



**Planteamientos actuales con respecto a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida
en pacientes con dolor crónico**

Hitayojara García Saldarriaga

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor

Germán Darío Zapata Agudelo, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita

(García Saldarriaga, 2024)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

García Saldarriaga, H. (2024). *Planteamientos actuales con respecto a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida en pacientes con dolor crónico*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Agradezco a mi tutor de tesis, Germán Darío Zapata Agudelo, cuya orientación, paciencia, comprensión y valiosos conocimientos fueron cruciales a lo largo de este proceso.

Tabla de contenido

Resumen7

Abstract8

Introducción9

1 Pregunta de investigación.....12

2 Objetivos13

 2.1 Objetivo General13

 2.2 Objetivos Específicos13

3 Justificación.....14

4 Diseño metodológico.....16

5 Consideraciones éticas18

6 Capítulo introductorio19

 6.1 Conceptualización del Dolor.....19

 6.1.1 Clasificación del dolor21

 6.1.1.1 Dolor nociceptivo.....21

 6.1.1.2 Somático.....22

 6.1.1.3 Visceral.....22

 6.1.1.4 Dolor neuropático.....22

 6.1.1.5 Dolor mixto22

 6.1.1.6 Localización23

 6.1.1.7 Intensidad23

 6.1.1.8 Impacto del dolor23

 6.1.1.9 Factores asociados.....23

 6.1.1.10 Temporalidad23

 6.1.2 Dolor crónico24

6.1.3 Fisiología del dolor crónico	25
6.1.4 Clasificación del dolor crónico	27
6.1.4.1 Dolor crónico primario.....	27
6.1.4.2 Dolor oncológico.....	27
6.1.4.3 Dolor crónico postquirúrgico o postraumático.....	27
6.1.4.4 Dolor crónico neuropático.....	27
6.1.4.5 Dolor crónico musculoesquelético secundario.....	27
6.1.4.6 Dolor orofacial secundario y cefalea.....	28
6.1.4.7 Dolor crónico visceral secundario.....	28
6.1.5 Diagnóstico del Dolor Crónico	28
6.1.6 Sistemas de salud, regulaciones y costos económicos del dolor crónico	29
6.2 Conceptualización Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	31
6.2.1 Calidad de vida y psicología de la salud.....	36
7 Segundo capítulo	38
7.1 Afectaciones psicológicas y dolor crónico.....	38
8 Tercer capítulo.....	47
8.2 Tipos de Estrategias de Afrontamiento del Dolor	49
8.2.1 Estrategias Cognitivas.....	49
8.2.1.1 Distracción	49
8.2.1.2 Reinterpretación del dolor	49
8.2.1.3 Auto verbalizaciones de afrontamiento.....	49
8.2.1.4 Ignorar el dolor.....	49
8.2.1.5 Rezar o tener esperanza.....	49
8.2.1.6 Catastrofización.....	50
8.2.2 Estrategias Conductuales	50

8.2.2.1 Incremento del nivel de actividad	50
8.2.2.2 Comportamientos que pueden contribuir a la reducción de la sensación de dolor	50
9 Cuarto capítulo	55
9.1 Intervenciones en el dolor crónico	55
9.1.1 Terapia cognitivo conductual.....	56
9.1.2 Mindfulness.....	58
9.1.3 Terapia de Aceptación y compromiso	60
10 Discusión	63
11 Conclusiones	68
Referencias	70

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo sistematizar las principales dimensiones psicológicas en la calidad de vida en pacientes con dolor crónico presentes en la literatura académica, a través de una revisión bibliográfica; bajo esta metodología la información hallada se agrupó en cuatro categorías las cuales definieron la estructura de esta monografía. Entre los hallazgos destacados se incluye la nueva clasificación del dolor crónico así como las alteraciones psicológicas más comunes en pacientes con dolor crónico siendo estas la ansiedad, depresión y problemas de sueño; asimismo se identificaron las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por estos pacientes advirtiendo que las más prevalentes en América Latina son la religión y la catarsis, y finalmente, las intervenciones psicológicas que más eficacia han mostrado en esta condición clínica las cuales son la terapia cognitiva conductual, la terapia de aceptación y compromiso y los programas basados en Mindfulness. De ahí que como conclusión se resalte el impacto multidimensional en la calidad de vida de estos pacientes, teniendo el aspecto psicológico un compromiso importante. Por último, se resalta que el nuevo reconocimiento del dolor crónico abre la panorámica de investigación frente a esta temática, lo cual posibilitaría indagar sobre vacíos y limitaciones que se identifican actualmente.

Palabras clave: dolor crónico, calidad de vida, implicaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento, terapias psicológicas.

Abstract

The objective of this work is to systematize the main psychological dimensions of quality of life in patients with chronic pain as presented in the academic literature, through a bibliographic review. Using this methodology, the information found was grouped into four categories that defined the structure of this monograph. Among the highlighted findings is the new classification of chronic pain as well as the most common psychological alterations in patients with chronic pain, which include anxiety, depression, and sleep problems. Additionally, the main coping strategies used by these patients were identified, noting that the most prevalent in Latin America are religion and catharsis. Finally, the psychological interventions that have shown the most effectiveness in this clinical condition were identified, which include cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based programs. Therefore, the conclusion highlights the multidimensional impact on the quality of life of these patients, with the psychological aspect having significant importance. Lastly, it is emphasized that the new recognition of chronic pain broadens the scope of research on this topic, which could potentially address current gaps and limitations identified.

Keywords: Chronic pain, quality of life, psychological implications, coping strategies, psychological therapies.

Introducción

La presente monografía tiene por objetivo sistematizar y describir a partir de la información encontrada en bases de datos, los principales planteamientos predominantes en la actualidad tanto a nivel teórico y de intervención con respecto a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico. Para el cumplimiento de este objetivo se delimitan dos variables a investigar que son respectivamente: aspectos psicológicos de la calidad de vida y dolor crónico; conceptos que se abordarán desde los referentes teóricos y de intervención que sean encontrados en la búsqueda de información frente al tema.

Siguiendo este orden de ideas, el interés inicial en dicha temática nace principalmente de datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (2004), los cuales estiman que el dolor crónico afecta al 20% de la población mundial; cifras que resultan significativas no solo por el número expuesto sino también por las múltiples variables con las que puede relacionarse el fenómeno, por ejemplo y vinculando a la disciplina psicológica, se pueden señalar los múltiples efectos sobre la calidad de vida que acarrea dicha condición, evidenciándose así, que es una problemática que dada su prevalencia y multidimensionalidad, atenta contra el derecho universal a la salud física y mental de millones de personas en el mundo y que por ende debería ser tema de trabajo e investigación para las ciencias de la salud. Ahora bien, en cuanto al panorama del país, según el reporte realizado por Semana (2022) la Asociación Colombiana para el estudio del Dolor afirma que uno de cada tres colombianos sufre de algún dolor crónico, lo que representa alrededor de 15 millones de personas; cifras que ponen de manifiesto un camino largo y complejo en el abordaje de dicha condición tanto a nivel local como global.

Debido a este panorama, se observa que actualmente desde las organizaciones de salud hay un interés por investigar y conocer más a fondo sobre esta condición; por ejemplo, para el año 2019 se difunde la nueva Clasificación Internacional de las Enfermedades realizada por la OMS, en donde el dolor crónico es denominado una enfermedad en sí misma, y ya no solo como un síntoma derivado de otro padecimiento (Margarit, 2019). Dicha designación, convoca a los sistemas de salud a interesarse por estudiar y entender de manera específica esta enfermedad, tanto desde los criterios diagnósticos como desde el tratamiento; lo que se traduciría en que en la contemporaneidad existe un reconocimiento pertinente del dolor crónico, lo que a su vez eleva consigo la esperanza de una mejoría en la atención integral a estos pacientes.

Siendo, así las cosas, la existencia de una atención integral remite al hecho de que hay afectaciones más allá de solo la salud física, y que también pueden darse alteraciones a nivel psicológico, social, laboral, etc. Por ejemplo, de acuerdo Ruíz (2021), en España, 7 de cada 10 personas que sufren dolor crónico, padecen ansiedad y depresión; además, según la OMS (2004) una de cada tres personas que sufren de dolor crónico presentan dificultades para realizar actividades cotidianas y mantener un modo de vida independiente. Datos que dejan ver que parte de las implicaciones psicológicas que pueden presentarse, alcanzan una magnitud importante, en tanto podrían derivar en un trastorno o consecuencias a nivel de salud mental que impactarían negativamente en la calidad de vida de estas personas.

A lo anterior, se le añade aspectos de la naturaleza misma del dolor crónico como su persistencia en el tiempo y su nivel de complejidad, condiciones que alimentan la inclinación hacia esta temática, ya que ponen de entrada ciertos retos y dificultades particulares a la hora de diagnosticar, tratar y propender por el bienestar integral sostenido en el tiempo de estos pacientes.

Ahora bien, al hacer referencia a las múltiples afectaciones en las diferentes áreas de la vida de estas personas, se puede introducir el concepto de calidad de vida, el cual es entendido como un estado subjetivo de bienestar general que está compuesto de varias dimensiones (Schalock y Verdugo (2013). Así que, al relacionarlo con la condición del dolor crónico, es razonable apuntar a que la percepción de bienestar general que tengan estas personas esté vinculada a lo que experimentan diariamente en su salud física y mental; ya que dicho diagnóstico implica padecer una sensación dolorosa permanente que lleva a que se vea comprometida en cierta medida, la capacidad tanto para desempeñarse normalmente en las actividades de la vida diaria como para desarrollar libremente todas sus potencialidades.

Lo anterior, se entiende bajo el término de calidad de vida relacionada a salud (CVRS), el cual precisamente hace alusión a la percepción individual a través del tiempo de la salud física y mental; es decir, se entiende como una medida que evalúa el impacto que determinada enfermedad ha tenido o tiene en la vida diaria de una persona, incluyendo allí su funcionamiento físico, psicológico y social (Altamirano et al., 2017).

Bajo este panorama, vale aclarar que este segundo nivel de funcionamiento es el foco principal de este trabajo, ya que se pretende dar cuenta a través de información actualizada de cuáles son las principales implicaciones psicológicas relacionadas a la calidad de vida que se presentan en pacientes con dolor crónico y cómo estas se han venido comprendiendo, investigando

y tratando en la actualidad desde el campo de la salud y específicamente de la psicología; dejando así, abierta la delimitación de lo psicológico y orientándose por los resultados que puedan hallarse, los cuales podrían incluir procesos neuropsicológicos, cognitivos, estados emocionales, comportamientos, etc.

Asimismo, es pertinente puntualizar que este enfoque en lo psicológico no excluye asuntos biológicos o sociales, sino que da lugar a la relación existente entre todos estos factores que pueden convergen allí, pudiendo funcionar como agravantes o atenuantes del dolor crónico. Además, la forma de intervenir y manejar esta condición incluye respuestas tanto a nivel interno, con determinada manera personal de adaptarse a un nuevo estado de salud, como externo, con determinados protocolos y políticas de atención del sistema de salud. Teniendo como resultado que sean plurales las variables que participen en el proceso de salud- enfermedad.

Así pues, dicha temática resulta de utilidad principalmente para los profesionales de salud que atienden dicha enfermedad, específicamente para los psicólogos, ya que el hecho de sistematizar los principales y actuales referentes teóricos y de intervención con respecto a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida, permitiría conocer el estado actual del fenómeno, características asociadas a él y poder conocer ciertos vacíos o retos que direccionen hacia donde se podrían orientar próximas investigaciones y avances respecto al campo; esto con el objetivo de buscar impactar positivamente en procesos más eficaces de atención y manejo integral de la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

Al mismo tiempo, y como parte fundamental del proceso para la comprensión de la enfermedad, este trabajo contribuye al saber psicológico al revisar, por ejemplo, cómo interactúa el dolor crónico con variables como características de la personalidad, estilos de afrontamiento, emociones, actitudes, creencias sobre la salud y la enfermedad, etc. Además, a nivel de intervención, también aporta al conocimiento de cuáles son las terapias psicológicas que actualmente se utilizan en el tratamiento integral del dolor y junto a esto conocer las respectivas técnicas, niveles de eficacia, recomendaciones, limitaciones y posibles vacíos de estas.

Por consiguiente, y partiendo del reconocimiento de que aún quedan cosas por investigar y profundizar en este campo específico, se emprende esta investigación a partir de la siguiente pregunta conductora: ¿Cuáles son las dimensiones psicológicas más prominentes abordadas en la literatura académica que dan cuenta de las implicaciones psicológicas en la calidad de vida pacientes que experimentan dolor crónico?

1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las dimensiones psicológicas más prominentes abordadas en la literatura académica que dan cuenta de las implicaciones psicológicas en la calidad de vida de pacientes que experimentan dolor crónico?

2 Objetivos

2.1 Objetivo General

Sistematizar las principales dimensiones psicológicas en la calidad de vida en pacientes con dolor crónico presentes en la literatura académica, a través de una revisión bibliográfica.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar los aportes teóricos prominentes y vigentes en torno a la calidad de vida de pacientes con dolor crónico.

Describir el estado actual de los estudios vigentes en torno a las afectaciones o implicaciones psicológicas en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico.

Caracterizar las principales estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes con dolor crónico y el impacto de estas en la calidad de vida.

Delimitar las principales propuestas de intervención psicológica vigentes utilizadas para el impacto en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico.

3 Justificación

La presente revisión documental pretende sistematizar y describir los principales planteamientos predominantes en la actualidad, tanto a nivel teórico como de intervención, con respecto a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico, esto con el fin de recopilar un conocimiento que pueda ser usado por la psicología para la continuidad de investigaciones y avances futuros relacionados a esta temática, lo cual se realizaría a partir de poder precisar el estado de desarrollo vigente y los vacíos teóricos y prácticos que se reflejan actualmente en los estudios encontrados.

Por consiguiente a nivel general podría decirse que el reconocimiento y descripción de los referentes contemporáneos sobre el dolor crónico junto con factores esencialmente psicológicos pero también físicos y sociales, podría repercutir en el desarrollo o implementación de modelos en la disciplina psicológica que amplíen o profundicen en características ya identificadas o en otras que no han tenido tanto progreso a nivel investigativo y que podrían tener una participación relevante allí; procurando con esto, progresar en el conocimiento de esta enfermedad específica para responder de manera coherente a las necesidades, limitaciones o problemáticas vigentes de estos pacientes.

Ahora bien, a nivel específico del saber psicológico, la comprensión de las principales implicaciones psicológicas y las terapias actualmente utilizadas en la vivencia del dolor crónico deriva en mayores conocimientos a cerca de variables psicológicas y del saber terapéutico, respectivamente. En las primeras, se pueden incluir aspectos de la personalidad, emociones, estilos de afrontamiento, creencias, expectativas, procesos neurobiológicos, comportamientos, etc.; mientras que en el segundo componente, se puede encontrar información relacionada al proceso de evaluación y diagnóstico para delimitar objetivos terapéuticos, al uso de determinadas técnicas de intervención y seguimiento, al desarrollo de estrategias que permitan una mejor adaptación del paciente, a logros obtenidos y obstáculos detectados, a niveles de eficacia, etc.

Por lo tanto, el estudio de estos elementos y factores fortalece el conocimiento de la disciplina psicológica tanto a nivel general como exclusivo de la condición del dolor crónico. Evidenciando así, una relación entre el desarrollo teórico y práctico que se va retroalimentando a medida que hay un mayor despliegue en la investigación.

Finalmente, este aporte podría desencadenar en procesos más eficaces de atención y manejo de esta enfermedad, propósito que podría tener un impacto positivo dada la prevalencia de este dolor y sus múltiples afectaciones en la calidad de vida. A su vez, de que a nivel administrativo del sector salud, esto podría contribuir a una mejor destinación y utilización tanto de los recursos humanos como de los económicos.

4 Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación es de tipo documental, el cual es un procedimiento científico que conduce a la construcción de conocimiento mediante un proceso integrado por la indagación, recolección, organización y análisis de datos de un determinado tema. Entre los escritos que pueden generarse a través de la revisión de literatura se encuentra la monografía, definida como un escrito expositivo o informativo, de trama argumentativa el cual se estructura de manera analítica y crítica dando cuenta de la información recogida sobre un tema concreto y limitado; dicho ejercicio exige una presentación de calidad, rigurosa, secuencial, y coherente de los datos recogidos (Morales, 2003).

Dicho esto, para la construcción de la monografía se hace uso de artículos de investigación indexados en bases de datos los cuales serán la fuente y referencia que permitirá dar cuenta de los principales planteamientos teóricos y de intervención con relación a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico.

Para este proceso se dispone de tres momentos, el primero, apunta a la búsqueda, recopilación y sistematización de lo encontrado frente a dichos enfoques teóricos y de intervención; el segundo, a la síntesis, organización y articulación lógica de estos planteamientos; y el último momento, a la exposición de los resultados hallados junto con el análisis crítico, lo cual incluye la advertencia de vacíos, limitaciones teóricos o prácticos, recomendaciones, etc. que se observan en la información examinada. Vale advertir que el cumplimiento de esta estructura dependerá lógicamente de los insumos localizados.

Ampliando un poco lo anterior, la búsqueda de artículos se realiza por medio de bases de datos disponibles para la comunidad académica y que pertenecen al área de las ciencias de la salud y sociales, tales como: EBSCO, Scisearch, Science Direct, PubMeb, APA Psyc Net, Dialnet, Springer Link, Scopus, Google académico, Scielo. El rastreo se realiza mediante términos clave como: “implicaciones psicológicas en la calidad de vida & dolor crónico”, “salud mental & dolor crónico” “psicopatología & dolor crónico”, “calidad de vida & dolor crónico” “estrategias de afrontamiento & dolor crónico”, “intervención psicológica & dolor crónico”, “terapias psicológicas & dolor crónico”, etc. Luego de esto, la información recolectada se organizó en un formato de ficha bibliográfica para clasificar la información relevante de cada estudio identificado y se proseguirá

con la revisión minuciosa de cada artículo para ir creando categorías o capítulos que se irán desarrollando a lo largo de la monografía.

Dentro de los criterios de inclusión para la búsqueda de la información, se tendrá en cuenta publicaciones de investigaciones empíricas tanto en inglés como en español, indexadas entre el rango de los últimos 5-10 años, en donde confluyan las variables: implicaciones psicológicas, calidad de vida, dolor crónico.

5 Consideraciones éticas

Al ser una investigación de naturaleza documental, donde el objeto de estudio son las investigaciones previas, este proyecto cumplió con la disposición sobre la protección de la propiedad intelectual estipulada en el artículo 61 de la Constitución Política de Colombia (1991) y a la ley 23 de 1982 (Congreso de la República, 1982) que ampara los derechos de autor.

A su vez, se respetará lo establecido en el capítulo VII de la ley 1090 de 2006, de la investigación, la propiedad intelectual y las publicaciones, artículo 56 que expone que todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

6 Capítulo introductorio

6.1 Conceptualización del Dolor

Entender y erradicar el dolor ha sido de los retos más antiguos de la historia de la humanidad al ser una experiencia universal la cual no es solo conocida por manifestarse como una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior (Real Academia Española, s.f.), sino también, al reconocerse a lo largo del tiempo por ser una señal o síntoma de alerta que indica que algo en el organismo no está funcionando de manera normal o correcta.

Según Pérez et al. (2005) los inicios de dicho desafío estuvieron muy influenciados por el pensamiento místico y religioso en donde se creía que el dolor era consecuencia de un castigo divino y su localización en el cuerpo se debía a que demonios, humores malignos o espíritus de muertos, ingresaban por los orificios de este. Siguiendo los planteamientos de estos autores, en el intento del hombre por explicar el origen y manifestación del estímulo doloroso, cada pueblo primitivo planteó su propia manera de entenderlo; por ejemplo, para los egipcios el dolor provenía de espíritus muertos que entraban al cuerpo mientras la persona dormía; por su parte, la cultura Hindú, defendía que el dolor significaba una frustración del alma por no cumplir con sus deseos y finalmente para la civilización China creía el dolor se localizaba en el corazón y era entendido como un desequilibrio entre el ying y el yang.

Dichas creencias explicativas estaban acompañadas al mismo tiempo por una manera de aliviar o curar este dolor, ya fuera mediante elementos o procedimientos a los que tenían acceso en su entorno inmediato, como la sangre de animales, la pasta de insectos, plantas como “la adormidera”, “el hachís”, hojas de coca (en Sudamérica), la exposición al frío o al calor, la acupuntura (en China); o la realización de ceremonias y rituales con un componente místico y religioso en donde, mediante la comunicación con sus dioses, buscaban liberarse del dolor que los afligía (Pérez, et al, 2005).

Continuando con esta breve historia del dolor narrada por Pérez et al. (2005), en la Antigua Grecia, nacen los primeros cimientos de la tradición médica occidental y se inicia a hacer estudios que han contribuido a llegar a lo que hoy se conoce. Dentro de estos primeros personajes más reconocidos se encuentra Hipócrates, quien consideraba al dolor como un desequilibrio del organismo que reposaba en el corazón; posteriormente, Aristóteles lo explicaría en términos de una

alteración del calor vital del corazón que estaría causado por el cerebro, siendo esta una teoría vigente durante un largo tiempo.

Gutiérrez y Cadena (2001) nos recuerdan que más tarde, con la conquista romana de Grecia aparecen las contribuciones de Galeno, quien relaciona el dolor directamente con el cerebro, planteando que era una sensación que se originaba allí; luego, para la edad Media, que Leonardo Da Vinci estudia y describe los nervios como “estructuras tubulares” y designa a la medula espinal como la estructura que conduce los estímulos al cerebro y es con esto que va tomando fuerza la idea del sistema nervioso. Avanzando en el tiempo, para el siglo XVII aparece Descartes defendiendo que los nervios son quienes transmiten las impresiones sensoriales a la glándula pineal, siendo ella quien produciría movimientos musculares debido a los espíritus animales que circulaban por el sistema nervioso (Pizarro, 2014).

Ahora bien, en los siglos XVIII y XIX se presentan mayores avances en las ciencias de la salud y se pasa de un manejo más empírico a estudios más experimentales, esto facilita entre otras cosas, los inicios de la Anestesiología actual la cual estuvo de la mano de los descubrimientos de los gases y de la odontología; siendo así que en 1844 se hace uso del óxido nitroso, luego del éter etílico en 1846 y del cloroformo en 1847 como sustancias anestésicas que se administraban para la realización de intervenciones quirúrgicas (Aldrete et al., 2004). Luego de ensayos y pruebas, es finalmente John Snow quien establece las bases de la administración científica y segura de la anestesia, resultando esto en un aporte de gran importancia ya que actualmente esta sustancia es utilizada en cirugías con el propósito de suprimir el dolor a través de una pérdida de la sensibilidad (Gilsanz et al., 2022).

Continuando en la línea de tiempo, para la mitad del siglo XIX hubo grandes descubrimientos farmacológicos y entra en auge el estudio de los efectos de la morfina y la coca en todo el mundo, lo que trae consigo avances en los que respecta a otras opciones de tratamiento. Después de este periodo y para mediados del siglo XX, específicamente en el año 1953, el anestesiólogo John Bonica impulsa la creación de las unidades de dolor proponiendo la posibilidad de estudiar y atender el dolor en equipo, es decir, conformar un grupo de profesionales de salud que de manera multidisciplinaria le pueda hacer frente a los aspectos neuroanatómicos, neuroquímicos y psicológicos del mismo (Robaina, 2005); idea que encierra consigo la apertura a ir más allá del modelo biomédico y pensar en una atención integral para estos pacientes.

Otro hecho importante en la cronología es que, para el año 1965 Melzack y Wall introducen la teoría del control de compuerta, la cual describe cómo el dolor se percibe y transmite en el sistema nervioso, siendo considerada una de las grandes innovaciones en la fisiología del dolor, lo que trajo consigo mayor desarrollo del campo (Gutiérrez & Cadena, 2001). Por último, en este breve registro, es importante indicar que para el año 1974 se funda la Asociación Internacional para el Estudio del dolor (IASP) y con ella se impulsa la creación de nuevas instituciones que crean y difunden material científico alusivo al dolor, entre estas organizaciones se encuentra la Sociedad Española del Dolor (SED) fundada en 1990, la cual tiene un papel relevante en la divulgación de lo relacionado con tratamientos y manejo del dolor (Grünenthal, 2019).

Con todo lo anterior, se observa cómo toda esta acumulación de conocimiento se ha ido afianzado a lo largo de la historia hasta llegar a lo que conocemos hoy sobre el dolor, siendo esto transmitido por organizaciones de salud como la OMS y la OPS, a la par que es estudiado por instituciones más especializadas en este fenómeno en particular, en donde se encontrarían las anteriormente nombradas y a su vez la Federación Europea del Dolor (EFIC), el Instituto Mundial del Dolor (WIP), la Asociación Americana del Dolor Crónico (ACPA) y en el contexto más inmediato la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED).

Finalmente, gracias al desarrollo histórico anteriormente resumido, es que actualmente la IASP (2011) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial; señalando que según Pérez (2020) dicha conceptualización ha generado discusiones en los miembros de la asociación ya que deja entrever de manera sutil diferentes componentes del dolor, entre ellos, el psicológico, siendo este último el eje principal de esta monografía.

6.1.1 Clasificación del dolor

El dolor puede tener varias denominaciones dependiendo del origen de donde provenga, según la clasificación de López et al. (2014) se divide en:

6.1.1.1 Dolor nociceptivo. Se produce como una respuesta protectora a una lesión tisular real o potencial, que implica daño o inflamación localizada y que suele tener una respuesta positiva a la administración de opioides y analgésicos menores por lo que regularmente se cataloga como

transitorio; además de que no conlleva lesión del sistema nervioso. Este a su vez dependiendo de la localización puede ser somático o visceral.

6.1.1.2 Somático. Se localiza con precisión y puede ocurrir en la piel, tejido subcutáneo o profundo, siendo este último producido por procesos articulares que pueden relacionarse a trastornos de sensibilidad cutánea.

6.1.1.3 Visceral. Originado en los órganos de las cavidades torácica y abdominal, suele acompañarse de inflamación, sin localización clara y con presencia de reacciones autónomas.

6.1.1.4 Dolor neuropático. Producido por alguna lesión en el Sistema Nervioso, que genera una actividad anormal en las vías de transmisión sensorial. El origen puede estar asociado a lesiones o enfermedades del sistema nervioso central o periférico y dentro de los síntomas que más se han descrito se encuentra sensación de quemazón, pinchazos, aplastamiento continuo y un dolor muy fuerte al tacto.

6.1.1.5 Dolor mixto. Generado por la combinación de los dos anteriores y frecuentemente se asocia a ciertos dolores crónicos como la lumbalgia crónica, ya que esta implica la conjugación de factores nociceptivos y neuropáticos.

A esta clasificación resulta interesante agregarle la nueva categoría del “dolor nociplástico” que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor propuso en el año 2017 y el cual se genera de un procesamiento incorrecto de los receptores del dolor, ya que estos se encontrarían activados transmitiendo información al Sistema Nervioso pese a que no hay evidencia de que algún tejido del sistema somatosensorial tenga alguna lesión que cause el dolor (Montero et al., 2019). Si bien dicha incorporación del término a generado controversia en el gremio de profesionales, lo que finalmente se deduce de allí es los avances, cambios y nuevos descubrimientos que se están presentando actualmente en el estudio de esta enfermedad.

Continuando con la clasificación, desde el lado de la sensación y la percepción, el dolor posee otras características que son muy importantes de determinar para su correcta evaluación y el posterior suministro de un tratamiento, según López et al (2014) entre ellas se encuentra:

6.1.1.6 Localización. Allí se distingue si es focal, generalizado, superficial o profundo junto con la parte del cuerpo donde se ubica, dependiendo de este último aspecto se determinará la calidad de este, pudiendo ser opresivo, quemante o pulsátil.

6.1.1.7 Intensidad. Al ser una “sensación subjetiva” donde intervienen otros elementos de orden psicológico, social y cultural; resulta complejo evaluar este aspecto y por ello suelen usarse escalas de valoración para cuantificar la magnitud del dolor, aunque estas dejan por fuera el carácter multidimensional del mismo. Dentro de las escalas más conocidas se encuentran: Escala de Puntuación Numérica (EPN) y la Verbal (EPV), Escala visual Analógica (EVA), Escala de Luesher y Escala luminosa analógica; las cuales suelen tener puntuación numérica o tonalidades de colores para realizar el registro.

6.1.1.8 Impacto del dolor. Allí se revisan aspectos multidimensionales, como el impacto sobre la función física, mental y sobre la calidad de vida; encontrando entre los instrumentos más utilizados el SF-36 y SF-12, el EQ-5D, el WOMAC y la escala LANSS.

6.1.1.9 Factores asociados. En este apartado se revisan asuntos como estado emocional, calidad del sueño, signos o síntomas de depresión, ansiedad o alteraciones del estado de ánimo; asimismo, a nivel físico se evalúan los signos o síntomas secundarios, etc.

6.1.1.10 Temporalidad. Aquí se determina el comienzo, curso, patrón y duración del dolor. Este último aspecto, divide el dolor en agudo o crónico. El primero se caracteriza por ser de corta duración (aproximadamente menor a tres meses) y responde a una inflamación o un síntoma de una enfermedad, además de que suele responder bien a la terapia analgésica; mientras que el crónico, a nivel general, se caracteriza por perder ese sentido protector, es de difícil manejo y perdura por más de tres meses.

En consonancia con lo anterior, es importante aclarar que la diferencia entre ambos no solo existe en razón del tiempo, sino que el dolor agudo es el resultado de la activación del sistema nociceptivo que reacciona frente a un daño de tejido somático o visceral y lo normal es que desaparezca con la lesión que lo provocó; por su lado, el dolor crónico al considerarse una enfermedad, persiste por largo tiempo a pesar de los tratamientos y suele relacionarse con

sintomatología psicológica como miedo, depresión, ansiedad, insomnio y variaciones en la interacción social (Bonica, 1990). Siendo así esta última temática, unos de los focos que se desarrollará con mayor profundidad en el siguiente capítulo de este escrito.

6.1.2 Dolor crónico

La IASP (2011) en 1979 define el dolor crónico como aquel que persiste una vez pasado el periodo normal de cicatrización, y que se caracteriza por ser un dolor incesante y prolongado que dura al menos de 3-6 meses de evolución o que perdura cuando ya debería haber desaparecido, además, puede ocasionarse sin una causa evidente (esto atribuido a cambios en el sistema nervioso) y presenta dificultades a la hora de diagnosticar y suministrar un tratamiento efectivo debido a que resulta complejo identificar el daño o lesión que mantiene el dolor.

Antes de continuar en la definición es importante mencionar que gracias al desarrollo del estudio del dolor, este se viene reconociendo de una manera distinta, ejemplo de ello es que la OMS (2019) propone que el dolor crónico primario ya no sea considerado como un síntoma sino como una enfermedad en sí misma, derivando esto en que no solo se abren las puertas a un abordaje distinto desde los sistemas de salud junto con sus respectivos profesionales en temas de clasificación, etiología, mecanismos fisiopatológicos, intervención, etc.; sino principalmente a que esto tenga impactos significativos y positivos en los pacientes que padecen diariamente esta condición.

Dicho esto, y retomando la conceptualización, al ser el dolor una “experiencia sensorial y emocional” se constituye en una vivencia multidimensional donde aspectos físicos y psicológicos intervienen, resaltando en estos últimos, procesos neurobiológicos, de aprendizaje y culturales que van tomando mayor relevancia a medida que pasa el tiempo y que va conformando un sistema que se vuelve nocivo tanto para pacientes como para quienes se encuentran a su alrededor (Williams & Craig, 2016). Lo anterior finalmente da cuenta de la transformación que se ha tenido gracias al papel que cada vez se le está dando al enfoque biopsicosocial.

Dentro ese orden de ideas es clave traer a colación cifras para dejar claridad del panorama actual del dolor crónico, por ejemplo, se estima que cerca del 20% de la población global padece esta condición y por ello es considerado un problema relevante de salud pública; del mismo modo,

la OMS, reporta que en el año 2000 ya existían 600 millones de personas mayores de 60 años con dolor crónico, una cifra que se según su pronóstico se doblará para el año 2025 (Araos, 2007).

Respecto a datos a nivel nacional, en la última Encuesta Nacional del Dolor realizada por la Asociación Colombiana contra el Dolor (ACED), Liñeiro (2015) reporta que se recolectaron datos de 12 ciudades, obteniendo 1820 encuestas con los siguientes resultados: el 44% de la población de la población que dijo haber sentido algún dolor físico en el último año lo experimentó con un tiempo mayor a 3 meses, por lo que puede catalogarse como crónico. Así mismo, bajo estas mismas condiciones de tiempo, se encontró que el 42% de estas personas aseguraron un nivel de dolor severo, siendo los dolores más comunes los localizados en las piernas, cabeza y espalda. De estos datos, resulta adecuado indicar que, a la fecha, la última encuesta realizada en el país fue hace aproximadamente 8 años y que no se tiene reporte de estudios más recientes, situación que deja al panorama actual sin datos sobre los cuales basarse.

6.1.3 Fisiología del dolor crónico

Por otro, retomando la conceptualización del dolor crónico y de todo lo que encierra, el aspecto de la durabilidad y mantenimiento de los síntomas es un factor que puede resultar crítico a la hora de medir o reconocer la gravedad y las pocas oportunidades de revertir los impactos o alteraciones que se presentan en esta enfermedad, sin embargo, también existen mecanismos fisiopatológicos que resultan claves para su comprensión.

Si bien las causas del dolor crónico son variadas y puede surgir después de cierta lesión curada o aparecer sin ningún motivo aparente que en ocasiones no puede determinarse; lo que se sabe a nivel general es que puede estar causado por el procesamiento anormal en el sistema nervioso de las sensaciones dolorosas y no dolorosas. (Revista Boston, 2012).

En el sistema periférico de dicho procesamiento, se encuentran los nociceptores o receptores del dolor que son terminaciones nerviosas periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias que se encargan de discriminar los estímulos nocivos y los que no lo son, clasificándose estos, dependiendo de su localización y función en cutáneos, musculares, articulares y viscerales; estos nociceptores aparte de tener una tarea receptora y de transmisión hacia el SNC, también tienen la función de liberar sustancias que provocan vasodilatación, aparición de edemas, procesos inflamatorios, etc. Continuando con el proceso de transferencia de la información, dichas fibras

aferentes alcanzan la medula espinal por medio de las raíces dorsales, terminando en la sustancia gris del asta posterior; allí contactan con neuronas medulares quienes llevan la señal al tálamo contralateral y desde ahí se conduce a la corteza frontal y a la somatosensorial; agregando que además de estas zonas existen otros circuitos neuronales que están relacionados al procesamiento afectivo y emocional del dolor (Arco, 2015).

Entre lo que se conoce a hoy de estas otras zonas mencionadas anteriormente, se encuentra que esta enfermedad conlleva alteración en el procesamiento sensorial (a nivel córtex sensorial y motor, ínsula posterior y tálamo), en el emocional (nivel córtex cingulado, frontomedial y orbitofrontal, hipocampo, amígdala, núcleo accumbens e ínsula anterior) y en el cognitivo/integrativo/mnésico (córtex parietal, lóbulo temporal, ganglios basales e hipocampo (Borsook, 2012).

Ahora, las lesiones en cada nivel producen ciertas alteraciones, por ejemplo, las afectaciones en los sistemas periférico o central generadas por la experimentación prolongada a un dolor agudo, transforman los mecanismos fisiológicos de todo el sistema del dolor; provocando condiciones como la hiperalgesia que es el aumento en la sensibilidad del dolor generado por un estímulo doloroso o la alodinia que consiste en un dolor provocado por un estímulo que antes no era doloroso (Revista Boston, 2012). Agregando que según Vanderah (2007) “los estados de dolor crónico dependen, en parte, de la sensibilización de la médula espinal, la activación de vías nociceptivas que se proyectan en lugares medulares y del mesencéfalo y la activación de sistemas facilitadores de dolor descendentes” (p. 6.).

Igualmente, es importante indicar que perturbaciones en los sistemas físicos pueden provocar cambios comportamentales explicados por modificaciones en circuitos neuronales originadas por un procesamiento psicológico alterado (Ortiz & Velasco, 2017). Simons, Elman y Borsook (2014) realizaron un estudio de las principales alteraciones conductuales en los circuitos neurales a causa del dolor crónico y en parte de los resultados se observan cambios desadaptativos, alteraciones del procesamiento psicológico específicamente en áreas como la cognición, atención, percepción (incluida la intercepción), circuitos de recompensa, aprendizaje, memoria, etc.

Por esto, dichos procesos neurobiológicos en el sistema nervioso ayudan a comprender la razón por la que las personas con dolor crónico no discriminan entre un estímulo perjudicial y otro inofensivo. Además, esto soporta las bases para entender el dolor crónico como un fenómeno

biopsicosocial que puede impactar simultáneamente y en una relación de causa- efecto en diferentes dimensiones de la vida de los pacientes (Baller y Ross, 2017).

6.1.4 Clasificación del dolor crónico

Según la nueva Clasificación Internacional de enfermedades CIE-11, emitida por la OMS (2019), el dolor crónico se divide en 7 grupos:

6.1.4.1 Dolor crónico primario. El cual se denomina actualmente como una enfermedad en sí misma y se caracteriza por alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa (Margarit, 2019); y que además es multifactorial, por lo que factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome. Y entre este se encuentra el dolor crónico visceral, generalizado, musculoesquelético, orofacial y cefalea.

A su vez hace parte del dolor crónico primario, los siguientes:

6.1.4.2 Dolor oncológico. Causado por el cáncer o su metástasis, o por el propio tratamiento.

6.1.4.3 Dolor crónico postquirúrgico o postraumático. El que se produce o aumenta de intensidad luego de un procedimiento quirúrgico o una lesión tisular y que perdura más allá del proceso de curación.

6.1.4.4 Dolor crónico neuropático. Generado por una enfermedad o lesión del sistema nervioso, dividiéndose en central y periférico.

Por otro lado, el dolor crónico secundario, es aquel síntoma de una condición clínica subyacente, en donde se delimita:

6.1.4.5 Dolor crónico musculoesquelético secundario. Es el que afecta huesos, articulaciones, tendones, músculos y columna vertebral; ya sea por inflamación, cambios en su estructura o enfermedades del Sistema Nervioso.

6.1.4.6 Dolor orofacial secundario y cefalea. Abarca todos los trastornos de dolor orofacial y cefalea con origen subyacente que ocurren al menos en el 50% de los días durante al menos tres meses. Allí se ubicaría el dolor crónico dental, trastornos temporomandibulares, orofacial neuropático y no neuropático.

6.1.4.7 Dolor crónico visceral secundario. Se manifiesta en los órganos internos de la región de la cabeza/cuello y las cavidades torácica, abdominal y pélvica; proviniendo de inflamación persistente, mecanismos vasculares y factores mecánicos.

Vale aclarar que a cada grupo se le asignaron unos criterios diagnósticos y una opción de subcategorías de dolor crónico (Margarit, 2019).

6.1.5 Diagnóstico del Dolor Crónico

Esta etapa en el proceso de manejo es algo que resulta determinante para la comprensión y relación que se establezca con el mismo, investigaciones demuestran que el hecho de que las personas tengan un diagnóstico concede validación a la experiencia desagradable que padecen, además de que tener un nombre que explique lo que ocurre, reduce la ansiedad; pese a esto, lo que se encuentra a nivel general es que es un proceso inquietante, que puede tardar mucho tiempo y que se complica por respuestas de desconfianza o incomprensión por parte del personal de salud lo que a su vez interfiere en asuntos vitales como la adherencia al tratamiento (Snelgrove & Lioffi, 2013).

Gracias a avances tecnológicos en la actualidad es posible realizar estudios electrofisiológicos para revisar el funcionamiento de músculos y nervios y asimismo suele hacerse uso de rayos X, RM y TAC para estudiar los huesos o tejidos más profundos, no obstante, no siempre estos medios detectan motivos anatómicos que producen el dolor. A su vez, el uso de estos dispositivos suele acompañarse de la aplicación de escalas para cuantificar el dolor, aunque estas también suelen tener limitaciones al evaluar un fenómeno subjetivo (Revista Boston, 2012).

Para resumir lo planteado, puede decirse que el acceso de estos pacientes a un diagnóstico adecuado es una tarea compleja, que en ocasiones toma tiempo, resulta costosa y es retardadora para el sistema de salud, debido a su naturaleza, la cual influye incluso en que los instrumentos diagnósticos existentes tengan ciertas limitaciones a la hora de hacer su medición. Pese a esto,

diagnosticar es un paso imprescindible para la valoración, pronóstico, abordaje y posterior tratamiento de este padecimiento; siendo este último ítem desarrollado en el capítulo final de este escrito.

6.1.6 Sistemas de salud, regulaciones y costos económicos del dolor crónico

Más allá del proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento que hoy en día se utilice para darle manejo al dolor crónico, es importante tener en cuenta variables de orden más global, pues al ser considerado uno de los grandes problemas de salud a nivel mundial, no solo por su prevalencia sino además por los costos económicos y sociales que conlleva, es imprescindible referirse allí al sistema de salud, ya que finalmente es la entidad clave que regula la calidad y cobertura de la atención gracias a las iniciativas y reglamentaciones que pueda emitir junto con los recursos económicos que se destinen a ello.

Este asunto se relaciona a esta investigación ya que el tipo de atención en salud que se le brinde a los pacientes influye directamente en la percepción de la calidad de vida que ellos puedan tener, recalcando que esta incluye variables físicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo, el hecho de que el abordaje se centre solo en lo físico genera que los elementos psicológicos y sociales que suelen aparecer y afectar allí, se desconozcan y se queden sin ser considerados; generando así que el sentimiento de bienestar general de estos pacientes pueda verse disminuido porque se están omitiendo aspectos que lo perjudican en su vida diaria debido a su enfermedad. Al mismo tiempo, especificando en el aspecto psicológico, se puede decir que no prestarle la importancia necesaria da lugar a comorbilidades a nivel mental, además de que dificulta aspectos como la adaptación al nuevo estado de salud, la adherencia al tratamiento, etc.; provocando cada vez más deterioro en los niveles de salud de estos individuos.

Es por lo señalado previamente que contar con la regulación necesaria en los sistemas de salud para guiar y controlar la manera de abordar el dolor crónico es indispensable, no solo porque esto repercute directamente en la valoración que tienen estos pacientes de su calidad de vida, sino también porque dichas mediciones se realizan con el fin precisamente de monitorear la salud de la población, de evaluar el resultado de las políticas sociales y de salud vigentes y distribuir los recursos de acuerdo a las necesidades encontradas.

Por otro lado, y profundizando un poco en el tema de recursos, es valioso ilustrar el panorama con cifras así no sean del contexto inmediato. En Estados Unidos, por ejemplo, se calcula que el costo de salud de las personas con dolor crónico es de aproximadamente 23.000 dólares por paciente (incluidos gastos médicos directos, pérdida de ingresos, pago de compensaciones y gastos legales); mientras que para los demás pacientes la media fue de 6300 dólares (Araos, 2007). Por consiguiente y pese a que la información no es reciente y corresponde a otro país con condiciones diferentes, lo que deja ver dicha cifra es la magnitud del costo con respecto a la atención de otras enfermedades.

Ahora bien, a nivel nacional si se cuenta legislación e iniciativas por lo que se hace mención de las dos leyes principales que apuntan a la regulación del dolor, la primera es la Ley 1733 (2014) o Ley Consuelo Devis Saavedra mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida; mientras en segunda instancia, estaría la Ley 1384 (2010) o Ley Sandra Ceballos la cual establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Ambas leyes brindan el sustento legal para que las personas con dolor crónico ya sea de tipo oncológico o no oncológico puedan tener acceso a un tratamiento integral que apunte a la disminución del sufrimiento y la promoción del mejoramiento de la calidad vida de estas personas. Pese a esto, según la Dra. Sandra Liliana Parra presidenta de la Asociación Colombiana de Cuidados paliativos (2021) apoyada en datos ofrecidos por el atlas latinoamericano de cuidados paliativos y el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, afirma que a pesar de que los cuidados paliativos son un derecho en Colombia, solo 7 de cada 10 pacientes lograr acceder a ellos.

Ahondando un poco más en datos, la Asociación de Cuidados Paliativos (2020) realizó la segunda edición del Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica antes mencionado, con el propósito de evaluar el grado de desarrollo de los Cuidados Paliativos en América Latina para con esta información posteriormente poder diseñar planes y programas adaptados a los requerimientos y condiciones de cada país.

En dicho estudio, se reporta que en Colombia existe lo siguiente:

- 79 recursos totales para los Cuidados Paliativos (incluidos equipos mixtos y móviles, recursos de primer nivel, hospicio y Unidad de Cuidados Paliativos). De estos, 9 prestan atención pediátrica.

- Ley Nacional específica para Cuidados Paliativos, sin embargo, aún no hay una estrategia Nacional de CP.
- Acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa, junto a esto se registra facultades de medicina, trabajo social, enfermería y psicología que cuentan con asignaturas independientes de CP.
- Dos asociaciones nacionales: la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACC) fundada en 1996 y la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia ASOCUPAC creada en el 2014.

Como datos adicionales se puede agregar que se distribuyeron 556,1 kg de opioides entre los años 2015 y 2017, además, el comienzo de los Cuidados Paliativos en el país se da en Medellín con la fundación de la Clínica Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Universitario San Vicente de Paul-Universidad de Antioquia en 1980; siendo a partir de esto, que se van creando otras instrucciones en ciudades como Bogotá y Cali. Igualmente, un dato particular del informe es que Colombia es el único país de América Latina que reportó asignatura independiente de CP en el 3,4% de las facultades de psicología; lo que sugiere un camino investigativo y retador para la ciencia psicológica en el contexto inmediato.

Para concluir, esta breve información deja ver que hay distintas variables de carácter administrativo, legislativo y político que son inherentes al sistema de salud, siendo este al fin y al cabo el encargado de establecer y ejecutar las directrices sobre la manera de estudiar, atender y dar manejo a la enfermedad del dolor crónico. Así pues, más allá de la identificación de los vacíos y los avances existentes a hoy, esto lo que delimita en últimas es el camino sobre el cual seguir trabajando.

6.2 Conceptualización Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

El concepto de la calidad de vida es básico en esta monografía ya que es mediante este que se busca dar cuenta del impacto que tiene la enfermedad de dolor crónico tanto en la percepción de salud y bienestar, como en la vida diaria de estos pacientes. Es decir, con esta expresión, se evalúa el grado de interferencia o afectación que este diagnóstico acarrea para la esfera de la salud física y mental de estos individuos. Aclarando que es el aspecto psicológico el que más interesa para poder delimitar así los principales cambios que pueden generarse a nivel cognitivo, emocional,

comportamental, etc.; debido tanto a la vivencia de la enfermedad como al intento de responder a ella, pudiendo ser catalogado esto como adaptativo o mal adaptativo.

Después de dicha claridad, se puede decir que dentro de las primeras definiciones de calidad de vida se encuentran los planteamientos de Aristóteles con la idea de “buena vida y el ser feliz” dejando planteado que es un constructo que puede cambiar dependiendo del significado de cada persona y el momento que se viva (Fayers & Machin, 2000). Sin embargo, es en los Estados Unidos después de la terminación de la Segunda Guerra Mundial que se da el origen de la utilización del concepto para medir la percepción de buena vida y de seguridad financiera (Urzúa & Caqueo, 2012). Con este precedente, el estudio académico y el auge de investigaciones en la calidad de vida se inicia a mediados de los 60’s con el movimiento de indicadores sociales impulsado por la Escuela de Chicago, en donde se cuestiona la idea del bienestar basado solo en aspectos materiales o condiciones económicas, y se abre la posibilidad a incorporar dimensiones psicosociales como las relaciones sociales, la calidad de entorno, la salud, las políticas públicas, etc. (Noll, 2002).

Luego, para los años 70’s y 80’s, el concepto pasa a ser entendido como bienestar objetivo o social y este se entendería como todo lo que brinde satisfacción al individuo junto con las formas en que se adquiere (Smith, 1974). Ya para el año 1998, la OMS propone una definición que da cierto consenso con respecto a lo que engloba el término, sin embargo, antes de traerla a colación, es apropiado advertir que la expresión “calidad de vida” ha sido usada en diversas disciplinas académicas y en varios contextos de la sociedad en general; por lo que es razonable que existan múltiples conceptualizaciones e imprecisiones en su uso.

Aclarado esto, para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se refiere a “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses” (OMS, 1998, p. 28). Allí se rescata el carácter subjetivo, multidimensional y la relación con el contexto que conlleva tal conceptualización; sin embargo, autores como Theofilou (2013) le agregarían la valoración respecto al pasado, presente y futuro de dichas metas y valores personales, asociado esto al sentido de realización en las distintas dimensiones.

Por lo anterior y dadas las diferentes perspectivas existentes, se acude a la definición integradora de Ardila (2003), la cual busca conciliar las distintas aproximaciones de otros autores y organizaciones. Siendo entendida la calidad de vida para este autor como:

Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (Ardila, 2003, p. 163).

Como se observa, dicha definición integra aspectos subjetivos y objetivos, establece una relación estrecha entre la calidad de vida con la satisfacción general y la realización personal, igualmente reconoce la relación con el ambiente, y no menos importante, hace una distinción entre la salud percibida y la salud objetiva. Así pues, sobre este último asunto se puede hacer alusión a que ha sido un concepto que ha tenido un papel importante en la medición de los procesos de salud, debido a la necesidad de abordar esta de una manera más integral y de ir más allá del modelo biomédico (Smith, 2000).

En consecuencia, Ruiz y Pairdo (2005) abordaron la definición de calidad de vida con respecto a la salud. Inicialmente, ellos explican que la ampliación del concepto de salud por parte de la OMS al definirla como un estado de bienestar total en términos físicos, psicológicos y sociales ha permitido que aparte de reiterar en que es un derecho de todas las personas y de naturaleza multifactorial, se establezca como un objetivo social que da muestra del desarrollo colectivo e individual.

Ahora bien, la alusión a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) acarrea consigo un foco en todos los aspectos que puedan influir en esta, incluida la capacidad de las personas de poder participar de las actividades diarias que ayudan a conservar dicha salud. De este modo dentro de las dimensiones que delimitan Ruiz y Pairdo (2005), se encuentran: el funcionamiento físico (estados de salud física, sintomatología, comodidad e incapacidad generada por los síntomas, repercusiones en la movilidad o deficiencias funcionales de los órganos, entre otros) el bienestar psicológico (repercusiones en el funcionamiento cognitivo como la evocación de recuerdos, la forma de afrontar la enfermedad y el proceso que esta implica, etc.), el estado emocional (componentes emocionales, estados de preocupación y desmotivación, presencia de síntomas o condiciones de ansiedad, depresión, etc.), el dolor con sus respectivas características

(percepción, intensidad, duración, tolerancia e interferencia en el diario vivir), el funcionamiento social (desempeño en las relaciones sociales, aislamiento, alteraciones en los roles, etc.), la percepción de la salud (preferencias, creencias, necesidades y actitudes relacionadas con la salud, y otras dimensiones (vida sexual, satisfacción con la vida, repercusiones en el trabajo o estudios, consumo de fármacos, visitas al doctor, etc.).

Vale anotar que este incremento en los últimos años de la tendencia por estudiar la calidad de vida desde el campo de la salud física y mental, ha llevado también al interés por optimizar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas puesto que estas generan un deterioro evidente en las diferentes esferas de la vida personal, social y laboral, implicando situaciones como la dependencia del paciente hacia terceros o incluso, el requerimiento de atención hospitalaria constante y/o prolongada (García & Rodríguez, 2007). Por lo tanto, se hace necesario evaluar y buscar comprender de manera integral cómo son los procesos de salud- enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas, dando cuenta de asuntos como los factores que deterioran su calidad de vida, los mecanismos que usan para adaptarse a ello, las limitaciones que presentan, la forma individual en la que experimentan y perciben su funcionamiento diario, etc.

Por ejemplo, según Baldi et al. (2013) la calidad de vida de una persona que tiene alguna enfermedad es el factor resultante de las interacciones que tienen elementos como el tipo y evolución de la enfermedad, la personalidad del paciente, el nivel de cambios que el padecimiento causa a su vida, el apoyo social y la etapa de la vida en la que se genera la enfermedad. Luego, expone el autor que las enfermedades crónicas en general, causan un deterioro en la productividad o en la capacidad para generar ingresos, además, de que requieren un gran uso de servicios médicos, y exigen a los pacientes la creación de nuevas rutinas y de reajustes psicológicos, entre otras cosas; percibiendo con esto que hay una gran cantidad de componentes que pueden confluir allí y perjudicar el bienestar y la calidad de vida.

Con lo ya dicho, se evidencia que la propuesta de Baldi et al. (2013) la integran mayoritariamente factores relacionados con el propio paciente, sin embargo, el asunto del apoyo social si bien es externo resulta muy necesario, ya que recibir un diagnóstico de enfermedad crónica o lidiar con ella el resto de la vida, sin duda, impacta también a familiares, amigos y personas del entorno cercano. Por lo tanto, se sugiere que a pesar del diagnóstico y del pronóstico de las enfermedades, el apoyo social es fundamental para el mantenimiento o conservación de la autoimagen satisfactoria, ayuda con el manejo del estrés, provee bienestar emocional o material,

etc.; siendo crítico propender por la preservación de estos lazos familiares y de amistad en la existencia de una enfermedad crónica, no solo por lo antes dicho sino porque a nivel general la aceptación, adaptación y la recuperación del bienestar y la calidad de vida entonces, dependen de los tratamientos y el acompañamiento que tengan los pacientes (Vinaccia & Orozco, 2005).

Por otro lado, se considera oportuno hacer referencia a los cuidados paliativos en el marco de la calidad de vida, ya que estos justamente apuntan a la asistencia que se tiene definida desde los sistemas de salud, para atender la calidad de vida de personas con enfermedades potencialmente mortales. Sánchez-Cárdenas (2018) los define como los cuidados activos y totales que se le brindan a un paciente cuando no responde a los tratamientos curativos, especialmente, cuando se trata de una enfermedad avanzada y progresiva. Dentro de los aspectos más relevantes para considerar, está el hecho de que las metas de los cuidados paliativos están orientadas a la prevención o alivio del sufrimiento, así como dar tratamiento efectivo del dolor y a otros problemas de índole física, psicológica y espiritual; esto con el fin de mejorar la calidad de los pacientes y sus familias.

Es por esto por lo que, dentro del panorama del dolor crónico, los cuidados paliativos son una práctica que puede ser muy apropiada y específica para atender y promover la calidad de vida de estas personas; ya con su existencia, lo que queda es garantizar el acceso adecuado y oportuno a los mismos cuando son requeridos.

Continuando el hilo conductor de este apartado, la relación entre calidad de vida y dolor crónico puede dejarse clara con datos encontrados. Por ejemplo, en una investigación cualitativa realizada con 959 pacientes de dolor crónico por Turk et al. (2008), se realizó una encuesta en donde se evaluaron 19 aspectos de la vida diaria, encontrando que las personas informaban que la mayoría de las áreas de sus vidas se veían perjudicadas significativamente por el dolor crónico, los aspectos que más se repetían fueron el bienestar emocional, el disfrute de la vida, la fatiga, la debilidad, la reducción del dolor y los problemas relacionados con el sueño. A su vez, los autores organizaron los resultados en 5 dominios entre los que se encontraron: síntomas físicos (falta de energía, problemas con el sueño y la atención, limitaciones para hacer varias actividades en un día, etc.), actividades físicas (dificultades para caminar, sentarse o realizarse el aseo personal, etc.), vida familiar (afectaciones en la vida sexual y de pareja, en el cuidado de hijos u otros familiares), actividades sociales (miedo de planear algo porque no se sabe si el dolor va a permitir que se pueda ir a un evento social o de vacaciones) y bienestar emocional (sensación constante de estrés, irritabilidad, malestar porque lo otros te perciben como “perezoso”, etc.).

Dichos resultados dejan ver que a nivel general el funcionamiento y el bienestar son áreas importantes que se ven afectadas por esta enfermedad y es por esto por lo que resulta clara la interferencia con las dimensiones de la calidad de vida. No obstante, como ya se mencionó anteriormente, la valoración de esta no depende exclusivamente del estado físico objetivo sino también de la percepción subjetiva de bienestar y salud que tenga la persona, ya que es posible sentir satisfacción a pesar de tener limitaciones o dificultades; es por esto, que el proceso de adaptación y acompañamiento en el nuevo estado de salud puede ser crítico en percepción de la calidad de vida.

6.2.1 Calidad de vida y psicología de la salud

Al agregar el aspecto psicológico a la dimensión del dolor y la calidad de vida, es necesario aludir a la disciplina psicológica, específicamente al campo la psicología de la salud. Para contextualizar, la salud y la enfermedad entraron en el panorama de la psicología desde finales de la década de los setenta, debido a dos aspectos principales como el cuestionamiento del modelo médico imperante y los avances científicos del mismo; es decir, se observa la necesidad de incluir aspectos sociales y psicológicos al proceso de salud- enfermedad y a la par se aumenta la expectativa de vida, respectivamente (Rodríguez-Marín, 1998).

Este último asunto genera que haya una prevalencia de enfermedades crónicas, y es en su estudio que se descubre que el comportamiento tiene una gran interferencia a la hora de conservar o mantener la salud y la enfermedad; siendo así, el estudio de los comportamientos y de los aspectos psicológicos en las condiciones de salud-enfermedad, lo que dio paso al surgimiento de la psicología de la salud en 1978 (Rodríguez-Marín, 1998).

En ese orden, la psicología de la salud aparece como un campo específico de la psicología definida como:

El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1980, p. 807).

Dicha definición da cuenta de un enfoque más integral, que no se reduce solo a la curación de síntomas, sino que apunta a asuntos como la promoción, prevención y mejoras del sistema sanitario, con el propósito de lograr una vida más funcional o satisfactoria de los pacientes; lo que se traduce a tener efectos en la calidad de vida, siendo este el indicador de la evolución de cada paciente en particular.

Para concluir la relación entre el saber psicológico y la calidad de vida, se puede decir que la psicología de la salud tiene unos objetivos específicos como la comprensión de los factores psicológicos que influyen en la salud física y mental, la atención y abordaje de síntomas o condiciones que afecten la salud mental y la promoción de tres asuntos fundamentales como son estilos de vida saludables, adaptación y manejo de la enfermedad, y finalmente la adherencia al tratamiento. Dichos objetivos en últimas apuntan a mejorar dimensiones de la calidad de vida, reiterando que en los pacientes con dolor crónico son varias de estas las que se ven afectadas.

7 Segundo capítulo

7.1 Afectaciones psicológicas y dolor crónico.

El reconocimiento del dolor crónico como una entidad propia, más allá de un simple síntoma, establece el telón de fondo para abordar las actuales perspectivas en torno a las implicaciones psicológicas en la calidad de vida de quienes experimentan esta condición. La transición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2019), respaldada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, propone una comprensión más profunda y una atención renovada hacia el dolor crónico.

Esta nueva perspectiva no solo redefine el enfoque médico en torno al dolor crónico, sino que también invita a explorar con mayor énfasis las variables psicológicas que pueden moldear la experiencia de aquellos que lo padecen. Los datos tanto globales como nacionales, presentados en el capítulo anterior, destacan la magnitud del impacto del dolor crónico en la población, subrayando su importancia en el ámbito de la salud pública; es por ello por lo que la comprensión integral de estas dimensiones se vuelve crucial para desarrollar estrategias efectivas de manejo y mejorar la calidad de vida de quienes se ven afectados por esta enfermedad.

A través de algunos estudios, como el realizado por Mental Health America (2020) y la investigación de Abplanalp et al. (2020), se ha destacado la relevancia de comprender y abordar las implicaciones psicológicas del dolor crónico. Los datos de Mental Health America al analizar a más de 38,000 individuos que enfrentan desafíos asociados con el dolor crónico, sugieren que aquellos que experimentan esta condición tienen una probabilidad significativamente mayor (79%) de obtener resultados moderados a graves en evaluaciones de salud mental en comparación con la población general (Mental Health America, 2020).

Dichos resultados presentados no solo dan cuenta de la interrelación entre las afectaciones en la salud mental y el dolor crónico, sino que destacan la necesidad de abordar la dimensión psicológica en el contexto de esta dolencia. En este sentido, Hruschak y Cochran (2017) señalan que la atención adecuada a la salud mental emerge como un factor crucial para el manejo efectivo del dolor y la mejoría de los pacientes, mientras que no abordarla y dejar de lado la influencia que esto pueda tener en la vivencia del paciente, incrementa el riesgo de fracaso en dicho restablecimiento. Además, estos autores advierten que es crucial reconocer y brindar tratamiento a

las afectaciones psicológicas de estos pacientes, ya que por ejemplo condiciones como la ansiedad o depresión pueden interferir no solo intensificando el dolor, sino que también pueden disminuir la funcionalidad en la vida diaria de estas personas (Hruschak & Cochran, 2017). Por lo tanto, ofrecer una atención integral y efectiva se vuelve imperativo para mejorar los niveles de recuperación o conservación del bienestar general del paciente.

Lo anterior, da lugar a precisar la distinción entre salud mental y afectaciones psicológicas o psicopatología propiamente. El primer término hace referencia a un estado de bienestar mental que permite a los individuos afrontar las tensiones normales de la vida diaria y tener la posibilidad de desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar para contribuir a la mejora del entorno donde se vive (OMS, 2022). Es decir, este concepto va más allá del estudio de la enfermedad o de la ausencia de esta, ya que posee un núcleo más amplio en donde coinciden asuntos relacionados a la promoción del bienestar psicológico, la prevención de afecciones y en últimas, la atención y manejo de las alteraciones que se presenten; por lo que no es adecuado equiparar salud mental con psicopatología.

Bajo esa aclaración, se precisa que el desarrollo de este capítulo está centrado en las afectaciones a la salud mental explorando algunas de las principales condiciones psicopatológicas que se han estudiado y se han encontrado en los últimos años en pacientes con dolor crónico; este énfasis se fundamenta en la premisa de que abordar parte de la psicopatología proporciona una comprensión más detallada de los alteraciones psicológicas asociadas al dolor crónico, estableciendo así una conexión más sólida entre estas afectaciones y el impacto de las mismas en la calidad de vida de estas personas.

En este contexto y bajo el objetivo de delimitar condiciones psicopatológicas en la vivencia del dolor crónico, es esencial considerar la ansiedad y la depresión, ya que según la literatura revisada hacen parte de las complicaciones del estado de ánimo que más suelen relacionarse a esta enfermedad y que además dados sus síntomas y efectos, pueden interferir negativamente en la calidad de vida.

Para iniciar según Sierra et al. (2003), la ansiedad se caracteriza como un estado de agitación e inquietud desagradable, manifestando una anticipación del peligro con síntomas psíquicos y fisiológicos; dicha respuesta puede ser tanto adaptativa como desadaptativa, dependiendo de su intensidad, frecuencia y duración. Podría decirse que la ansiedad, en su esencia,

refleja una respuesta anticipatoria ante situaciones percibidas como amenazantes, distinguiéndose del miedo por su naturaleza anticipatoria.

Ahora bien, González, M. (2014) argumenta que la vivencia del dolor, particularmente en momentos agudos, está vinculada al miedo y la ansiedad; explicando que, en situaciones de dolor agudo, el miedo surge como respuesta a una amenaza inmediata, provocando respuestas activas defensivas por parte de la persona que lo experimenta. Mientras que, la ansiedad se manifiesta en la anticipación del dolor, caracterizándose por la vigilancia constante y la generación de respuestas defensivas pasivas, con la finalidad de evitar situaciones que podrían desencadenar el dolor.

Sobre este aspecto, hay investigaciones que sugieren que el miedo puede tener un efecto inhibitor sobre el dolor al liberar opioides endógenos (Lumley et al., 2011), los cuales son sustancias químicas producidas naturalmente en el cuerpo que por sus propiedades analgésicas pueden ayudar a reducir el dolor (Muñoz, 2011).

Sin embargo, cuando el dolor se vuelve crónico, la ansiedad y el miedo pueden generar emociones desadaptativas, las cuales tienen una correlación neurofisiológica en el funcionamiento cerebral, sugiriendo que hay cambios en la actividad cerebral, específicamente una mayor actividad de la corteza cingular; siendo esta una zona que está implicada en la modulación del procesamiento sensorial y emocional del dolor, por lo que dicha hiperactividad puede estar asociada con una mayor percepción y amplificación del dolor (González, 2014).

Además, dichas respuestas emocionales están en la base del modelo psicológico de "miedo-evitación" que ofrece una explicación sobre la transición del dolor agudo al crónico, centrándose en el papel del miedo como un regulador de las emociones frente al dolor. Este modelo sugiere que la interpretación cognitiva del dolor como una amenaza desencadena conductas de evitación (González, 2014). En otras palabras, cuando las personas perciben el dolor como una amenaza para su bienestar, tienden a desarrollar estrategias para evitar situaciones o actividades que puedan provocar o intensificar el dolor. Esto no solo tiene un impacto en la experiencia emocional, ya que el miedo influye en las respuestas emocionales al dolor, sino que también afecta la manera en que las personas gestionan y responden al dolor en términos de comportamiento. Así, al evitar constantemente ciertos estímulos o actividades por temor al dolor, las personas pueden contribuir inadvertidamente a la prolongación de su padecimiento y a mayor pérdida de la funcionalidad en su vida diaria.

Pasando al segundo tópico, la relación entre depresión y dolor crónico también ha sido objeto de análisis, siendo esta entendida de manera general como un “compromiso emocional caracterizado por ánimo negativo, desesperanza, anhedonia, trastorno del sueño y otros síntomas” (González 2012, p. 612).

Dicho esto, la evidencia revela que las personas con síntomas depresivos tienen una mayor probabilidad de experimentar dolor en la espalda baja, cuello-hombro, músculos y también son propensas a informar de dolores específicos, como dolor de cabeza, abdominal, en las articulaciones y en el pecho (Bair et al., 2003). Estos hallazgos sugieren que la depresión puede influir selectivamente en ciertos tipos de dolor crónico, lo cual podría tener implicaciones significativas para el manejo clínico y el diseño de intervenciones terapéuticas específicas para subtipos de esta dolencia.

Pese a lo anterior, la revisión de la literatura resalta la falta de uniformidad en los resultados cuantitativos de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico. A pesar de esta variabilidad, en los estudios analizados (Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor et al., 2014; Costa, M. & Gómez, R., 2023; Soucase, et al., 2005), se observa que aproximadamente un tercio de los pacientes con dolor crónico confluye con ansiedad y/o depresión.

La ausencia de evidencia que respalde la coexistencia generalizada de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico plantea interpretaciones diversas. Inicialmente, se podría considerar que la coexistencia podría no ser tan generalizada como se había presupuesto. Sin embargo, es crucial ejercer precaución al interpretar estos resultados, ya que la falta de evidencia en estos estudios particulares no excluye la posibilidad de que la prevalencia de la comorbilidad entre ansiedad y depresión pueda variar en otros contextos o poblaciones. La diversidad en los instrumentos utilizados para evaluar ansiedad y depresión, así como las variaciones en la conceptualización de los síntomas, emergen como factores críticos que podrían influir significativamente en los resultados obtenidos.

Ahora bien, en los estudios analizados sobre dolor crónico y su relación con ansiedad, depresión y calidad de vida, se destaca una carencia de información explícita acerca de los coeficientes de correlación entre estas variables. Esta falta de datos cuantitativos específicos de correlación limita la capacidad de realizar inferencias detalladas sobre la fuerza y dirección de las relaciones entre estas variables; y como ya se dijo, dicha ausencia de datos para afirmar la existencia clara de una correlación puede entenderse mejor considerando que la elección del

instrumento de medición para evaluar la ansiedad y la depresión es crucial; ya que asuntos como el uso de diferentes instrumentos, la falta de estandarización y adaptación a diferentes poblaciones puede influir allí.

Sobre algunas relaciones importantes que se desprenden de los estudios, se tiene que Castellano-Tejedor et al. (2014) identificaron una conexión significativa entre la ansiedad-rasgo y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico. Este hallazgo sugiere que la ansiedad-rasgo y la discapacidad funcional desempeñan roles clave en la percepción de la calidad de vida a nivel mental en este grupo de pacientes.

De acuerdo con los autores, la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes analizados es, en términos generales, similar al promedio de la población en aspectos mentales, pero está por debajo del promedio en aspectos físicos. Los resultados del estudio apuntan a que la presencia de síntomas depresivos está asociada con una disminución en la calidad de vida física, mientras que los síntomas ansiosos se relacionan con una disminución en la calidad de salud mental (Castellano-Tejedor et al., 2014). A su vez, la discapacidad funcional emerge como un elemento central en ambos componentes, físico y mental de la calidad de vida, sugiriendo que su gestión eficaz podría tener un impacto positivo integral en la salud de los pacientes.

Es importante mencionar que, se destaca un consenso unánime entre los estudios revisados (Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor, et al., 2014; Costa, M. & Gómez, R., 2023; Soucase et al., 2005), en donde todos convergen en la conclusión de que el dolor crónico impacta de manera significativa la percepción del bienestar general de los individuos. Este consenso general se manifiesta de manera más pronunciada en el componente físico de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La literatura revisada refleja una preocupación compartida sobre la carga adicional que el dolor crónico impone en la funcionalidad y el bienestar físico de los afectados.

Entre los factores moduladores de esta relación se encuentra la adaptación emocional, la percepción de control sobre el dolor y la autoeficacia en el manejo de este; siendo estos elementos importantes que influyen en la intensidad de la conexión entre ansiedad, depresión y calidad de vida. Además, estrategias de afrontamiento, como la autoafirmación y la religión, así como el apoyo social, se presentan como elementos fundamentales en la percepción del bienestar psicológico (Soucase et al., 2005).

A partir de la síntesis de los datos y resultados obtenidos en los estudios revisados, se puede concluir de manera consistente que el dolor crónico ejerce un impacto adverso en la calidad de

vida, especialmente en su componente físico. Los pacientes que experimentan dolor crónico enfrentan desafíos significativos en términos de funcionalidad física, bienestar físico y percepción de salud general (Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor et al., 2014; Costa, M. & Gómez, R., 2023; Soucase et al., 2005).

Por esto, se enfatiza la importancia crucial de preservar la funcionalidad física en estas personas ya que la capacidad para realizar actividades diarias, mantener la autonomía y desenvolverse en los diferentes escenarios de la vida diaria, se vincula estrechamente con la experiencia global de bienestar y la evaluación positiva de la calidad de vida (Altamirano et al. 2017).

Los hallazgos de Altamirano et al. (2017) también ofrecen una perspectiva valiosa sobre las complejas interrelaciones entre ansiedad, depresión, dolor crónico y calidad de vida, por lo que se dan a conocer varias posibles explicaciones. En primer lugar, se destaca la idea de que el diagnóstico de una enfermedad crónica puede desencadenar ansiedad y depresión en los pacientes; ya que la pérdida del sentido de identidad, la incertidumbre sobre el futuro y la confrontación con la mortalidad contribuyen a la carga emocional experimentada por los individuos, afectando negativamente la percepción global de bienestar en su vida.

En segundo lugar, la investigación sugiere que algunos pacientes perciben que condiciones emocionales previas, como ansiedad y depresión, están vinculadas a la aparición de la enfermedad crónica. Esta vía plantea la complejidad de las relaciones causales y destaca la necesidad de abordar tanto los factores emocionales preexistentes como las consecuencias emocionales que se puedan derivar del diagnóstico.

En tercer lugar, la investigación (Altamirano et al., 2017) propone que la ansiedad, la depresión y el dolor crónico mantienen una relación bidireccional, alimentándose mutuamente y contribuyendo a su empeoramiento conjunto. Esta comprensión respalda la idea de que una intervención efectiva debe abordar simultáneamente tanto los aspectos emocionales como el manejo del dolor para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Finalmente, condiciones como la ansiedad y la depresión explican una menor CVRS por diversos factores como, por ejemplo, los pacientes con depresión tienden a considerar que sus limitaciones físicas afectan más gravemente su vida cotidiana, que aquellos pacientes sin depresión; también, la ansiedad y la depresión pueden hacer que el dolor se sienta más intenso. A su vez, los pacientes con sintomatología ansiosa-depresiva tienden a considerar el futuro de forma

catastrófica o a pensar recurrentemente en la imposibilidad de mejorar su estado de salud; a la par que tienden a aislarse socialmente lo que puede significar la pérdida de su red de apoyo principal. Finalmente, la ansiedad y la depresión pueden ocasionar síntomas de cansancio y agotamiento, afectando la vitalidad de los pacientes y su entusiasmo por la vida. (Altamirano et al. 2017; Soucase et al., 2005)

Otro asunto en común es que la adaptación de los pacientes al dolor crónico parece estar intrínsecamente vinculada a sus niveles de ansiedad y depresión. La evidencia recopilada (Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor et al., 2014; Costa & Gómez, 2023; Soucase et al., 2005) sugiere que aquellos individuos con menores niveles de ansiedad y depresión exhiben un ajuste más positivo frente al desafío del dolor crónico.

Este fenómeno implica que los niveles de ansiedad y depresión desempeñan un papel crucial en la forma en que los pacientes enfrentan y se adaptan a la experiencia del dolor crónico. La disminución de la ansiedad y la depresión se asocia consistentemente con una percepción mejorada de control sobre el dolor, una menor percepción de discapacidad y, en última instancia, una adaptación emocional más positiva lo que en su conjunto tiene un impacto en la calidad de vida.

En la investigación realizada por Soucase et al., (2005) se localizan otros asuntos importantes y es que se observa que la propensión a reprimir emociones se correlaciona significativamente con niveles más altos de ansiedad en pacientes con dolor crónico; lo que sugiere la importancia de abordar la expresión y gestión emocional en la intervención psicológica que se le realice a estas personas. En segundo lugar, la baja confianza en la resolución del dolor se posiciona como un factor influyente ya que afecta la percepción de control que se tiene de la situación, lo que contribuye a niveles elevados de ansiedad. Otros elementos que influyen son la percepción de que el dolor sobrepasa los recursos propios, la constante preocupación por el dolor, la valoración de que el dolor es abrumador, una menor consideración de las consecuencias de las acciones ante el dolor y un menor uso de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento. (Soucase et al., 2005).

En cuanto a la depresión, Soucase et al. (2005) sugieren que cuando las personas con dolor crónico sienten que este limita su vida diaria, están más propensas a experimentarla. Como dato relevante, los hallazgos indican que, a medida que la utilización de la autoafirmación como estrategia de afrontamiento aumenta, la probabilidad de experimentar depresión disminuye.

De los estudios (Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor et al., 2014; Costa, M. & Gómez, R., 2023; Soucase et al., 2005) se desprende que, la experiencia del dolor crónico es multidimensional y está influenciada por factores diversos, como la percepción individual del dolor y la capacidad de afrontamiento; por lo tanto, dos pacientes con la misma intensidad de dolor pueden tener respuestas psicológicas diferentes debido a variables adicionales. En concordancia, el estudio de Costa, M. & Gómez, R. (2023) expone que la falta de diferencias significativas entre la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad y depresión sugiere que otros factores podrían estar influyendo en la relación entre el dolor y las afectaciones psicológicas.

Este último hallazgo desafía la noción simplista de que la intensidad del dolor por sí sola es suficiente para explicar completamente la variabilidad en los síntomas psicológicos y refuerza lo dicho en los estudios antes mencionados que dan cuenta de la importancia de tener cuenta la pluralidad de factores que intervienen allí.

Entre otras de las afectaciones psicológicas que puede encontrarse en pacientes con dolor crónico se encuentra la ideación suicida, por ejemplo, Costa, M. & Gómez, R. (2023) indican en sus resultados que un 26.21% de los participantes presentaron ideación suicida durante el estudio. A su vez se observa una correlación entre la ideación suicida y factores como la intensidad del dolor, la presencia de ansiedad y depresión, así como la existencia de otras comorbilidades; lo cual ofrece una visión de varios de los factores que confluyen en la salud mental de esta población específica.

Otro asunto que vale la pena rescatar de la investigación mencionada, es que en ella no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de ideación suicida entre los grupos que experimentan dolor leve, moderado o intenso; esto sugiere que la ideación suicida no está directamente vinculada a la intensidad del dolor, sino que puede estar influenciada por factores emocionales y psicológicos adicionales (Costa, M. & Gómez, R., 2023).

Por otro lado, en cuanto a las alteraciones del sueño en pacientes con dolor crónico y su relación con la calidad de vida, 40 estudios examinados por Fishbain, D. et al., (2008) proporcionan una evidencia consistente y robusta que respalda esta relación. La correlación del 77.2% de los estudios indican que el dolor predice la presencia de problemas de sueño, cifras que refuerzan la coherencia y la dirección de esta asociación.

Para complementar, en otra investigación llevada a cabo por Hofstadt Román et al. (2017), se observó una insuficiente duración del sueño y problemas notables en su calidad, según las

puntuaciones de las alteraciones del sueño. A su vez, los participantes enfrentaron un nivel significativo de dolor, una percepción disminuida de la calidad de vida, especialmente en su componente físico, y una autoeficacia moderada, siendo aún más baja en el control del dolor.

Finalmente, a nivel general podría decirse que los estudios examinados convergen en resaltar el impacto significativo de la dimensión psicológica de pacientes con dolor crónico en su calidad de vida. En este contexto, la influencia de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida se evidencia como un hallazgo recurrente en todas las investigaciones; siendo la constante preocupación por el dolor un factor significativo relacionado con niveles más altos de ansiedad; por lo que la importancia de los factores emocionales en la salud emerge como un elemento común en los estudios, destacando con esto la necesidad de abordar la expresión y gestión emocional en la intervención psicológica.

8 Tercer capítulo

8.1 Estrategias de afrontamiento

El concepto de estrategias de afrontamiento es fundamental en la comprensión de cómo los individuos enfrentan el estrés, especialmente en el contexto de pacientes con dolor crónico, ya que al ser un diagnóstico complejo persistente en el tiempo es razonable que sea leído por los pacientes como una situación desafiante que implica experimentar tanto la dolencia como las alteraciones en la vida diaria que puedan llegar a presentarse. Siendo, así las cosas, hacer alusión a dichas estrategias en este capítulo resulta importante para conocer cuáles son las maneras en que las personas que padecen dolor crónico le hacen frente a esta enfermedad; dejando claro que dichas respuestas pueden ser clasificadas en adaptativas o desadaptativas, en tanto realmente impliquen medidas que propendan por el bienestar de las personas o que por el contrario que empeoren la situación a largo plazo.

Así pues, al hablar de bienestar o deterioro en el padecimiento de esta enfermedad, lo que se hace es apuntar a los impactos positivos o negativos que dichas estrategias de afrontamiento puedan tener en la calidad de vida de estos pacientes. En otras palabras, el hacer uso de determinadas formas para adaptarse y gestionar emociones, cogniciones y conductas provocadas por dicho diagnóstico; lo que produce es que haya repercusiones en la percepción global de bienestar físico, mental y social con relación al estado de salud de estas personas. Hilado a esto, en la dimensión psicológica, el hecho de procurar que estos pacientes puedan adaptarse de una manera adecuada a su nuevo estado de salud da cuenta del intento por cuidar y promover su salud mental; procurando que puedan contar con los recursos internos necesarios para enfrentar y manejar todos los cambios y tensiones que puede acarrear este padecimiento.

Ahora bien, Lazarus y Folkman, en su modelo teórico, definen el afrontamiento como los "esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984, p. 141).

En el abordaje del afrontamiento, se distinguen dos estilos principales según Lazarus y Folkman: el focalizado en el problema, orientado a la resolución, y el focalizado en las emociones, dirigido a restablecer el equilibrio emocional (Viñas et al, 2015).

En el contexto de pacientes con dolor crónico, el estrés se manifiesta como una demanda que sobrepasa los recursos individuales, generando la necesidad de implementar estrategias de afrontamiento para manejar esta situación. Según estudios de Soriano, J y Monsalve, V. (2002), el dolor emerge como una fuente primaria de estrés en la vida de las personas en este escenario desafiante.

Lazarus y Folkman (1984) destacan la existencia de estrategias de afrontamiento con distintos niveles de adaptación. En este sentido, las estrategias activas, orientadas hacia la solución del problema y el bienestar, se consideran más adaptativas, mientras que las estrategias pasivas, que incluyen la evitación y se centran en la emoción y la enfermedad, se perciben como menos adaptativas. La evaluación de una estrategia como adaptativa o desadaptativa implica considerar diversos factores; además que dicha distinción tiene repercusiones directas en la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, ya que el tipo de estrategia de afrontamiento empleada puede influir significativamente en su ajuste emocional y en la forma en que enfrentan la situación.

De acuerdo con Soriano, J & Monsalve, V (2002), se observa una relación positiva cuando se emplean estrategias activas, como la solución de problemas y la búsqueda de información; mientras que se observa una relación negativa cuando se recurre a estrategias pasivas; aclarando que esta relación positiva o negativa se entiende en términos de una adecuada adaptación o no a la nueva condición de salud. A su vez, plantean los autores que el uso de estrategias pasivas, como la evitación o la retirada de actividades, se asocia con un aumento en el dolor percibido, la depresión, la sensación de impotencia y un peor ajuste psicológico en general; por lo que estas estrategias pueden implicar una falta de enfrentamiento directo con el dolor crónico y pueden estar relacionadas con una disminución en el bienestar emocional y físico.

Es crucial destacar que la diferenciación entre estrategias activas y pasivas en el ámbito del afrontamiento al dolor crónico no siempre resulta clara, según lo indican estudios de Soriano, J. y Monsalve, V. (2002), ya que algunas estrategias catalogadas como pasivas pueden implicar la adopción de comportamientos activos.

Pese a lo anterior, lo que se puede evidenciar en dichos resultados es que el uso de estrategias de afrontamiento ocupa un papel vital a la hora de responder y adaptarse a una nueva condición de salud, ya que como se mencionó anteriormente, dependiendo de las respuestas que se produzcan puede catalogarse dicha respuesta como adaptativa o desadaptativa y esto es lo que finalmente tendrá repercusiones en esa percepción general de satisfacción con la vida. Por ejemplo,

el hecho de que estos pacientes tengan un comportamiento proactivo hacia la salud puede facilitar la implementación de acciones como búsqueda de información al respecto, adopción de hábitos o recomendaciones médicas que les sean dadas, realización de actividades que propendan por un nivel más alto de funcionalidad en su vida cotidiana, etc.; lo que no solo puede derivar en una mejoría en el estado de salud a corto y largo plazo, sino también relacionarse con un sentido de logro y satisfacción con la vida en general en la medida de sus posibilidades.

8.2 Tipos de Estrategias de Afrontamiento del Dolor

Según el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) desarrollado por Rosenstiel & Keefe (1983), las estrategias de afrontamiento del dolor se dividen en varias categorías:

8.2.1 Estrategias Cognitivas

Las cuales son un conjunto de enfoques mentales utilizados por las personas para afrontar y manejar el dolor. Estas estrategias involucran la manera en que las personas piensan y procesan la experiencia dolorosa. Rosenstiel & Keefe (1983) describen algunas de estas estrategias:

8.2.1.1 Distracción. enfocarse en pensamientos que desvían la atención del dolor.

8.2.1.2 Reinterpretación del dolor. utilizar la imaginación de manera creativa para encontrar pensamientos o imágenes que no estén alineados con la sensación de dolor.

8.2.1.3 Auto verbalizaciones de afrontamiento. conversación interna positiva para enfrentar y gestionar el dolor, allí la persona se convence a sí misma de su capacidad para afrontar el dolor, independientemente de su intensidad.

8.2.1.4 Ignorar el dolor. negación consciente de la presencia o gravedad del dolor.

8.2.1.5 Rezar o tener esperanza. involucra la búsqueda de apoyo espiritual y la esperanza de una mejora en la situación.

8.2.1.6 Catastrofización. implica pensamientos negativos exagerados sobre la magnitud del dolor y sus consecuencias.

8.2.2 Estrategias Conductuales

8.2.2.1 Incremento del nivel de actividad. comprometerse en tareas activas que ayuden a mantener la atención alejada del dolor.

8.2.2.2 Comportamientos que pueden contribuir a la reducción de la sensación de dolor. acciones que se realiza en respuesta al dolor y que tienen el efecto de disminuir o aliviar el dolor experimentado, como la ingesta correcta de los medicamentos recetados, la realización de actividad física, técnicas de relajación u otra recomendación complementaria que le haya sido dada por los profesionales tratantes.

Ahora bien, vale aclarar que el concepto de afrontamiento se ha abordado desde diversas perspectivas teóricas y metodológicas, destacándose dos enfoques principales. La primera, conocida como afrontamiento disposicional, sostiene que el afrontamiento es un estilo personal para enfrentar el estrés; la segunda, denominada afrontamiento situacional, lo concibe como un proceso dinámico y específico para cada situación de estrés (Canessa, B., 2002). Esta distinción en su conceptualización y evaluación del afrontamiento se integra mediante el Adolescent Coping Scale (ACS). Este instrumento contempla una forma general para determinar cómo los adolescentes suelen afrontar sus preocupaciones de manera global, y una forma específica que evalúa las respuestas de afrontamiento ante problemas particulares (Canessa, B., 2002). Esta diferenciación permite capturar tanto los elementos generales como los específicos del constructo de afrontamiento y que resultan complementarios a la hora del manejo del estrés.

Ahora bien, relacionándolo al dolor crónico, se puede decir que el uso de estas estrategias se ha asociado con diferentes ajustes a la situación presentada. Por ejemplo, aquellos que emplean estrategias cognitivas tienden a mostrarse menos impedidos funcionalmente, mientras que quienes utilizan estrategias de desesperanza pueden experimentar más ansiedad y depresión y aquellos que recurren a la distracción y rezos pueden padecer más dolor y limitación funcional. (Canessa, B., 2002). Es por lo anterior, que resulta importante tener en cuenta dicha diferenciación del

afrontamiento, ya que estos hallazgos pueden facilitar la creación de intervenciones personalizadas que se enfoquen en mejorar la manera general de responder ante situaciones demandantes o en desarrollar habilidades específicas para situaciones particulares dentro de este diagnóstico de salud.

De igual manera, otra estrategia que ha sido estudiada en contextos de dolor crónico han sido las expectativas de autoeficacia, concepto desarrollado por Albert Bandura como parte de su teoría cognitiva social y el cual hace alusión a la creencia en la capacidad de ejecutar eficazmente cursos de acción necesarios para enfrentar situaciones futuras (Bandura, 1982). Ahora bien, al relacionarlo con el dolor crónico, se podría decir que dicha vivencia tiene la capacidad en potencia de afectar la percepción de control y manejo en el estado de salud, ya que, desde asuntos como el control de los síntomas, las limitaciones físicas percibidas, los impactos a nivel psicológico, etc.; se puede llegar a la creencia de que no se tiene control sobre el propio cuerpo y su bienestar.

Teniendo en cuenta lo anterior, lo que se observa en los pacientes es que las expectativas de autoeficacia se centran en la creencia de manejar diferentes aspectos del dolor, el funcionamiento físico y la percepción del dolor en términos de intensidad; a su vez la percepción de autoeficacia ha demostrado estar asociada a un mejor estado de salud en condiciones como el dolor crónico musculoesquelético y la fibromialgia. Dicha asociación se ha observado tanto en la gestión del dolor, la discapacidad y la salud emocional, incluido el estrés (Tirado et al, 2014).

En cuanto a otros hallazgos (Amaya-Roper y González, 2015; Mazo y Estrada, 2018; Pomares et al, 2021) se evidencia que las estrategias de afrontamiento del dolor con mayor prevalencia en Latinoamérica son la religión y la catarsis. De acuerdo con estas, las personas buscan consuelo, apoyo y sentido en su fe religiosa, considerándola como una vía para encontrar alivio emocional frente al dolor crónico; sin embargo, la dependencia exclusiva de la religión puede tener implicaciones negativas a largo plazo. Por su lado, la catarsis, implica la liberación emocional a través de la expresión de sentimientos intensos; en el dolor crónico, esto puede manifestarse mediante la verbalización o la liberación emocional a través del llanto; y si bien esta puede proporcionar un alivio momentáneo, su dependencia exclusiva puede tener limitaciones en cuanto al manejo efectivo y sostenible del dolor.

Teniendo en cuenta lo anterior, los autores confluyen en que la carencia de enfoque en el control instrumental del dolor implica que dichas estrategias no ofrecen herramientas prácticas para manejar la intensidad del dolor o mejorar la capacidad funcional a largo plazo; sino que, en lugar de capacitar a los individuos para afrontar proactivamente su dolor, estas estrategias pasivas pueden

mantener una sensación de indefensión y limitar la percepción de control sobre la experiencia de dolor. (Amaya-Ropero y González, 2015; Mazo y Estrada, 2018; Pomares et al, 2021).

En contraste, se logra identificar estrategias activas como la autoafirmación y la actividad física en los estudios examinados, sin embargo, estas tienden a ser menos utilizadas; por ejemplo, Amaya-Ropero y González (2015) identificaron estrategias como la autoafirmación y la distracción, pero estas no alcanzaron la misma prevalencia que la religión. Resultados que se observan también en Mazo y Estrada (2018) y Pomares et al. (2021), debido a que hay una inclinación hacia las creencias espirituales y la catarsis.

Por lo anterior, la prevalencia de estrategias pasivas, especialmente el recurso a la religión, en el afrontamiento del dolor crónico en Latinoamérica plantea desafíos y oportunidades significativas para las intervenciones terapéuticas ya que, si bien las prácticas religiosas pueden proporcionar alivio emocional momentáneo, su falta de enfoque en la adaptación y el control instrumental del dolor podría tener implicaciones negativas a largo plazo. Es decir, la preferencia por estrategias pasivas puede influir en la percepción del paciente sobre su capacidad para manejar el dolor de manera efectiva; limitando así la sensación de ser capaz de tener dominio sobre la propia experiencia de dolor y la capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad.

En consecuencia, la falta de orientación hacia estrategias activas, como la autoafirmación, la actividad física, etc. podría estar contribuyendo a las alteraciones emocionales, especialmente ansiedad y depresión, en los pacientes estudiados. Dichas estrategias emergen como recursos valiosos en el afrontamiento del dolor crónico. Por un lado, la autoafirmación implica una conversación interior positiva sobre los recursos propios para afrontar el dolor, y por el otro, la actividad física, adaptada a las limitaciones individuales, ofrecen beneficios tanto físicos como psicológicos. Por lo tanto, la baja adopción de estas estrategias activas plantea preocupaciones, ya que su ausencia podría contribuir a la persistencia de alteraciones psicológicas en los pacientes con dolor crónico.

Respecto a otras estrategias activas, Sánchez et al., (2016) realizan un análisis enfocado en el humor como estrategia de afrontamiento en el dolor crónico, el cual revela importantes hallazgos que sugieren una conexión entre el uso del humor y diversos aspectos del bienestar psicológico en pacientes que experimentan dolor crónico. Se destaca que el estilo de humor de autoafirmación y las estrategias de afrontamiento basadas en el humor están asociados con una mayor satisfacción

vital y afecto positivo en estos pacientes. A pesar de no encontrarse una asociación directa entre el afrontamiento basado en el humor y la intensidad percibida del dolor, se observa que el humor se relaciona positivamente con una mejor calidad de vida emocional (Sánchez et al., 2016).

Este enfoque novedoso introduce la idea de que el uso del humor, especialmente el humor de autoafirmación actúa como una herramienta valiosa para enfrentar y adaptarse al dolor crónico. Plantean los autores que el humor, al permitir una perspectiva más positiva de la situación, contribuye a cambios en la valoración de los síntomas físicos, generando un menor impacto emocional negativo y aumentando las emociones positivas. (Sánchez et al., 2016).

Por otro lado, García (2015) estudió la relación entre rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento; observando que la distracción es la estrategia más utilizada y está positivamente relacionada con la capacidad funcional. Este resultado sugiere que las personas que emplean la distracción como estrategia enfrentan de manera más efectiva su dolor crónico, lo que se traduce en una mayor capacidad para llevar a cabo actividades diarias.

Se resalta la relevancia de los rasgos de personalidad, específicamente la apertura y el neuroticismo, en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. Según García (2015), se evidencia una asociación negativa entre la apertura a la experiencia y la sintomatología, indicando que aquellas mujeres con mayor apertura experimentan menos síntomas relacionados con la fibromialgia, actuando estos rasgos como recursos protectores. Por otro lado, altas puntuaciones en neuroticismo están vinculadas con el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, como la catarsis, lo que se traduce en una intensidad de dolor percibida mayor y, consecuentemente, en una peor calidad de vida (García, 2015).

Como puede observarse, la mayoría de los estudios revisados proporciona una panorámica de las estrategias de afrontamiento en un momento específico, ofreciendo una visión estática de cómo los individuos enfrentan el dolor crónico. Sin embargo, para comprender plenamente la dinámica del afrontamiento a lo largo del tiempo y su impacto en la calidad de vida a largo plazo, sería beneficioso realizar investigaciones longitudinales; estas permitirían observar cómo las estrategias de afrontamiento evolucionan en respuesta a cambios en la condición de salud y cómo estas evoluciones se vinculan con la calidad de vida a lo largo del tiempo. Este enfoque proporcionaría una comprensión más completa y contextualizada de la efectividad y sostenibilidad de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con dolor crónico.

A su vez, dada la prevalencia de estrategias pasivas, especialmente relacionadas con la religión, en el afrontamiento del dolor crónico en Latinoamérica, es importante desarrollar intervenciones equilibradas que integren la espiritualidad con estrategias activas; reconociendo la importancia de las creencias y prácticas culturales específicas de la región, pero también aportando de manera más fáctica a la calidad de vida de estas personas.

9 Cuarto capítulo

9.1 Intervenciones en el dolor crónico

La intervención en el dolor crónico suele ser un asunto que implica la unión de varias disciplinas y profesionales, además de tiempo, esfuerzo y variables individuales que se deben abarcar para intentar prestar una atención integral y de calidad. Lo que se traduce a que debe haber un trabajo coordinado para primero evaluar y establecer un diagnóstico y luego pasar a proponer determinado plan de tratamiento; siendo en dicho proceso donde la aplicación del modelo biopsicosocial cobra importancia para tratar de garantizar o facilitar la aceptación y adaptación de la enfermedad en las diferentes áreas de la vida de estos pacientes.

Lo anterior, se soporta en que, si bien en la actualidad existen avances en aspectos neurobiológicos y de imagen, esto solo constituye una parte del fenómeno ya que hay evidencia que muestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la persistencia del dolor, así como una mayor efectividad del tratamiento multidisciplinario en comparación de la atención médica convencional (Ortiz & Velasco, 2017).

Por lo tanto, el objetivo de la intervención va enfocado a mejorar el funcionamiento habitual de la vida de los pacientes, promoviendo a que, a pesar de ciertas limitaciones que puedan tener, participen y se involucren de la mejor manera en las actividades de la vida cotidiana teniendo en cuenta las distintas dimensiones como la vida familiar, social, académica, profesional, espiritual etc. Por lo tanto, dicho propósito no radica específicamente en eliminar el dolor sino en poder controlarlo y limitar sus efectos, teniendo esto un pronóstico más alcanzable especialmente en los casos más complejos donde el dolor persiste pese al tratamiento.

Ahora bien, según Acuña et al. (2014) en la mayoría de las unidades de dolor existe un protocolo estándar y unos objetivos a alcanzar durante la primera etapa de evaluación, algunos de los elementos que contiene son: cuestionario del dolor, entrevista clínica, medidas para evaluar el dolor y evaluación psicológica; con cada ítem lo que se busca es recolectar la mayor cantidad de información para generar un diagnóstico adecuado y junto a esto un plan de tratamiento que se ajuste realmente a las necesidades de cada paciente.

Tras esta breve introducción, se establece como objetivo de este capítulo profundizar en los tratamientos psicológicos contemporáneos que, según la literatura revisada han sido objeto de una

mayor investigación y han demostrado eficacia en la intervención del dolor crónico. Específicamente, se abordarán la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Terapia de Aceptación y Compromiso y los programas basados en Mindfulness.

Antes de iniciar a profundizar en cada una de ellas, se advierte que estas terapias hacen parte de la escuela psicológica cognitivo conductual y que, si bien cada una tiene ciertas particularidades junto con sus respectivas técnicas de intervención, hay elementos que podrían denominarse transversales en el acompañamiento a estas personas.

Entre los aspectos transversales en las terapias psicológicas hay varios componentes, como la psicoeducación, allí la explicación sobre la condición es esencial y básica para entender el proceso del dolor y su influencia de emociones, pensamientos, comportamientos, etc.; procurando dar claridad a dudas importantes sobre la enfermedad que se padece (Davey, 2016). Igualmente, otro foco es el incremento de estrategias de afrontamiento activas para procurar el mantenimiento del funcionamiento multidimensional y una menor limitación y efectos adversos en su vida diaria (Soriano y Monsalve, 2005; Vanhaudenhuyse et al., 2018).

9.1.1 Terapia cognitivo conductual

En primer lugar, la terapia cognitivo conductual tuvo sus inicios en la década de 1970 y se ha ido desarrollando hasta ser en las últimas décadas la intervención más utilizada en dolor crónico ya que se ha comprobado su eficacia en factores cognitivos, emocionales y conductuales (Sturgeon 2014; Williams et al., 2020). Esta terapia utiliza diversas técnicas para identificar y modificar pensamientos distorsionados que contribuyen a la percepción del dolor crónico, fundamentándose en situaciones estresantes que activan esquemas cognitivos y generan distorsiones en su percepción (Acevedo y Gélvez, 2018).

Entre los objetivos de dicha terapia se encuentra gestionar sensaciones físicas del dolor, transformar el pensamiento catastrofista y modificar aspectos del comportamiento del paciente relacionados con el dolor crónico, como las conductas de dolor, quejas, posturas y conductas de evitación (Bravo et al., 2022). Estas intervenciones se implementan mediante programas progresivos que buscan fortalecer los avances del paciente y restablecer sus actividades diarias, comúnmente restringidas debido al estímulo doloroso persistente; en ellas se emplea el

condicionamiento operante para reforzar o debilitar ciertos comportamientos relacionados con el dolor, dependiendo de las consecuencias que sigan a dichas conductas (Sil et al., 2020).

Para abordar de manera efectiva el dolor crónico se sigue un proceso estructurado en etapas, según la investigación de Turk y Herta (2007). Según ellos, inicialmente se hace una evaluación de los factores psicosociales y conductuales que contribuyen a respuestas desadaptativas ante el dolor, para conocer el contexto del paciente y obtener información para decidir el enfoque terapéutico; luego se pasa a una fase donde se identifican aspectos que pueden ser controlados por la persona, como ideas de catastrofización, pensamientos automáticos, etc., para intentar cambiar su perspectiva sobre el dolor y tratar de ayudar a desarrollar estrategias para un manejo más efectivo. Seguidamente, se inicia la fase donde se le enseña formas específicas de cambiar la reacción habitual al dolor, como la distracción, la relajación conductual, etc.; para después integrarlas y procurar consolidarlas a la vida diaria del paciente involucrando a su entorno familiar, asegurando con esto que puedan ser de utilidad en el contexto real para enfrentarse al dolor de manera más adaptativa y reducir el impacto de este en su cotidianidad (Turk y Herta, 2007).

Por otro lado, según Miró et al. (2018) esta terapia se enfoca en varios aspectos importantes, como la reducción de la catastrofización del dolor, el aumento del compromiso con actividades cotidianas y la mejora de la disposición ante el dolor. Sin embargo, los autores también manifiestan que es fundamental dirigirse a los procesos cognitivos subyacentes, como la forma en que la persona piensa sobre el dolor y cómo se compromete con actividades que considera valiosas; esto con el fin de recoger la información completa para delimitar objetivos terapéuticos esenciales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Miró et al, 2018).

Otros estudios confirman la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor crónico, por ejemplo, Taguchi et al. (2021) encontraron mejoras significativas en la cognición catastrófica, la discapacidad en la vida diaria, la depresión y la ansiedad, aunque no hubo cambios en la intensidad del dolor.

En la misma línea Bravo et al. (2022) realizaron una recopilación de varios estudios los cuales evidencian demuestran mejoras significativas en la reducción del dolor, la calidad de vida, la sintomatología depresiva y ansiosa, así como en la capacidad de afrontamiento de los pacientes. Proponen que la inclusión de diferentes enfoques terapéuticos, como la atención plena, complementa la efectividad de la TCC en el manejo del dolor crónico. Además, se destaca la importancia de abordar aspectos psicológicos en condiciones como la fibromialgia, donde la TCC

se muestra como una intervención eficaz para reducir los síntomas depresivos y de ansiedad, mejorando así la calidad de vida de los pacientes (Gelman et al., 2005; Lamb et al., 2010; Moix y Casado, 2011; Fisher et al., 2020 e Hidalgo et al., 2020).

Para finalizar es importante resaltar que en la búsqueda de información se encuentran investigaciones de la terapia cognitivo- conductual para el dolor crónico (ICBT) brindadas a través de internet (Wiklund et al 2022; Gasslander et al 2022) y si bien presentan resultados positivos con síntomas de insomnio, depresión, aceptación del dolor, catastrofización y la calidad de vida; las sugerencias de los mismos es poder hacer aplicación en población más extensa y se observa que han procurado desarrollar programas adaptados a las necesidades particulares de los pacientes. Esta nueva modalidad de atención virtual es considerada en estos estudios como una muy buena opción con potencial, dada la rentabilidad en términos de tiempo y costos; sin embargo, es una alternativa que aún se sigue explorando.

Prosiguiendo con las otras terapias que se abordarán en este capítulo, se tiene que tanto la Terapia Basada en Mindfulness (BMT) como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se encuentran dentro del conjunto de enfoques conocidos como terapias contextuales o de tercera generación, que surgieron en la década de 1990 como una evolución de la terapia conductual y cognitivo-conductual y que traen consigo un replanteamiento contextual (Pérez, 2006).

A esto es importante agregarle que dichas terapias no pretenden producir un cambio en el contenido de las cogniciones o pensamientos mal adaptativos de los pacientes para poder controlarlos, sino que propende por la aceptación de la enfermedad y una relación distinta con las cogniciones y sensaciones displacenteras asociadas al dolor (Veehof et al., 2011).

9.1.2 Mindfulness

Mindfulness, según la definición de Kabat (1982), implica prestar atención al presente de manera intencionada, amable y sin juicio, lo que facilita una relación más directa con las experiencias del momento presente. Esta práctica, iniciada por Jon Kabat en los años 80 ha sido aplicada con éxito en el tratamiento del dolor crónico, mostrando efectos significativos en la salud mental y la calidad de vida.

Investigaciones recientes, como las realizadas por Hilton et al. (2017) y Majeed et al. (2018), han encontrado que las intervenciones basadas en mindfulness pueden mejorar diversos

aspectos relacionados con el dolor crónico, incluyendo la reducción de la depresión y la ansiedad. A su vez, Palao et al. (2019) destacan que el mindfulness puede cambiar la forma en que las personas experimentan el dolor, fomentando una mayor aceptación y una relación menos conflictiva con él.

El mindfulness, según Bishop et al. (2004), implica la autorregulación de la atención para dirigir la conciencia hacia la experiencia presente observando los pensamientos, emociones y sensaciones del momento actual, reconociéndolos y aceptándolos tal como surgen, sin analizarlos. Este enfoque promueve una conciencia no elaborativa, que permite reconocer los eventos mentales tal como surgen, sin entrar en un ciclo de análisis rumiativo; redirigiendo la atención a la experiencia presente, con factores como la respiración o las sensaciones corporales (Teasdale et al., 2000).

Según Hölzel et al. (2011), la práctica del mindfulness entrena la atención para observar los pensamientos, emociones y sensaciones sin juicio, liberando recursos mentales para procesar la experiencia presente de manera más amplia y abierta. Además, la atención consciente hacia las sensaciones corporales, como sugieren Farb et al. (2007) y Zeidan y Vago (2016), activa regiones cerebrales relacionadas con el procesamiento sensorial y reduce la valoración cognitiva que magnifica el dolor.

Además, Tang et al. (2015) señalan que el mindfulness facilita la regulación emocional al promover la aceptación de las emociones y disminuir la reactividad emocional, permitiendo alcanzar la calma con mayor facilidad. También a nivel neurobiológico, Adler-Neal y Zeidan (2017) indican que el mindfulness activa mecanismos de reevaluación de la experiencia de dolor, generando respuestas emocionales y conductuales más adaptativas. Estos mecanismos trabajan sinérgicamente para mejorar el afrontamiento del dolor y reducir su impacto en la calidad de vida de las personas con dolor crónico.

Para finalizar, el estudio de Palao et al. (2019) indica que el mindfulness tiene un impacto duradero en la gestión del dolor. Sus efectos específicos incluyen la modulación de la percepción cognitiva y emocional del dolor, la mejora en la regulación emocional, la reducción de la ansiedad y la depresión asociadas, y la promoción de una mayor aceptación del dolor y una mejor calidad de vida. Además, se encuentra que el mindfulness puede inducir cambios estructurales y funcionales en el cerebro y el sistema nervioso, facilitando una adaptación más efectiva al dolor crónico a largo plazo (Palao et al., 2019).

9.1.3 Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) desarrollada por Steve Hayes aborda la tendencia de evitación que las personas tienen hacia experiencias emocionales, físicas y situaciones no deseadas que causan malestar y sufrimiento.

En el contexto del dolor crónico, la ACT busca que los individuos no eviten lo que les causa malestar, sino que se comprometan en actividades que les otorguen significado y restauren su funcionalidad, en contraposición a la evitación que perpetúa el ciclo del dolor. Esto implica dejar de lado el intento de eliminar o cambiar el dolor y aceptarlo como parte de la experiencia humana. Estudios como el de Veehof et al. (2016) han demostrado que la ACT produce efectos mayores en la reducción de la ansiedad y la depresión, específicamente, en comparación con otras intervenciones como el Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).

Basado en seis procesos principales: aceptación, desvinculación cognitiva, contacto con el momento presente, autoconcepto, valores y acción comprometida, el ACT se ha aplicado con éxito en diversas áreas, incluido el dolor crónico (McCracken et al., 2013). Este enfoque implica una actitud de aceptación hacia las experiencias internas y externas, el contacto consciente con el presente y la alineación de las acciones con los valores personales. Investigaciones han demostrado que estos procesos están significativamente asociados con un mejor funcionamiento emocional, físico y social en pacientes con dolor crónico (Hayes et al., 1999).

Los principios de la ACT se articulan alrededor de un conjunto de procesos esenciales dentro de un modelo integrado conocido como la flexibilidad psicológica. Esta flexibilidad se define como la capacidad de estar plenamente presente en el momento actual, aceptando los pensamientos, emociones y sensaciones desagradables sin intentar suprimirlos o evitarlos, y permitiendo que las acciones estén guiadas por los valores personales incluso en medio de experiencias dolorosas (Åkerblom et al., 2020).

Por otro lado, la aceptación psicológica se define como "el proceso en el cual los clientes se arman de valor para estar dispuestos a experimentar un amplio rango de eventos privados, particularmente aquellos valorados negativamente, sin adoptar la actitud de cambiarlos,

‘obedecerlos’, o escapar de ellos o evitarlos" (Mairal, 2007). En este sentido, la aceptación implica permitir que estas experiencias ocurran sin luchar contra ellas.

Es importante resaltar que según Mairal (2007) la aceptación se considera un proceso activo que impulsa a la acción en línea con los valores personales. Se diferencia de la resignación pasiva, ya que implica aceptar las experiencias internas como parte natural de la vida y comprometerse en acciones significativas.

La capacidad de defusión, según explica Galí (2017) se refiere a la habilidad de observar los propios pensamientos y sensaciones de forma separada, reconociéndolos como eventos temporales de la mente sin necesariamente tomarlos como verdades absolutas o reflejos directos de la identidad personal. Este proceso implica poder "dar un paso atrás" ante la experiencia inmediata, lo que cambia la naturaleza misma de esa experiencia. Por otro lado, la fusión se relaciona con una forma de dominancia verbal en la regulación del comportamiento, donde la experiencia directa pierde importancia (Galí, 2017).

Se ha sugerido que el desarrollo de esta conciencia metacognitiva, o defusión, es fundamental para la efectividad del mindfulness y de las terapias basadas en la aceptación, así como de otras terapias cognitivo-conductuales (Teasdale et al., 2000). Además, diversos estudios han investigado su relación con el bienestar y la salud mental, encontrando asociaciones inversas con la ansiedad y los síntomas depresivos (McCracken et al., 2013; Teasdale et al., 2002). Estos hallazgos respaldan la idea de que la defusión está estrechamente vinculada con la salud mental y puede actuar como un mediador en el efecto de las intervenciones basadas en mindfulness o en la ACT.

Otro asunto relevante es que en el contexto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), los valores personales desempeñan un papel fundamental. Según Páez et al., (2006), los valores se consideran como el contexto en el que los estímulos aversivos pueden modificar su función y no ser incompatibles con el bienestar. Esto implica que los valores proporcionan un marco de referencia para tomar decisiones y actuar de manera coherente con lo que es importante y significativo para la persona, incluso en presencia de dificultades o situaciones desafiantes.

En otras palabras, la ACT enfatiza la importancia de identificar y conectar con los valores personales como un paso crucial hacia una vida significativa y satisfactoria. Al hacerlo, se promueve la capacidad de comprometerse con acciones coherentes con esos valores, incluso en momentos de malestar o dificultad emocional. Dicha conexión con los valores personales se

considera un aspecto central del proceso terapéutico en la ACT, ya que guía la dirección de la acción y promueve una mayor claridad y sentido de propósito en la vida del individuo (Páez et al., 2006).

En consecuencia, la integración de la aceptación y la labor centrada en valores dentro del marco terapéutico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) proporciona una vía alternativa para la conducta humana. En este enfoque, no se limita únicamente a evitar o suprimir el malestar emocional, sino que también se enfoca en dirigir las acciones hacia propósitos y metas que son considerados como significativos y valiosos para la vida de cada individuo. Este enfoque facilita una experiencia de vida más auténtica y satisfactoria, donde las acciones están en consonancia con los valores personales y se aspira a alcanzar aquello que se valora y se desea profundamente; lo cual podría ser beneficioso en el acompañamiento a pacientes con dolor crónico.

Para concluir con los hallazgos de estas tres terapias, se encuentra que estas han demostrado ser efectivas en la mejoría de la tolerancia al dolor, el bienestar emocional y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico (Michelson et al., 2011; Vowles et al., 2011; McCracken et al., 2013; Gregg et al., 2014).

Por último, es importante mencionar que en la intervención del dolor crónico también se hace uso de terapias alternativas o complementarias como la acupuntura, yoga, masajes, etc.; y para ello se hace alusión a estudios a nivel nacional que dan cuenta de ello. Por ejemplo, en un estudio realizado por Alvarado y Maya (2017) en las ciudades de Medellín y Bogotá con 25 adultos mayores se encontraron estrategias como remedios caseros, posturas, aplicación de frío o calor, masajes, etc.; las cuales son finalmente opciones utilizadas en el diario vivir y de fácil acceso para estos pacientes. A su vez, Alvarado (2019) en Bogotá realizó una investigación para evaluar el impacto de la musicoterapia en la percepción del dolor crónico, esta estuvo acompañada de un enfoque psicoterapéutico con terapias ACT y de Mindfulness; encontrando que dicha terapia basada en música tiene efectos positivos sobre la percepción del dolor crónico.

En consecuencia, en las terapias alternativas existe una variedad importante y son opciones que tienen acogida en los pacientes como maneras quizás de más fácil acceso para controlar o manejar su dolor. Dada esta existencia y su uso, se observa que cada vez se desarrollan más estudios específicos de cada terapia para determinar su evidencia científica.

10 Discusión

Esta investigación tiene como finalidad dar cuenta de los principales planteamientos vigentes con respecto a las implicaciones psicológicas de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico, encontrando allí que el mayor número de resultados se localiza en términos de la nueva denominación que se le ha dado al dolor crónico, en las afectaciones psicológicas y estrategias de afrontamiento que suelen presentarse en estos pacientes y finalmente, en las intervenciones que actualmente se realizan desde la psicología con ellos.

Con relación a dichos hallazgos, en primer lugar, se puede decir que el hecho de que en el CIE-11 (2019) el dolor crónico sea denominado como una enfermedad con su respectiva clasificación, abre el panorama a futuras investigaciones en temas de etiología, funcionamiento, factores asociados, posibles tratamientos, etc.; lo que implica un amplio campo de estudio a nivel teórico y práctico sobre el cual deben seguir avanzando las ciencias de la salud, tanto a nivel global como en el contexto nacional, ya que aún quedan retos importantes en la atención oportuna y de calidad a estos pacientes.

Seguidamente, respecto al nivel de calidad de vida en pacientes con dolor crónico, se observa que esta se ve afectada significativamente en diversas dimensiones, principalmente en lo que concierne a síntomas físicos, actividades físicas, vida familiar, actividades sociales y bienestar emocional; enfatizando en que se reporta una carga adicional en la funcionalidad, el bienestar físico y la percepción de salud general de estas personas (Turk et al., 2008; Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor et al., 2014; Costa, M. & Gómez, R., 2023; Soucase et al., 2005).

Dicha afectación transversal lo que denota es la interconexión entre aspectos físicos y psicosociales, lo cual reitera a nivel práctico la importancia de una intervención integral, multidisciplinar y con enfoque biopsicosocial, y que además haga énfasis en la funcionalidad física no solo por la sobrecarga evidenciada en los resultados, sino también por ser un factor clave en la calidad de vida ya que al estar relacionada con la capacidad de mantener autonomía y desenvolverse en los diferentes escenarios de la vida diaria, se relaciona estrechamente con la sensación de bienestar en general (Altamirano et al., 2017).

Ahora bien, en cuanto a las implicaciones psicológicas, las cuales son foco de esta investigación, se encuentra que estos pacientes comparados con la población general tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud mental, asimismo, dentro de las

alteraciones que más se asocia a esta enfermedad se encuentra la ansiedad, la depresión y los problemas del sueño; sin embargo, respecto a estas dos primeras condiciones, no se encuentra una consistencia en los resultados ya que varios de estos coinciden en que aproximadamente solo un tercio de los pacientes confluyen con ansiedad y depresión (Altamirano et al., 2017; Castellano-Tejedor et al., 2014; Costa, M. & Gómez, R., 2023; Soucase et al., 2005).

Lo anteriormente expuesto muestra en primer lugar, la interrelación entre dolor crónico y salud mental, por lo que dicha enfermedad puede influir y repercutir en el bienestar psicológico de estas personas y por ende en su calidad de vida; sin embargo, al ser la salud mental un concepto que abarca varios matices y al tener en cuenta la nueva conceptualización del dolor crónico, se observa que aún quedan asuntos por investigar allí, en especial, en torno a esa relación directa y explícita entre las variables calidad de vida, salud mental y dolor crónico; posibilitando así ir más allá de implicaciones psicopatológicas específicas que puedan presentarse y profundizando por ejemplo, en temas de productividad, participación social, resiliencia y demás aspectos clave que conforman la salud mental y que finalmente reflejan un estado de bienestar integral y funcionalidad psicológica en estos pacientes.

En segundo lugar, se destaca la necesidad de realizar estudios cuantitativos robustos y de gran escala que cuiden la rigurosidad a nivel teórico y metodológico, los cuales permitan contrastar las cifras existentes de la coexistencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico, ya que resulta llamativo que sean estas las alteraciones de ánimo las que más se han vinculado a esta enfermedad, pero la prevalencia de ambas no sea significativa en términos estadísticos; además, que se pueda explicar los motivos de dichos resultados e incluso comparar hipótesis de explicación con estudios ya realizados como el de Altamirano et al. (2017); asegurando que las diferencias o similitudes se expliquen por los fenómenos estudiados y no por limitaciones metodológicas.

En último lugar, otro asunto que vale la pena nombrar y que contribuiría a la ciencia psicológica es que, si bien en la información revisada se encuentran otros fenómenos fuera de los ya mencionados, tales como la ideación suicida y represión emocional, es poca la información precisa y específica de estos temas, además, no hay alusión a otras variables de lo psicológico u otras psicopatologías vinculadas a esta enfermedad; no obstante, lo que se puede inferir dada la evidencia, es que esas parecen ser las implicaciones psicológicas que más se presentan en la población. Aun con esto, se considera que la nueva clasificación del dolor crónico con sus respectivos subtipos lo que permite es abrir la puerta a investigaciones más específicas de cada tipo

de dolor crónico junto con sus respectivas singularidades a nivel psicológico; asunto que puede dar lugar a que emerjan otras variables psicológicas poco estudiadas en la actualidad.

Por otra parte, otro de los pilares de esta investigación son las estrategias de afrontamiento que emplean las personas con dolor crónico para manejar los desafíos persistentes que implica esta condición de salud. Según la información localizada, en Latinoamérica prevalecen estrategias pasivas como la religión y la catarsis, lo cual sugiere que aspectos sociales y culturales pueden tener un peso significativo allí; sin embargo, esto da lugar a mencionar una de las limitaciones de este estudio y es que no se comparó estos resultados con otras investigaciones a gran escala en otras poblaciones distintas, con el propósito de observar diferencias y plantear hipótesis del peso cultural y social en estas. Dicho vacío, abre una posible propuesta de investigación futura que permitiría recoger información de otro contexto, contrastar resultados y con esto plantear intervenciones psicológicas que respeten e integren prácticas espirituales, culturales o sociales de estas personas, pero que al mismo tiempo promuevan el uso de estrategias fácticas que beneficien su calidad de vida a corto y largo plazo.

En la misma línea de lo anterior y aunque su prevalencia no sea alta, los hallazgos también indican el uso de estrategias activas como la autoafirmación, la actividad física, el humor y las expectativas de autoeficacia; las cuales aportan al bienestar psicológico de estos individuos. Considerando esto, se sugiere a futuro realizar estudios longitudinales que proporcionen una comprensión más completa de cómo las estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico evolucionan y cuál es su impacto a largo plazo en la calidad de vida de estos sujetos; pudiendo con esos resultados obtener un beneficio práctico a la hora de planificar programas de intervención con estrategias que demuestren eficacia y que se adecuen a las particularidades de cada paciente.

Siguiendo con el último apartado, el cual aborda los tratamientos psicológicos contemporáneos que más se han estudiado y que han demostrado eficacia en la intervención del dolor crónico, se localiza que estos son la terapia cognitivo conductual, la terapia de aceptación y compromiso y los programas basados en Mindfulness; logrando extraer que a nivel general estos han demostrado ser efectivas en la reducción de la ansiedad y la depresión, además de facilitar asuntos como la regulación emocional, la adaptación y la aceptación del dolor, y proporcionar un mejor funcionamiento emocional, físico y social en pacientes con dolor crónico. Bajo estos hallazgos, quedan aún dudas si estas terapias muestran mejoras en la intensidad del dolor físico, dado que algunos estudios sugieren esto mientras que otros no; por lo que estas divergencias

podrían ser materia de estudio a futuro para llegar a un consenso o para explicar con mayor profundidad las razones de dichas diferencias.

Igualmente, se observa en varios de los hallazgos (Gelman et al., 2005; Lamb et al., 2010; Moix y Casado, 2011; Fisher et al., 2020 e Hidalgo et al., 2020) que en condiciones como la fibromialgia la terapia cognitivo conductual es eficaz para reducir síntomas depresivos y ansiosos; estos resultados no solo son relevantes para la fibromialgia sino que dicha asociación de una determinada terapia psicológica con resultados positivos en un dolor crónico específico, puede ser un objeto de investigación que se puede ir ampliando al resto de tipos de dolor crónico; generando con esto evidencia de cuál terapia podría ser más funcional dependiendo de las particularidades de cada condición clínica.

Para finalizar este apartado de las intervenciones psicológicas, se rescatan tres asuntos más. El primero, apunta a esta línea futura en torno a las terapias cognitivas conductuales a través de internet, ya que, al mostrar resultados positivos en estos pacientes, la recomendación de aplicarse en una población más extensa y seguir evaluando su eficacia es esencial para poder estandarizar alternativas que parecen rentables en términos de costos y tiempo. Lo segundo, es que el estudio de terapias alternativas que muestren evidencia científica sigue siendo un asunto que se investiga y que al integrarse a procesos terapéuticos ya consolidados puede ser un buen complemento a estos. Y lo tercero, refiere a otra limitación de este estudio, y es que no se aborda lo que se ha trabajado desde otras terapias psicológicas en pacientes con dolor crónico, ya que por temas de organización se priorizó las intervenciones más estudiadas en la actualidad y con mayor eficacia; lo cual deja abierta la posibilidad de explorar otras terapias vigentes para entender su potencial en este campo.

Ahora bien, al pasar a asuntos más relacionados con este proceso investigativo, se tiene que para la realización de esta investigación la bibliografía utilizada está compuesta principalmente de artículos de investigación obtenidos de bases de datos especializadas en temas de salud y psicología siendo PubMed, ScienceDirect y APA PsycNET las principalmente utilizadas, por lo que la mayor parte de las referencias empleadas están en inglés, aunque se procuró integrar fuentes existentes en español y de un contexto más cercano. Respecto a vacíos y limitaciones que no han sido mencionados, se deja claro que de manera transversal la información recolectada se seleccionó bajo el criterio de dar cuenta de las dimensiones psicológicas más prominentes y vigentes; de lo que se desliga dos asuntos respectivamente, el primero es que este foco claramente delimita el estudio y deja vacíos frente a temáticas no seleccionadas, y lo segundo, es que la búsqueda de fuentes tuvo

que abrirse principalmente a los últimos 10 años, esto con el fin de intentar acceder a información más precisa y ajustada a los objetivos del escrito.

Finalmente, puede decirse que el dolor crónico ha sido una condición de salud que se ha estudiado a lo largo de la historia de la humanidad y a hoy se cuenta con importantes avances al respecto, sin embargo, su nueva clasificación a nivel médico es un punto de referencia en la investigación de esta enfermedad para las demás ciencias de la salud. Por lo que, para la ciencia psicológica estos hallazgos vigentes sugieren una invitación a volver a poner en el radar de investigaciones futuras esos vacíos encontrados en procesos mentales, emocionales y conductuales que se relacionan estrechamente a la salud mental y calidad de vida de pacientes con dolor crónico.

11 Conclusiones

Esta investigación permitió sistematizar los principales planteamientos vigentes con respecto a las implicaciones psicológicas de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico, permitiendo delimitar que el mayor número de información se focaliza en 4 temas, los cuales guiaron la estructura de este trabajo y que son respectivamente, la nueva clasificación del dolor crónico dada en el CIE-11, las afectaciones psicológicas que suelen acompañarlo, las estrategias de afrontamiento utilizadas y las intervenciones psicológicas llevadas a cabo con estos pacientes.

Las conclusiones generales de cada apartado se sintetizan en que primer lugar, la actual denominación del dolor proporciona nuevas oportunidades para la investigación, lo segundo, es las alteraciones psicológicas más comunes en individuos con dolor crónico son ansiedad, depresión y problemas del sueño, las cuales exacerbaban la complejidad de esta enfermedad y afectan negativamente la percepción de la calidad de vida. Tercero, es que aquellos pacientes que disponen de estrategias activas y recursos más efectivos demuestran una mejor adaptabilidad a esta enfermedad, y una menor afectación en la calidad de vida; sin embargo, en América Latina hay una prevalencia del uso de estrategias pasivas como la religión y la catarsis, lo que delimita un reto importante en la intervención psicológica, al ser estas estrategias un modulador crucial en la gestión global del dolor crónico.

Y, en cuarto lugar, se observa que entre las terapias psicológica que más eficacia han mostrado en estos pacientes están la terapia cognitivo conductual, la terapia de aceptación y compromiso y los programas basadas en Mindfulness, las cuales han mostrado resultados positivos principalmente en la regulación emocional, la adaptación, la capacidad de afrontamiento, la reducción de la ansiedad y depresión, y en un mejor funcionamiento emocional, físico y social en estos individuos.

Igualmente, de manera transversal y de acuerdo con la información recolectada se plantean otras deducciones. Lo primero, es la importancia de reiterar y comprender el compromiso extra en la funcionalidad física en personas con dolor crónico, entender e intervenir esta sobrecarga es vital ya que esta esfera se vincula estrechamente a la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias, y lo que se evidencia es que cuando hay limitaciones allí, suelen presentarse efectos psicológicos y sociales que afectan la calidad de vida en su totalidad. Y lo anterior, da lugar al hecho de que los hallazgos ratifican la complejidad multidimensional que acarrea el del dolor crónico; es decir, esta

enfermedad trasciende la dimensión física y confluye con factores psicológicos y sociales que pueden afectarse o beneficiarse entre sí y que impactan directamente en la percepción de bienestar general.

Por otro lado, es válido mencionar que el valor fundamental de esta investigación reside en la recopilación, estructuración y síntesis de la información encontrada, permitiendo que profesionales de la salud, específicamente de la psicología puedan acceder a un panorama vigente y general de los principales avances, vacíos, retos y posibles líneas de investigación futura con respecto a la calidad de vida de personas que padecen dolor crónico. Igualmente, permitió conocer a la autora de este trabajo, asuntos específicos de una condición clínica que tiene una gran prevalencia tanto a nivel global como en el contexto inmediato y que desde la psicología tiene un amplio campo de intervención el cual cada vez ha ido tomando más fuerza y que ha demostrado resultados eficaces.

Finalmente, se insiste en la necesidad de que la ciencia psicológica trabaje a la par del resto de ciencias de la salud que abordan el dolor crónico, especialmente a la luz de la nueva clasificación de esta enfermedad, para así retomar vacíos, limitaciones y plantear nuevas líneas de investigación que apunten principalmente a enriquecer las intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la calidad de las personas que padecen de dolor crónico.

Referencias

- Abplanalp, S., Mueser, K. & Fulford, D. (2020). The role of physical pain in global functioning of people with serious mental illness. *Schizophrenia Research*. 222, 423-428. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.062>
- Acevedo, M. y Gélvez L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. (55), 156-158. <http://34.231.144.216/index.php/RevistaUCN/article/view/1001>
- Acuña, J., Díaz, L., Gómez, L., Cid, J. & Andrés, J. (2014). ¿Qué y cómo evaluar el paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista médica Clínica las Condes*. 25(4), 687-697. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700902>
- Adler, A., & Zeidan, F. (2017). Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Current Rheumatology Reports*. 19(9). <https://doi.org/10.1007/s11926-017-0686-0>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L. (2020). Predictors and mediators of outcome in cognitive behavioral therapy for chronic pain: the contributions of psychological flexibility. *Journal Of Behavioral Medicine*. 44(1), 111-122. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00168-9>
- Aldrete, A., López, U. & Capmourteres, E. (2004). *Texto de anestesiología teórico-práctica*, 2^o edición. <https://acortar.link/NSzLd2>
- Altamirano, F., Torres, M., Salas, N. & Vélez, M. (2017). La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 46(3), 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.07.002>
- Alvarado, A., & Maya, S. (2017). En el dolor crónico todo vale: intervenciones realizadas por adultos mayores para el alivio del dolor. *Enfermería Clínica*. 27(1), 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.001>
- Alvarado, G. (2019). *Efecto de la musicoterapia en el manejo de la percepción del dolor crónico en un grupo de adultos mayores*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69564>
- Amaya, M. & González, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>
- Araos, S. (2007). Manejo multidisciplinario del dolor crónico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 18(3), 222–228. <https://acortar.link/63f4tT>
- Arco, J. (2015). Curso básico sobre el dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional*. 29(1), 36-43. <https://acortar.link/UxXuf>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (2020). *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020*. <https://acortar.link/d4M4jk>
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity. *Archives of internal medicine*. 163(20), 2433. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Baldi, G., Devia, C. & Giménez, I. (2013). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos en la región de Cuyo, Argentina. *Informes psicológicos*. 13(1), 145-153. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229804.pdf>
- Baller E, & Ross D. (2017). Your System Has Been Hijacked: The Neurobiology of Chronic Pain. *Biol Psychiatry*. 82(8), 61-63. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5725747/pdf/nihms923063.pdf>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37(2), 122-147. <https://acortar.link/6xgPjy>
- Bermúdez, A. (2021). *Aceptación y calidad de vida en personas con dolor crónico: factores terapéuticos, Mindfulness, y autocompasión, desde una perspectiva cualitativa*. <https://acortar.link/My1DdF>
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practica*. 11(3), 230-241. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1093/clipsy.bph077>
- Bonica, J. (1990). *The management of pain* (2ed). Lea & Phebiger
- Borsook, D. (2012). Neurological diseases and pain, Brain. *Brain: A journal of neurology*. 135(2), 320-344. <https://doi.org/10.1093/brain/awr271>
- Boston Scientific Corporation (2012). *Dolor crónico: Introducción*. <https://www.epresspack.net/mnr/dynamic/2013/01/835567.pdf>
- Bravo, M., Heras, D. & Polo, E. (2022). Intervención psicológica de corte cognitivo conductual en dolor crónico. *Polo del Conocimiento*. 7(11), 1221-1242. <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v7i11.4919>
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*. (5), 191-233. <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132008.pdf>
- Castellano, C., Costa, G., Lusilla, P. & Barnola, E. (2014). Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. *Apuntes de psicología*. 32(1). <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/490/390>
- Clínica el Rosario. (22 de octubre de 2021). Los cuidados paliativos son un derecho en Colombia, sin embargo, solo 7 de cada 10 pacientes logran acceder a ellos. *Clínica el Rosario*. <https://acortar.link/8QFWrP>
- Congreso de la República de Colombia. (1982). Ley 23 de 1982. *Sobre derechos de autor*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3431>

- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.*
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Congreso de la República de Colombia. (2010). Ley 1384. *Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.*
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39368>
- Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1733. *Por la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónica, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.*
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5937>
- Constitución Política de Colombia. (1991). Capítulo 2: de los derechos sociales, económicos y culturales, artículo 61. https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-61#google_vignette
- Costa, M. & Gomez, R. (2023). Quality of life and functionality in patients suffering from chronic pain, anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy.* 25(1), 79-93.
<https://doi.org/10.12740/APP/155142>
- Davey, S. (2016). Psychology and chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine.* 17(11), 568- 570. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.08.004>
- Farb, N., Segal, V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of selfreference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience.* 2, 313–322.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566754/>
- Fayers, P. & Machin, D. (2000). *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation.* Chichester, John Wiley & Sons.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/0470846283>
- Fernández, G. & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris.* 5, 117-135.
<https://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
- Fishbain D., Cole, B., Rosomoff, H. & Rosomoff, R. (2008). What percentege of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse / addiction and / or aberrant drug – related behaviors? A structured evidence – based review. *Pain Medicine.* 9(4), 444-459. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18489635/>
- Fisher, E., Law, E., Dudeney, J., Palermo, TM, Stewart, G., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane database system review.* 9(9). doi: 10.1002/14651858.CD003968.pub5.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence.* 16, 253-266.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140197183710249?via%3Dihub>

- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*. 29(1), 45-48. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00050069408257320>
- Fundación Internacional de Osteoartritis. (s.f.). *La Organización Mundial de la Salud propone una nueva definición de "dolor crónico", dándoles esperanza a los pacientes*. <https://acortar.link/AyA8dj>
- Galí, A. (2017). *Defusión, mindfulness y valores personales*. <https://ddd.uab.cat/record/190497>
- García, M. (2015). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1087?locale-attribute=en>
- García, V. & Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 6(4). <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1356/1159>
- Gasslander N, Andersson G, Boström F, Brandelius L, Pelling L, Hamrin L, Gordh T, Buhrman M. Tailored internet-based cognitive behavioral therapy for individuals with chronic pain and comorbid psychological distress: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2022 Sep;51(5):408-434. doi: 10.1080/16506073.2022.2065528
- Gelman, S., Lera, S., Caballero, F., López, M. (2005). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. Barcelona. *España*. 32(3). 99-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-tratamientomultidisciplinario-fibromialgia-estudio-piloto-13073666>
- Gilsanz, F., Guasch, E. & Navarro, R (2022). John Snow (1813-1858) Pionero de la anestesiología y de la epidemiología. *Anales de la Real Academia de Doctores de España*. 7(1), 71-92. https://www.rade.es/doc/V7N1-04%20-%20GILSANZ_Snow.pdf
- González, A. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70081-1)
- González, M. (2012). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 25(4), 610-617. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700811#bib0065>
- Gregg, J., Namekata, M., Louie, A., & Chancellor, C. (2014). Impact of values clarification on cortisol reactivity to an acute stressor. *Journal Of Contextual Behavioral Science*. 3(4), 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.002>
- Grünenthal. (2019). *Infografía: Historia del dolor crónico*. <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/historia-dolor-cronico>
- Gutiérrez, G. & Cadena, L. (2001). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *MedUNAB*. 4(10), 1-5. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/321/302>
- Hayes, S., Strosahl, D., & Wilson, G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04037-000>

- Hidalgo, B., Pérez V., Olivera C., López L., Castellanos L., & Loor M. (2020). Terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2020; 4(1), 19-25. <https://doi.org/10.33936/qkrcs.v4i1.1699>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Maglione, A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 51(2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Hofstadt, C. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*. 16(3). [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/16-3%20\(2017\)/64752604023/64752604023_visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/16-3%20(2017)/64752604023/64752604023_visor_jats.pdf)
- Hölzel, K., Lazar, W., Gard, T., Schuman, Z., Vago, R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science* 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hruschak, V., & Cochran, G. (2017). Psychosocial and environmental factors in the prognosis of individuals with chronic pain and comorbid mental health. *Social Work in Health Care*. 56(7), 573-587. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1326074>
- International Association for the study of pain. (2011). *Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kabat, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. 4(1), 33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Keefe, J. Beaupre, P., Rumble, M. & Kelleher, S. (2013). *Group therapy for patients with chronic pain*. <https://acortar.link/HQHSg8>
- Lamb, S., Hansen, Z., Lall, R., Castelnuovo, E., Wither, E., Nichols, V., Potter, R. y Underwood, M. (2010). Group cognitive behavioral treatment for low-back pain in primary care: a randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 375(9718), 916–923. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62164-4)
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. <https://acortar.link/xWbQAJ>
- Liñeiro, M. (2015). *IX Estudio de dolor en Colombia: Asociación Colombiana para el estudio del dolor –2015*. <https://dolor.org.co/biblioteca/encuestas/ixestudio.pdf>
- López, M., Penide, L., Portalo, I., Rodríguez, J., Sánchez, N. & Arroyo, V. (2014). Dolor crónico no oncológico. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha*. 15(1). <https://acortar.link/ACCETF>
- Lumley, M., Cohen, J., Borszcz, G., Caño, A., Radcliffe, A., Porter, L., Schubiner, H. & Keefe, J. (2011). Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent research. *Journal of Clinical Psychology*. 67(9), 942-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>

- Mairal, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos, aplicación en el contexto clínico y área de desarrollo. *Revista Comillas*. 65(127), 761-781. <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/issue/view/567>
- Majeed, M., Ali, A., & Sudak, M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*. 32,79–83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 26(4), 209-210. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v26n4/1134-8046-dolor-26-04-00209.pdf>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*. 35(9), 807-817. <https://psycnet.apa.org/record/1980-31050-001>
- Mazo, J. & Estrada, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. *Psicologia Em Estudo*. 23. <https://www.scielo.br/j/pe/a/TF6PKxcrS5M9stvNftKjcmk/>
- McCracken, L., Gutiérrez, O. & Smyth, C. (2013). “Decentering” reflects psychological flexibility in people with chronic pain and correlates with their quality of functioning. *Health Psychology*. 32(7), 820–823. <https://doi.org/10.1037/a0028093>
- Mental Health America. (2020). *Early, equitable and trauma responsive care for chronic pain and mental health*. <https://acortar.link/WUcjU>
- Michelson, S., Lee, K., Orsillo, M., & Roemer, L. (2011). The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. *Depression And Anxiety*. 28(5), 358-366. <https://doi.org/10.1002/da.20793>
- Miró, J., Castarlenas, E., de la Vega, R., Galán, S., Sánche, E., Jensen, M. & Cane, D. (2018). Pain catastrophizing, activity engagement and pain willingness as predictors of the benefits of multidisciplinary cognitive behaviorally-based chronic pain treatment. *Journal of Behavioral Medicine*. 41(6), 827–835. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9927-6>
- Moix, J. & Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3
- Montero, A. & Vidal, P. (2019). Comprensión actual del concepto de «dolor nociplástico». *Medicina de familia – SEMERGEN*. 45(6), 361-363. <https://acortar.link/o1SPC8>
- Morales, O. (2003). *Fundamentos de la Investigación Documental y la Monografía*. http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/16490/1/fundamentos_investigacion.pdf
- Muñoz, E. (2011). Péptidos Opioides Endógenos, Dolor y Adicción. *Synapsis*. 3(1), 33–39. <https://www.lamjol.info/index.php/SYNAP/article/view/437>
- Noll, H. (2002). Towards a European Systema of Social Indicators: Theoretical Framework ans System Architecture. *Social Indicators Research Series*. 58(1), 48-87. https://link.springer.com/chapter/10.1007/0-306-47513-8_4

- Organización de las Naciones Unidas. (2004). *OMS conmemora día mundial contra el dolor*. <https://news.un.org/es/story/2004/10/1043101>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades - 11*. https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia_CIE_11_Feb2023.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario de Promoción de la Salud de la OMS. Ginebra*. <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/glosario.-promocion-de-la-salud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La OMS apoya el esfuerzo mundial para aliviar el dolor crónico*. <https://www.afro.who.int/news/world-health-organization-supports-global-effort-relieve-chronic-pain>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortiz, L. & Velasco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28(6), 866-873. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301438#bib0075>
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 6(1), 1-20. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56060101.pdf>
- Palao, Á., Torrijos, M., del Río, M., & Muñoz, A. (2019). Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *RIECS*. 4(1). <https://riecs.es/index.php/riecs/article/view/130/167>
- Pérez, J., Abejón, D., Ortiz, J. & Pérez, J. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005 12(6), 373-284. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n6/colaboracion.pdf>
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de Psicología y Educación*. 5(2). https://www.researchgate.net/profile/Perez-Alvarez-Marino/publication/277275497_La_terapia_de_conducta_de_tercera_generacion/links/557578e808ae7521586ab0c6/La-terapia-de-conducta-de-tercera-generacion.pdf
- Pérez, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 27(4), 232-233 https://www.resed.es/Ficheros/678/2/03_3839-2020_AD.pdf
- Pizarro, F. (2014). Descartes: Su aporte al entendimiento del dolor. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 25(4), 714-716. <https://acortar.link/Vzckm5>
- Pomares, A., Zaldívar, D., López, R., & Naranjo, Y. (2021). Estrategias de afrontamiento y alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda. *El Dolor*. 74, 18-24. <https://acortar.link/0eHFXt>

- Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain*. 161(9), 1976-1982. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/pdf/nihms-1596925.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española (23ª ed.)*. <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Robaina, F. (2005). ¿Por qué las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 12(3), 137-140. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n3/editorial.pdf>
- Rodríguez, J. (1998). Psicología de la salud y Psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo*. 69. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=772>
- Rosenstiel, A. & Keefe, F. (1983). *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento*. <https://fjcano.info/images/test/CSQ.pdf>
- Ruiz, M. & Pairdo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *PharmaEconomics Spanish Research Articles*. 2(1) 31-43. <https://acortar.link/nOLCQx>
- Ruiz, M. (2021). *Día Mundial del Dolor 2021: El dolor crónico, una enfermedad «invisible»*. <https://sid-inico.usal.es/noticias/dia-mundial-del-dolor-2021-el-dolor-cronico-una-enfermedad-invisible/>
- Sánchez, M. (2018). Cuidados paliativos: una apuesta por la salud y la calidad de vida. *Revista Colombiana de Enfermería*. 17(13), 1-12. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2420/1869>
- Sánchez, S., Ramírez, C., Correa-Guerra, S., Ruiz, G., Serrano, E., López, A. & Esteve, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*. 4(1). <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/703/1049>
- Semana. (2022). *Dolor crónico: un mal que afecta a 15 millones de colombianos*. <https://www.semana.com/salud/articulo/dolor-cronico-un-mal-que-afecta-a-15-millones-de-colombianos/202220/>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Sil, S., Lai, K., Lee, J., Gilleland, J., Thompson, B., Cohen, L., Lane, P. & Dampier, C. (2020). Evaluación preliminar de la implementación clínica de la terapia cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico en la anemia falciforme pediátrica. *Terapias complementarias en medicina*. 49. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102348>

- Simons, L., Elman, I. & Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 39, 61-78. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763413003035#preview-section-references>
- Smith, M. (1974). The geography of social well-being. *Annals of the association of American geographers*. 64(4), 603-605. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8306.1974.tb01006.x>
- Smith, A. (2000). Quality of Life: A Review. *Education and Aging*. 15, 419-435. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1373740>
- Snelgrove, S., y Lioffi, C. (2013). Living with chronic low back pain: A metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*, 9(4), 283-301. doi: 10.1177/1742395313476901
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22. https://sid-inico.usal.es/docs/F8/ART13055/CAD_Cuestionario_de_afrontamiento.pdf
- Soriano, J. & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología*. (84), 91-107. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-7.pdf>
- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8-16. <https://acortar.link/uNVV0Q>
- Sturgeon, J. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*. 7, 115-124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986332/>
- Taguchi, K., Numata, N., Takanashi, R., Takemura, R., Yoshida, T., Kutsuzawa, K., Yoshimura, K., & Shimizu, E. (2021). Integrated cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Medicine*. 100(6). <https://doi.org/10.1097/md.00000000000023859>
- Tang, Y., Hölzel, K. y Posner, I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 16, 213–225. <https://www.nature.com/articles/nrn3916>
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, A., Soulsby, J., Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68,4, 615-623. doi:10.1037/0022006X.68.4.615
- Teasdale, D., Moore, G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. 70(2), 275–287. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.275>
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>

- Tirado, M., Pastor, M. & López, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de Psicología*. 30(1), 104-113. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.151541>
- Tudela, L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*. 41(7), 411-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022031/>
- Turk, D. & Herta, F. (2007). Abordaje conductual-cognitivo en el tratamiento del dolor. In Wall y Melzack. *Tratado del Dolor*. 345–355. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8174-949-6.50022-8>
- Turk, D., Dworkin, R., Revicki, D., Harding, G., Burke, L., Cella, D., Cleeland, C., Cowan, P., Farrar, J., Hertz, S., Max, M. & Rappaport, B. (2008). Identifying important outcome 222 domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain*. 137(2), 276–285. https://journals.lww.com/pain/abstract/2008/07150/identifying_important_outcome_domains_for_chronic.7.aspx
- Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 30(1), 61-71. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Vanderah, T. (2007). Fisiopatología del dolor. *Medical Clinics of North America*. 91, 1-12. <https://acortar.link/x3QjRj>
- Vanhaudenhuyse, A., Gillet, A., Malaise, N., Salamun, I., Grosdent, S., Maquet, D., Nyssen, A. y Faymonville, M. (2018). Psychological interventions influence patient's attitudes and belief about their chronic pain. *Journal of Traditional and Complementary Medicina*. 8, 295-302. doi: 10.1016/j.jtcme.2016.09.001 2225
- Veehof, M., Oskam, J., Schreurs, G., & Bohlmeijer, T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 152(3), 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Veehof, M., Trompetter, R., Bohlmeijer, T., & Schreurs, M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*. 45(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Verdugo, M. y Schalock, R. (2013). *Discapacidad e Inclusión* https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 1(2), 125-137. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
- Viñas, F., González, M., García, Y. & Malo, S. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. 31(1), 226-233. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>

-
- Vowles, E., McCracken, L., & O'Brien, J. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour research and therapy*. 49(11), 748–755. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.002>
- Wiklund, T., Molander, P., Lindner, P., Andersson, G., Gerdle, B., & Dragioti, E. (2022). Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Chronic Pain: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*. 24(4). <https://doi.org/10.2196/29258>
- Williams, A. & Craig, K. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*. 157(11), 2420-2423. <https://acortar.link/kkXYvG>
- Zeidan, F., & Vago, R. (2016). Mindfulness meditation–based pain relief: a mechanistic account. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1373,1, 114–127. <https://doi.org/10.1111/nyas.13153>