Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 76-81.

- Holtzman, S., Newth, S., y Delongis, A. (2004). The Role of Social Support in Coping with Daily Pain among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9(5), 677–695. <https://doi.org/10.1177/1359105304045381>
- Jamison, R. N., y Virts, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 28(4), 283–287. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90079-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90079-x)
- Kerns, R. D., Sellinger, J., y Goodin, B. R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 411–434. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>
- Londoño Pérez, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S., y Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 25–31. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3988>
- López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., y Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived Social Support and Coping Responses Are Independent Variables Explaining Pain Adjustment Among Chronic Pain Patients. *The Journal of Pain*, 9(4), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.002>
- Martos, M. J., Pozo C. y Alonso E. (2008). *Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2749035>
- Masedo, A. I., y Esteve, R. (2000). Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain*, 85(3), 451–456. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00300-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00300-0)
- Moix, J. y Casado, I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>

- Montero Ibáñez R y Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. *Jano*. 2005; 68 (1.553):41-3.
- Nava-Bringas, T. I., Roeniger-Desatnik, A., Arellano-Hernández, A., y Cruz-Medina, E. (2016). Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja. *Cirugía y Cirujanos*, 84(5), 384–391. <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.10.014>
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós
- Olivares, M. <sup>a</sup>. E., y Cruzado, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Ciencia y Salud*, 19(3), 321-341. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300004)
- Organización Mundial de la Salud (2020). Clasificación internacional de enfermedades (11<sup>a</sup> ed.). <https://icd.who.int/>
- Pozo C., Alonso E. y Hernández S. (2007). Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En A. Cañizal y E. Bazaco (Eds.), *Intervención psicosocial* (pp. 77 – 101). Pearson Educación S. A.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., y Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

- Rand C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American journal of cardiology*, 72(10), 68D–74D. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(93\)90014-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(93)90014-4)
- Rodríguez Chamorro, M. N., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., y José Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413–417. <https://doi.org/10.1157/13125407>
- Rodríguez-Marín, J. (2006). Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(5), 255–263. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(06\)70791-6](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70791-6)
- Serrano-Atero M.S., Caballero J., Cañas A., García-Saura P.L., Serrano-Álvarez C. y Prieto J. Pain assesment (II). *Revista Sociedad Española Dolor* 2002; 9: 109-121.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. <http://www.sign.ac.u>
- Torralba A, Miquel A, y Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. *Revista Sociedad Española Dolor* 2014; 21(1): 16-22.
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., Borges, G. L. G., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Lepine, J.-P., Haro, J. M., Levinson, D., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Seedat, S., y Watanabe, M. (2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *The Journal of Pain*, 9(10), 883–891. DOI:10.1016/j.jpain.2008.05.005

Van-der Hofstadt C.J. y Quiles M.J. (2001). Chronic pain: therapeutic intervention based on psychology. *Rev Soc Esp Dolor*, 8: 503-510.

Vicente M. T., Delgado S., Bandrés F., Ramírez M. V. y Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. DOI: 10.20986/resed.2018.3632/2017

## Anexos

### Auto cuestionario dirigido al profesional sanitario

*Adaptado de Arribas (2001)*

#### **Acerca del paciente**

- ¿Han sido explicados la naturaleza de la enfermedad, los fundamentos del tratamiento y los beneficios del compromiso?
- ¿Ha sido entendido todo lo anterior por el paciente?
- ¿Está el paciente consecuentemente preocupado por su enfermedad y motivado para iniciar el tratamiento? Y si no ¿por qué?
- ¿Puede el paciente repetir las instrucciones del tratamiento?

#### **Acerca del régimen terapéutico**

- ¿Es el régimen terapéutico lo más simple en términos de: número de pastillas, dosis diarias y prescripciones conductuales?
- ¿Están las prescripciones farmacológicas y/o conductuales adaptadas a las rutinas de cuidados diarios?
- ¿Se han anticipado y explicado los efectos secundarios y/o dificultades más frecuentes sin alarmar al paciente?

#### **Acerca del cónyuge y la familia**

- ¿Entiende el cónyuge u otro sujeto de apoyo, la enfermedad, la necesidad de tratamiento y estará dispuesto a apoyar el compromiso terapéutico? Y si no, ¿por qué?
- ¿Se ha explicitado la forma en que él mismo puede colaborar?

## **Anexos**

### *Registro de estados emocionales desagradables*

Situación	Emoción	Pensamiento