



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA  
DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES CON DOLOR  
CRÓNICO Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y  
DEPRESIVA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :  
M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A  
P R E S E N T A :  
A R A C E L I M A R T Í N E Z R A M Í R E Z

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ  
COMITÉ TUTORIAL: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS  
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN  
DR. RAMÓN ARELLANO CANO  
DR. ISMAEL GARCÍA CEDILLO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

En estas líneas deseo expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a quienes han marcado mi camino, personal y profesional... para siempre.

A Silvia Martínez, mi madre, quien me ha enseñado a ser perseverante, firme y sobreponerme al miedo que a veces está en el inicio de las nuevas aventuras. No hay mejor compañía para esta vida que tú.

A Rebeca y a Angélica, quienes me permitieron acompañarlas un tramo de vida y confiaron en mí para trabajar junto a ellas. A los pacientes de Dolor y Paliativos que se cruzaron en mi camino, los que se quedaron y se fueron, gracias por permitirme aprender de ustedes, como profesional pero sobre todo, como persona.

A Mariana Torres, quien es mi hermana “tica” por elección y a la que vine a encontrar en CDMX. Gracias por ser mi compañera de aventuras en esa caótica pero por demás encantadora ciudad; se lo he dicho siempre: la ciudad está llena de recuerdos con usted y no sabe igual sin usted. Sin duda, de lo mejor que me dejó la maestría.

A Gabriel González, quien se convirtió en uno de los amigos más entrañables de la CDMX. Gracias por tu escucha, las risas, el consuelo, las reflexiones y tanto cariño. Te quiero amigo.

A Diana Garcidueñas, quien en el proceso de construcción de tesis dejó de ser mi compañera de maestría y se convirtió en mi amiga (cibernética). Gracias infinitas por tu retroalimentación constante a cualquier hora, por leer mis dudas y un minuto después darme cuenta que “yo podía resolverlo sola” y por tu fe en mí. Esta tesis es tan tuya como mía.

A Ester Gutiérrez, la española más mexicana que conozco. Gracias por tu amistad, tus palabras y los encuentros. Aun no comprendo cómo logras ser una estudiante de éxito y viajar tanto.

A Mariana Barbosa, quien con sus palabras en momentos inesperados, pero precisos, me alentó a continuar y creer en mí.

A la generación 2016-2017 del Posgrado y Alta Especialidad de Algología del Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de

Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”: Jenny, Heidi, Irma, Ana Gaby, Quique, Balta, César y Carlos. Conocerlos ha sido uno de los placeres más gratos de mi estancia en CDMX... y de la vida. Como equipo y en individual, me han enseñado mucho más de lo que se imaginan; soy otra persona después de ustedes, y me gusta pensar que soy mejor de lo que era antes. Uno de esos aprendizajes es que la medicina y el ser médico es un arte que requiere un balance entre el conocimiento y la práctica fundamentada en valores, entre sortear las dudas y tomar decisiones firmes, entre el corazón y la razón. No es el espacio para listar cada uno de los momentos compartidos, pero ustedes bien los conocen: desde la alegría, pasando por el enojo, la frustración y la tristeza, llegando a la satisfacción. Los admiro tanto como profesionales, pero más como personas. Es un orgullo conocer a los mejores algólogos y paliativistas de México y de República Dominicana.

A César Sánchez, verte aprender términos psicológicos y usarlos a diestra y siniestra, era de lo más divertido que podía tener en mi día a día. Uno de los médicos más interesados que conozco en desarrollar su lado clínico y en entender al paciente para poder ayudarlo mejor. Gracias por tu interés en mi campo profesional, pero sobre todo, gracias por tu amistad.

A Irma García y Ana Roldán. Ambas sumamente profesionales y admirables en su área. Siempre es un verdadero placer encontrarse mujeres (personas) inteligentes. Afortunadamente, el compañerismo se tornó en amistad. Gracias por las charlas, las reflexiones y aceptar mi negativa a despedirme. Su amistad se ha convertido en uno de mis mayores tesoros.

A la Dra. Argelia Lara y al Dr. Andrés Hernández, algólogos y paliativistas que son un pilar fundamental en mi aprendizaje de esta hermosa área de la medicina. Para mí, una de las características imprescindibles de aquellas personas que son consideradas “eminencias” es el conocimiento que poseen. Ambos merecen ese título. Sin duda uno de los placeres y privilegios más grandes de mi vida ha sido poder escucharlos un año y medio, en vivo y a todo color; ha valido la pena el cansancio, la exigencia y el estar lejos de mi casa. A ambos, mi más profunda admiración.

A Jocelyn Alarcón, por ser y estar en esta aventura (y en las que siguen). Tu apoyo emocional fue invaluable, tus palabras precisas (y a veces dolorosas), la complicidad, la hermandad.

A Saúl García, hermano desde hace ocho años. Te quiero.

A Vasthi Flores, como admiro tu pasión por lo que haces... y tu organización. Sin duda, tener tu amistad es una verdadera bendición.

A Víctor Sandoval, por creer en mí como nadie, por impulsarme, por sostenerme, por acompañarme, por la complicidad, por el amor y por la amistad.

A mi comité de sinodales, Dr. Edgar Landa, Dra. Angélica Riveros, Dra. Sofía Sánchez, Dr. Ismael García y Dr. Ramón Arellano. Aunque podría extenderme con palabras para cada uno, prefiero ser puntual y decir que son el ejemplo de lo que yo quiero llegar a ser. Su guía, su paciencia, su conocimiento compartido y su amabilidad conmigo siempre serán irremplazables.

## Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Capítulo 1. Las bases histórico-conceptuales de la salud y la Medicina Conductual .....	13
Capítulo 2. Evolución en la Comprensión del Dolor.....	21
Capítulo 3. Prevalencia del Dolor Crónico.....	27
Capítulo 4. Problemas Psicosociales Asociados al Dolor Crónico.....	30
Dolor y Factores Emocionales.....	30
Dolor Crónico y Depresión.....	31
Dolor Crónico y Ansiedad.....	39
Dolor y Factores Cognitivos.....	46
Creencias sobre el dolor.....	46
Catastrofización.....	48
Autoeficacia sobre el dolor.....	49
Capítulo 5. Tratamiento psicológico para el dolor crónico.....	51
Caso 1: Rebeca.....	54
Identificación del Paciente.....	54
Estrategias de Evaluación.....	55
Formulación Clínica de Caso.....	60
Tratamientos.....	63
Elección del Tratamiento.....	63
Implementación del Tratamiento.....	84
Factores relacionados al Terapeuta.....	101
Diseño de Estudio.....	103
Análisis de Datos.....	103
Efectividad y Eficiencia de la Intervención.....	104
Caso 2: Angélica.....	116
Identificación del Paciente.....	116

Estrategias de Evaluación .....	117
Formulación Clínica de Caso.....	118
Tratamientos.....	122
Elección del Tratamiento.....	122
Implementación del Tratamiento .....	125
Factores relacionados al terapeuta .....	134
Diseño de Estudio.....	136
Análisis de Datos .....	136
Efectividad y Eficiencia de la Intervención .....	136
Discusión.....	147
Referencias .....	163
Anexos .....	186
Anexo 1: Carta de Consentimiento Informado para Reporte de Casos .....	186
Anexo 2: Entrevista Clínica para Pacientes con Dolor Crónico .....	188
Anexo 3: Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor .....	192
Anexo 4: Escala de Catastrofización al Dolor .....	194
Anexo 5: Diario de Dolor.....	195
Anexo 6: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria .....	196
Anexo 7: Encuesta SF-36 .....	197
Anexo 8: Mapa Clínico de Patogénesis de Rebeca.....	198
Anexo 9: Folleto de Técnicas de Relajación: Tensión – Distensión.....	199
Anexo 10: Folleto de Técnicas de Relajación: Respiración Diafragmática .....	201
Anexo 11: Bitácora de Práctica de Respiración y Relajación .....	203
Anexo 12: Distorsiones Cognitivas .....	204
Anexo 13: Búsqueda de Evidencia .....	205
Anexo 14: Regulación de Actividades .....	206
Anexo 15: Lista de Actividades Agradables.....	207
Anexo 16: Agenda de Actividades Agradables.....	209
Anexo 17: Manejo del Estrés.....	210
Anexo 18: Higiene de Sueño .....	211
Anexo 19: Comunicación Asertiva .....	212

Anexo 20: Comunicación Asertiva – Versión Corta .....	215
Anexo 21: Manejo del Enojo .....	216
Anexo 22: Resolución de Problemas .....	217
Anexo 23: Prevención de Recaídas.....	219
Anexo 24: Cambio de Pensamiento .....	220
Anexo 25: Mapa Clínico de Patogénesis de Angélica .....	221



## Resumen

El dolor crónico es un problema de salud mundial que afecta negativamente la calidad de vida de quien lo padece. Desde hace algunas décadas, el enfoque cognitivo-conductual se ha mostrado como la mejor aproximación para el tratamiento interdisciplinario de este padecimiento. El objetivo de este estudio fue describir y evaluar los efectos de la terapia cognitivo-conductual para dolor crónico sobre el manejo del dolor crónico y la sintomatología depresiva y ansiosa, y su impacto en la calidad de vida. Se intervino, semanal e individualmente, a dos mujeres adultas mexicanas que acudían a tratamiento médico a una institución de tercer nivel de atención. Se utilizó un diseño cuasiexperimental AB con seguimiento a un mes. Se usó HADS para evaluar síntomas los depresivos y ansiosos, BPI, PCS y el Diario de Dolor para algunas dimensiones asociadas al dolor y la Escala SF-36 para calidad de vida. Los datos se analizaron mediante el cambio clínico objetivo, el análisis visual, el índice NAP y el reporte verbal de las pacientes del cambio percibido. En ambos casos se refirieron beneficios de la intervención. Se encontró mejoría clínicamente significativa para ambas pacientes en la sintomatología depresiva y ansiosa, y en calidad de vida, con un efecto moderado de la intervención sin ser estadísticamente significativo. Se observaron resultados mixtos en la evaluación de algunas dimensiones del dolor. La aproximación cognitivo-conductual para el dolor crónico es una opción empírica y clínicamente válida para el manejo del dolor crónico y la comorbilidad psiquiátrica. Se brindan recomendaciones para futuras intervenciones.

Palabras clave: dolor crónico, ansiedad, depresión, estudio de caso, intervención cognitivo-conductual.

## **Abstract**

Chronic pain is a worldwide health problem that for some people causes a poor quality of life. For some decades, the cognitive-behavioral approach has become the best option for interdisciplinary treatment. The objective of this study was to describe and to evaluate the effects that the cognitive-behavioral treatment for chronic pain has on the management of chronic pain and symptoms of depression and anxiety, and their impact on the quality of life. It consisted of a weekly, individual intervention of two Mexican adult women who were receiving medical care in an institution of third level of attention. A quasi-experimental AB design with follow-up at one month was used. The HADS was used to evaluate symptoms of depression and anxiety, BPI, PCS and a Pain Diary to assess some dimensions of pain, and the SF-36 Survey to measure quality of life. Data was analyzed with the Objective Clinical Change calculation, visual analysis, NAP Index and the verbal report from patients of the perceived change. In both cases the patients perceived benefits from the intervention. Both patients showed a clinically significant improvement on depressive and anxious symptoms, and quality of life, with a moderate effect of the intervention without statistical significance. Mixed results were found on the dimensions of pain assessed. The cognitive-behavioral approach for chronic pain is an empirically and clinically valid option for the management of chronic pain and the psychiatric comorbidity. Suggestions for future interventions are provided.

Key words: chronic pain, anxiety, depression, case study, cognitive-behavioral intervention

## Introducción

Habitualmente el dolor se entiende como un síntoma derivado de una lesión o enfermedad ocurrida en el organismo y que alerta a la persona a buscar ayuda para el tratamiento de la causa original y el alivio de los síntomas. En otras palabras, cuando la causa subyacente a este síntoma sea curada, el dolor desaparecerá. Sin embargo, en muchas personas esta concepción popular no es cierta y permanecen con dolor por varios meses o incluso años.

Ante este hecho, la evolución en la comprensión del dolor ha reconocido que es un fenómeno que se compone de aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y para el tratamiento óptimo de éste deben abordarse estos aspectos en conjunto. Además, también existen clasificaciones taxonómicas de diversos síndromes dolorosos basadas en las características del dolor o su duración.

Una de estas clasificaciones corresponde al dolor crónico. Este es un problema de escala mundial con altos costos económicos para los sistemas de salud de los países, que incluso ha llegado a considerarse como una entidad nosológica particular. No obstante, las consecuencias más directamente palpables en la vida cotidiana son aquellas que ocurren en las personas que cursan con una enfermedad que genera dolor crónico o que tienen dolor crónico a pesar de no existir una causa orgánica claramente identificable.

Las secuelas del dolor crónico pueden encontrarse en el área social, laboral e individual y tienden a ser, en la mayoría de los casos, de carácter negativo porque afectan la calidad de vida de quien lo padece y el éxito de los tratamientos. En este contexto, el papel del psicólogo como profesional capacitado para la identificación y manejo de las cogniciones, conductas y emociones disfuncionales

cobra particular relevancia. Particularmente, la existe evidencia empírica con resultados positivos del enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de esta problemática.

Este trabajo describe la implementación de una intervención cognitivo-conductual para el manejo del dolor crónico en dos pacientes mexicanas que fueron atendidas en el año 2017 en el área de Psicología del Departamento de Medicina de Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) ubicado en la Ciudad de México. En este documento se han dedicado cinco capítulos para la revisión del estado del arte de la salud y el dolor, y otros tres en los cuales se expone la aportación de este trabajo, los cuales se describen como sigue:

*Capítulo 1. Las bases histórico-conceptuales de la salud y la Medicina Conductual.* Se aborda cómo la transición epidemiológica ha impactado en el concepto de salud y el desarrollo de áreas del conocimiento que permitan abordar las problemáticas que se derivan de las enfermedades actuales.

*Capítulo 2. Evolución en la comprensión del dolor.* Se explica el origen de la definición actual de dolor y cómo se reconoció el papel de los factores psicosociales en su desarrollo y mantenimiento.

*Capítulo 3. La prevalencia del dolor crónico.* Se describe la prevalencia mundial y nacional de esta problemática.

*Capítulo 4. Problemas psicosociales asociados al dolor crónico.* Se exponen los principales problemas psicológicos que ocurren como consecuencia del dolor crónico y la prevalencia de estos.

*Capítulo 5. Tratamiento psicológico para el dolor crónico.* Se muestran los objetivos de las intervenciones cognitivo-conductuales para el abordaje de este padecimiento y la evidencia empírica de su efectividad y eficacia.

*Capítulo 6 y 7. Presentación de casos.* Se detallan la historia clínica, las estrategias de evaluación, la formulación del caso, el tratamiento implementado y los resultados obtenidos para cada uno de los casos presentados.

*Capítulo 8. Discusión.* Los resultados obtenidos se contrastan y explican con la literatura conocida, se reconocen las limitaciones y fortalezas del trabajo, y se brindan sugerencias para el futuro.

## Capítulo 1. Las bases histórico-conceptuales de la salud y la Medicina Conductual

La teoría de la transición epidemiológica del cambio poblacional propuesta por Omran (1971) busca explicar los cambios en los patrones de salud y enfermedad y su interacción con sus determinantes y consecuencias demográficas, sociales y económicas. Esta teoría tiene los siguientes supuestos:

*Proposición 1. La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica poblacional.* En la época premoderna el crecimiento poblacional era insostenible por las fluctuaciones frecuentes y drásticas de la mortalidad. Posterior a la Revolución Industrial, el crecimiento poblacional comenzó a ser sostenido gracias, en parte, a la disminución de la mortalidad.

*Proposición 2. Las pandemias infecciosas son desplazadas gradualmente por enfermedades degenerativas y “creadas por el hombre” como la principal forma de enfermedad y principal causa de mortalidad.* Los patrones de mortalidad pueden agruparse en tres etapas sucesivas:

- *Etapas de pestilencia y hambruna.* Existen tasas de mortalidad altas y fluctuantes atribuibles a guerras, hambruna e infecciones, sobre todo en niños y mujeres en época reproductiva, y una baja expectativa de vida (Olshansky & Ault, 1986; Omran, 1971). Armelagos, Brown y Turner (2005) atribuyen la ocurrencia de las infecciones a la adopción de la agricultura como modo de producción (lo que produjo asentamientos humanos donde se tenía mayor cercanía con agua y material de desecho), la reducción y el almacenamiento de alimento, el contacto entre diferentes zonas geográficas y el proceso de urbanización.

- *Etapas de transición:* De forma gradual y gracias a las mejoras en las condiciones socioeconómicas se disminuyen los niveles de mortalidad por infecciones y aumenta la expectativa de vida. La sobrevivencia de los grupos más jóvenes genera un desplazamiento de la mortalidad hacia los grupos de edad más avanzada (Frenk et al., 1991; Olshansky & Ault, 1986; Omran, 1971).
- *Etapas de enfermedades degenerativas y “creadas por el hombre”:* Al aumentar la expectativa de vida, los grupos de mayor edad se encuentran en mayor riesgo de desarrollar y morir por enfermedades degenerativas y crónicas, lesiones y padecimientos mentales. Al mismo tiempo, la mortalidad alcanza niveles relativamente bajos y estables (Frenk et al., 1991; Olshansky & Ault, 1986; Omran, 1971).
  - *Etapas de enfermedades degenerativas retrasadas:* Olshansky & Ault (1986) sugieren que en algunos países desarrollados como Estados Unidos, puede estar ocurriendo una cuarta etapa que se caracteriza por un aumento en el tamaño y la proporción de grupos de edad más avanzada y una disminución de las tasas de mortalidad en estos grupos, en ambos sexos, compartiendo las causas de muerte de la etapa anterior.

Se considera que algunos determinantes de la transición en estas etapas son: a) ecobiológicos, b) socioeconómicos, políticos y culturales, que incluyen hábitos de salud, higiene y nutrición y, c) médicos y de políticas públicas en salud, como medidas de prevención.

*Proposición 3. Los cambios más profundos en los patrones de salud y*

*enfermedad ocurrieron en niños y mujeres jóvenes. Aparentemente esto se debe a la alta susceptibilidad de estos grupos a infecciones y enfermedades asociadas con deficiencias.*

*Proposición 4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad están estrechamente asociados con las transiciones demográficas y socioeconómicas que caracterizan el periodo de modernización:*

- *Interacción con los cambios demográficos:* la disminución de la mortalidad contribuyó al crecimiento poblacional al ampliar el “espacio demográfico” entre las tasas de nacimiento y mortalidad, y de una forma más indirecta, a través de su impacto en la fertilidad y la composición poblacional.
- *Interacción con los cambios socioeconómicos:* la disminución en la mortalidad y de las enfermedades infecciosas permite un mejor funcionamiento de los adultos en la fuerza laboral y un incremento en el número de niños que sobreviven y se convierten en miembros productivos de la sociedad.

*Proposición 5. Las variaciones en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio poblacional distinguen tres modelos básicos de la transición epidemiológica:*

- *Modelo clásico:* Atribuible principalmente a determinantes socioeconómicos, existe una disminución progresiva y gradual de la mortalidad y la fertilidad, y se desplaza a las enfermedades infecciosas por enfermedades degenerativas y crónicas.



- *Modelo acelerado*: La secuencia de eventos sigue el mismo patrón pero los cambios ocurren en un periodo más corto de tiempo; esto se atribuye a determinantes socioeconómicos y médicos.
- *Modelo tardío*: aunque la transición ha comenzado en países en vías de desarrollo, ésta no ha terminado y los niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas en los grupos más vulnerables continúan elevados. En este modelo, la transición se atribuye principalmente a determinantes médicos y de políticas públicas sanitarias.
- *Modelo polarizado prolongado*: Frenk et al. (1991) señalan que en algunos países latinoamericanos como México, existe una presentación simultánea de enfermedades infecciosas y enfermedades degenerativas y crónicas. Este modelo se caracteriza por:
  - *Superposición de etapas*: Alta incidencia concurrente de enfermedades de ambas etapas, infecciosas y degenerativas.
  - *Contratransición*: existe resurgimiento de enfermedades infecciosas antes controladas o erradicadas, como el paludismo, el dengue y el cólera.
  - *Transición prolongada*: existe una morbimortalidad mixta dado que el proceso de transición está estancado.
  - *Polarización epidemiológica*: las características anteriores afectan diferencialmente a los grupos sociales y las zonas geográficas, aumentando las desigualdades en materia de salud

Recientemente se ha señalado que se atraviesa una nueva transición epidemiológica en la cual existe un resurgimiento de enfermedades infecciosas previamente controladas, multi-resistentes a los antibióticos, y la aparición de nuevas enfermedades. Lo anterior no impide la convivencia con enfermedades crónicas y degenerativas (Armellagos et al., 2005).

Un planteamiento importante de esta teoría es que los hábitos en el estilo de vida o la conducta del ser humano en relación con su salud son factores que cobran una mayor relevancia en la génesis y mantenimiento de los problemas de salud. Esta propuesta no es sorprendente dado que estudios previos en cáncer de pulmón (Doll & Hill, 1950) y en enfermedades cardiovasculares (Kannel, 2000), por mencionar algunos, evidenciaban el papel de conductas personales como el consumo de cigarrillos y el exceso de alimentación como factores contribuyentes al desarrollo de estas enfermedades.

Desde otras áreas, algunos estudios comenzaban a apuntar hacia modelos integrativos de diversas disciplinas relacionadas con alteraciones físicas y mentales, como la psicología y la medicina, resaltando el papel que tiene la herencia y la historia previa de aprendizaje en el repertorio conductual que despliega una persona al enfrentarse a desbalances patofisiológicos (Guze, Matarazzo, & Saslow, 1953). Así mismo, se planteaban definiciones de salud en las cuales el estilo de vida es un factor determinante en las causas de morbilidad y mortalidad, entendiendo éste como el conjunto de decisiones que una persona toma y que pueden afectar su salud en mayor o menor medida (Lalonde, 1974).

En este contexto donde se va acumulando evidencia del papel de la conducta en el desarrollo y mantenimiento de la salud y la enfermedad, Engel

(1977), propone una integración formal de los procesos psicológicos y sociales en la comprensión de la enfermedad, planteando así el modelo biopsicosocial en contraposición del modelo biomédico tradicional, que tiende a excluir dichos procesos y argumenta que la enfermedad se debe únicamente a desviaciones de los parámetros biológicos normales. Los argumentos principales que conforman el modelo biopsicosocial son:

a) Las personas poseen un sistema de creencias y valores que les permiten atribuir significados a los eventos que les ocurren, como la enfermedad, y determinar su forma de expresión. La mayoría de las personas describirá su padecimiento en términos conductuales, psicológicos, sociales y culturales, ya que la alteración en el funcionamiento de estos aspectos resulta más evidente que la alteración biológica.

b) Entonces, el médico debe poseer habilidades de entrevista e integración de la información para comprender todos los elementos que conforman el cuadro clínico que el paciente le presenta.

c) La interacción entre los factores psicológicos, conductuales y biológicos predeterminados altera la vulnerabilidad de una persona para el desarrollo, mantenimiento y severidad de una enfermedad.

d) Los factores psicosociales son los que establecen el momento en que una persona adopta o le es impuesto por su red social, el rol de enfermo.

e) Los factores psicológicos y sociales pueden explicar por qué algunos individuos continúan manifestando signos y síntomas de enfermedad, a pesar de no presentar evidencia de alteraciones fisiológicas.

f) La relación médico-paciente es un factor determinante en el éxito del tratamiento propuesto para recuperar la salud (Engel, 1977; Fabrega & Van Egeren, 1976) .

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Alma-Ata (1978) reitera la definición de salud propuesta en 1948 en su Carta Constitutiva (World Health Organization [WHO], 1958) como el *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* y define la atención primaria en salud como el nivel del sistema de salud encargado de promover, prevenir, tratar y rehabilitar los problemas de salud de la comunidad.

Los avances logrados hasta ese momento en los procesos de salud y enfermedad crearon la necesidad de organizar formalmente los esfuerzos y los conocimientos de diversas áreas, dando lugar a la creación de organizaciones internacionales con una visión interdisciplinaria, como la Sociedad de Medicina Conductual y, la definición de un nuevo campo del conocimiento, la Medicina Conductual, entendida como *“el campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración del conocimiento conductual y de la ciencia biomédica, y las técnicas relevantes a la salud y la enfermedad... y su aplicación en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”* (Schwartz & Weiss, 1978, p. 250).

A partir de ese momento, se proporcionaron las bases científicas para que el especialista en la conducta desarrolle y aplique programas de intervención que permitan la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud o, si no es posible, la adopción de conductas que favorezcan una mejor adaptación a la nueva condición de vida (Sánchez-Sosa, 1998; Sánchez-Sosa, 2002).

El dolor es un fenómeno cuya comprensión y tratamiento se ha ampliado a partir del modelo biopsicosocial y de la aplicación de los principios de la medicina conductual, ya que a través de la evolución en su estudio se ha reconocido que es una experiencia subjetiva conformada por aspectos biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales (Flor & Turk, 2013; Okifuji & Ackerlind, 2007).

Cuando el dolor persiste a lo largo del tiempo suele tener consecuencias negativas sobre el bienestar del individuo, como la aparición de trastornos psiquiátricos, siendo la depresión y la ansiedad los más comunes, alteraciones cognitivas y del sueño, fatiga y disminución de la funcionalidad (Annagür, Uguz, Apiliogullari, Kara, & Gunduz, 2014; de Heer et al., 2014; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). A su vez, estos efectos del dolor sobre la vida del individuo tienen un impacto negativo en el pronóstico de la enfermedad y en el apego al tratamiento (Fishbain, 2013; Gatchel et al., 2007).

La aproximación cognitivo-conductual desde hace algunas décadas se ha convertido en la primera línea de tratamiento psicosocial para diversas condiciones dolorosas crónicas por la evidencia empírica que ha generado desde su concepción (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014). La terapia cognitivo-conductual para dolor crónico se enfoca en la historia de aprendizaje sobre el dolor y en la modificación de cogniciones, emociones y conductas desadaptativas que interfieran con la calidad de vida del individuo con dolor crónico (Okifuji & Ackerlind, 2007; Turk & Flor, 2013).

## Capítulo 2. Evolución en la Comprensión del Dolor

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), el dolor se define como *“una experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”* (IASP, 2017a). En 1986, esta asociación desarrolló la primera definición y clasificación de los síndromes dolorosos que, a la fecha, ha sido ampliada en varias ocasiones (Sabatowski, Schafer, Kasper, Brunsch, & Radbruch, 2004)<sup>1</sup>.

El dolor puede ser de tipo nociceptivo o neuropático. El dolor nociceptivo es aquel que *“surge del daño real o potencial al tejido no neural y se produce por la activación de los nociceptores”* y puede ser somático o visceral, mientras que el dolor neuropático es *“causado por una lesión o daño al sistema nervioso somatosensorial”* (IASP, 2017a). Otra clasificación del dolor es de acuerdo a su duración: agudo o crónico. Si bien el antiguo médico romano Galeno reconoció la importancia del dolor como una señal de alarma ante cambios internos y externos del organismo, el dolor crónico no cumple con esta función y se ha convertido en una entidad nosológica propia (Melzack, 2001; Sabatowski et al., 2004).

En un principio, se planteó que el dolor crónico es todo aquel dolor que persiste más allá del tiempo de curación esperado. Con el tiempo y de forma arbitraria, este punto de corte temporal se estableció en tres y/o seis meses. Sin embargo, no debe olvidarse que en algunas condiciones, la duración desde el

---

<sup>1</sup> Consultar la clasificación taxonómica de la IASP (2017a) para profundizar en las definiciones y categorías de los síndromes dolorosos.

inicio de la lesión o enfermedad hasta la curación se determina por la experiencia clínica (Turk & Okifuji, 2010; IASP, 2017b).

Ante este problema, la IASP (2017b) ha planteado que el dolor crónico es *“dolor persistente que no es manejable, regularmente, con medicamentos específicos o los métodos de rutina para el control de dolor”*. En este sentido, se ha propuesto que si bien la causa de este padecimiento puede atribuirse a una lesión o enfermedad, su perpetuación se debe a que los factores psicológicos y ambientales cobran un papel más relevante y contribuyen a la discapacidad asociada (Loeser & Melzack, 1999; Turk & Okifuji, 2010), por lo cual las intervenciones actuales tienen como objetivo la modificación de su impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Loeser & Melzack, 1999).

Para comprender de forma más amplia cómo se reconoció la relevancia de los factores psicológicos y ambientales en la experiencia dolorosa es necesario conocer la evolución en la concepción y tratamiento del dolor. En la Antigüedad y hasta el siglo XVIII, las ideas más representativas del origen del dolor se relacionaban con conceptos mágico-religiosos o antiguos de la medicina. Sin embargo, es hasta el siglo XIX que gracias a los avances experimentales en fisiología y farmacología, se da el mayor crecimiento en el planteamiento teórico para la comprensión del dolor (Sabatowski et al., 2004).

En 1858, Schiff plantea la “Teoría de la Especificidad del Dolor” en la cual se reconoce la existencia de receptores somáticos, fibras aferentes primarias y vías de transmisión específicas para cada modalidad sensorial, cuya información se procesa en diferentes áreas del cerebro. Entre 1874 y 1898, Wilhelm H. Erb y Arthur Goldscheider, plantean la “Teoría de la Intensidad del Dolor” y la “Teoría del

Patrón de Dolor”, en la cual se describe que el dolor no tiene receptores ni vías específicas de transmisión sino que ocurre cuando alcanza un nivel o intensidad suficiente en cualquier sistema sensorial y que es la actividad neuronal, o patrón, la que permite determinar la modalidad, la intensidad y la localización del estímulo (Moayedí & Davis, 2013; Sabatowski et al., 2004).

Estos modelos en la comprensión del dolor permanecieron por mucho tiempo en la literatura científica, convirtiéndose en las explicaciones teóricas principales. Previo a la Segunda Guerra Mundial se estableció la primera clínica de dolor en el Bellevue Hospital en Nueva York, EUA y posteriormente esta idea se propagó hacia Europa, instaurándose la primera clínica en el College Hospital, Londres, Reino Unido. En ambos sitios, el manejo principal para el dolor era de tipo intervencionista, es decir, tratamientos basados en procedimientos mínimamente invasivos guiados por imágenes diagnósticas (Sabatowski et al., 2004).

Uno de los problemas principales de ambas teorías era que no lograban explicar fenómenos como la presencia de dolor sin patología subyacente o la persistencia de éste a pesar de procedimientos intervencionistas para el alivio del dolor. Con estos antecedentes, Melzack & Wall (1965) plantearon la “Teoría de la Compuerta”, que buscaba unificar los elementos más relevantes y con evidencia científica de las teorías conocidas hasta ese momento y plantear un nuevo modelo que permitiera explicar, al menos parcialmente, la ocurrencia los fenómenos clínicos descritos.

La teoría plantea la existencia de tres sistemas que interactúan de forma constante para producir la experiencia de dolor, que a continuación se describen:



a) *Sistema de Compuerta*: Se conforma por las células de la sustancia gelatinosa en el asta dorsal de la médula espinal, encargadas de la modulación de las fibras A y C, antes de que ejerzan su efecto en las células de transmisión (T). El efecto inhibitorio de la sustancia gelatinosa incrementa con la actividad de las fibras A y disminuye con la actividad de las fibras C, por lo tanto, la modulación de los impulsos nerviosos se logra mediante un balance en ambas fibras aferentes primarias (Melzack & Wall, 1965; Moayedi & Davis, 2013).

b) *Sistema de Control*: A través de fibras de proyección en el lemnisco medial de la columna dorsal y/o de la vía dorsolateral, se activan procesos cerebrales específicos relacionados con la atención, la emoción y la memoria que ejercen control en la modulación de las aferencias sensoriales en la médula espinal (Melzack & Wall, 1965).

c) *Sistema de Acción*: A través de los procesos de sumación espacial y temporal, cuando la actividad de los impulsos nerviosos aferentes alcanza una intensidad suficiente, las células T en el asta dorsal activan mecanismos neuronales que permiten la percepción y la ejecución de una secuencia de respuestas ante el dolor:

...respuesta de alarma o sobresalto, un movimiento reflejo, reacomodo postural, vocalización, orientación de la cabeza y los ojos para examinar el área dañada, respuestas autonómicas, evocación de la experiencia previa en situaciones similares y predicción de las consecuencias de dicha estimulación. (p.976)

Más adelante se denominó a este conjunto de secuencias como “conductas de dolor” y se planteó que pueden ocurrir ante la expectativa de dolor y no solamente ante la presencia de un daño tisular (Loeser & Melzack, 1999).

Si bien es cierto que en este planteamiento se reconoce el papel de los procesos psicológicos, su proposición se centra principalmente en componentes sensoriales fisiológicos. A partir del reconocimiento de que esta modalidad sensorial, a diferencia de otras, siempre entraña una valoración de desagrado y una respuesta de escape o evitación, se planteó que la experiencia de dolor tiene tres componentes en interacción continua: *a) sensorial-discriminativo*, originado por proyecciones neoespinotalámicas y que permite reconocer la intensidad, localización, calidad y duración del estímulo, *b) afectivo-motivacional*, activado por estructuras reticulares y límbicas, y *c) cognitivo-evaluativo*, atribuido a procesos neocorticales y que integra evaluaciones, valores culturales, aspectos ambientales y estado cognitivo (Melzack & Casey, 1968; Moayedi & Davis, 2013).

Si bien los modelos de comprensión ya reconocían el papel de diferentes regiones cerebrales en el procesamiento de los impulsos aferentes, es hasta los planteamientos de Melzack & Casey (1968) y Melzack & Wall (1965) que se reconoce el papel de los procesos afectivos y cognitivos en la experiencia de dolor y se amplían las posibilidades en su tratamiento, creando intervenciones cuyo objetivo sea la modificación de dichos factores.

Con estas nuevas aportaciones, en 1974 se funda la IASP, consolidándose como la primera sociedad internacional y multidisciplinaria para el estudio y tratamiento del dolor y en 1978 el Dr. John Bonica establece el primer centro

multidisciplinario para el tratamiento del dolor en la Universidad de Washington, EUA (Sabatowski et al., 2004).

De forma más reciente, Melzack (2001) ha planteado un nuevo modelo teórico donde describe el papel del estrés crónico en la generación de dolor crónico. La “Teoría de la Neuromatriz del Dolor” propone la existencia de una red neuronal ampliamente distribuida en el cerebro, conocida como “neuromatriz”, que produce patrones característicos de impulsos nerviosos, denominados “neurofirma”. Cuando existe una lesión, una enfermedad o estrés crónico, la “neurofirma” activa programas específicos de percepción, homeostasis y conducta, como el dolor.

### Capítulo 3. Prevalencia del Dolor Crónico

El dolor crónico es uno de los problemas de salud pública con mayor prevalencia a nivel internacional y con un alto impacto en los costos en los sistemas sanitarios (Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancourt-Sandoval, & Córdova-Domínguez, 2010; Elliott, Smith, Penny, Smith, & Chambers, 1999; Leadley, Armstrong, Lee, Allen, & Kleijnen, 2012). Gatchel (2004) plantea que, al menos en Estados Unidos, esta problemática representa más del 80% de las visitas al médico y genera gastos que superan los \$70 billones anuales en salud y pérdida de productividad.

A nivel internacional, principalmente en países europeos, los estudios epidemiológicos de dolor crónico en la población adulta general han reportado prevalencias del 17% al 27%, con dolor de moderado a severo (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006; Leadley et al., 2012; Ohayon & Schatzberg, 2003). Leadley et al. (2012) señalan que esta prevalencia puede aumentar hasta un 80% en presencia de otras comorbilidades crónicas.

Por ejemplo, en personas mayores de 15 años de nacionalidad alemana, el 25% de la muestra reportó presencia de dolor crónico, con mayor prevalencia de dolor de características nociceptivas somáticas en comparación con dolor de características neuropáticas (18.4% vs 6.5%) (Ohayon & Stingl, 2012). De forma similar, Elliott et al., (1999) en Reino Unido, encontraron que la mayor presentación de quejas dolorosas corresponde a dolor de características nociceptivas somáticas y la prevalencia de dolor crónico en pacientes que asisten a consulta general fue del 50.4%.

En el dolor crónico se ha presentado una tendencia a concentrar el mayor número de casos en pacientes del sexo femenino y con mayor edad. Blyth et al., (2001) encontraron que el 20% de mujeres en la población adulta australiana, en comparación con el 17% de hombres, reportaba presencia de dolor crónico. En ambos casos, los grupos de mayor edad concentraban la mayor prevalencia. De forma similar, en uno de los estudios más grandes en población general, Ohayon & Schatzberg (2003) encontraron que el 20.7% de mujeres en comparación con 13.2% de hombres reportan dolor crónico, con un incremento en esta tendencia conforme aumenta la edad. Algunos autores han señalado que el dolor crónico puede aumentar hasta 62% en los grupos de edad más avanzada (Elliott et al., 1999). Además de concentrarse en edades más avanzadas, el dolor crónico tiende a estar asociado a otras comorbilidades médicas por más tiempo (Rustøen et al., 2005).

Como es evidente, existe una amplia variabilidad en la prevalencia de dolor crónico reportada, la cual puede atribuirse a problemas metodológicos de los estudios epidemiológicos, como la composición de las muestras y los métodos de recolección de datos (Barragán-Berlanga, Mejía-Arango, & Gutiérrez-Robledo, 2007). Aunado a esto, y a diferencia del panorama internacional, en México no existen estudios epidemiológicos suficientes que permitan establecer con seguridad la prevalencia del dolor crónico. Sin embargo, algunos estudios han arrojado datos relevantes para esta población. En las consultas del grupo de edad de 20-59 años atendidas en Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 13% corresponde a enfermedades asociadas potencialmente a dolor: diabetes, dorsalgia y artropatías (IMSS, 2003).

Barragán-Berlanga, Mejía-Arango, & Gutiérrez-Robledo (2007) encontraron que en una muestra de 12 459 personas mayores de 50 años, el 41.5% reporta la presencia de dolor. El dolor se asoció principalmente a enfermedades como artritis, enfermedad pulmonar, caídas, hipertensión, depresión, enfermedad vascular cerebral e historia de cáncer.

En un estudio realizado a pacientes que asisten por primera vez a una clínica de dolor de tercer nivel, se encontró mayor prevalencia de dolor moderado, de tipo no oncológico (81.2% en mujeres y 63.9% en hombres), con características neuropáticas (44.2% en mujeres y 43.9% en hombres), seguido de características nociceptivas somáticas (25.6% en mujeres y 26% en hombres) (Covarrubias-Gómez et al., 2008).

De forma similar al panorama mundial, existe una tendencia hacia una mayor prevalencia en mujeres y en personas de edad avanzada. Barragán-Berlanga et al. (2007) reportaron presencia de dolor en 48.3% de mujeres vs 33.6% en hombres, con el 44.6% de quienes reportaban dolor ubicándose en el grupo de edad de más de 65 años, mientras que Covarrubias-Gómez et al. (2008) encontraron que la edad promedio de pacientes que asisten a consulta de primera vez en una clínica de dolor es de 60 años en mujeres y 56 años en hombres.

#### **Capítulo 4. Problemas Psicosociales Asociados al Dolor Crónico**

El nivel de funcionamiento psicológico y social de una persona, previo y como consecuencia de una enfermedad crónica, como el dolor, impacta en el desarrollo, mantenimiento y empeoramiento de este padecimiento. Kaiser et al. (2015) refieren que los factores psicosociales son predictores de nivel de dolor, funcionamiento y adaptación. Por otro lado, la presencia de dolor persistente produce dificultades en relaciones interpersonales y aspectos cognitivos, pérdidas laborales, alteraciones del estado de ánimo y el sueño, y discapacidad (Banks & Kerns, 1996; Kerns & Haythornthwaite, 1988).

Sea previo o durante la enfermedad, los factores psicosociales interactúan constantemente y su contribución a la problemática aumenta con el tiempo, por lo cual es necesaria una aproximación biopsicosocial para el tratamiento del dolor crónico (Dersh, Gatchel, Mayer, Polatin, & Temple, 2006; Gatchel et al., 2007). A continuación se describen los problemas emocionales y cognitivos que se han asociado con mayor frecuencia a dolor crónico.

#### **Dolor y Factores Emocionales**

Como ya lo describían Melzack & Casey (1968), el dolor tiene un componente afectivo de desagrado. Las emociones advertidas en el dolor son principalmente negativas y el distrés emocional puede predisponer a una persona a experimentar dolor, iniciar los síntomas, modular su intensidad, ser una consecuencia o mantener su presencia. Adicionalmente, estos roles no son mutuamente excluyentes y pueden interactuar entre sí o con otros factores en un momento particular (Gatchel et al., 2007).

El dolor es un problema comúnmente asociado a comorbilidades psiquiátricas, entre las cuales, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad son las más comunes (Blyth et al., 2001; Gatchel, 2004; Korff & Simon, 1996). Esta comorbilidad puede explicarse, en parte, por las alteraciones morfológicas y funcionales compartidas (Yalcin & Barrot, 2014).

La presencia de estas comorbilidades, solas o en conjunto, y la severidad de sus síntomas aumenta la probabilidad de tener dolor altamente incapacitante y limitante, así como interferencia en las actividades de la vida diaria (Blyth et al., 2001; de Heer et al., 2014). A continuación se describen los avances más relevantes en torno a cada una de estas problemáticas y el dolor crónico.

### **Dolor Crónico y Depresión**

El término depresión frecuentemente es usado indistintamente para describir un estado de ánimo, un síntoma o un síndrome (Banks & Kerns, 1996). En su edición más reciente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) describe un episodio depresivo mayor como la presencia durante dos semanas, la mayor parte del día, durante la mayoría de los días, de un ánimo deprimido (triste, desesperanzado, desanimado) y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Además, deben experimentarse al menos cuatro de los siguientes síntomas: alteraciones en el apetito o el peso, el sueño y actividad psicomotriz; disminución de la energía; sentimientos de inutilidad o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; ideas recurrentes de muerte o suicidio, o planeación o intento suicida. Estos síntomas deben acompañarse de malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras



áreas importantes del funcionamiento (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Aunque no es claramente descrito dentro de los criterios diagnósticos del DSM, las personas con depresión comúnmente reportan síntomas somáticos, entre los cuales las quejas dolorosas son de los más comunes (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003; Benjamin, Barnes, Berger, Clarke, & Jeacock, 1988; Fishbain, 2013; Lépine & Briley, 2004). Entre los síntomas dolorosos más reportados están cefalea, dolor articular, abdominal, de espalda alta y baja, muscular y generalizado (APA, 2013; Lépine & Briley, 2004; Stahl, 2002). De acuerdo al tipo de dolor, Ohayon & Stingl (2012) encontraron que las personas con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) tienen tres y seis veces más probabilidad de reportar dolor no neuropático y neuropático, en comparación con la población general, respectivamente.

Sin embargo, la probabilidad de reconocimiento por parte de médicos de primer contacto de los síntomas mencionados u otros no dolorosos como parte de un diagnóstico psiquiátrico se ve reducida cuando la presentación clínica del paciente se compone de un mayor número de síntomas físicos y existe poca o nula atribución del paciente de la causa a factores psicosociales (Bair et al., 2003; Kirmayer, Robbins, Dworkind, & Yaffee, 1993; Lépine & Briley, 2004). No obstante, cuando el paciente tiene una historia previa de síntomas físicos inexplicables la probabilidad de reconocimiento por parte del médico aumenta (Kirmayer et al., 1993).

Dada la evidencia, se ha propuesto que la depresión se considere un síndrome compuesto por síntomas emocionales, vegetativos y dolorosos, y cada

uno de ellos reciba tratamiento (Stahl, 2002). Fishbain (2013) encontró que mejorías en el dolor tienen un impacto positivo en la respuesta al tratamiento antidepresivo y la remisión de la depresión.

Se calcula que a nivel mundial 322 millones de personas están afectadas por la depresión, lo cual representa el 4.4% de la población mundial, y es más común en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%) (World Health Organization, 2017). Se calcula que la prevalencia en México al año 2016 de TDM en ambos sexos es de 1.93% (Institute for Health Metrics and Evaluation, [IHME] 2017).

Cuando se busca establecer la prevalencia de la depresión en el contexto del dolor crónico, además de dificultades metodológicas como la composición de la muestra y los métodos de recolección de datos, existen problemas causados por la variabilidad en su definición y evaluación, la superposición de síntomas en ambas comorbilidades y la falta de estudios donde se compare esta prevalencia con la población general y/o en otras condiciones médicas crónicas (American Psychiatric Association, 2013; Banks & Kerns, 1996; Barragán-Berlanga et al., 2007; Ho, Li, Ng, Tsui, & Ng, 2011; Romano & Turner, 1985).

Pese a estas dificultades, la investigación señala la presencia simultánea de depresión y dolor crónico. Romano & Turner (1985) reportaron que en el 50% de los casos, los pacientes desarrollan simultáneamente depresión y dolor crónico, mientras que más recientemente Bair, Robinson, Katon, & Kroenke (2003) informan que se ha encontrado que la prevalencia de depresión en pacientes con dolor y de dolor en pacientes con depresión es mayor que cuando estas condiciones son evaluadas de forma aislada, con un rango de prevalencia de depresión en dolor del 5 al 85%.

En la población general europea se encontró una prevalencia de 16.5% de al menos un síntoma depresivo, con el 27.6% de este porcentaje reportando además al menos una condición dolorosa como dolor articular, de extremidades, lumbar, cefalea o enfermedades gastrointestinales. La presencia de TDM se diagnosticó en el 4% de la muestra, mientras que el 43.4% de este grupo expresó la presencia de al menos una condición dolorosa (Ohayon & Schatzberg, 2003). Algunos autores han señalado que, en comparación con la población general, los pacientes con dolor crónico tienen hasta 10.2 veces más probabilidad de cumplir criterios para algún diagnóstico psiquiátrico (Dersh et al., 2006).

De forma específica, en pacientes que tienen dolor crónico o enfermedades potencialmente asociadas con la presencia de dolor crónico, se ha encontrado una prevalencia del 31.5% al 56% de TDM (Benjamin et al., 1988; Emery, Wilson, & Kowal, 2014; Rayner et al., 2016). Dersh et al. (2006) evaluaron a 1323 pacientes de una clínica de dolor de tercer nivel de atención y encontraron que el 65% presentaba al menos un diagnóstico psiquiátrico, de los cuales el 56% correspondía a TDM.

En otro estudio, se valoraron a 89 pacientes que asistían a consulta a una clínica de dolor y encontraron que el 63% de la muestra cumplía criterios para algún trastorno psiquiátrico del Eje I del DSM, sin embargo, sólo el 31.5% recibió el diagnóstico de TDM (Ho et al., 2011). En este sentido, se ha señalado que la depresión es más común en clínicas de dolor, psiquiátricas o de especialidad en comparación con centros de atención primaria (Bair et al., 2003).

Pese a lo anterior, Wilson, Mikail, Joyce, & Minns (2001) señalan que si los síntomas somáticos de la depresión se excluyeran al diagnosticar a los pacientes

con dolor crónico, el porcentaje de personas con TDM se reduciría, pues los síntomas podrían atribuirse al dolor crónico. Este mismo planteamiento se ha realizado en otras poblaciones, como la paliativa, donde se superponen síntomas somáticos y afectivos (Wasteson et al., 2009).

Ohayon & Schatzberg (2003) encontraron que la asociación entre condiciones dolorosas y síntomas depresivos aumenta con el número de síntomas depresivos y su duración. Por otro lado, la intensidad de la sintomatología depresiva se asocia con dolor más incapacitante y limitante de la funcionalidad (de Heer et al., 2014).

De forma general, las personas con TDM tienen un peor funcionamiento físico y social (APA, 2013). La depresión en comorbilidad con el dolor crónico, moderado o severo, se ha asociado con discapacidades en el funcionamiento social, laboral y funcional. Se han reportado para la depresión mayores ausencias laborales, uso y gastos en los servicios de salud, reducción general de la actividad, peor funcionalidad y adherencia al tratamiento, alteraciones cognitivas y del sueño, aumento en las quejas de dolor, la intensidad, la duración y la probabilidad de presentar episodios futuros de dolor, y disminución en la aceptación del dolor y la posibilidad de recuperación, así como peores resultados (Bair et al., 2003; Börsbo, Peolsson, & Gerdle, 2008; Emery et al., 2014; Lépine & Briley, 2004; Rayner et al., 2016).

Más específicamente, los síntomas depresivos más comunes en pacientes con dolor son: ánimo triste, disminución del nivel de energía, alteraciones del sueño y preocupación (Korff & Simon, 1996; Ohayon & Schatzberg, 2003). Por otra parte, las características de dolor que más se han asociado con la presencia

de trastornos del estado de ánimo o el aumento de la sintomatología son: inicio temprano del dolor, intensidad del dolor, número de sitios dolorosos, interferencia con las actividades diarias, episodios de dolor frecuentes, dolor difuso y dolor resistente al tratamiento (Bair et al., 2003; Ho et al., 2011).

Ante la alta prevalencia de la depresión en comorbilidad con el dolor crónico, se han generado algunas propuestas explicativas para esta asociación desde diferentes aproximaciones del conocimiento, aunque hasta el momento no existe un modelo teórico que explique en su totalidad la co-ocurrencia de estos fenómenos.

Desde las neurociencias diversos estudios han evidenciado la superposición de regiones cerebrales asociadas a la cronificación del dolor y el estado de ánimo patológico (Baliki & Apkarian, 2015), con alteraciones estructurales y funcionales en ambos casos (Bair et al., 2003; Yalcin & Barrot, 2014). Particularmente el hipocampo, la amígdala, el córtex prefrontal, el córtex de la ínsula, el cíngulo anterior y el tálamo, son las estructuras del sistema límbico sobre las que se tiene mayor evidencia (Baliki & Apkarian, 2015; Sheng, Liu, Wang, Cui, & Zhang, 2017). Aun así, Baliki & Apkarian (2015) advierten que las propiedades límbicas de estas estructuras pueden estar configuradas de diferente forma para ambas condiciones.

También existe evidencia del papel que los neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina, la dopamina, la sustancia P y el factor liberador corticotropina (CRF) (Campbell, Clauw, & Keefe, 2003; Sheng et al., 2017), así como del factor neurotrópico derivado del cerebro (BDNF), las sustancias producidas en la respuesta inflamatoria y los receptores NMDA y AMPA del

sistema glutamatérgico (Sheng et al., 2017), tienen en el desarrollo y mantenimiento de la relación depresión y dolor crónico.

Desde el ámbito social, una baja cohesión familiar, grupos familiares conflictivos, un nivel educativo y socioeconómico bajo, y conflictos con el cónyuge son factores relevantes para la asociación depresión-dolor crónico (Campbell et al., 2003).

Por otra parte, desde el aspecto psicológico se puede trazar una división artificial entre modelos cognitivos y conductuales. En su revisión, Banks & Kerns (1996) describen que algunos modelos originalmente planteados para explicar las causas de la depresión, como el modelo cognitivo de Beck y el modelo de desesperanza aprendida de Seligman, pueden usarse en el contexto de dolor crónico para explicar la ocurrencia de depresión. Otros planteamientos cognitivos son el modelo interactivo de subsistemas y el modelo de procesamiento paralelo (Pincus & Williams, 1999).

El modelo diátesis-estrés se planteó como una propuesta más comprensiva ante la explicación parcial obtenida en los modelos anteriores, en la cual se resaltan principalmente características de vulnerabilidad de la persona (diátesis), e incorpora rasgos particulares del estresor, en este caso el dolor crónico (estrés), que lo distinguen de otras condiciones crónicas (Banks & Kerns, 1996).

Otros autores plantean que, en las personas que desarrollan ambas condiciones, puede existir un rasgo de vulnerabilidad hacia síntomas somáticos y disfóricos, presentando un sesgo atencional o hipervigilancia hacia los síntomas somáticos, dependiendo del grado de distrés psicológico (Korff & Simon, 1996; Verhaak, Kerssens, Dekker, Sorbi, & Bensing, 1998).

En general, los planteamientos cognitivos señalan que la depresión surge como consecuencia de la combinación de factores de vulnerabilidad y estresores de vida (Pincus & Williams, 1999). Otros elementos cognitivos que también se han mostrado relevantes en esta asociación son la presencia de distorsiones cognitivas (catastrofización, pensamiento dicotómico, sobregeneralización), indefensión percibida, baja autoeficacia, sesgo atencional hacia información relacionada a la enfermedad y disminución en la velocidad de procesamiento de la información (Campbell et al., 2003).

Finalmente, Lewinshon (1974) utilizó los principios del aprendizaje y condicionamiento operante para explicar que la depresión surge por una falta o una disminución del reforzamiento positivo para la persona, sea porque no cuenta con un amplio repertorio de estímulos reforzantes, no existe disponibilidad de reforzamiento en el ambiente o no cuenta con habilidades suficientes para obtener reforzamiento del ambiente. Fordyce & Steger (1979) utilizaron este modelo para explicar la depresión en el contexto de dolor crónico. Ellos plantean que las consecuencias de un problema crónico de dolor son la disminución de la actividad, la eficacia en las interacciones sociales y el desempeño de roles, debido a que estas actividades producen o exacerban el dolor y las conductas de dolor son reforzadas de forma positiva directa o indirectamente, mientras que las conductas de salud no son reforzadas o son castigadas. De esta forma, se genera un círculo vicioso dolor crónico- depresión (Banks & Kerns, 1996).

De forma general, lo que estos modelos postulan que es la forma en la que uno piensa o actúa ante el dolor es lo que causa la depresión (Banks & Kerns, 1996).

## **Dolor Crónico y Ansiedad**

El miedo se define como una respuesta emocional ocurrida ante una amenaza real o percibida, mientras que la ansiedad es la respuesta anticipatoria a una amenaza futura que se considera incontrolable e impredecible (APA, 2013; Clark & Beck, 2010). De hecho, algunos autores consideran que en un estado agudo ambas respuestas ejercen una función adaptativa que, sin embargo, puede prolongarse por errores en la interpretación de los estímulos y generar alteraciones significativas en el funcionamiento cotidiano de la persona (Clark & Beck, 2010; Zhuo, 2016).

Clark & Beck (2010) consideran que la ansiedad se compone de cuatro sistemas de respuesta con síntomas característicos que a continuación se describen:

- Sistema fisiológico: aumento de la frecuencia cardíaca, palpitaciones, falta de respiración, presión o dolor en el pecho, sensación de shock, mareo, sudoración o bochornos, náusea, diarrea, temblores, sensación de hormigueo en extremidades, debilidad, rigidez muscular y boca seca.
- Sistema cognitivo: miedo de perder el control o no poder afrontar la situación, de morir o sufrir una lesión, de volverse loco o de recibir una evaluación negativa por parte de otros; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepción de irrealidad o desapego; pobre concentración; confusión; hipervigilancia a la amenaza y dificultad para tomar decisiones.



- Sistema conductual: conductas evitativas y/o de escape, de búsqueda de seguridad; agitación psicomotriz, hiperventilación, inmovilidad y dificultad para hablar.
- Sistema afectivo: adjetivos como estar nervioso, tenso, alterado, asustado, temeroso, inquieto, impaciente, frustrado.

La ansiedad puede existir en diversas formas, dependiendo del objeto o situación temida, las conductas de evitación y las cogniciones asociadas. De esta forma, se pueden encontrar los siguientes trastornos de ansiedad: ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada (TAG) e inducida por sustancias/medicamentos (APA, 2013; Zhuo, 2016), aunque en versiones anteriores del DSM se incluyen trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en esta categoría.

De acuerdo a la OMS, en el 2015 los trastornos de ansiedad tenían una prevalencia mundial de 3.6%, lo que corresponde a 264 millones de personas. Estos trastornos son más comunes en mujeres (4.6%) que en hombres (2.6%), en una proporción de 2:1 (APA, 2013; WHO, 2017). En México, en el 2016 se reportó una prevalencia de 3.08% para ambos sexos (IHME, 2017). Otros estudios han reportado una prevalencia en población general estadounidense entre 18 - 28%, sugiriendo que estos trastornos son más comunes que cualquier otro padecimiento mental (Kessler et al., 2005; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005).

Habitualmente, los trastornos de ansiedad ocurren junto con un trastorno del estado de ánimo u otro trastorno de ansiedad (Asmundson, Abrams, &

Collimore, 2008). En una revisión sistemática se encontró que en un periodo de 12 meses, entre el 10 a 20% de los adultos asistirá a consulta médica de primer nivel de atención mientras cursa con un episodio de depresión o de ansiedad. De estos, más de 50% de los pacientes presentan un segundo trastorno depresivo o ansioso como comorbilidad (Hirschfeld, 2001). En el contexto de dolor, esta comorbilidad psiquiátrica tampoco es la excepción. De Heer et al. (2014) encontraron en una muestra de 2981 pacientes adultos con dolor, que el 25.6% de la muestra tenía trastornos del estado de ánimo y de ansiedad simultáneamente, y esta comorbilidad aumenta 30 veces la probabilidad de presentar dolor altamente incapacitante, en comparación con la presencia de un solo trastorno.

De forma similar a la depresión, en los pacientes con síntomas o trastornos de ansiedad también ocurren síntomas físicos, como el dolor, que no se reconocen por el médico como alguna forma de psicopatología, pues los pacientes tienden a reportar en mayor medida síntomas físicos (Means-Christensen, Roy-Byrne, Sherbourne, Craske, & Stein, 2008), limitándose el reconocimiento y el tratamiento de estos trastornos (Kirsh, 2010). Clark & Beck (2010) sugieren que algunos de los pacientes que acuden a consulta médica por síntomas inexplicables como dolor en el pecho, palpitaciones, desmayos, problemas gastrointestinales, vértigo y mareo, podrían cumplir criterios para un trastorno de ansiedad. Lo anterior no es de sorprender, dado que el dolor y la ansiedad comparten síntomas en los sistemas fisiológicos, conductuales y cognitivos (Banks & Kerns, 1996; Robinson & Riley, 1999).

Means-Christensen et al. (2008) encontraron que de 747 pacientes asistentes a consulta de primer nivel de atención, aquellos que reportaron dolor

muscular (54%), cefalea (45%) o dolor abdominal (27.4%) tenían entre 2.5 y 10 veces más probabilidad de cumplir criterios para un trastorno de pánico, TAG y TDM. De este grupo de pacientes, un subgrupo de 113 pacientes recibió un diagnóstico psiquiátrico. El 34% de la muestra reportó un síntoma doloroso, el 24% dos síntomas y el 15% tres síntomas dolorosos. El 40% de esta muestra recibió al menos un diagnóstico de trastorno de ansiedad, incluyendo trastorno de pánico, fobia social, TEPT y TAG, siendo éste último el más común con 26.5%; el 36% recibió el diagnóstico de depresión.

Otros estudios han encontrado que la presencia de dolor crónico, mayor número de sitios dolorosos, particularmente en lugares asociados a tensión muscular y/o en articulaciones, peor severidad del dolor y un consumo diario de medicamentos para el dolor, predicen el inicio y una peor evolución de trastornos del ánimo y de ansiedad, así como mayor interferencia del dolor (Gerrits et al., 2012; Gerrits, van Oppen, van Marwijk, Penninx, & van der Horst, 2014; Kuch, Cox, Woszczyzna, Swinson, & Shulman, 1991)

En otro aspecto, al hablar de trastornos de ansiedad en el paciente con dolor crónico, las prevalencias reportadas varían en función de si se considera uno o todos los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, al reportar la prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad en personas con lumbalgia crónica, un estudio encontró que el 29% de los pacientes entrevistados había presentado al menos un trastorno de ansiedad en cualquier momento de su vida y el 25% presentaba al menos un trastorno de ansiedad al momento de la entrevista (Kinney, Gatchel, Polatin, Fogarty, & Mayer, 1993). De forma más reciente, se han descrito prevalencias de algún trastorno de ansiedad de 73% en personas con dolor

crónico pélvico (Romão et al., 2009), de 35.1% en personas con fibromialgia (Raphael, Janal, Nayak, Schwartz, & Gallagher, 2006) y de 18.2% para personas adultas con dolor crónico musculoesquelético, gastrointestinal y cardiorrespiratorio, siendo incluso mayor que para los trastornos del estado de ánimo (de Heer et al., 2014).

Otros estudios reportan sobre las prevalencias específicas de algunos trastornos de ansiedad. En una población adulta con presencia de tres condiciones crónicas dolorosas, artritis, migraña y dolor de espalda, McWilliams, Goodwin, & Cox (2004) encontraron que los porcentajes más elevados para ataques de pánico (17.4%) y TAG (9.1%) ocurrían en los participantes con migraña. Además, es 3.86 veces más probable presentar alguno de estos trastornos de ansiedad en estas condiciones dolorosas.

En un estudio de 85 mil participantes en 17 países donde se evaluó la presencia de trastornos psiquiátricos en adultos de la población general con y sin dolor crónico de espalda o cuello, se reportó que existen 2.7 veces más probabilidad de ocurrencia de TAG, 2.6 veces más para TEPT, 2.1 veces más trastorno de pánico c/s agorafobia y 1.9 veces más para fobia social en quienes presentan dolor crónico (Demyttenaere et al., 2007).

Raphael et al. (2006) encontraron en mujeres con fibromialgia una prevalencia actual de algún trastorno de ansiedad de 11.6%, mientras que, de forma específica, reportaron una prevalencia de 15.5% para TOC, 14% para TEPT, 10.9% para trastorno de pánico y 5.4% para TAG.

Además de lo anterior, existen estudios que reportan la prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes atendidos en clínicas de dolor especializadas

entre 7 – 28.8%, aunque puede tratarse de subestimaciones (Fishbain, 2013). En algunos estudios con muestras heterogéneas de condiciones dolorosas, se ha señalado que entre el 11 - 18% de pacientes cumplen criterios para algún trastorno de ansiedad, con el 25.8% reportando síntomas de TOC, el 6.7% TAG, el 4.5% TEPT y el 3.4% trastorno de pánico (Dersh et al., 2006; Ho et al., 2011; Mehraban et al., 2014). Estas cifras no difieren mucho de pacientes con problemáticas específicas, como dolor musculoesquelético, en donde se ha descrito que el 17.8% cumple criterios para algún trastorno de ansiedad y el 11% presenta fobia social (Asmundson, Jacobson, Allardings & Norton, 1996).

De lo anterior se puede concluir que los trastornos de ansiedad son una problemática presente en la población con dolor crónico que requiere detección y tratamiento oportuno. La presencia de estos trastornos psiquiátricos aumenta el uso de los servicios de salud, la interferencia y pérdida de funcionalidad asociada al dolor y el tiempo de recuperación (Hirschfeld, 2001; Means-Christensen et al., 2008), esto es cierto incluso cuando se trata de un trastorno en remisión (de Heer et al., 2014). Por otro lado, el tratamiento adecuado de la ansiedad asociada al dolor predice mejoras en funcionalidad, distrés emocional e interferencia del dolor (McCracken & Gross, 1998).

A pesar del reporte de la presencia de diversos trastornos de ansiedad en personas con dolor crónico y de síntomas dolorosos en personas con trastornos de ansiedad, la investigación ha centrado su atención sobre todo en la asociación del dolor crónico, particularmente el dolor musculoesquelético, y el TEPT (Asmundson et al., 2008), sugiriendo que los modelos explicativos planteados

podrían usarse para entender la asociación del dolor con otros trastornos de ansiedad (Asmundson & Katz, 2009).

Sharp & Harvey (2001) proponen que los componentes cognitivos, afectivos y conductuales del dolor crónico pueden exacerbar y mantener el TEPT y viceversa, particularmente a través de siete mecanismos que se encuentran en ambas problemáticas: sesgos atencionales hacia estímulos amenazantes o dolorosos, sensibilidad a la ansiedad, recuerdos persistentes del trauma, conductas evitativas, sintomatología depresiva, percepción del dolor y ansiedad, alta demanda cognitiva hacia los síntomas. Esta propuesta se ha denominado “Modelo de mantenimiento”.

En una extensión del modelo anterior, Asmundson, Coons, Taylor & Katz (2002) proponen en el “Modelo de vulnerabilidad compartida” la existencia de factores de vulnerabilidad individuales que pueden predisponer al desarrollo de una o ambas condiciones, prestando particular interés sobre el rasgo de sensibilidad a la ansiedad y factores genéticos.

También existe evidencia sobre el papel que las emociones negativas, el estrés crónico y los hábitos en el estilo de vida ejercen sobre los sistemas nervioso, neuroendocrino, cardiovascular e inmune, encargados de la regulación del organismo ante amenazas. Particularmente, en el dolor crónico y la ansiedad, se ha reconocido el papel de la desregulación en la producción de citoquinas proinflamatorias, la sobreactivación del eje Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal (HPA) y la patofisiología de regiones cerebrales como el córtex prefrontal, la amígdala y el hipocampo (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002; McEwen, 2006).

Reconociendo que el dolor y la ansiedad se procesan en regiones corticales superiores como el córtex del cíngulo anterior, el córtex de la ínsula y la amígdala, Zhuo (2016) ha propuesto, desde el ámbito de la plasticidad neuronal, que la potenciación pre-sináptica a largo plazo en el córtex del cíngulo anterior podría funcionar como mediador de la ansiedad crónica activada por lesión o dolor crónico. Sin embargo, se requieren más estudios que comprueben esta hipótesis.

### **Dolor y Factores Cognitivos**

A partir de la evidencia empírica, en la actualidad se siguen desarrollando investigaciones que indagan la influencia de los procesos cognitivos, como las creencias, las evaluaciones y las percepciones, sobre la experiencia dolorosa y que, en pocas ocasiones, son percibidos conscientemente por quien experimenta dolor (Turk, 2002). El conocimiento de estos mecanismos permitirá el desarrollo de intervenciones más adecuadas para el tratamiento de este padecimiento (Turk & Flor, 2013).

#### **Creencias sobre el dolor**

Las intervenciones cognitivo-conductuales para el dolor crónico reconocen la importancia de las creencias de los pacientes en el ajuste al dolor (Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Las creencias son suposiciones sobre la realidad y moldean la interpretación o evaluación que se hace de los eventos. Las creencias sobre el dolor se definen como interpretaciones sobre el significado, la causa y el tratamiento del dolor, y están influidas por la historia previa de aprendizaje y la cultura (Sharp, 2001; Williams &

Thorn, 1989), lo cual las hace relativamente duraderas y difíciles de modificar, ya que las personas tienden a evitar o descalificar experiencias que contradigan sus creencias (Edwards, Pearce, Turner-Stokes & Jones, 1992; Flor & Turk, 2013).

Se cree que este tipo de creencias influye sobre el ajuste del paciente con dolor crónico a través de una forma directa mediante el estado de ánimo que, a su vez, activa una respuesta fisiológica habitualmente aversiva y, de forma indirecta, a través del uso de estrategias de afrontamiento para el dolor (Flor & Turk, 2013; Sharp, 2001). De esta forma, pacientes que mantienen creencias poco adaptativas sobre el dolor tendrán mayor probabilidad de tener un funcionamiento físico y psicológico pobre.

La investigación ha evidenciado que algunas de las creencias sobre el dolor que más se han asociado con peor ajuste físico y psicológico del paciente con dolor crónico son: el dolor como sinónimo de discapacidad y de daño, el dolor como una condición permanente, el dolor como un misterio, una percepción personal de discapacidad a causa del dolor e incapacidad para ejercer control sobre el dolor (Jensen et al., 1994; Turner, Jensen & Romano, 2000; Williams & Thorn, 1989). Creencias de este tipo promueven conductas poco adaptativas en el contexto de dolor crónico como reducir la actividad, conductas de protección, descansar, solicitar ayuda de otros y abandonar las tareas (Jensen & Karoly, 1992; Jensen et al., 1994; Turner et al., 2000).

En particular, la creencia de que el dolor es un fenómeno *únicamente* orgánico se ha asociado con un aumento en el número de visitas a las salas de emergencia de los hospitales, uso de medicamentos para aliviar el dolor, búsqueda de una cura médica, nivel de discapacidad física y una menor



adherencia a los tratamientos médicos, psicológicos y/o rehabilitatorios (Jensen & Karoly, 1992; Jensen et al., 1994; Kerns & Rosenberg, 2000; Walsh & Radcliffe, 2002; Williams & Thorn, 1989). La investigación señala que los pacientes con dolor crónico creen con mayor frecuencia que el dolor es orgánico más que un evento influido por aspectos psicosociales (Edwards et al., 1992).

En conjunto, estas creencias negativas son relevantes porque los pacientes pueden sentirse menos motivados a emplear estrategias de automanejo, ya sea por una actitud de pasividad, por carecer de estrategias adaptativas suficientes, por pocas experiencias de maestría sobre la ejecución de las estrategias o por una combinación de éstas (Flor & Turk, 2013; Kerns & Rosenberg, 2000).

### **Catastrofización**

Un tipo de creencia negativa que se ha encontrado con gran frecuencia en personas con dolor es la catastrofización. La catastrofización al dolor se define como una respuesta cognitivo-afectiva negativa ante el dolor, real o anticipado, en donde se magnifica el valor de la amenaza del estímulo, existen dificultades para controlar o suprimir los pensamientos asociados al dolor y se experimenta una sensación de indefensión. La catastrofización es un constructo que se compone de tres dimensiones: la magnificación, la rumiación y la indefensión (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009).

La catastrofización se ha asociado en diversas investigaciones sobre dolor con una reducción de la tolerancia al dolor e intensificación de la experiencia dolorosa y de la discapacidad asociada al dolor, en ambientes clínicos y experimentales, con diversos grupos de edad y condiciones dolorosas, con mayor

uso de los servicios de salud, analgésicos y tiempo de hospitalización, con un aumento en las conductas de dolor y mayor presencia en mujeres que en hombres (Flor & Turk, 2013; Sullivan et al., 2001). Es una variable que impacta negativamente los resultados en tratamientos psicosociales para el manejo del dolor (Litt & Porto, 2013; Quartana et al., 2009).

Algunos modelos de comprensión de psicopatología se han trasladado a este fenómeno para entender mejor la relación que guarda con la experiencia dolorosa. Así, la catastrofización ha sido entendida, a través de los modelos cognitivos de psicopatología, el modelo transaccional del estrés y el modelo de afrontamiento comunal como un estilo cognitivo particular, una creencia o evaluación y un estilo de afrontamiento, respectivamente. Además, el modelo atencional explica que en la catastrofización existe una dificultad para cambiar el foco atencional sobre el estímulo nocivo. También se han buscado mecanismos explicativos en vías fisiológicas y neurológicas (Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 2001).

### **Autoeficacia sobre el dolor**

Otro tipo de creencia que se ha asociado con frecuencia en el dolor, es la autoeficacia. Bandura (1977) la define como la convicción de una persona de poder ejecutar adecuadamente las conductas necesarias para obtener un resultado deseado. En el contexto de dolor, esto se refiere a la percepción de poder ejercer control sobre la duración, la frecuencia, la intensidad o el desagrado en la experiencia dolorosa (Gatchel et al., 2007).

La autoeficacia se ve influida por cuatro fuentes de información:

1. La experiencia previa de dominio o maestría.
2. El aprendizaje vicario, participante y observacional.
3. La persuasión verbal.
4. La activación fisiológica asociada a la ansiedad.

La autoeficacia determina la elección de conductas que se llevarán a cabo, la cantidad de esfuerzo invertido y la persistencia a pesar de los obstáculos (Bandura, 1977; Flor & Turk, 2013).

Las personas con una alta percepción de autoeficacia tienden a involucrarse con mayor frecuencia en conductas saludables y adherirse mejor a los tratamientos, ya que tienen expectativas de éxito en la ejecución de estas conductas. Además, tienen una menor tendencia a abandonar las actividades cuando se enfrentan a obstáculos (Gatchel et al., 2007).

La importancia de la autoeficacia en el dolor se ha evidenciado en los resultados de tratamientos para el manejo del dolor crónico, donde se ha encontrado que las personas con un alto sentido de autoeficacia tienen un mejor ajuste al dolor, física y psicológicamente (Jensen, Turner, & Romano, 2007; Turner et al., 2000), posterior al tratamiento y a largo plazo (Arnstein, Wells-Federman, & Caudill, 2001) o en experimentos en donde se demostró que los mecanismos inhibitorios opioides de dolor pueden ser activados por el aumento en las creencias de autoeficacia (Bandura, O'Leary, Barr, Gauthier, & Gossard, 1987). Incluso se ha probado el valor predictivo independiente de la autoeficacia sobre el despliegue de conductas de dolor y de discapacidad asociada al dolor (Asghari & Nicholas, 2001).

## **Capítulo 5. Tratamiento psicológico para el dolor crónico**

Actualmente existen diferentes intervenciones para tratar el dolor crónico que pueden usarse solas o en combinación con otros tratamientos, como las intervenciones psicosociales (Murphy et al., 2017). El modelo cognitivo-conductual se ha usado en el tratamiento de un amplio espectro de problemas de salud física y mental, incluyendo el dolor crónico, convirtiéndose desde hace algunos años en la conceptualización psicológica del dolor más aceptada (Beck, 2011; Okifuji & Ackerlind, 2007).

Diversos estudios han mostrado evidencia a favor de las intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del dolor crónico. En un meta-análisis que incluía a 1672 participantes, Morley, Eccleston & Williams (1999) evidenciaron que la TCC individual o grupal mostró un efecto moderado, en comparación con lista de espera, en la experiencia dolorosa, el afecto, el uso de los servicios de salud y las estrategias de afrontamiento, las conductas de dolor y el funcionamiento social, mientras que al compararse con otros tratamientos activos, principalmente conductuales, evidenció un efecto pequeño para la experiencia de dolor, el uso de estrategias de afrontamiento y la reducción de las conductas de dolor.

Una revisión sistemática más reciente realizada con 2031 pacientes con fibromialgia reportó que, al compararse con grupos control, la TCC tiene un efecto pequeño sobre la severidad del dolor, la sintomatología depresiva y la discapacidad asociada al dolor, al final del tratamiento y a los seis meses (Bernardy, Klose, Busch, Choy, & Häuser, 2013). En otras investigaciones con ensayos controlados aleatorizados en pacientes con dolor crónico de espalda baja, el grupo donde se aplicó TCC mostró mejoría al término del tratamiento para

la reducción en la intensidad del dolor y de la conducta evitativa ante el dolor (Linden, Scherbe, & Cicholas, 2014), así como de las limitaciones físicas producidas por el dolor y las molestias generales asociadas al dolor, con mantenimiento de los resultados a 52 semanas (Cherkin et al., 2016).

En un ensayo aleatorizado donde se evaluó el efecto de una intervención cognitivo-conductual para el dolor sobre la neuroplasticidad, se encontraron, en comparación con el grupo control de psicoeducación, reducciones en las conexiones entre la red neuronal anterior por defecto y la amígdala/sustancia gris periacueductal y aumento en las conexiones entre los ganglios basales y el córtex somatosensorial secundario derecho, estructuras asociadas al dolor, especialmente en quienes evidenciaron mejoría en los síntomas dolorosos y la autoeficacia (Shpaner et al., 2014).

La evidencia muestra un efecto positivo de las intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del dolor crónico en diversas dimensiones del dolor y psicológicas, sin embargo, la mayoría de estos estudios presenta un rigor metodológico propio de los diseños experimentales, con grandes muestras y se realizan en contextos clínicos y socioculturales diferentes a México.

Barkham & Mellor-Clark (2003) consideran que no sólo se trata de implementar intervenciones basadas en la evidencia, sino de aportar evidencia basada en la práctica. Considerando lo anterior, este trabajo utiliza una metodología de caso clínico, la cual permite brindar una descripción detallada de la evaluación e implementación de un tratamiento a una o varias personas con la misma problemática (Virués-Ortega & Moreno-Rodríguez, 2008).

A través de esta descripción se pueden mostrar ampliamente los retos que supone implementar en la práctica clínica cotidiana en un hospital mexicano de tercer nivel, las intervenciones realizadas en los estudios de investigación en países cultural, social y económicamente distintos a México. Esto, a su vez, puede servir como un punto de referencia para el clínico interesado en poner en práctica tratamientos basados en la evidencia, y para futuras investigaciones básicas y aplicadas en Psicología o áreas afines.

El desarrollo de este trabajo se apega a los lineamientos establecidos por Virués-Ortega & Moreno-Rodríguez (2008) para la elaboración de casos clínicos en Psicología Clínica Conductual.

## Caso 1: Rebeca<sup>2</sup>

### Identificación del Paciente

Paciente femenina de 39 años de edad, soltera, sin hijos, contadora de profesión, católica no practicante, residente de la zona norte de la Ciudad de México.

Al inicio de la intervención tenía las comorbilidades médicas de obesidad clase II, síndrome de Sjögren (desde 2005), neuropatía de fibras delgadas, fibromialgia, hipotiroidismo primario, adenoma hipofisiario, cefalea tensional y vejiga hiperactiva, y las comorbilidades psiquiátricas de TDM (desde 2013), con síntomas ansiosos (desde 2017), trastorno por atracón y comedor emocional. En la Tabla 1 se describe el tratamiento farmacológico que recibe.

Tabla 1  
Tratamiento farmacológico de Rebeca

Ingrediente activo	Dosis al momento de la referencia	Modificaciones durante el tratamiento
Duloxetina	180 mg cada 24 hrs	120 mg cada 24 hrs → 60 mg cada 24 hrs
Tramadol	50 mg cada 8 hrs, 20 gotas de rescate máximo 4 veces al día	50 mg cada 12 hrs
Cloroquina	200 mg cada 24 hrs	
Pregabalina	150 mg por la mañana y 30 mg por la noche	150 mg por la mañana y 450 mg por la noche
Levotiroxina	100 mg cada 24 hrs	
Carbamazepina	200 mg cada 12 hrs	-
Omeprazol	20 mg cada 12 hrs	40 mg cada 12 hrs
Solifenacina <sup>a</sup>	-	5 mg cada 24 hrs
Senósidos y Docusato sódico	2 tabletas cada 24 hrs	Suspendido

**Nota.** Los medicamentos y dosis sombreados en azul corresponden a los prescritos para el alivio del dolor o de los efectos secundarios de estos.

<sup>a</sup> Medicamento prescrito durante la intervención

<sup>2</sup> Los nombres reales han sido modificados para resguardar la identidad de las pacientes.

Rebeca recibe desde el 2013 tratamiento psiquiátrico dentro del INCMNSZ, y con anterioridad recibió tratamiento psicológico, sin concluirse por término del periodo de residencia del psicólogo a cargo. El tratamiento psiquiátrico al momento de la nueva intervención psicológica ocurría en el Departamento de Obesidad del INCMNSZ con consultas cada tres meses para realizar ajustes a la medicación y no se brindaba atención psicoterapéutica.

Rebeca fue referida en Enero de 2017 por parte del médico residente en Algología a la consulta externa del área de Psicología del Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del INCMNSZ por sintomatología depresiva, mal control de dolor e interés de la paciente en recibir tratamiento psicológico para mejorar su estado de ánimo y explorar otras opciones para el manejo del dolor.

En la consulta inicial se le informó que el contenido de las sesiones sería confidencial, a menos que su vida o la de otras personas estuviera en peligro, y en sesiones posteriores se solicitó su autorización para utilizar la información de su tratamiento psicológico para fines de titulación, firmando un consentimiento informado (Anexo 1).

### **Estrategias de Evaluación**

Las evaluaciones realizadas al inicio, durante, al final y al seguimiento de la intervención se obtuvieron a partir de una entrevista clínica semiestructurada (Entrevista Clínica para Pacientes con Dolor Crónico), una batería de pruebas psicométricas para dolor (Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor, versión corta y Escala de Catastrofización al Dolor), síntomas psiquiátricos (Escala de



Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y calidad de vida (Encuesta SF-36), y un formato de autorreporte para dolor (Diario de Dolor).

La elección de esta batería de pruebas y el formato de autorreporte para dolor se guió por su uso frecuente en investigaciones sobre dolor crónico, sus propiedades psicométricas adecuadas, su adaptación en población mexicana con comorbilidades médicas (aunque no necesariamente en pacientes con dolor crónico) o al español y la facilidad de uso en el contexto clínico para valorar las variables de interés.

A continuación se describen las características individuales y las propiedades psicométricas, si es pertinente, de cada instrumento o prueba.

La Entrevista Clínica para Pacientes con Dolor Crónico explora elementos del apoyo social, evaluación biopsicosocial del dolor, factores de riesgo para abuso de sustancias y aspectos psiquiátricos del paciente con dolor crónico. Se construyó con elementos de un formato de entrevista clínica semiestructurada utilizada rutinariamente por otros psicólogos en el área de Psicología del Departamento de Medicina de Dolor y Paliativa del INCMNSZ, del que se desconoce el autor, y de la Entrevista de Tamizaje en Enfermedad Avanzada – Paciente, que es parte del Manual de Intervención Psicosocial para el Paciente con Enfermedad Avanzada y su Cuidador desarrollado y validado conjuntamente por el área de Psicología del Departamento de Medicina de Dolor y Paliativa y el área de Psicología del Departamento de Neurología y Psiquiatría del INCMNZ (Grupo de Atención Psicosocial para Pacientes con Enfermedad Avanzada y sus Familiares, 2016). (Anexo 2).

El Cuestionario para la Evaluación del Dolor, versión corta (BPI-SF) es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar la severidad del dolor, el impacto en la funcionalidad diaria, la localización del dolor, los medicamentos usados para el alivio del dolor y la cantidad de alivio en las últimas 24 horas o la semana previa en pacientes adultos con dolor crónico y agudo. Consta de nueve reactivos, en los cuales se utiliza una Escala Numérica Análoga (ENA) del 0 al 10 en siete de ellos para evaluar la severidad y el impacto en la funcionalidad. Un reactivo contiene figuras de frente y reverso de la silueta humana para que el paciente localice la(s) zona(s) dolorosa(s) y otro reactivo tiene opciones de respuesta categóricas: Sí o No. Para su calificación, puede obtenerse un promedio de los reactivos que contienen opciones de respuesta ENA. La confiabilidad interna tiene rangos de  $\alpha$  de Cronbach de 0.77 a 0.91. Hasta el momento no se conoce una adaptación a la población mexicana, sin embargo, es un instrumento que por su utilidad clínica se utiliza cotidianamente en la práctica médica y psicológica en clínicas de dolor en México (The University of Texas MD Anderson Cancer Center, 2017). (Anexo 3).

La Escala para Catastrofización al Dolor (PCS) es un instrumento de autorreporte que evalúa la catastrofización al dolor y consta de 13 reactivos agrupados en tres factores: rumiación, magnificación y desesperanza, en donde se valora mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (0, nada en absoluto; 1, un poco; 2, moderadamente; 3, mucho y 4, todo el tiempo) el grado con el que se ha experimentado cada pensamiento o sentimiento mientras se tiene dolor. La escala permite obtener un puntaje total (0-52) y un puntaje para cada factor. A mayor puntuación, mayor catastrofización y un puntaje global de 30 representa un nivel clínicamente significativo de catastrofización para el instrumento original. La

validación del instrumento en el contexto mexicano se ha realizado en pacientes adultos con amputación, mostrando una  $\alpha$  de Cronbach de 0.94 para la escala total, de 0.92 para la subescala de rumiación, 0.74 para magnificación y 0.90 para desesperanza. La intensidad del dolor correlacionó positivamente con la puntuación total de la escala ( $r=0.54$ ,  $p=0.00$ ) y cada subescala: rumiación ( $r=0.56$ ), magnificación ( $r=0.33$ ) y desesperanza ( $r=0.55$ ). No se estableció un nuevo punto de corte (Seyler, Hernández-Guzmán, & Freyre, 2014; Sullivan, 2009). (Anexo 4).

El Diario de Dolor es un formato de autorregistro diario adaptado de Caudill (1998) donde se anotan los episodios de dolor y la intensidad, las situaciones, los pensamientos, las emociones y las conductas asociadas. Se recomienda que el registro se realice posterior al episodio de dolor para disminuir el sesgo de evocación, sin embargo, si no era posible se podía registrar al finalizar el día. (Anexo 5).

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) es un instrumento de autorreporte de 14 reactivos que valora los síntomas de ansiedad y depresión, excluyendo los síntomas somáticos, en pacientes adultos con comorbilidad médica. Consta de las subescalas de Ansiedad y Depresión, conformadas por siete reactivos intercalados, con opciones de respuesta tipo Likert con una puntuación de 0 a 3. Ha sido adaptada en México para su uso en diversas poblaciones con comorbilidad médica, siendo su adaptación en pacientes obesos mexicanos la que mejor rigor metodológico mostró. En esta adaptación, el punto de corte para Ansiedad es de 8 y para Depresión de 7. Sus propiedades psicométricas muestran una confiabilidad interna adecuada con una  $\alpha$  Cronbach

de 0.86, de 0.89 para la subescala de Ansiedad y de 0.72 para la subescala de Depresión, y validez convergente con entrevista clínica psiquiátrica (López-Alvarenga et al., 2002). (Anexo 6).

La Encuesta SF-36 es un instrumento autoaplicado de 36 preguntas que evalúa la calidad de vida asociada a variables de salud en poblaciones adultas. Consta de ocho subescalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; además, incluye una pregunta sobre la percepción de la transición del estado de salud. Para su calificación, por cada subescala las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican de acuerdo al manual de interpretación desarrollado por los autores originales (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993) , para después trasladarse a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). En su adaptación a la población mexicana evidenció propiedades psicométricas suficientes de confiabilidad (rangos de  $\alpha$  de Cronbach de 0.56 a 0.84). (Zúniga, Carrillo, Fos, Gandek, & Medina, 1999). (Anexo 7).

Al inicio de la intervención se aplicaron la Entrevista Clínica para Pacientes con Dolor Crónico, el BPI-SF, la PSC, el HADS, la Encuesta SF-36 y el Diario de Dolor. El BPI-SF, la PCS, el HADS y la Encuesta SF-36 también se aplicaron al final y al seguimiento del tratamiento, a fin de determinar los valores pre y postratamiento.

De forma específica, el Diario de Dolor se aplicó intermitentemente durante la primera parte de la intervención para evaluar la severidad, las cogniciones y las conductas asociadas al dolor. El HADS se aplicó durante tres semanas

consecutivas desde el inicio de la intervención, se suspendió su uso y se retomó semanalmente a partir de la sesión siete<sup>3</sup>.

### **Formulación Clínica de Caso**

Después del periodo de evaluación se realizó un análisis funcional de las variables que contribuyen a la sintomatología depresiva y el mantenimiento del dolor crónico en Rebeca, y se construyó el Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006) (Anexo 8) que permite apreciar de forma esquemática las relaciones encontradas. A continuación se detallan los elementos obtenidos durante la entrevista.

En el aspecto familiar, la familia nuclear de Rebeca se compone de sus dos padres (66 años su padre y 63 años su madre) y su hermana mayor (42 años), quien ya no vive en la casa paterna. Tiene contacto frecuente con otros miembros de su familia materna, siendo más cercana con algunas tías y una prima.

En el aspecto laboral, Rebeca está desempleada desde hace cinco años, tras ser despedida por el bajo rendimiento que presentaba en sus labores (atribuido al dolor y al estrés crónico) y a la solicitud constante de permisos para acudir a sus consultas médicas en el INCMNSZ. Depende económicamente de su padre y obtiene ingresos ocasionales mediante la colocación de uñas.

En el aspecto social, Rebeca tiene poco contacto con amistades y realiza pocas actividades fuera del hogar. Su principal fuente de apoyo es su madre, su tía y su prima. Sin embargo, previo al diagnóstico del Síndrome y al aumento del

---

<sup>3</sup> Ver Implementación del Tratamiento para mayores detalles.

dolor, contaba con una buena red de apoyo social y continuamente se involucraba en actividades sociales.

En el aspecto del estilo de vida, Rebeca realiza natación de forma irregular como única actividad física. Tiene hábitos alimenticios poco saludables y su consumo está asociado a aspectos emocionales. Su higiene de sueño es buena de forma general.

Algunos antecedentes de la historia del desarrollo de Rebeca que pueden tener un impacto en la evolución de los problemas actuales son: historia de problemas psiquiátricos de la madre con intento suicida, víctima de acoso escolar por parte de compañeros y profesores, síntomas no tratados de depresión en adolescencia, aborto espontáneo en la juventud temprana, cese de una relación intermitente de pareja por siete años, familiares con padecimientos físicos similares y creencias disfuncionales sobre la evitación de emociones negativas y las confrontaciones, tratar de ser perfecta y complacer a los demás, e incapacidad de ser amada.

Rebeca identifica el comienzo de sus comorbilidades médicas a los 22 años, posterior a un aborto espontáneo. A los 27 años, tras años de síntomas inexplicables, le fue diagnosticado Síndrome de Sjögren en el Hospital General de México y fue referida al INCMNSZ para una atención más especializada. Ahí fue canalizada, entre otras especialidades, al Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa para el tratamiento de los síntomas dolorosos persistentes. Considera que la presencia continua de síntomas físicos, pero principalmente el dolor, tuvo un impacto negativo en su calidad de vida y en el desarrollo de sus conductas problemáticas.

Desde el dolor, tiene episodios de dolor irruptivo, principalmente dolor neuropático con características ardorosas y punzantes, e incidental, asociado a situaciones de ansiedad, enojo y actividad excesiva; además cursa con alodinia. Las principales zonas de dolor son manos, pies, nuca, rodilla derecha y el área lumbar. Además del manejo farmacológico (que a veces no consume), las estrategias cognitivas no farmacológicas para el alivio del dolor son la distracción y centrar su atención en pensamientos positivos como *“estoy bien...no me duele...no está pasando...se va a pasar pronto”* (sic. paciente), mientras que las conductuales son acostarse y escuchar música.

Las situaciones de enojo se asocian principalmente a discusiones con su papá y hermana sobre sus episodios de dolor: *“mi papá me dice cuando tengo dolor: ‘ya vas a empezar otra vez con tu dolor, no llores, ¿para qué lloras?’... Mi hermana a veces me envía mensajes de ‘todo está en la mente’”* (sic. paciente).

Describe limitaciones en la funcionalidad para realizar labores domésticas y reduce o evita actividades asociadas a dolor, lo cual la ha llevado a aislarse socialmente, a experimentar sensación de soledad y a aumentar de peso. Cuando tenía pareja, evitaba el contacto físico porque éste le producía dolor. Además, ha tenido que realizar algunas modificaciones en su estilo de vida, por ejemplo, tener que usar sombrilla cuando realiza actividades en el exterior porque el contacto prolongado con el sol le produce dolor o *“...en el cine no puedo estar mucho tiempo porque el aire acondicionado hace que me duela”* (sic. paciente).

También tiene dificultades para obtener empleo y experimenta de forma frecuente emociones negativas como enojo, frustración, culpa y tristeza: *“A veces me siento culpable por sentirme así... ¿Cuándo va a acabar esto? Pero sé que es*

*una pregunta tonta porque yo sé que no va a acabar... A veces ya no quiero, ya me harté*" (sic. paciente). Todo esto contribuye al fortalecimiento de pensamientos y creencias disfuncionales *"la gente se siente incómoda conmigo... me da pena decir que me siento mal"* (sic. paciente), una baja percepción de autoeficacia *"A veces quisiera sentirme [igual de activa] como mi hermana pero no puedo"* (sic. paciente) y a una baja autoestima *"me siento menos que los demás...soy menos que los demás"* (sic. paciente).

Rebeca describe su experiencia como: *"...vivir en un dolor a veces es llevar un lastre..."* (sic. paciente).

Por otro lado, los principales síntomas depresivos eran: tristeza, llanto fácil, anhedonia, falta de energía, hiperfagia y sensación de inutilidad. Aunque no estaban presentes al momento de la evaluación, reportó historial de ideación suicida. Además de los cambios producidos por el dolor crónico, otros factores que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología depresiva son recuerdos sobre su bebé fallecido y el término de su relación de pareja, su "incapacidad" para mantener o conseguir un empleo, la dependencia económica hacia su papá y la falta de cumplimiento de expectativas personales sobre su vida.

## **Tratamientos**

### **Elección del Tratamiento**

Considerando los resultados de la evaluación, Rebeca presentaba dos problemáticas generales: el impacto del dolor crónico en diferentes áreas de su vida y la sintomatología depresiva, lo que condicionaba una pobre calidad de vida. Se decidió revisar la literatura en estas áreas para generar una intervención que



permitiera una mejor adaptación a su condición de salud y lograr una mejor capacidad funcional (Sánchez-Sosa, 2002).

El tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico (TCC-DC) tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de quien lo padece mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

- Proporcionar una visión sobre el dolor como una condición manejable.
- Enseñar estrategias más adaptativas de afrontamiento.
- Transformar al paciente en un agente activo, hábil y competente, a través del fortalecimiento de la sensación de control y autoeficacia.
- Demostrar la asociación entre pensamientos, emociones, conducta y dolor, y modificar patrones desadaptativos.
- Promover el mantenimiento y la generalización de estrategias (Okifuji & Ackerlind, 2007; Turk & Gatchel, 2002; Turk & Flor, 2013).

El TCC-DC se compone de seis fases interrelacionadas en donde se desarrollan gradualmente los objetivos específicos:

- *Evaluación*: se busca comprender los factores biopsicosociales que contribuyen al estado actual del paciente, desarrollar la alianza terapéutica, delimitar y jerarquizar problema, y establecer objetivos.
- *Reconceptualización del dolor*: involucra una reorientación constante hacia el dolor como una experiencia multidimensional, controlable y modificable.
- *Adquisición de habilidades*: se refiere al aprendizaje de habilidades cognitivas y conductuales que se usan para disminuir el impacto del dolor.

- *Consolidación de habilidades:* a través de tareas para el hogar se promueve la ejecución de las habilidades practicadas en sesión en el ambiente natural del paciente, facilitando el reconocimiento de obstáculos y maneras para mejorar la implementación.
- *Generalización y mantenimiento:* se alienta al paciente a anticipar y planear para el periodo de postratamiento, enfocándose en la identificación de las condiciones necesarias para mantener los logros obtenidos y de los problemas que puedan facilitar las recaídas y los episodios de dolor.
- *Seguimiento y refuerzo:* debido a la naturaleza crónica de esta problemática, se recomienda programar sesiones a uno, tres y seis meses posteriores a la finalización del tratamiento, para evaluar el progreso, reforzar los esfuerzos del paciente e identificar dificultades ocurridas (Murphy et al., 2017; Turk & Flor, 2013).

Las principales habilidades cognitivas y conductuales que conforman el TCC-DC y se describen detalladamente en diversos protocolos (Murphy et al., 2017; Otis, 2007; Thorn, 2004) son:

- *Psicoeducación sobre el dolor crónico:* se explica el modelo cognitivo-conductual y su aplicación al dolor crónico, el modelo biopsicosocial del dolor y la asociación del estrés con el dolor.
- *Entrenamiento en relajación:* se instruye al paciente sobre diversas técnicas de relajación que le permiten ejercer control sobre algunas sensaciones fisiológicas. Entre las estrategias más comunes están la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginería.

- *Reestructuración cognitiva:* se identifican los pensamientos automáticos negativos y las creencias disfuncionales que mantienen o exacerban el dolor, se evalúan y se modifican por pensamientos y creencias más adaptativas.
- *Actividad física:* se realiza un programa gradual de acondicionamiento físico y se resalta su importancia como estrategia para reducir el dolor.
- *Manejo del estrés:* se reconocen estresores personales y se enseñan diferentes estrategias para reducir el estrés.
- *Regulación de actividades:* se enseña a adecuar el ritmo de las actividades, centrándose en el logro de objetivos y no en el dolor.
- *Programación de actividades agradables:* se describen e incorporan en la rutina diaria actividades agradables reducidas o abandonadas a causa del dolor crónico. Pueden realizarse de forma individual o conjuntamente con alguna fuente de apoyo social.
- *Entrenamiento en habilidades de comunicación:* se muestra la comunicación asertiva como una forma de mejorar la calidad en las interacciones sociales del paciente y se genera un plan para su implementación.
- *Higiene de sueño:* se determinan las consecuencias del dolor en el sueño y se enseñan diferentes estrategias para lograr o preservar una buena higiene de sueño.

- *Prevención de recaídas*: en conjunto con el paciente, se resumen las habilidades adquiridas a lo largo del tratamiento, se anticipan posibles problemas y se establecen posibles soluciones, y se crean metas futuras.

Ejemplos de los efectos de las intervenciones cognitivo-conductuales para el dolor crónico ya se han mostrado en otra sección de este documento.

Por otro lado, para el tratamiento de los síntomas depresivos las guías internacionales de práctica clínica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010) sugieren las siguientes pautas de intervención:

- Determinar la severidad de la depresión.
- En presencia de síntomas subumbrales persistentes o depresión leve – moderada se recomiendan:
  - *Intervenciones psicosociales*: programas de autoayuda sustentados en los principios de la TCC (incluyendo solución de problemas y activación conductual), TCC computarizada o un programa estructurado de actividad física, o
  - *Intervenciones psicológicas*: TCC grupal, o
  - *Intervenciones farmacológicas*: solamente en algunos casos.
- En presencia de los síntomas del rubro anterior sin respuesta al tratamiento o depresión moderada – severa se recomiendan:
  - *Intervenciones farmacológicas*: normalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), e
  - *Intervenciones psicológicas*: TCC, terapia interpersonal, activación conductual, terapia conductual de pareja.

La mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas se recomiendan por un periodo de 3 – 4 meses, con sesiones semanales.

Desde el modelo cognitivo, las estrategias cognitivas y conductuales incluyen: psicoeducación del modelo cognitivo y la depresión, reestructuración cognitiva, búsqueda de soluciones alternativas, programación de actividades, asignación de tareas graduales y entrenamiento en asertividad (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

La evidencia reporta efectos de pequeños a grandes de las intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en adultos y ancianos al compararse con lista de espera, placebo o tratamiento activo (psicoterapéutico o farmacológico), y mantenimiento de los efectos a largo plazo (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Furukawa et al., 2017; Serfaty et al., 2009).

El tratamiento del dolor crónico y la sintomatología depresiva y/o ansiosa incorpora estrategias cognitivas y conductuales comunes a ambas condiciones, adaptándose a las necesidades de cada paciente (Asmundson et al., 2008), sin embargo, no existe un protocolo que intervenga simultáneamente sobre estas problemáticas.

Considerando que las intervenciones cognitivo-conductuales para el dolor crónico han probado su efectividad sobre el ánimo y que las estrategias usadas para ambas condiciones no son mutuamente excluyentes, se concibió un tratamiento enfocado principalmente al manejo del dolor crónico basado en protocolos probados empíricamente para esta problemática (Otis, 2007; Thorn, 2004). En la Tabla 3 se pueden observar los módulos y el número de sesiones

planeados, así como el número de sesiones que se requirieron cuando el tratamiento se implementó.

La intervención se proyectó para una modalidad individual, cara-a-cara, con sesiones semanales de 50 minutos programadas en el consultorio del área de Psicología de Cuidados Paliativos, perteneciente al Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del INCMNSZ, y estaría a cargo de la misma terapeuta desde el comienzo hasta el seguimiento.

Tabla 3

**Descripción de los módulos de la intervención, número de sesiones estimadas y número de sesiones realizadas**

<b>Módulo</b>	<b>Sesiones estimadas</b>	<b>Sesiones realizadas</b>
1. Evaluación y desarrollo de la alianza terapéutica	2	4
2. Psicoeducación sobre el dolor y el modelo cognitivo	1	4
3. Entrenamiento en relajación	2	2
4. Identificación y modificación de pensamientos disfuncionales	3	5
5. Regulación de actividades	2	6
6. Programación de actividades agradables	2	5
7. Manejo del estrés	1	1
8. Higiene de sueño	1	2
9. Comunicación asertiva	2	2
10. Manejo del enojo	1	1
11. Solución de problemas	2	2
12. Prevención de recaídas y mantenimiento	2	2
13. Seguimiento	1	1

A continuación se describen para cada módulo los objetivos, el número de sesiones, los materiales requeridos, la estructura y contenido de la sesión, y las tareas para el hogar planeados.

## **Módulo 1. Evaluación y desarrollo de la alianza terapéutica**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Evaluar el estado de ánimo, la localización e intensidad del dolor y el nivel de funcionalidad de paciente.
  - Explicar la función del psicólogo en una clínica especializada de dolor.
  - Identificar los problemas del paciente.
  - Comenzar a desarrollar la alianza terapéutica.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - Entrevista clínica para pacientes con dolor
  - HADS
  - Encuesta SF-36
  - BPI
  - PCS
- **Estructura y contenido de la sesión:** se explora y corrige, en caso necesario, el conocimiento del paciente sobre la función del psicólogo en una clínica especializada de dolor para conocer expectativas sobre el terapeuta y el tratamiento. Posteriormente, se comienza con la entrevista clínica siguiendo el formato preestablecido, sin embargo, se permite que el paciente profundice en temas que considere relevantes, con lo cual se obtiene información adicional y se fortalece la alianza terapéutica. Finalmente se comienza la aplicación de cuestionarios.

- **Tarea para el hogar:** Si el tiempo de la sesión no fuera suficiente, se le entregan al paciente los cuestionarios restantes y se le pide que acuda a la próxima sesión con ellos.

## **Módulo 2. Psicoeducación sobre el dolor y el modelo cognitivo**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Retroalimentar sobre los resultados de las evaluaciones.
  - Establecer el plan de tratamiento.
  - Obtener consentimiento del paciente.
  - Introducir los elementos del modelo cognitivo y su asociación con el dolor.
  - Explicar el modelo biopsicosocial del dolor.
- **Número de sesiones:** Se estima una sesión.
- **Materiales requeridos:**
  - Carta de Consentimiento Informado para Reporte de Casos
  - Hoja de trabajo: Mapa Clínico de Patogénesis
  - Hoja de trabajo: Diario de Dolor
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se da una breve retroalimentación al paciente sobre los resultados obtenidos de sus evaluaciones y se responden dudas que puedan surgir. En conjunto con el paciente y partiendo del análisis funcional realizado por la terapeuta, se establecen los objetivos de tratamiento. Además, se obtiene el permiso del paciente para utilizar su caso y el tratamiento seguido como evaluación de las



competencias adquiridas por la terapeuta en el periodo de realización del grado de maestría, aclarando cualquier duda que pueda presentarse. A través de la obtención de ejemplos de la vida diaria del paciente y de la normalización de experiencias con otros pacientes con dolor crónico, se explica verbalmente la triada cognitiva en el dolor crónico y la forma en que actualmente se conceptualiza el dolor, identificando los diversos factores que pueden influir sobre su mantenimiento y empeoramiento.

- **Tarea para el hogar:** Se entrega el Diario de Dolor al paciente, se explica su uso y se pide que durante la semana realice su llenado.

### **Módulo 3. Entrenamiento en relajación**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Identificar fuentes de estrés en la vida de la persona, incluyendo el dolor.
  - Psicoeducación sobre el estrés y su asociación con el dolor.
  - Reconocer sensaciones fisiológicas asociadas al estrés.
  - Enseñar y practicar ejercicios de relajación: respiración diafragmática, ejercicios de tensión-distensión e imaginación.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - Folleto de Técnicas de Relajación: Tensión-Distensión (Anexo 9).
  - Folleto de Respiración Diafragmática (Anexo 10).

- Hoja de trabajo: Bitácora de práctica de respiración y relajación (Anexo 11).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Con los ejemplos obtenidos de la tarea se refuerza el modelo cognitivo y biopsicosocial del dolor. Se da una breve psicoeducación sobre la función del estrés en la vida diaria, las consecuencias de mantener niveles elevados de estrés por periodos prolongados y el papel del dolor crónico como una fuente de estrés, contribuyendo a un ciclo vicioso de mantenimiento. Se invita al paciente a identificar sus sensaciones corporales cuando se encuentra “estresado” y, en caso de no lograrlas describir, se brindan ejemplos de otros pacientes. Posteriormente se enseñan, modelan y moldean tres técnicas de relajación.
- **Tareas para el hogar:**
  - Se le pide al paciente que en casa revise con detenimiento los folletos entregados y tome nota de dudas que puedan surgir para aclararlas en la próxima sesión.
  - Practicar al menos dos veces al día los ejercicios de relajación (el de su elección) y registrar los resultados obtenidos, así como observaciones sobre su ejecución.
  - Continuar con el llenado del Diario de Dolor.

#### **Módulo 4. Identificación y modificación de pensamientos disfuncionales**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:

- Introducir el concepto de los tres niveles cognitivos y las distorsiones cognitivas más comunes en personas con dolor crónico.
  - Identificar pensamientos automáticos recurrentes y distorsiones cognitivas en situaciones de dolor y ánimo disfórico.
  - Evaluar la precisión de los pensamientos automáticos negativos.
  - Modificar los pensamientos automáticos negativos por pensamientos más adaptativos.
  - Valorar el efecto de esta modificación en el ánimo y la conducta.
- **Número de sesiones:** Se estiman tres sesiones.
  - **Materiales requeridos:**
    - Diario de Dolor
    - Hoja informativa: Distorsiones Cognitivas (Anexo 12).
    - Hoja de trabajo: Búsqueda de Evidencia (Anexo 13).
  - **Estructura y contenido de la sesión:** con el llenado previo del Diario de Dolor, se introducen los conceptos de pensamientos automáticos (negativos), creencias intermedias y centrales. Se explica el efecto que estos pensamientos tienen en el ánimo y la conducta, y en el mantenimiento o exacerbación del dolor. Se identifican pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas recurrentes, mediante la hoja informativa de Distorsiones Cognitivas, y se comienza el proceso de reestructuración cognitiva utilizando la hoja de trabajo de Búsqueda de Evidencia, enseñando al paciente diversas formas en las cuales puede generar pensamientos más útiles y realistas, evaluando también su efecto

en el ánimo y la conducta, reforzando así el modelo cognitivo. Se invita al paciente a que continúe con este proceso de identificación, evaluación y modificación a lo largo del tratamiento.

- **Tarea para el hogar:** Se le pide al paciente que trabaje con los pensamientos identificados en los Diarios de Dolor nuevos y anteriores, y acuda a sesión con los pensamientos adaptativos obtenidos. Además, se le sugiere que coloque estos pensamientos en tarjetas pequeñas, visibles y en un lugar de fácil acceso para usarlas cuando se tenga un episodio de dolor o ánimo disfórico.

### **Módulo 5. Regulación de actividades**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Enseñar el ciclo dolor – descanso.
  - Instruir el método de regulación de actividades “ritmo basado en el tiempo”.
  - Planear la aplicación del método en diferentes actividades, particularmente aquellas que sean más importantes y generen más dolor para el paciente.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - Hoja de trabajo: Regulación de Actividades (Anexo 14).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se explica al paciente el ciclo dolor – descanso que se produce como resultado de la realización de actividades

de la vida cotidiana y el cual es común en personas con dolor crónico. Se solicitan ejemplos del paciente mientras se brinda la explicación. Posteriormente, se le enseña el método “ritmo basado en el tiempo” para regular la cantidad de actividad que realiza y prevenir la aparición o incremento de dolor, incorporando periodos de descanso en diferentes momentos de la actividad, fomentando además la sensación de control y autoeficacia. Finalmente, se trabaja colaborativamente con el paciente para identificar actividades que le produzcan dolor, de menor a mayor intensidad, aplicar este método y evaluar los resultados.

- **Tarea para el hogar:** Aplicar el método en la realización de las actividades seleccionadas en sesión y evaluar los resultados. Además, identificar obstáculos que se presentaron en la práctica del método.

### **Módulo 6. Programación de actividades agradables**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Identificar actividades agradables para el paciente.
  - Describir la frecuencia de realización de las actividades identificadas.
  - Programar la realización de actividades agradables.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - Lista de Actividades Agradables (Anexo 15).
  - Hoja de trabajo: Agenda de Actividades Agradables (Anexo 16).

- **Estructura y contenido de la sesión:** Se explica al paciente que una de las consecuencias del dolor crónico es la disminución en la realización de actividades agradables y se le pide que brinde ejemplos de actividades gratificantes para sí mismo que ha dejado de hacer a causa del dolor. Se resalta la importancia de la reincorporación de estas actividades en la rutina diaria como fuente de reforzamiento positivo. De un listado de actividades agradables, se le pide al paciente que escoja aquellas que le sean más atractivas y/o agregue algunas que no se mencionan, y registre la frecuencia de realización. Una vez identificadas, se programa la realización de dos o tres a lo largo de una semana, prestando particular atención a los posibles obstáculos que puedan existir, y se pide que lo registre en la hoja de trabajo correspondiente, prestando atención a los efectos que tiene esto.
- **Tarea para el hogar:** Registrar una línea base de la frecuencia de realización de actividades agradables y registrar el cumplimiento de la planeación realizada en sesión. Asimismo, se pide identificar obstáculos que no fueron contemplados en sesión.

### **Módulo 7. Manejo del estrés**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Retomar la psicoeducación sobre estrés y sus efectos en el dolor.
  - Enseñar formas para reducir el estrés.
  - Planificar la ejecución de alguna sugerencia para reducir el estrés.

- **Número de sesiones:** Se estima una sesión.
- **Materiales requeridos:**
  - Hoja informativa: Manejo del estrés (Anexo 17).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se exploran los conocimientos del paciente sobre el estrés y su asociación con el dolor (previamente revisados); si la información que proporciona es incompleta o errónea, se realiza una breve psicoeducación auxiliada por ejemplos proporcionados durante las sesiones por el paciente. Se retoman e incorporan nuevas fuentes de estrés identificadas por el paciente. Se explican diferentes formas para reducir el estrés, centrando la atención en estrategias para modificar el estilo de vida. Una vez descritas, se invita al paciente a escoger un hábito del estilo de vida que desee modificar y en conjunto se realiza una planeación de cambio gradual. Se anticipan obstáculos.
- **Tarea para el hogar:** Ejecutar el plan de modificación de hábitos al estilo de vida y evaluar sus efectos.

### **Módulo 8. Higiene de sueño**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Explicar la importancia de una buena higiene de sueño.
  - Identificar problemas ocasionados en el ciclo de sueño por el dolor.
  - Enseñar estrategias de higiene de sueño.
- **Número de sesiones:** Se estima una sesión.
- **Materiales requeridos:**

- Hoja de trabajo: Higiene de Sueño (Anexo 18).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se explica al paciente la importancia de una buena higiene de sueño y los efectos nocivos que el dolor o estados de ánimo disfóricos pueden tener sobre el sueño, solicitándole ejemplos de su vida cotidiana o proporcionándole algunos que son comunes a pacientes con dolor crónico. Se revisan algunas recomendaciones para una buena higiene de sueño, se le pide que registre la frecuencia de realización y se programa la realización de la que tiene menor frecuencia de ocurrencia.
- **Tarea para el hogar:** Registrar el uso de hábitos de higiene de sueño por una semana.

### **Módulo 9. Comunicación asertiva**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Enseñar la diferencia entre comunicación pasiva, agresiva y asertiva.
  - Identificar situaciones en donde se pueda emplear la comunicación asertiva.
  - Modelar y moldear la comunicación asertiva.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - Hoja de trabajo: Comunicación asertiva (Anexo 19).
  - Hoja de trabajo: Comunicación asertiva, versión corta (Anexo 20).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se describen los tres tipos de comunicación que pueden existir en las relaciones interpersonales,



introduciéndose la comunicación asertiva como una forma de expresar necesidades de una forma adecuada y apropiada. Con ejemplos mencionados durante las sesiones o solicitando nuevos, se completa en sesión la hoja de trabajo “Comunicación asertiva” y se realiza un ejercicio de práctica de comunicación asertiva. De esta se pueden identificar posibles obstáculos que le impidan al paciente emplear esta estrategia.

- **Tarea para el hogar:** Identificar situaciones durante la semana en las cuales pueda emplear la comunicación asertiva y generar una petición asertiva. Si lo desea, puede emplear la técnica o puede revisarla primero en sesión y posteriormente aplicarla.

### **Módulo 10. Manejo del enojo**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Enseñar las principales características de la emoción del enojo y su importancia en el funcionamiento adecuado de la persona.
  - Describir la relación entre el enojo y el dolor.
  - Aprender estrategias de regulación del enojo.
- **Número de sesiones:** Se estima una sesión.
- **Materiales requeridos:**
  - Hoja informativa: Manejo de Enojo (Anexo 21).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se brinda una breve psicoeducación sobre el enojo y se normaliza su ocurrencia. Se describen mediante

ejemplos, las consecuencias de esta emoción en el dolor y viceversa, y se enseñan algunas estrategias para su manejo adecuado.

- **Tarea para el hogar:** Identificar y jerarquizar situaciones que generan enojo, y emplear alguna o varias estrategias para su manejo, evaluando su efecto.

### **Módulo 11. Solución de problemas**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Plantear problemas en términos conductuales
  - Enseñar la estrategia de seis pasos para solucionar problemas.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - Hoja de trabajo: Resolución de problemas (Anexo 22).
- **Estructura y contenido de la sesión:** En conjunto con el paciente, se identifica un problema y se plantea en términos conductuales, permitiendo su análisis en partes más pequeñas. Mediante la hoja de trabajo se explican una serie de pasos consecutivos que permiten la generación de soluciones viables ante los problemas que plantea el paciente, el análisis de las ventajas y desventajas, el desarrollo de un plan de acción y la evaluación posterior a la implementación de la solución seleccionada, con la posibilidad de regresar tantas veces sea necesario en el proceso.

- **Tarea para el hogar:** Realizar el llenado de una nueva hoja de trabajo y evaluar la solución seleccionada. Acudir a la sesión con observaciones sobre el desarrollo del proceso y obstáculos no identificados en sesión.

## **Módulo 12. Prevención de recaídas y mantenimiento**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Evaluar el progreso realizado a lo largo del tratamiento.
  - Planificar estrategias de manejo para futuros episodios de dolor y/o recaída.
  - Establecer metas futuras.
- **Número de sesiones:** Se estiman dos sesiones.
- **Materiales requeridos:**
  - HADS
  - SF-36
  - BPI
  - PCS
  - Hoja de trabajo: Prevención de Recaídas (Anexo 23).
- **Estructura y contenido de la sesión:** Se obtiene una evaluación objetiva y subjetiva del progreso realizado por el paciente mediante la aplicación de las pruebas psicométricas usadas al inicio del tratamiento y preguntas semiestructuradas sobre esta índole. Siguiendo la hoja de trabajo, se reflexiona con el paciente sobre el significado de una recaída y/o un episodio de dolor y las estrategias que mejor resultado le han producido,

diseñando un plan de acción en caso de su ocurrencia. Además, se fomenta continuar con la práctica de las estrategias aprendidas para el mantenimiento del progreso obtenido y se colabora en el planteamiento de nuevas metas.

- **Tarea para el hogar:** Si el tiempo de la sesión se agotara, se le pide completar la hoja de trabajo y reflexionar sobre metas para el futuro.

### **Módulo 13. Seguimiento**

- **Objetivos:** Los objetivos principales de este módulo son:
  - Evaluar el mantenimiento de los resultados del paciente.
  - Identificar nuevos problemas.
  - Reforzar el uso de estrategias y la autoeficacia del paciente.
- **Número de sesiones:** Se estima una sesión.
- **Materiales requeridos:**
  - HADS
  - BPI
  - SF-36
  - PCS
- **Estructura y contenido de la sesión:** Posterior a un mes de la finalización del tratamiento se evalúa el mantenimiento de los resultados obtenidos y el surgimiento de nuevos problemas, brindando recomendaciones para su abordaje. Además, se explora el uso de las habilidades adquiridas durante la intervención y su efecto, reforzando el esfuerzo del paciente.

## **Implementación del Tratamiento**

A continuación se describe detallada y cronológicamente el desarrollo de la intervención planeada. En la Tabla 4 aparece un resumen de las actividades realizadas, las fechas en que ocurrieron y algunos detalles relevantes.

*Sesiones 1 y 2.* Estas sesiones se centraron en la identificación de las reacciones emocionales, los pensamientos y las conductas problemáticas de Rebeca y algunos antecedentes, centrando la atención hacia la experiencia dolorosa. Con los ejemplos proporcionados en las sesiones, se le enseñó a usar el Diario de Dolor como una forma de registrar episodios de dolor y los elementos de la triada cognitiva asociados. Debido a la sintomatología depresiva también se acordó registrar episodios en donde experimentara mayor intensidad en la tristeza. Además se respondieron los cuestionarios. Se identificó una buena motivación al tratamiento.

Observaciones: Se decidió tener sesiones de 90 minutos para cubrir la información planteada para cada sesión y permitir mayor profundización en el discurso de la paciente. Se firmó el Consentimiento Informado.

*Sesión 3.* Se abordaron las dificultades experimentadas en el registro del Diario de Dolor por considerar que serían un obstáculo para el uso posterior de esta herramienta. Rebeca identificó dos emociones principales ante esta actividad: vergüenza y enojo, y mantuvo pensamientos como *“me sentía expuesta”* (sic. paciente) y *“¿Por qué tengo que estar haciendo esto?”* (sic. paciente). Se comenzó a identificar una probable creencia intermedia de evitación y represión de las emociones negativas. Se trabajó mediante reestructuración cognitiva la modificación de estos pensamientos con efectos positivos, se trasladó el momento

del registro hacia el final del día y Rebeca se comprometió a intentar realizar un nuevo registro.

Tabla 4

**Síntesis de actividades realizadas en el tratamiento de Rebeca**

Semana	Fecha	Sesión	Actividad	Observaciones
0 - 1	30/ Enero y 13/ Febrero	1 - 2	Entrevista clínica sobre dolor. Psicoeducación modelo cognitivo: Diario de Dolor.	Se plantearon sesiones de 90 min.
2	20/Febrero	3	Reestructuración cognitiva ante el registro del Diario de Dolor.	
3 - 4	27/Febrero y 06/ Marzo	4 - 5	Entrevista clínica. Psicoeducación en el modelo cognitivo-conductual y en estrés-dolor.	
5 - 8	13/ Marzo a 04/ Abril		<i>No acudió</i>	<i>Cuadro de bronquitis</i>
9	10/Abril	6	Entrenamiento en relajación.	
10 -13	17/ Abril a 11/ Mayo		<i>No acudió</i>	<i>Periodo vacacional de psicóloga y accidente del papá de Rebeca</i>
14	15/Mayo	7	Entrenamiento en relajación. Reestructuración cognitiva.	
15 - 16	25 y 29/ Mayo		<i>No acudió</i>	<i>Anhedonia y falta de energía</i>
16	01/ Junio	8	Exploración de síntomas depresivos.	
17	05 y 09/ Junio		<i>No acudió</i>	<i>Dolor descontrolado</i>
18	12 y 16/ Junio	9 - 10	Comunicación asertiva.	Se plantearon sesiones dos veces por semana
19	19 a 23/ Junio		<i>No acudió</i>	<i>Dolor descontrolado. Fallecimiento de tía.</i>
20	26/06	11	Regulación de actividades.	
20 - 21	30/ Junio a 07/ Julio		<i>No acudió</i>	<i>Dolor descontrolado</i>
22 - 23	10, 14 y 17/ Julio	12 - 14	Regulación de actividades. Programación de actividades agradables.	Se comenzaron sesiones vía telefónica
23 - 24	21 y 25/Julio		<i>No acudió</i>	<i>Dolor descontrolado.</i>
24	28/Julio	15 - 16	Regulación de actividades. Programación de actividades agradables.	
25 - 26	31/ Julio, 04 y 07/ Agosto	17 - 18	Reestructuración cognitiva.	

Tabla 4 Continuación

**Síntesis de actividades realizadas en el tratamiento de Rebeca**

<b>Semana</b>	<b>Fecha</b>	<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Observaciones</b>
26	11/ Agosto		<i>No se realiza la sesión</i>	<i>Gripa y dolor en garganta</i>
27	14/ Agosto	19	Reestructuración cognitiva	Se identifica ansiedad ante mejoría.
27 - 29	17, 21 y 25/ Agosto		<i>No se realiza sesión</i>	<i>Dificultades para coordinar el horario y vacaciones de Rebeca</i>
29	28/ Agosto	20	Ensayo encubierto de entrevista de trabajo	
	01/ Septiembre		<i>No se realiza la sesión</i>	<i>Problemas técnicos</i>
30	05/ Septiembre	21	Ensayo encubierto de entrevista de trabajo	
	08/ Septiembre		<i>No se realiza la sesión</i>	<i>Rebeca no estaba lista</i>
31	12/ Septiembre	22	Manejo del estrés. Higiene de sueño.	
31 - 32	15, 18 y 22/ Septiembre		<i>No se realiza la sesión</i>	<i>Cuadro de infección respiratoria</i>
33	26/ Septiembre	23	Higiene de sueño. Solución de problemas.	
	29/ Septiembre		<i>No se realiza la sesión</i>	<i>Problemas técnicos</i>
34	02/ Octubre	24	Solución de problemas. Manejo del enojo.	
	06/ Octubre		<i>No se realiza la sesión</i>	<i>Dolor descontrolado</i>
35	09/ Octubre	25	Afirmaciones positivas.	
35 - 36	13 y 16/ Octubre	26 - 27	Prevención de recaídas y mantenimiento.	
40	16/ Noviembre	28	Seguimiento	

*Sesiones 4 y 5.* Estas sesiones se dedicaron a la continuación de la entrevista clínica general para poder comprender de mejor forma los patrones cognitivos, emocionales y conductuales presentes, centrando la atención en la historia de desarrollo e historia psiquiátrica. Además, se continuó la psicoeducación sobre el modelo cognitivo – conductual y se comenzó la psicoeducación de la relación estrés – dolor utilizando los ejemplos registrados en el Diario de Dolor.

Observaciones: Acudió con los registros del Diario de Dolor y reconoció pensar de forma menos negativa ante esta actividad y sentirse más motivada.

Rebeca no acudió en tres citas consecutivas por presentar un cuadro de bronquitis. En todas las ocasiones que correspondía a su cita llamaba para reportarse.

*Sesión 6.* Dado el periodo entre la última sesión y ésta, se retomaron aspectos de psicoeducación del modelo cognitivo – conductual para el dolor y la depresión, y se responden las dudas de Rebeca sobre este enfoque. Se comenzó el entrenamiento en relajación con una práctica en sesión y su continuación en casa apoyada con folletos diseñados para este fin donde se describen los pasos de las técnicas. Además, se le entregó un formato para evaluar la efectividad de la técnica. No se identificaron obstáculos para la realización de esta tarea.

Observaciones: Durante su ausencia no continuó el registro del Diario de Dolor por sentirse con malestar físico, pero se acuerda retomar esta actividad. También comenzó a tomar apuntes sobre el contenido de las sesiones. Expresa con mayor naturalidad sus emociones y pensamientos.

Se tuvo un periodo vacacional de dos semanas por parte de la psicóloga tratante. La siguiente cita Rebeca no acudió porque desconocía que estaba programada y, nuevamente, a la siguiente cita no acude porque su padre sufre accidente y lo trasladará al hospital.



*Sesión 7.* Se evaluó la ejecución y efectividad del entrenamiento en relajación. En las últimas semanas había experimentado dolor articular con mayor frecuencia e intensidad y acudió a la sesión con dolor, por lo cual se decidió conjuntamente implementar imaginación guiada para reducir la intensidad del dolor y permitirle continuar trabajando durante la sesión. También se comenzó el proceso de reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos negativos registrados en el Diario de Dolor usando el formato de Distorsiones Cognitivas para motivar la identificación de distorsiones cognitivas comunes en Rebeca y el de Búsqueda de Evidencia para evaluar la veracidad del pensamiento. Para trabajar en sesión, escogió el pensamiento automático negativo de “*sigo sola y moriré sola*” que ocurrió en un episodio de tristeza, evaluándose el porcentaje de creencia en él antes (90%) y después (70%) de la reestructuración.

Observaciones: No acudió con el formato de evaluación del entrenamiento en relajación pero se comprometió a acudir con él en la próxima sesión y de realizar el llenado de uno nuevo para la práctica de imaginación. Acudió con el Diario de Dolor de las semanas previas llenado. Como tarea para el hogar se decidió continuar con la identificación de distorsiones cognitivas en los Diarios de Dolor previos y el llenado del formato de Búsqueda de Evidencia trabajado en sesión. Debido a errores de entendimiento de las indicaciones del Dr. Edgar Landa con respecto a la valoración del estado de ánimo, se perdieron tres evaluaciones de éste que, al ser identificados en asesoría, fueron corregidos y se comenzó la aplicación semanal del HADS a partir de esta sesión.

Rebeca no acudió a las dos citas siguientes y cuando se tuvo contacto telefónico con ella comentó: “[se ha sentido] *muy deprimida, no tengo ganas de nada, mi mamá batalla para levantarme de la cama. Todo está mal, tengo 39 años y no tengo un trabajo, tengo que conseguir un trabajo y se me juntaron muchas cosas*” (sic. paciente). Rebeca aceptó acudir a una cita para profundizar en el contenido de lo expresado.

*Sesión 8.* Rebeca comenta que desde la última sesión experimentó una exacerbación de la tristeza, el enojo, la culpa y la anhedonia. Identificó como evento detonador el conocimiento de la situación económica de su papá y tuvo pensamientos como: “...y yo aquí, sin hacer nada, en vez de rendirles a mis papás y ser un sostén para ellos, soy todo lo contrario; me siento una inútil; si me muriera mis papás estarían mejor sin mí, pues ya no tendrían tantos gastos” (sic. paciente). Ante esto, decidió comenzar a buscar empleo, sin embargo, mientras lo hacía tenía pensamientos como: “me acordaba de las épocas fatales que viví cuando trabajaba en eso [contadora], de estrés y de sentirme también que no lo estaba haciendo bien, siempre me sentía como la estúpida... Tengo mucho miedo de equivocarme y que me vuelvan a correr” (sic. paciente). Además, se percató de que la mayoría de empleos se ubican al sur de la CDMX y ella vive en el norte de la ciudad, el sueldo es bajo y no se siente suficientemente capacitada para un empleo de mayor jerarquía. Esto le hizo recordar las dificultades que representa tener una enfermedad: “como que me avergüenza decir que estoy enferma por los comentarios de la gente” (sic. paciente) y en la distancia que existe entre sus expectativas de vida ideales y su situación actual.

Otro evento significativo que le generó enojo y vergüenza fue la falta de pago de sus servicios de colocación de uñas por parte de su hermana, pues considera que no tiene la suficiente capacidad para cobrarle.

Rebeca se ha percatado que la jardinería es una actividad que le resulta agradable y realiza con frecuencia cuando se encuentra de mejor ánimo. Desde el fin de semana anterior a esta sesión, ella retomó la jardinería, aunque reconoce que sus síntomas emocionales persisten.

Finalmente, se abordó su inasistencia para explorar dificultades en la relación terapéutica. Ella comentó *“me daba vergüenza que [usted pensara que] yo no estoy comprometida o no me interesa, o a gusto con el tratamiento, lo cual no es cierto, o que sintiera que íbamos avanzando muy bien y ahora yo voy en retroceso, y que se enojara conmigo o usted se sintiera mal; o que no le estoy poniendo atención”*. Esto dio oportunidad para brindar psicoeducación sobre la depresión, normalizar la exacerbación de síntomas y modificar las creencias que puedan impactar negativamente sobre la relación terapéutica. Rebeca aceptó continuar el tratamiento.

Observaciones: Ante lo expresado por Rebeca, se decidió replantear el orden de implementación de las estrategias para lograr una disminución de sus síntomas depresivos.

Rebeca no acudió en las dos citas siguientes por tener dolor articular descontrolado asociado a exceso de actividad. Considerando que la literatura reporta buena efectividad de intervenciones cognitivo-conductuales vía telefónica en dolor crónico (Carmody et al., 2013) y en otras poblaciones (Mohr et al., 2005),

se le ofreció la posibilidad de tomar la sesión bajo esta modalidad pero prefirió acudir al consultorio.

*Sesión 9.* En esta sesión, ante la necesidad de replantear la estructura del orden de las intervenciones, se le presentó a Rebeca una hoja donde aparecen los módulos a desarrollarse y se mostró entusiasta. Se comenzó a trabajar sobre Comunicación Asertiva pues se consideró que esta habilidad le permitiría mejorar el intercambio en sus relaciones interpersonales y podría aumentar con mayor facilidad su percepción de autoeficacia. Se utilizó la hoja de trabajo para este contenido y como tarea para el hogar se le pidió completar la hoja trabajada en sesión y, si la ocasión se presentaba, realizar un intercambio asertivo. No se identificaron obstáculos para su realización.

Con respecto al dolor, describió que tras sentirse bien físicamente, excedió su nivel de actividad y en los días posteriores experimentó una agudización del dolor, lo que provocó discusiones con sus papás.

Observaciones: Ante la próxima finalización en la estancia hospitalaria por parte la psicóloga tratante, se le ofrecieron opciones a Rebeca para finalizar “en tiempo” el tratamiento. Ella decidió acudir dos veces por semana, lo cual además resulta positivo dado el incremento en los síntomas depresivos.

*Sesión 10.* Se revisó la ejecución de la Comunicación Asertiva en casa. Se corrigieron errores y se reforzaron positivamente los intentos de Rebeca por implementar la estrategia aunque no tuviera éxito; además, se normalizaron los fracasos en la aplicación de una nueva habilidad como parte del proceso de aprendizaje. Para aumentar su confianza en la implementación, se trabajó sobre

una situación en la que deseaba implementar la comunicación asertiva. Se evaluaron las probabilidades de que lo llevara a cabo y se trabajó sobre posibles obstáculos para su implementación.

Rebeca no acudió a las dos citas siguientes por descontrol de dolor y el fallecimiento de una tía cercana a ella.

*Sesión 11.* Rebeca dedica gran parte de la sesión a hablar sobre sus emociones y pensamientos ante el fallecimiento de su tía, lo cual permitió obtener información para conocer el impacto de este evento en la sintomatología depresiva y el dolor. Reconoció tener emociones encontradas de tristeza y alegría, pues existe la posibilidad de que con la herencia dejada por su tía pueda realizarse una cirugía de bypass gástrico, lo cual motivó visualizaciones positivas de ella misma como el comenzar a estudiar y ser más funcional. Por otro lado, se dio continuidad al trabajo sobre Comunicación Asertiva y se comprometió a continuar con la práctica. Se comenzó la intervención de Regulación de Actividades, apoyada con la hoja de trabajo del mismo nombre y con una explicación de su importancia en el contexto del dolor crónico. Para su enseñanza se retomó la actividad de jardinería. La tarea en casa consistió en continuar el registro de ésta y otras dos actividades en casa.

Rebeca no acudió a las tres citas siguientes por descontrol del dolor neuropático. Ella explica vía mensaje de texto que el contacto con las superficies

exacerba su dolor neuropático, principalmente en manos y pies, y que los medicamentos para aliviar el dolor le producen mareo y confusión.

*Sesión 12.* En esta sesión, tras la ausencia prolongada se retomaron varios aspectos. En primer lugar, se abordó la experiencia con el dolor y describió sentirse cansada debido a las dificultades para dormir que le produce el dolor y *“el dolor ha sido muy intenso, me ha dolido la cabeza, el estómago, todo el cuerpo...Me ha ayudado Inyectarme...llega un punto en el que el dolor es desesperante, no lo soporto, cuando llega a su máximo lo que hago es llorar. Básicamente es incapacitante, porque por las neuropatías lo único que puedo hacer es quedarme en la cama, sentada o acostada, viendo películas, porque, por ejemplo, leer no puedo porque me duelen las yemas de mis dedos, ni siquiera el celular, porque hasta eso me duele...”* (sic. paciente). Tras unos días de sentirse con menos dolor, decidió salir junto con sus padres a una tienda de artículos para oficina y describió: *“...me dio mucha pena con mi mamá, porque estaba muy contenta de que había salido y eso me hizo sentir mal, porque claro que a mí me gustaría salir más, pero no puedo porque me duele, cuando no es tan severo, sí lo hago... y me pone triste también...a veces miento diciéndoles que sí estoy bien, cuando no es así, porque no quiero preocuparlos... con usted también, porque es muy linda y no puedo venir a las sesiones. Me pone triste no hacer las cosas”* (sic. paciente). También habló brevemente del duelo por el fallecimiento de su tía y relató un acontecimiento que derivó en retomar aspectos de la Comunicación Asertiva, reforzando los intentos que ha realizado hasta el momento y corrigiendo algunas deficiencias que persisten en su ejecución. Expresó sentirse ansiosa ante

la terminación del proceso terapéutico “...lo que me da miedo es no poder manejar bien las recaídas y a mí me gustaría como que alguien me diera un seguimiento, que me acompañara, porque yo sé que está mi familia, pero no es lo mismo, un lugar donde pueda decir lo que pienso sin problemas”. Finalmente, se retomó la intervención de Regulación de Actividades y se entregó una Lista de Actividades Agradables para su registro.

Observaciones: Ante la ansiedad por la finalización del proceso terapéutico, la Dra. Sofía Sánchez-Román sugirió proporcionarle los datos de contacto del área de Psicología para mantener un seguimiento del caso. Debido a un nuevo periodo vacacional, se planteó nuevamente la posibilidad de tomar las sesiones vía telefónica para no perder los logros obtenidos hasta el momento y Rebeca aceptó.

*Sesiones 13 y 14.* Para la sesión 13 Rebeca no había realizado la Regulación de Actividades porque había tenido mucho dolor y disminuyó su nivel de actividad, sin embargo, se le recordó que el objetivo de esta intervención es enseñarle a continuar con sus actividades a pesar del dolor. Para la siguiente sesión Rebeca la implementó y se reforzó positivamente su esfuerzo, corrigiendo errores en la comprensión y en la ejecución. Con respecto a la Programación de Actividades Agradables, logró realizar varias de ellas.

Rebeca no acudió a las dos citas siguientes por complicaciones del estado de salud de su hermana y descontrol de dolor neuropático.

*Sesiones 15 y 16.* En estas sesiones se retomaron y concluyeron los módulos de Regulación de Actividades y Programación de Actividades

Agradables. Se hicieron correcciones en la ejecución, se brindó reforzamiento positivo por los intentos realizados y se trabajó para programar tres actividades agradables que a Rebeca le gustaría incorporar en su rutina diaria. La importancia de esta actividad se enfatizó brindando psicoeducación sobre el dolor crónico y la depresión. Por otro lado, en este periodo ocurrió la adopción de una mascota de la cual ella será la cuidadora principal y expresó: “... *¿Sí voy a poder?... ¿Y cuándo me sienta mal?... Es que no puedo.... No voy a poder*” (sic. paciente), reestructurando cognitivamente estos pensamientos.

Observaciones: En la sesión 16, ante el término de la estancia hospitalaria por parte de la psicóloga, se le entregaron a Rebeca los formatos de trabajo de los módulos restantes. Ella entregó una copia de los Diarios de Dolor llenados hasta el momento.

*Sesiones 17 y 18.* Se retomó el módulo de Reestructuración Cognitiva. Debido al tiempo transcurrido desde que se mostró por primera vez, se abordó nuevamente el formato de Búsqueda de Evidencia y algunos eventos recientes como ejemplos (episodios de dolor y de tristeza); además, con ayuda del formato de Cambio de Pensamiento<sup>4</sup> (Anexo 24), se introdujeron diversas formas para generar pensamientos alternativos más adaptativos. En la sesión 17 evidenció mayor dificultad para encontrar evidencia en contra de su pensamiento, sin embargo, se normalizó esta problemática y se encuadró como parte de la sintomatología depresiva. En la sesión 18 logró encontrar evidencia en ambos sentidos para un nuevo pensamiento y generó adecuadamente un pensamiento alternativo. Se trabajó en sesión y se acordó como tarea para el hogar terminar el

---

<sup>4</sup> Ver Caso 2 para más detalles.



llenado de la hoja de trabajo, escoger algunos pensamientos registrados en sus Diarios de Dolor e implementar la reestructuración cognitiva.

Observaciones: A partir de este momento, todas las sesiones se realizaron vía telefónica.

Rebeca no pudo recibir la llamada para su siguiente cita por encontrarse enferma de la garganta.

*Sesión 19.* En esta sesión se evaluó la implementación de la reestructuración cognitiva como tarea para el hogar, se reforzó positivamente su esfuerzo y se le invitó a continuar con la práctica en casa. Por otro lado, Rebeca externó dudas y temores con respecto a su autoeficacia, particularmente en el área laboral, por lo cual se acordó conjuntamente desarrollar un ensayo encubierto en la siguiente sesión. Como tarea para el hogar escribiría un listado profundizando en las situaciones que le generaran mayor ansiedad. Finalmente, se abordaron los pensamientos disfuncionales asociados al término de su relación de pareja y se permitió la expresión de emociones.

Observaciones: Se suspendió el uso del Diario de Dolor como una herramienta directamente usada en sesión por considerar que Rebeca había logrado identificar adecuadamente los elementos del modelo cognitivo y aplicaba estrategias de manejo para cada uno de estos, pero se sugirió continuar su uso en casa.

En la siguiente cita existieron dificultades para la coordinación de horario, por lo cual no se llevó a cabo. Además, Rebeca tomó un periodo vacacional de dos semanas.

*Sesiones 20 y 21.* Rebeca logró listar diferentes situaciones que le generan ansiedad con respecto a su futuro. Se retomó una de ellas, la incapacidad para obtener un empleo, para desarrollar el ejercicio de ensayo encubierto en sesión. Se identificaron pensamientos negativos que interfieren con su desempeño en una entrevista de trabajo y se reestructuraron. En conjunto, se encontraron conductas que pueden ayudarle a reducir la ansiedad. Para el ensayo encubierto se le pidió que se colocara en la misma posición con la cual se realiza la respiración diafragmática, verbalmente se le fue guiando en la construcción de una escena donde se realizara una entrevista de trabajo y, al finalizar el ejercicio, Rebeca tomó notas de los pasos que se siguieron para realizarlo. Se enfatizó la transición que debe existir entre imaginar una escena conforme a su experiencia pasada y una escena en donde incorpore la aplicación de las estrategias adquiridas hasta el momento. Además, se precisó que este ejercicio es un primer acercamiento en un contexto de mayor seguridad, sin embargo, es importante lograr su aplicación en escenarios reales. Rebeca sugirió la práctica del ensayo encubierto como tarea para el hogar.

Observaciones: En la sesión 21 Rebeca expresó un aumento en la ansiedad debido a la reanudación del protocolo de cirugía bariátrica en el INCMNSZ.

Rebeca no tomó la siguiente cita porque no recordaba el horario. Ante esto, se implementó la estrategia de enviar un mensaje el día anterior como recordatorio.

*Sesión 22.* Esta sesión abordó los módulos de Manejo del Estrés e Higiene de Sueño, utilizando los formatos correspondientes. Se explicó la importancia de estas intervenciones en el contexto de dolor crónico, se aclararon dudas y se brindaron pautas generales para lograr el cambio conductual, en este caso, en los hábitos del estilo de vida. Como tarea para el hogar, Rebeca registraría el cumplimiento de las sugerencias para una buena higiene de sueño.

Observaciones: Se comentó por primera vez la proximidad del término de tratamiento.

Rebeca cursó con un cuadro de infección respiratoria por una semana, por lo cual no pudieron llevarse a cabo las citas de esa semana.

*Sesión 23.* En esta sesión se retomó la Bitácora de Higiene de Sueño para identificar hábitos sobre los cuales Rebeca quisiera implementar un cambio, reforzando así las pautas generales para alcanzar los objetivos. Además, se introdujo el módulo de Solución de Problemas, utilizando la pérdida de peso como el problema sobre el cual Rebeca desea trabajar. Se consideró conveniente porque permite la combinación de las estrategias enseñadas en la sesión previa. En sesión, se trabajó sobre el formato de Resolución de Problemas y se dejó como tarea para el hogar terminar su llenado.

No se realizó la próxima cita por problemas técnicos en la llamada telefónica.

*Sesión 24.* Esta sesión dio continuidad al módulo de Solución de Problemas, corrigiendo errores en cada uno de los pasos, particularmente en el establecimiento de un plan de acción. Rebeca identificó algunos pensamientos automáticos negativos que interferirían con su desempeño y logró reestructurarlos, mejorando su ánimo. Se introdujo el módulo de Manejo del Enojo utilizando uno de los ejemplos expuestos durante la sesión; se brindó psicoeducación sobre la importancia de esta estrategia en el contexto de dolor crónico y la implementación de otras técnicas ya aprendidas para una mejor regulación de esta emoción. Como tarea para el hogar, se acordó identificar situaciones que detonan enojo, incluidas algunas asociadas al dolor, y comparar la conducta que habitualmente tiene con las estrategias de manejo propuestas.

La cita siguiente no se realizó por descontrol de dolor.

*Sesión 25.* Durante esta sesión, se evaluó la tarea para el hogar y no se encontraron dificultades en su ejecución. Rebeca logró identificar y aplicar adecuadamente las estrategias propuestas. Debido a las cogniciones identificadas con respecto a la autoconfianza se decidió implementar el módulo de Autoafirmaciones Positivas, cuyo objetivo es la construcción de frases que motiven

a la acción mediante frases de apoyo creadas por el paciente.<sup>5</sup> Mientras se brindaba la psicoeducación, Rebeca proporcionada ejemplos de su vida cotidiana. Durante la sesión se construyeron algunas frases y como tarea para el hogar, se acordó la construcción de tres nuevas frases y su colocación en lugares visibles. Para avanzar el trabajo de la próxima sesión, se le pidió tomar nota y reflexionar sobre algunas preguntas con respecto a los logros obtenidos en el tratamiento.

*Sesiones 26 y 27.* Rebeca realizó la tarea e identificó algunos obstáculos para su ejecución exitosa, proponiendo soluciones por sí misma. Se reforzó positivamente su esfuerzo y se recordó brevemente la posibilidad de emplear la reestructuración cognitiva ante pensamientos desadaptativos o poco útiles. Durante estas sesiones se revisaron los logros obtenidos en el tratamiento, se identificaron situaciones de riesgo, se preparó un plan para prevenir recaídas, se plantearon metas a mediano y largo plazos, se realizaron las evaluaciones finales y se dio cierre al tratamiento.

*Sesión 28.* Sesión de seguimiento después de 30 días de concluida la intervención. Durante esta sesión Rebeca expresó haber tenido un mes bueno en ánimo, a excepción de los dos días previos a la realización de esta sesión por dos situaciones particulares: el cuidado de la mascota de su hermana, ocasionando discusiones con ésta, y la cercanía de la época navideña y la ausencia de su tía fallecida. Aunque ha experimentado dolor, éste no ha representado un evento significativo. Continúa el uso de estrategias aprendidas en el tratamiento, principalmente la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en relajación. Se ha apegado irregularmente al plan para prevención de recaídas. Ante esto, se

---

<sup>5</sup> Para mayor detalle, consultar Thorn (2004).

reforzó positivamente el uso de las estrategias, se normalizaron las dificultades de implementación y se la motivó para usarlas en las situaciones particulares que describe. Además, se aplicaron cuestionarios de seguimiento.

### **Factores relacionados al Terapeuta**

Al inicio y durante la intervención se tuvo especial cuidado en generar una sólida alianza terapéutica a través de demostraciones de respuestas de escucha activa y respuestas de influencia (Cormier, Nurius, & Osborn, 2009), a excepción de las respuestas de inmediatez y auto-apertura. Además, se intentó activamente mostrar una actitud de empatía y un trabajo colaborativo en el establecimiento de metas y de modificaciones al plan de tratamiento propuesto. Por ejemplo, cuando Rebeca tuvo una exacerbación de su sintomatología depresiva y pensó que esta intensificación de los síntomas molestaría a la terapeuta, se intentó más activamente mostrar comprensión e interés por sus pensamientos y emociones, así como flexibilidad para abordar las nuevas problemáticas de interés para ella.

Resultaban especialmente importantes para ella los intercambios en los cuales se le brindaba retroalimentación sobre su desempeño y se demostraba interés por los acontecimientos significativos en la vida de la paciente, relacionados o no al contenido del tratamiento. Debido a la baja resistencia de la paciente, se mantuvo una actitud más directiva del proceso.

De forma constante Rebeca externaba las expectativas y los efectos percibidos sobre diferentes estrategias de intervención, sin embargo, se ponía especial énfasis en atribuir los logros a su esfuerzo y desempeño más que al papel de la psicóloga.

Además, para aumentar su seguridad tras finalizar el proceso, se buscó activamente el contacto con otros psicólogos dentro del INCMNSZ que puedan mantener un seguimiento de su caso. Por otro lado, para continuar el tratamiento a pesar del término de residencia hospitalaria por parte de la psicóloga, se brindaron opciones para proseguir.

Para prevenir lo mejor posible que el elemento de contratransferencia interfiriera en la calidad de la intervención, se mantenían supervisiones clínicas semanales con la Dra. Sofía Sánchez-Román (Norcross & Hill, 2004).

A modo de evaluar la adherencia al tratamiento se comentaba la tarea para el hogar en cada sesión y en sesiones posteriores a la implementación de una estrategia se preguntaba si la práctica continuaba y cuáles eran sus efectos. A pesar de que Rebeca presentó inasistencia a las sesiones de forma frecuente, esto no se consideró una medida de mal apego al tratamiento ya que logró concluirlo hasta su finalización, además de que para cada una de las inasistencias se explicó el motivo detrás, siendo en su mayoría atribuidos a la exacerbación de síntomas dolorosos.

Finalmente, la psicóloga encargada de la implementación de la intervención tiene un grado de licenciatura en Psicología y paralelamente al desarrollo del tratamiento cursaba un programa de Maestría en Psicología con enfoque en el modelo cognitivo-conductual. Además, para los fines de esta intervención recibía asesoría clínica semanal por parte de la Dra. Sofía Sánchez-Román, encargada de Psicología del Departamento de Neuropsicología y Psiquiatría del INCMNSZ y asesoría cada dos semanas por parte del Dr. Edgar Landa Ramírez, encargado

del área de Psicología del Departamento de Urgencias del Hospital General Gea González.

### **Diseño de Estudio**

Se utilizó un diseño de caso único de dos fases AB, siendo la fase A para evaluación con una o varias mediciones y la fase B de intervención con varias evaluaciones para identificar el proceso de cambio (Kazdin, 2011).

### **Análisis de Datos**

Para determinar la significancia clínica del cambio se utilizó la fórmula de cambio clínico objetivo, en la cual se obtiene la diferencia entre la puntuación postintervención y la puntuación preintervención, dividida entre la última, expresada en porcentaje. Se considera que los valores mayores a 20% son clínicamente significativos (Cardiel, 1994). Dependiendo de la funcionalidad de la prueba, los cambios indican un deterioro o mejoría clínica (Flores & Sosa, 2013).

Para determinar la existencia y la magnitud de una relación entre una variable independiente y dependiente en diseños de caso único se utiliza el análisis visual. Se examinan el nivel, la tendencia, la variabilidad, la inmediatez del efecto y el solapamiento de los datos dentro y entre fases (Kratochwill et al., 2010).

Para evaluar el tamaño del efecto de la intervención sobre la comorbilidad psiquiátrica se calculó el Índice de No Solapamiento de Todos los Pares (NAP), que permite conocer el solapamiento de datos entre fases en estudios de caso único. Para obtenerlo se calculan para cada dato de la fase A, el dato de la fase B



que se solapa y empata, asignándole un valor de 1 al solapamiento y un valor de 0.5 al empate. Una vez sumado el total para cada dato de la fase A se resta del total posible de datos para obtener el total de pares no solapados. El número total de datos es el número de datos de la fase A por el número de dato de la fase B. El NAP es igual al número de pares comparados que no se solapan divididos por el número total de pares comparados.

Es importante considerar la funcionalidad de la prueba para determinar si un dato en la fase B es un solapamiento o no solapamiento con respecto a la fase A. Los rangos para determinar el tamaño del efecto son: 0 – 0.65: débil; 0.66 – 0.92: moderado; 0.93 – 1: fuerte. Para corroborar los datos obtenidos, se utilizó la calculadora en línea para el cálculo del NAP (Parker y Vannest, 2009; Sanz y García-Vera, 2015; Vannest, Parker, Gonen y Adiguzel, 2016).

### **Efectividad y Eficiencia de la Intervención**

Con respecto a los resultados de las subescalas de Intensidad e Impacto del dolor del Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor, en la Figura 1 se observa una disminución en ambas para las evaluaciones post-tratamiento y en el seguimiento en comparación con la evaluación preintervención.

Las puntuaciones para Intensidad permanecieron iguales en ambas evaluaciones postintervención, mientras que en la evaluación de seguimiento para Impacto se aprecia un aumento en comparación con la puntuación obtenida al final del tratamiento, sin embargo, no regresó a niveles iniciales.

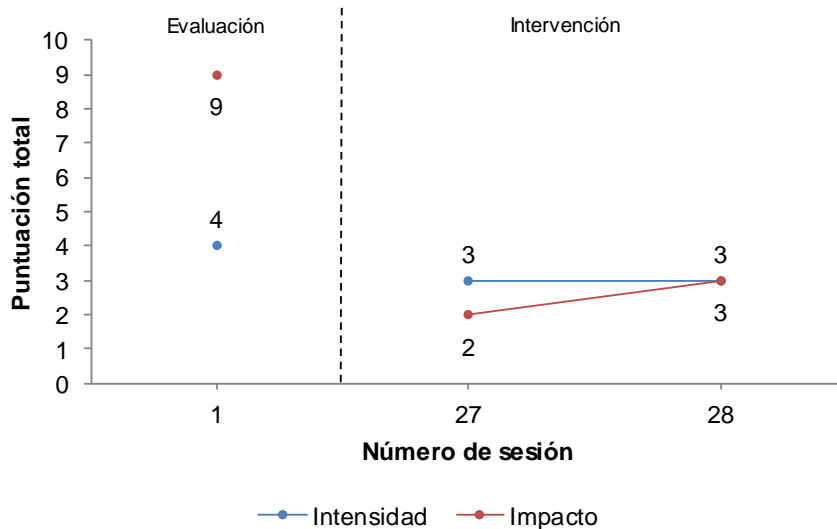


Figura 1. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor.

En la subescala de Impacto se aprecia mayor disminución general. La disminución en ambas subescalas en ambos momentos de la post-evaluación representa una mejoría clínicamente significativa, siendo mayor para la subescala de Impacto del Dolor (Tabla 5).

Tabla 5  
Puntuaciones del Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor y el Cambio Clínico Objetivo

Dimensiones	Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
	Pretest	Postest 1 <sup>a</sup>	Postest 2 <sup>b</sup>	Pre-Post 1	Pre-Post 2
Intensidad	4	3	3	-25%	-25%
Impacto	9	2	3	-77%	-66%

<sup>a</sup> Final del tratamiento

<sup>b</sup> Seguimiento a 30 días

En la figura 2 se observa que con respecto a la Catastrofización al Dolor existe una disminución de la puntuación inicial para ambas evaluaciones postratamiento. La reducción en la evaluación final y al seguimiento indica una

mejoría clínicamente significativa que es superior en el seguimiento (-70%) (Tabla 6).

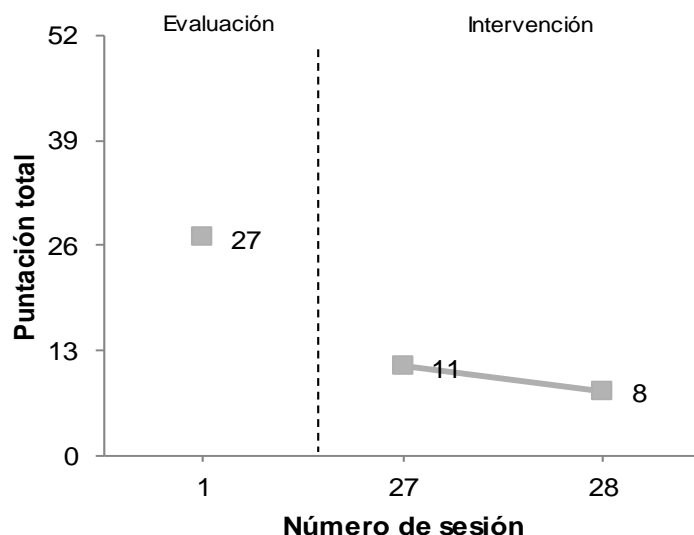


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Catastrofización al Dolor.

Tabla 6

**Puntuaciones de la Escala de Catastrofización al Dolor y el Cambio Clínico Objetivo**

Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
Pretest	Postest 1	Postest 2	Pre-Post 1	Pre-Post 2
27	11	8	-59%	-70%

Al evaluar la calidad de vida, en la Figura 3 se aprecian puntuaciones bajas (<50) al inicio del tratamiento en todas las subescalas, siendo Rol Físico y Salud General las de menor puntuación y Rol Emocional la de mejor puntuación. Al final del tratamiento, se aprecia un aumento ( $\geq 50$ ) en todas las subescalas, siendo mayor para Rol Físico y Funcionamiento Físico, y menor para Vitalidad. A excepción de la subescala de Rol Físico<sup>6</sup>, el aumento en puntuación en las

<sup>6</sup> Aunque existe un incremento en la puntuación al final de la intervención, no es posible calcular el cambio clínico objetivo ya que la puntuación inicial es 0. De acuerdo a la Escala SF-36, valores bajos indican problemas en la realización de actividades diarias o laborales producto del estado de

subescalas restantes señala una mejoría clínicamente significativa, siendo mayor para Salud General y el menor para las subescalas de Vitalidad (100%) y Salud Mental (100%) (Tabla 7).

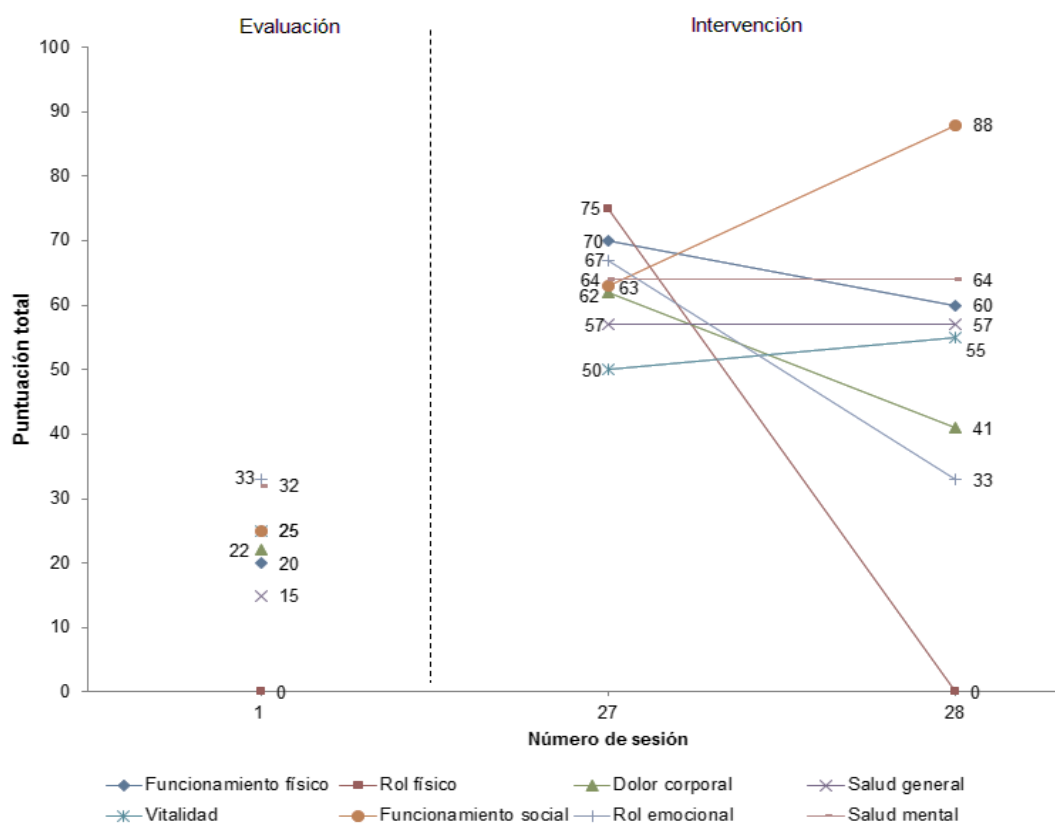


Figura 3. Puntuaciones obtenidas en la Encuesta de Salud SF-36.

En el seguimiento de la evaluación de Calidad de vida, en la Figura 3 se observa que las subescalas que mantuvieron el incremento obtenido al final del tratamiento fueron Salud General y Salud Mental. Las subescalas de Vitalidad y Funcionamiento Social aumentaron su puntuación con respecto a la evaluación final. Las subescalas de Rol Físico y Rol Emocional regresaron a niveles iniciales,

---

salud física y puntuaciones altas, lo contrario. Al final de esta sección se ofrece una descripción clínica de los resultados.

mientras que las subescalas de Funcionamiento Físico y Dolor Corporal disminuyeron su puntuación en comparación a la evaluación final pero no a niveles iniciales. En la subescala de Rol Físico no es posible calcular el cambio clínico objetivo; en la subescala de Rol Emocional el cambio clínico objetivo no fue significativo y en las subescalas de Funcionamiento Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social y Salud Mental se encontró una mejoría clínicamente significativa (Tabla 7).

Tabla 7

**Puntuaciones de la Encuesta de Salud SF-36 y el Cambio Clínico Objetivo**

Escalas	Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
	Pretest	Postest 1	Postest 2	Pre-Post 1	Pre-Post 2
Funcionamiento físico	20	70	60	250%	200%
Rol físico	0	75	0	-	-
Dolor corporal	22	62	41	181%	86%
Salud general	15	57	57	280%	280%
Vitalidad	25	50	55	100%	120%
Funcionamiento social	25	63	88	152%	125%
Rol emocional	33	67	33	103%	0%
Salud mental	32	64	64	100%	100%

Sobre la comorbilidad psiquiátrica, la Figura 4 muestra las puntuaciones obtenidas para la prueba HADS. Con respecto a la subescala de Ansiedad, en un análisis visual de la línea base se observa un nivel de nueve, no se puede establecer una tendencia consistente debido al número de datos y una variabilidad de dos. Los tres datos de la línea base superan al punto de corte, que es 8.

En la fase de intervención se observa un nivel de siete, una tendencia descendente con relación al punto de corte y una variabilidad de nueve. No se

muestra una inmediatez del cambio y existen seis datos que se solapan entre las fases. En esta fase, se experimentaron incrementos superiores a la línea de corte en cinco ocasiones, sin embargo, existe una reducción sostenida por debajo del punto de corte en la mayoría de las sesiones.

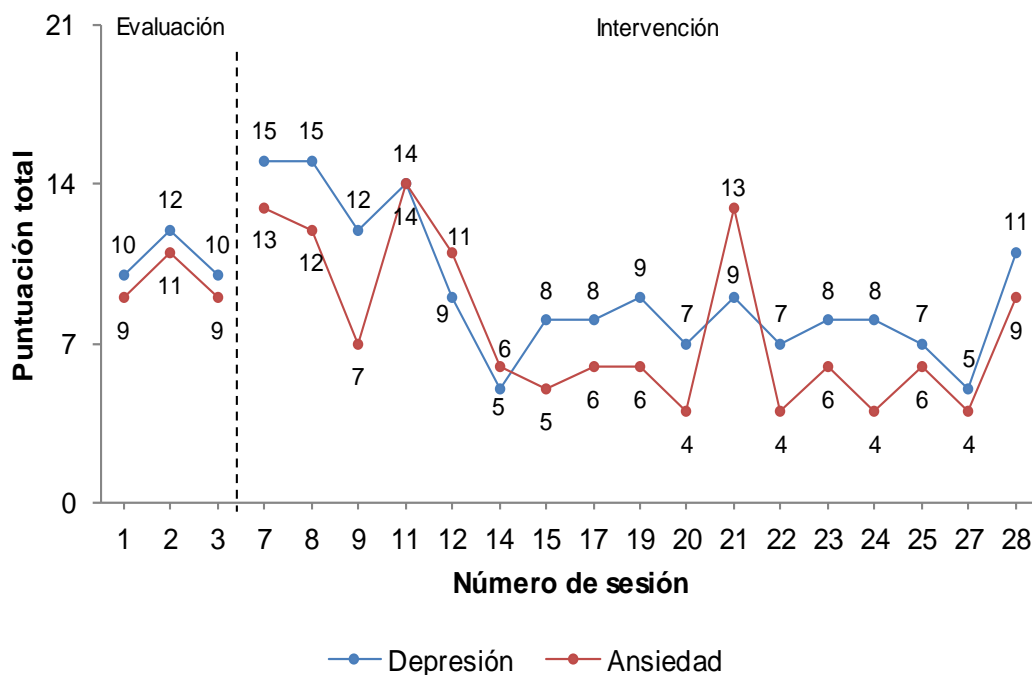


Figura 4. Puntuaciones obtenidas en la prueba HADS.

En el seguimiento la puntuación es superior y limítrofe al punto de corte, similar al obtenido en la primera evaluación de la línea base.

En la Tabla 8 se aprecia que la reducción en la puntuación al final del tratamiento representa una mejoría clínicamente significativa (-55%), mientras que el regreso a la puntuación de la línea base en el seguimiento no refleja un cambio clínicamente significativo (0%). La intervención tuvo un efecto moderado, pero no es estadísticamente significativo (NAP = 0.69,  $p = 0.28$ ).

Tabla 8  
**Puntuaciones de la Escala HADS y el Cambio Clínico Objetivo**

Subescalas	Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
	Pretest	Postest 1	Postest 2	Pre-Post 1	Pre-Post 2
Ansiedad	9	4	9	-55%	0%
Depresión	10	5	11	-50%	10%

Con respecto a la subescala de Depresión (figura 4), en un análisis visual de la línea base se observa un nivel de 10, no se puede establecer una tendencia consistente debido al número de datos y una variabilidad de dos. Los tres datos de la línea base superan al punto de corte, que es 7. En la fase de intervención se observa un nivel de nueve, una tendencia descendente con relación al punto de corte, aunque la mayoría de los datos son limítrofes al punto de corte, y una variabilidad de 10. No se muestra una inmediatez del cambio y existen cinco datos que se solapan entre las fases. La puntuación final es menor al punto de corte y en el seguimiento se coloca por encima de éste.

Hacia el final de la intervención, la reducción en la puntuación representa una mejoría clínicamente significativa (-50%), mientras que el aumento de la puntuación en el seguimiento representa un empeoramiento que no es clínicamente significativo (10%) (Tabla 8). La intervención tuvo un efecto moderado, pero no es estadísticamente significativo (NAP = 0.73,  $p = 0.20$ ).

Desde el aspecto clínico, los resultados más significativos ocurridos a lo largo del proceso terapéutico se pueden dividir en tres rubros principales:

- *Cognición.* Durante el proceso terapéutico se evidenciaron cambios en los pensamientos automáticos negativos asociados al dolor y a la depresión.

Por un lado, al inicio del tratamiento Rebeca expresaba pensamientos automáticos negativos asociados al dolor como: *“odio tener dolor;... ¡Ya estoy harta de esto!;... ¿Qué no puedo tener un día normal como todos los demás? ¡Salir a trabajar, disfrutar sin tener dolor!;... estoy cansada de sentir dolor; ¿así va a ser toda mi vida, con dolor diario?;... ¿Acaso fui o soy mala para que me cayera esta mugre [neuropatías]?;... ¿Cómo se va a enamorar alguien de mí si siempre tengo dolor?;... me duele y creo que entre más quiero que se quite más me duele;... el dolor hace que me aisle de todos;... los demás piensan que no me quiero parar y soy floja, ¡Y no es así!”* (sic. paciente). Hacia la mitad del tratamiento, cuando Rebeca experimentó una exacerbación de la sintomatología depresiva, tenía pensamientos como: *“¡Ya no quiero tener dolor, ya basta!;... ¡Quiero dormir! Y no sentir más dolor;... ¡¿No habrá un momento en mi vida en la que estas fregaderas [neuropatías] no me recuerden de que estoy enferma?!... ¡Este Dr. es un idiota!, cree que sabe exactamente cómo me siento hoy del dolor que padezco, ¡me hace sentir como una mentirosa!”* (sic. paciente). Al ser más constante en la asistencia a las sesiones, se identifican pensamientos como: *“ya me di cuenta que los pensamientos automáticos negativos vienen cuando es un día de dolor, no cuando estoy adolorida;... Sí tengo limitaciones pero sí hago cosas que otros ya no hacen... Es difícil vivir con una enfermedad crónica porque uno empieza a sentir lástima por uno mismo y empieza solamente a ver hacia lo que ya no puede hacer, y deja de lado lo que sí es posible hacer”* (sic. paciente). Hacia el final del tratamiento, ella comentó: *“aprendí que a pesar que tengo dolor, puedo*



*seguir haciendo cosas;... cambió mi percepción del dolor, antes pensaba que era algo más fuerte que yo, y he aprendido a aceptarlo y a convivir;... con el dolor, los pensamientos negativos controlaban todo lo que yo era, desde que amanecía, ahora le puedo dar vuelta a la tortilla, cambiar el pensamiento;... a pesar del dolor, disfruto mi vida, sé que es raro decir esto cuando uno viene del dolor y la depresión, pero sí estoy aprendido a disfrutar lo que vivo” (sic. paciente).*

Por otro lado, con respecto a sus pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión, al inicio del tratamiento ella expresaba: *“¿y cuándo me quede sola qué voy a hacer?;... ¡Estoy harta de mi vida!;...¿quién en su sano juicio va a quererme a mí?;... ¿para qué me baño, para qué me arreglo si tengo que estar encerrada por el dolor?;... estoy sola, mi vida no tiene sentido;... quisiera dormir por siempre y no despertar jamás;... no quiero estar triste pero es algo que no puedo controlar;... ¡Mi vida es una cochinada, veo todo en color negro, odio mi vida!;... ¡Otro día perdido!;...¿Qué le puedo ver de bueno a estar enferma cuando solo pérdidas me ha significado en la vida?” (sic. paciente).* En la parte intermedia del tratamiento, cuando su sintomatología se exacerbó, en sus Diarios de Dolor registró: *“estoy bien depre y no me gusta “vivir” así;... vi un cuchillo y me imaginé cortándome las venas y terminar con todo, y al fin ser libre;... me cae que me deberían de encerrar en el de psiquiatría [Instituto Nacional de Psiquiatría];... no quiero hacer nada y me vale si me baño o no, no me arreglo, me vale si como o no;... no me quiero parar, no me espera nadie;... mi vida era otra, tenía ilusiones y expectativas, ahora*

*no tengo nada de ánimo, sólo vivo por vivir;... ¡Soy una inútil!;... quisiera tener una pastilla mágica para sentirme con más ganas y mejor,... ¡¿qué pasará cuando esté sola, quién me ayudará cuando esté mal?! Seguramente nadie”* (sic. paciente). Al evaluar sus pensamientos al concluir la intervención, Rebeca expresó: *“con respecto a la depresión, pensaba que yo era un caso perdido, pensaba que dominaba todo....pero me he podido conocer y lo que le pasa a mi cuerpo, me hace ser libre de conceptos erróneos que yo tenía de mí misma y la depresión”;... Ahora me doy cuenta que sí hay vida afuera;... me digo a mí misma que soy fuerte, que puedo con las situaciones adversas que la vida conlleva y que lograré estar mejor cada día;... me digo a mí misma que el verdadero amor debe empezar por mí misma y que soy valiosa, con todo y la enfermedad que padezco”* (sic. paciente).

También reconoce que hay algunos aspectos de su vida en los que aún se encuentra en un proceso de cambio: *“Mi confianza la estoy construyendo”* (sic. paciente).

- **Conducta.** Con la aplicación inicial de las técnicas de relajación, Rebeca experimentó un efecto positivo con la respiración diafragmática e imaginación, particularmente para reducir la intensidad del dolor musculoesquelético, y un efecto negativo con la técnica de tensión – distensión pues le generó un aumento en la intensidad del dolor. Rebeca continuó practicando a lo largo del tratamiento las técnicas de relajación y logró generalizar su uso a otras situaciones que no implicaban dolor: *“...me puse a pensar ¿qué me ayudaría en este momento [episodio de dolor]? Y*

*me empecé a imaginar que volaba y luego me estaba riendo, porque me di cuenta que sí me sirven”* (sic. paciente). Posterior a la intervención de Regulación de Actividades, ella aprendió a reconocer que, en ocasiones, el dolor aumentaba cuando excedía el nivel de actividad: *“ya no me excedo en mis actividades porque ya conozco mis límites”* (sic. paciente). Motivada por la Programación de Actividades Agradables, Rebeca buscó información sobre diversas actividades recreativas: *“fui a un centro delegacional a buscar algunas actividades de recreación que tienen y me llamaron la atención algunas, pero iré a ver a otro que está más cerca porque tienen un taller de ‘hidroponia’ y eso nos gusta a mi mamá y a mí”* (sic. paciente). También comentó obtener efectos positivos con la estrategia de Comunicación Asertiva: *“Ahora me puedo comunicar mejor con mi hermana y...se las enseñó a mi mamá también;...me relaciono mejor con los miembros de mi familia”* (sic. paciente). Con respecto a la Reestructuración Cognitiva, describe haber comprobado un efecto positivo en la reducción del ánimo negativo mediante su uso: *“estoy tranquila, he podido controlar el miedo y el nerviosismo... Hice lo del pensamiento alternativo y me concentré en lo que sí puedo hacer”* (sic. paciente). Además de esto, Rebeca logró reducir el aislamiento social en el que estaba inmersa: *“He empezado a relacionarme otra vez...tengo planes de salir”* (sic. paciente). Durante el proceso terapéutico Rebeca adoptó una mascota, lo cual generó un impacto positivo en su ánimo y en su movilidad: *“Yo he visto cambios positivos, por ejemplo, me muevo más, me siento útil...a pesar de mis limitaciones, estoy logrando hacer cosas que nunca pensé”* (sic. paciente).

Además de estos cambios, Rebeca describió haber retomado la actividad de cantar, la cual representa bienestar, y haber iniciado clases de alemán a través de su teléfono celular. Finalmente, comentó que tiene planes de acudir a alguna Asociación Civil de personas con problemas médicos similares y retomar las clases de natación, así como proyectos a seis y 12 meses.

- *Emoción.* Al inicio del tratamiento Rebeca experimentaba con mayor frecuencia emociones como irritabilidad, desesperación, frustración y tristeza, misma que se incrementó a la mitad de la intervención. Al transcurrir el tiempo, logró reducir la intensidad de estas emociones y aumentar la frecuencia de situaciones en donde su estado de ánimo fuera positivo, generando un estado de ánimo global positivo que se mantuvo a partir del mes de Agosto. Al final del tratamiento ella comentó: *“Estoy menos enojada;... me sentía tristísima, ahora...no me siento tan triste como al principio;...me siento muy bien, empoderada”* (sic. paciente).

Rebeca expresó que las estrategias que mayor utilidad tuvieron para ella fueron: entrenamiento en relajación, solución de problemas, programación de actividades agradables, reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.

## Caso 2: Angélica

### Identificación del Paciente

Paciente femenina de 75 años de edad, viuda, tres hijos vivos y uno fallecido, ama de casa, católica no practicante, residente de la zona oriente de la Ciudad de México.

Al inicio de la intervención tenía las comorbilidades médicas de diabetes mellitus tipo 2 (desde 1997), hipertensión arterial sistémica resistente (desde 1997), radiculopatía lumbar, osteoporosis, dislipidemia mixta, osteoartritis degenerativa, canal lumbar estrecho, neuropatía diabética, dolor axial nociceptivo somático y la comorbilidad psiquiátrica de TDM. En la Tabla 9 se describe el tratamiento farmacológico que recibe.

Tabla 9  
Tratamiento farmacológico de Angélica

Ingrediente activo	Dosis al momento de la referencia	Modificaciones durante el tratamiento
Duloxetina	60 mg cada 24 hrs	30 mg cada 24 hrs
Atorvastatina	10 mg cada 24 hrs	40 mg cada 24 hrs
Gabapentina	300 mg cada 24 hrs	-
Bezafibrato	200 mg cada 24 hrs	-
Omeprazol	20 mg cada 24 hrs	-
Metformina	850 mg cada 8 hrs	-
Aspirina	100 mg cada 24 hrs	-
Enalapril	10 mg cada 12 hrs	-
Clortalidona	50 mg cada 24 hrs	25 mg cada 24 hrs
Amlodipino	5 mg cada 24 hrs	-
Psyllium plantago	5 grs. Cada 24 hrs	Suspendido
Paracetamol	1 gr PNR	500 mg cada 8 hrs
Senósidos y Docusato de sodio <sup>a</sup>	-	2 tabletas cada 24 hrs
Etoricoxib	60 mg cada 24 hrs	Suspendido
Tramadol	10 gotas cada 8 hrs	Suspendido

**Nota.** Los medicamentos y dosis sombreados en azul corresponden a los prescritos para el alivio del dolor o de los efectos secundarios de estos.

<sup>a</sup> Medicamento prescrito durante el tratamiento

Angélica ha recibido tratamiento psiquiátrico y psicológico con anterioridad por diversos motivos, dentro y fuera del INCMNSZ, con abandono de varios de estos procesos por mala relación terapéutica y en otros casos remisión de la sintomatología. Al momento de la intervención, Angélica mantenía tratamiento psiquiátrico de control en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del INCMNSZ, acudiendo a una consulta durante el tiempo que duró el tratamiento. Se realizan ajustes a la medicación, pero no se brinda atención psicoterapéutica.

Angélica fue referida en Enero de 2017 por parte del médico residente de Algología a la consulta externa del área de Psicología del Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del INCMNSZ por sintomatología depresiva, mal control del dolor, mal apego al tratamiento y al interés personal de acudir a tratamiento psicológico para recibir apoyo emocional y el deseo de hablar sobre su esposo e hijos fallecidos.

En la consulta inicial se le informó que el contenido de las sesiones sería confidencial, a menos que su vida o la de otras personas estuviera en peligro, y en sesiones posteriores se solicitó su autorización, vía verbal y consentimiento informado, para utilizar la información de su tratamiento psicológico para fines de titulación.

### **Estrategias de Evaluación**

Las evaluaciones realizadas al inicio, durante, al final y en el seguimiento de la intervención se obtuvieron a partir de una entrevista clínica semiestructurada, una batería de pruebas psicométricas para dolor, síntomas psiquiátricos y calidad de vida, y un formato de autorreporte para dolor.

La elección de esta batería de pruebas y el formato de autorreporte para dolor se guió por su uso frecuente en investigaciones sobre dolor crónico, sus propiedades psicométricas adecuadas, su validación en población mexicana con comorbilidades médicas (aunque no necesariamente en pacientes con dolor crónico) o su adaptación al español y la facilidad de uso en el contexto clínico para valorar las variables de interés. Las características individuales y las propiedades psicométricas se describieron en el mismo apartado del Caso 1.

Al inicio de la intervención se aplicaron la Entrevista Clínica para Pacientes con Dolor Crónico, el BPI-SC, la PSC, el HADS, la Encuesta SF-36 y el Diario de Dolor. El BPI-SC, la PCS, el HADS y la Encuesta SF-36 también se aplicaron al final y al seguimiento del tratamiento, a fin de determinar los valores pre y postintervención.

De forma específica, el Diario de Dolor únicamente se aplicó durante las primeras tres sesiones para evaluar la severidad, las cogniciones y las conductas asociadas al dolor y posteriormente se discontinuó su uso. El HADS se aplicó durante tres semanas consecutivas desde el inicio de la intervención, se suspendió su uso y se retomó semanalmente a partir de la sesión nueve<sup>7</sup>.

### **Formulación Clínica de Caso**

Después del periodo de evaluación se realizó un análisis funcional de las variables que contribuyen a la sintomatología depresiva y el mantenimiento del dolor crónico en Angélica, y se construyó el Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu et al., 2006) (Anexo 25) que permite apreciar de forma esquemática las relaciones

---

<sup>7</sup> Ver Implementación del Tratamiento para mayores detalles.

encontradas. A continuación se detallan los elementos obtenidos durante la entrevista.

En el aspecto familiar, la familia nuclear de Angélica se componía por su esposo, quien falleció en 2010 a los 79 años<sup>8</sup> y de sus cuatro hijos, uno de los cuales, el mayor, falleció en 2008 a causa de cáncer. Actualmente le sobreviven tres hijos (52, 46 y 42 años). Vive con dos de ellos y mantiene contacto frecuente con su tercer hijo. Tiene contacto irregular con sus hermanos y algunos otros miembros de su familia extensa y/o política.

En el aspecto laboral, Angélica se dedica al hogar desde que contrajo matrimonio, aproximadamente en la década de vida de los 20 años y depende económicamente de sus hijos, quienes tienen un negocio familiar.

En el aspecto social, Angélica no tiene amistades con quienes conviva frecuentemente y no realiza actividades fuera del hogar. Su principal fuente de apoyo son sus hijos y nueras. Anteriormente, asistía con frecuencia a un centro recreativo delegacional y tenía un grupo de amistades amplio con el que realizaba diversas actividades fuera de dicho centro. Sin embargo, a raíz del aumento en el dolor y a problemas económicos, suspendió su asistencia y fue perdiendo paulatinamente el contacto con su círculo de amistades.

En el aspecto del estilo de vida, Angélica no realiza ninguna actividad física pero se mantiene activa con la realización de las labores domésticas. Tiene malos hábitos alimenticios que condicionan la presencia de síntomas como estreñimiento (incluso existen reportes médicos de diferentes especialidades donde se señala la

---

<sup>8</sup> No se preguntó la causa.



dificultad para modificar hábitos del estilo de vida). Presenta insomnio de conciliación.

Algunos antecedentes de la historia de desarrollo de Angélica que pueden contribuir al desarrollo de la sintomatología actual son: agresión física y verbal, y abandono emocional por parte de la madre en la infancia, probable trastorno psiquiátrico de madre, pocas habilidades sociales y una actitud disfuncional negativa ante la expresión verbal de síntomas físicos.

Angélica ingresó al INCMNSZ en el año 2000 gracias a la derechohabencia de su esposo y se atendía en otras instituciones de salud pública y privada con anterioridad. Aproximadamente en el año 2012 fue referida al Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa por dolor persistente, donde en 2014 es la primera vez que se considera el papel de la sintomatología depresiva como posible factor que dificulta el apego al tratamiento farmacológico y condiciona el mal control del dolor. En el 2015 ante la persistencia de estos problemas fue canalizada a tratamiento psicológico de dicho Departamento, sin embargo, no se tiene registro de su asistencia.

Desde el dolor, tiene principalmente episodios de dolor incidental asociados a estresores psicosociales, particularmente eventos negativos en la vida de sus hijos (problemas de pareja, salud, laborales) y hermanos, la actividad excesiva, algunos movimientos como agacharse, inclinarse o caminar, y secundario a otros síntomas como estreñimiento. Las zonas principales donde se ubica su dolor son articulaciones de hombro, muñecas, rodillas y tobillos, y área lumbar con irradiación hacia la pierna izquierda.

El tratamiento farmacológico produce un buen alivio del dolor, sin embargo, constantemente lo suspende o modifica las dosis por intolerancia a los efectos adversos. Desde las medidas no farmacológicas, las estrategias conductuales más usadas son la realización de estiramientos, tomar un baño con agua caliente y acostarse, mientras que utiliza la distracción (ver la televisión y hablar con otras personas) como estrategia cognitiva para aliviar su dolor.

A pesar de la presencia de dolor al realizar sus labores domésticas, Angélica se mantiene activa, sin embargo, esta conducta y las cogniciones asociadas son poco adaptativas: *“No me gusta acostarme porque me hace sentirme más enferma...No me gusta quejarme ante mis hijos... No quiero ser un problema para ellos”* (sic. paciente), pues mantienen un ciclo vicioso negativo en donde su dolor se mantiene elevado. Es muy probable que estos pensamientos y conductas desadaptativas hayan surgido de la convivencia con una madre que probablemente somatizaba *“yo sé lo molesto e incómodo que es para un hijo estar escuchando quejas... yo no quiero ser como mi madre”* (sic. paciente) o a la percepción de utilidad y valía personal a través de su nivel de actividad *“aunque duela sigo en mis actividades para sentirme útil”* (sic. paciente).

Por otro lado, cuando expresa conductas de dolor obtiene respuestas de sus hijos como *“ya vas otra vez, todo está en tu cabeza, estás loca”* (sic. paciente), lo cual la hace sentirse triste, enojada, desesperada, frustrada y sola. Con anterioridad mantenía un círculo de amigas amplio, realizaba actividades placenteras y nadaba, sin embargo, a raíz de problemas económicos y del aumento del dolor, suspendió estas actividades y su círculo de apoyo social se redujo a sus hijos.

Angélica describe su experiencia con el dolor como: *“ya no aguanto el dolor, ya no resisto, no me gusta sentirme enferma, prefiero el dolor a la reacción del tramadol”* (sic. paciente).

Por otro lado, desde la sintomatología depresiva, Angélica experimenta llanto fácil y culpa cuando habla del fallecimiento de su esposo e hijo. Los eventos alrededor del fallecimiento de su esposo no se profundizaron, sin embargo, con respecto a su hijo comentó tener información insuficiente sobre el diagnóstico y el pronóstico y mala relación con su nuera, lo que dificultó su acceso a tareas de cuidado. Además, se sentía culpable de no haber sido una madre emocionalmente expresiva, aunque sí se despidió de él antes de fallecer. También contribuía a los síntomas depresivos la falta de apoyo emocional por el resto de sus hijos.

Desde los síntomas ansiosos, eran frecuentes la tensión muscular, la aceleración del ritmo cardíaco, el aumento de la respiración, la dificultad para conciliar el sueño y la hipervigilancia a síntomas somáticos *“quisiera que me investigara qué es, no vaya a ser que sea un cáncer o algo así”* (sic. paciente). Estos síntomas eran particularmente evidentes para Angélica cuando pensaba en las tareas del hogar que aún le faltaba realizar y en los eventos negativos en la vida de sus hijos.

## **Tratamientos**

### **Elección del Tratamiento**

Considerando los resultados de la evaluación de Angélica, se decidió trabajar sobre dos problemáticas: el impacto del dolor crónico en diferentes áreas de su vida y la sintomatología ansiosa, lo que condicionaba una pobre calidad de

vida. Las guías internacionales de práctica clínica (National Institute for Health and Care Excellence, 2011) recomiendan las siguientes intervenciones para el manejo de la ansiedad, sin embargo, deben revisarse las guías específicas a cada trastorno de ansiedad:

- *Intervenciones psicosociales:* monitoreo activo, psicoeducación, autoayuda con o sin terapeuta, biblioterapia, entrenamiento en relajación, TCC breve de autoayuda individual, telefónica o grupal, TCC individual, TCC enfocada en el trauma, TCC para TOC, incluyendo Exposición y Prevención de Respuesta (EPR), Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) y otras intervenciones psicoterapéuticas que pueden ser elección del paciente pero de las cuales no se tiene suficiente evidencia empírica.

En general, las sesiones pueden ser semanales, de 60 a 90 minutos y por un periodo promedio de cuatro meses.

- *Intervenciones farmacológicas:* ISRS, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (ISRSN), antidepresivos tricíclicos (ADT), pregabalina, inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa (IMAO) e hipnóticos.

Desde el modelo cognitivo para la ansiedad, Clark & Beck (2010) plantean las siguientes estrategias cognitivas y conductuales para el manejo de los trastornos de ansiedad:

- *Intervenciones cognitivas:* psicoeducación en ansiedad, reestructuración cognitiva, análisis costo-beneficio, descatastrofización y tareas en casa.

- *Intervenciones conductuales*: ensayo conductual, técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en relajación.

Se ha reportado buena efectividad de la TCC para los distintos trastornos de ansiedad en pacientes adultos, con efectos de moderados a grandes al compararse con placebo (farmacológico o psicoterapéutico) y lista de espera, sobre síntomas ansiosos y depresivos (Hofmann & Smits, 2008; Stewart & Chambless, 2009), incluso en intervenciones vía internet con eficacia similar a tratamiento individual y grupal (Olthuis, Watt, Bailey, Hayden, & Stewart, 2016).

Tabla 10

**Descripción de los módulos de la intervención, número de sesiones estimadas y número de sesiones realizadas**

<b>Módulo</b>	<b>Sesiones estimadas</b>	<b>Sesiones realizadas</b>
1. Evaluación y desarrollo de la alianza terapéutica	2	4
2. Psicoeducación sobre el dolor y el modelo cognitivo	1	5
3. Entrenamiento en relajación	2	4
4. Identificación y modificación de pensamientos disfuncionales	3	7
5. Regulación de actividades	2	2
6. Programación de actividades agradables	2	1
7. Manejo del estrés	1	3
8. Higiene de sueño	1	1
9. Comunicación asertiva	2	1
10. Manejo del enojo	1	1
11. Solución de problemas	2	2
12. Prevención de recaídas y mantenimiento	2	1
13. Seguimiento	1	1

Considerando que algunas de las estrategias empleadas en el tratamiento cognitivo – conductual para la ansiedad se usan en la intervención desarrollada para el manejo del dolor crónico descrita en la misma sección para el Caso 1, se decidió implementar el mismo tratamiento. En la Tabla 10 aparecen los módulos y el número de sesiones planeados, así como el número de sesiones que se requirieron cuando el tratamiento se implementó.

La intervención se proyectó para una modalidad individual, cara-a-cara, con sesiones semanales de 50 minutos programadas en el consultorio del área de Psicología de Cuidados Paliativos, perteneciente al Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del INCMNSZ, y estaría a cargo de la misma terapeuta desde el comienzo hasta el seguimiento.

### **Implementación del Tratamiento**

A continuación se describe detallada y cronológicamente el desarrollo de la intervención planeada. En la Tabla 11 aparece un resumen de las actividades realizadas, las fechas en que ocurrieron y algunos detalles relevantes.

*Sesiones 1 - 4.* Estas sesiones se centraron en la identificación de las reacciones emocionales, los pensamientos y las conductas problemáticas actuales, así como eventos desencadenantes, historia de desarrollo e historia psiquiátrica. También se aplicaron instrumentos para determinar la severidad de la sintomatología. Utilizando ejemplos obtenidos en las sesiones, se le enseñó el uso del Diario de Dolor para favorecer el aprendizaje del modelo cognitivo – conductual y la identificación de los episodios de dolor, sin embargo, Angélica se mostró resistente a su uso, argumentado “*prefiero hablar las cosas de frente y no*

*estar escribiéndolas*” (sic. paciente). Para favorecer la relación terapéutica se decidió que la terapeuta llenaría el Diario de Dolor durante las sesiones, sin embargo, se discontinuó esta tarea porque consumía más de la mitad del tiempo en sesión. Angélica tiene una buena motivación al tratamiento.

Tabla 11

**Síntesis de actividades realizadas en el tratamiento de Angélica**

Semana	Fecha	Sesión	Actividad	Observaciones
0 - 7	17 y 31/Enero, 14/ Febrero y 09/ Marzo	1 - 4	Entrevista clínica sobre dolor Psicoeducación en modelo cognitivo-conductual: Diario de Dolor	Existieron resistencias al llenado del Diario de Dolor
8	14/ Marzo	5	Psicoeducación en modelo cognitivo-conductual y dolor.	
10	30/ Marzo	6	Psicoeducación sobre ansiedad. Entrenamiento en relajación.	
12	11/ Abril		<i>No asiste</i>	<i>Periodo vacacional de psicóloga</i>
15 - 16	04 y 08/ Mayo	7 - 8	Entrenamiento en relajación. Psicoeducación en apego al tratamiento.	Se comenzaron sesiones telefónicas
17 - 22	16, 22 y 30/ Mayo 06, 13 y 20/ Junio 07/ Julio	9 - 15	Entrenamiento en relajación. Reestructuración cognitiva.	
23 - 24	29/ Junio y 04/ Julio		<i>No asiste</i>	<i>Consultas médicas</i>
25 - 27	11, 19 y 25/ Julio	16 - 18	Manejo del Estrés	
28 - 29	01 y 08/ Agosto	19 - 20	Regulación de Actividades	
30	15/ Agosto	21	Programación de actividades agradables	
31	22/ Agosto	22	Manejo del enojo	
32 - 33	29/ Agosto y 06/ Septiembre	23 - 24	Solución de problemas	
34	12/ Septiembre	25	Comunicación asertiva Higiene de sueño	
35	19/ Septiembre	26	Prevención de recaídas	
39	19/ Octubre	27	Seguimiento	

Observaciones: Es evidente durante las sesiones el entusiasmo de Angélica ante la oportunidad de expresar abiertamente sus pensamientos y emociones, pues tendía a centrar su discurso en temas distintos a los abordados en la entrevista por lo cual era necesario redirigirla constantemente. Además, durante la

aplicación de instrumentos se apreció dificultad para discriminar sensaciones físicas y cuantificar su dolor. Angélica depende de sus hijos para acudir al hospital, por lo cual solo puede asistir cada dos semanas a sesión.

*Sesión 5.* Ante las dificultades para comprender los conceptos del modelo cognitivo – conductual, se brindó nuevamente psicoeducación en el modelo. Además, se proporcionó psicoeducación en dolor y en su asociación con el estrés.

*Sesión 6.* Debido a que Angélica comentó que se sentía más ansiosa de lo habitual, esta sesión se centró en la exploración de desencadenantes de ansiedad, identificándose la presencia de nuevos síntomas físicos (temblor y toques eléctricos) y una llamada telefónica con su hermana. Se brindó psicoeducación sobre ansiedad, ayudándola a identificar componentes físicos, conductuales y cognitivos. Además, se modeló en sesión la técnica de respiración diafragmática. A modo de reforzar lo aprendido, se le entregaron dos folletos con la descripción de estas técnicas y se acordó como tarea para el hogar la práctica diaria de este ejercicio.

No acude a la cita siguiente porque sus hijos no pueden trasladarla.

*Sesión 7.* Durante esta sesión Angélica comentó tener un dolor nuevo y expresó pensamientos catastróficos como: *“me vienen pensamientos de que quizá sea algo malo o que está empeorando lo que tengo”* (sic. paciente), lo cual aumenta la ansiedad. También comentó que ha presentado un consumo excesivo de alimentos dulces y de forma constante tiene dificultades para permanecer tranquila. Al evaluar la ejecución de la respiración diafragmática se evidenciaron



dificultades en la comprensión, pues al pedirle que explicara la técnica comentó: *“se me olvidan las cosas y ya tengo mala memoria”* (sic. paciente), así como obstáculos que impidieron una ejecución exitosa, como la presencia de mareo y de diversos estímulos distractores en el ambiente donde la realizaba. Ante esto, se modeló y moldeó en sesión, sin embargo, las dificultades persistieron, por lo que se decidió simplificar la técnica pidiéndole que realizara una respiración normal por un periodo de cinco minutos de forma lenta, profunda y consciente. A modo de facilitar el apego, se le escribieron estas instrucciones sobre el folleto que se entregó en la sesión pasada (mismo que no había leído en casa). Hacia el final de la sesión, Angélica se mostró preocupada por una próxima cita que tiene en Psiquiatría y comentó: *“... ¿qué estaré muy mal de plano para que manden ahí?... me preocupan los medicamentos porque yo no me quiero hacer adicta a esos medicamentos, o que me causen más daño”* (sic. paciente).

Observaciones: Es notable que Angélica no recuerde haber programado una cita para Psiquiatría pues mantiene tratamiento psiquiátrico prácticamente desde su ingreso al INCMNSZ, aunque las citas no son frecuentes. Se retomará en la próxima sesión el tema del tratamiento psiquiátrico por considerarse relevante dado el historial de mala adherencia a los tratamientos.

*Sesión 8.* Esta sesión se enfocó en la identificación de problemas asociados a la práctica de la técnica de relajación. Se acordó la elaboración escrita de una evaluación sobre la técnica posterior a su ejecución para percibir con mayor claridad su impacto. Finalmente, se abordó mediante psicoeducación el problema derivado del tratamiento psiquiátrico, enfatizando el papel de los medicamentos en el manejo del ánimo y del dolor, así como el manejo de los efectos adversos. Este

último punto es relevante puesto que algunos pensamientos asociados a la suspensión del medicamento cuando se percibe un efecto adverso son: *“no quiero estar aletargada, porque quiero seguir haciendo mis actividades... No me quiero sentir enferma”* (sic. paciente) y como ya se ha mencionado, Angélica parece sostener creencias disfuncionales hacia la enfermedad y los medicamentos.

Observaciones: Debido a la dificultad para evocar el material de las sesiones previas y la escasez de práctica en casa de las estrategias, se propusieron sesiones vía telefónica además de las sesiones en consultorio y de esta forma tener sesiones semanales.

*Sesión 9.* Se evaluó la ejecución de la práctica de la técnica de relajación, ofreciendo mínimas correcciones y reforzando positivamente el esfuerzo realizado. Durante esta sesión también se comenzaron a identificar de forma puntual situaciones desencadenantes de ansiedad para iniciar el módulo de reestructuración cognitiva, sin embargo, Angélica tuvo dificultades para discriminar entre pensamientos y sentimientos. No obstante, se identificaron algunas distorsiones cognitivas.

Observaciones: A sugerencia de la supervisora psicológica en la sede hospitalaria, se planeó trabajar sobre las principales distorsiones cognitivas identificadas y dedicar algunas sesiones al reconocimiento de diferentes estados emocionales. Debido a errores de entendimiento de las indicaciones del Dr. Edgar Landa con respecto a la valoración del estado de ánimo, se perdieron cinco evaluaciones de éste que, al ser identificados en asesoría, fueron corregidos y se comenzó la aplicación semanal del HADS a partir de esta sesión.

*Sesiones 10 - 15.* Angélica acudió a cada sesión detallando un evento significativo relacionado con alguno de sus familiares y que desencadena un aumento en la ansiedad y el dolor. Se fomentaron estos relatos para tener un repertorio de ejemplos sobre los cuales trabajar el proceso de reestructuración cognitiva. En dos ocasiones se reestructuró cognitivamente de manera directa en la sesión a través de la conversación que se sostenía con Angélica y en otras sesiones se intentó enseñarle el proceso paso a paso, apoyado por el formato de Cambio de Pensamiento, diseñado especialmente para ella pues contiene frases más cortas y claras que describen el proceso. Sin embargo, se evidenciaron dos tipos de distorsiones cognitivas particularmente resistentes al cambio: la catastrofización, asociada a la presencia de síntomas somáticos, e imperativos, relacionados a sus hijos *“¿Por qué no me hace caso? Si yo soy su mamá y me tiene que obedecer”* (sic. paciente). En otra sesión, se brindó psicoeducación sobre TOC porque expresó que por su conducta de limpieza constante su familia le comentó que tenía dicho trastorno y se mostró preocupada. En otra ocasión expresó preocupación por continuar experimentando emociones negativas, lo que motivo a recordarle que el objetivo del proceso terapéutico es la regulación emocional y no la eliminación de emociones. Durante cada sesión se acordó como tarea para el hogar la práctica de la reestructuración cognitiva.

Observaciones: Se le sugirió tomar nota de los puntos relevantes de cada sesión. Angélica tiende a centrar su atención sobre las conductas de los demás, por lo cual reiteradamente se intervenía para redirigir la atención hacia su propia experiencia cognitiva, emocional y conductual.

Angélica no acudió a dos citas consecutivas por tener consultas médicas programadas.

*Sesiones 16 - 18.* Se trabajó sobre el módulo de Manejo del Estrés, apoyado con el formato correspondiente, especialmente la modificación de hábitos del estilo de vida. Se explicó su contenido en sesión, se le solicitó leerlo nuevamente en casa y reflexionar sobre algún hábito que le gustaría modificar. Debido a una consulta con psiquiatría cercana a estas sesiones y considerando que el mal apego al tratamiento es un hábito de salud desadaptativo, se decidió trabajar sobre la modificación de esta conducta y posteriormente poder utilizar la estrategia de modificación de conducta en otros hábitos del estilo de vida. Se le enseñó a fragmentar la conducta en bloques de menor complejidad, anotándolos y los pasos de este proceso en una hoja blanca durante la sesión para que lo llevara a casa y lo colocara en un lugar visible. También se le sugirió anotar en una libreta las dudas sobre los medicamentos y sus efectos adversos para que la llevara consigo cuando tuviera una consulta médica y se le entregó un calendario tamaño carta para que programara sus consultas médicas. Además, nuevamente se brindó psicoeducación de la importancia de estos medicamentos y la tolerancia a los efectos adversos. En la sesión 18 escogió modificar el hábito alimenticio del consumo de cafeína, para lo cual nuevamente se diseñó un plan que se le entregó por escrito.

Observaciones: En la sesión 18, ante el término de la estancia hospitalaria por parte de la psicóloga, se entregaron los formatos de trabajo de los módulos restantes.

*Sesión 19 - 20.* Se evaluó el apego y se identificaron los obstáculos para la implementación del plan para modificar el hábito del consumo de cafeína. Se reforzó positivamente el esfuerzo realizado y se brindaron algunas sugerencias para mejorar su ejecución. Se trabajó con el módulo de Regulación de Actividades, apoyado con el formato correspondiente; se brindó psicoeducación sobre la importancia de esta estrategia en el contexto de dolor crónico y utilizaron actividades rutinarias de Angélica para comenzar la explicación en sesión. También se reestructuraron algunos pensamientos negativos que pueden obstaculizar su desempeño. Se acordó como tarea para el hogar la práctica de la estrategia en casa. Finalmente, se identificaron obstáculos en su ejecución y se reforzó el uso de pensamientos adaptativos en los periodos de descanso.

Observaciones: Angélica comentó efectos positivos sobre los síntomas de ansiedad, especialmente la tensión muscular y reducción de la hiperactividad, atribuidos a la duloxetina.

*Sesión 21.* Se trabajó sobre el módulo Programación de Actividades Agradables, apoyado con el formato correspondiente. Se brindó psicoeducación de la importancia de esta estrategia en el dolor crónico. Logró identificar actividades que ya realiza y se programaron dos a realizarse durante la semana siguiente. Se identificaron posibles obstáculos para su apego y se sugirieron adecuaciones. Se acordó como tarea para el hogar la práctica de dichas actividades.

*Sesión 22.* Se evaluó la realización de las actividades agradables programadas y se identificaron algunos obstáculos, sugiriendo en conjunto posibles soluciones. Se introdujo el módulo de Manejo del Enojo apoyada en el

formato, se explica el contenido en sesión y se van reforzando habilidades enseñadas con anterioridad (y no solamente su uso en el contexto de dolor crónico). Se obtienen ejemplos de situaciones detonantes de enojo, los pensamientos y la conducta asociados. Como tarea para el hogar Angélica identificaría situaciones detonadoras de enojo e intentaría implementar las estrategias de manejo.

*Sesiones 23 - 24.* Durante estas sesiones se conversó sobre eventos psicosociales que desencadenaron un aumento en la sintomatología ansiosa. Esto dio oportunidad para reforzar las habilidades enseñadas con anterioridad. Se trabajó con el módulo de Solución de Problemas, retomando un ejemplo proporcionado en la sesión anterior y guiando a Angélica en el llenado de cada uno de los pasos descritos en el formato correspondiente, sin embargo, ella comentó que esta había sido una sesión confusa por el formato utilizado.

*Sesión 25.* Durante esta sesión se implementaron los módulos de Comunicación Asertiva e Higiene de Sueño, brindando psicoeducación para cada uno de ellos, siguiendo el contenido de los formatos correspondientes. En el caso de la Comunicación Asertiva se decidió trabajar con la versión simplificada. Mientras se iba explicando el contenido, Angélica brindaba ejemplos y externaba sus dudas, mismas que iban aclarándose. Para la Higiene de Sueño se alentó a Angélica a poner en práctica las recomendaciones descritas siguiendo una programación gradual de tareas.

*Sesión 26.* Durante esta sesión se trabajó en el módulo de Prevención de Recaídas, reflexionando sobre los logros obtenidos, los obstáculos presentados en el tratamiento, la identificación de factores de riesgo que promuevan una recaída y

la generación de un plan para prevenir su ocurrencia. Se le sugirió tomar nota del plan de prevención de recaídas. Se reforzó positivamente el esfuerzo de Angélica a lo largo del tratamiento y se resaltaron algunas de sus fortalezas.

*Sesión 27.* En esta sesión se dio seguimiento al caso de Angélica a un mes de concluir el tratamiento. Se brindó orientación para solucionar algunas problemáticas que externó Angélica, se le sugirió revisar el contenido de los formatos, dándole una breve psicoeducación de cada uno, se reforzó positivamente la práctica de algunas habilidades y se le motivó para continuar esta conducta. Finalmente, se aplicaron instrumentos psicométricos.

### **Factores relacionados al terapeuta**

Al inicio y durante la intervención se tuvo especial cuidado en generar una sólida alianza terapéutica a través de demostraciones de respuestas de escucha activa y respuestas de influencia (Cormier et al., 2009), a excepción de las respuestas de inmediatez y auto-apertura. Además, se intentó activamente mostrar una actitud de empatía y un trabajo colaborativo en el establecimiento de metas y de modificaciones al plan de tratamiento.

Con Angélica resultó especialmente importante normalizar las dificultades en la evocación del contenido de las sesiones previas, y se procuró hacerlo en un ambiente de calidez y aceptación. Igualmente se le permitía expresar pensamientos y emociones de las situaciones que eran significativas para ella, aun cuando no correspondieran al contenido del módulo revisado. Lo anterior tenía relevancia dada la resistencia de Angélica a realizar ciertas actividades como

las tareas para el hogar, mostrando una actitud flexible y fortaleciendo la alianza terapéutica.

En diversas sesiones se implementaron modificaciones que favorecieran una mejor comprensión y asimilación del material, conducta que favoreció la confianza de la paciente y la percepción de empatía.

Para prevenir lo mejor posible que el elemento de contratransferencia interfiriera en la calidad de la intervención, se mantenían supervisiones clínicas semanales (Norcross & Hill, 2004).

Angélica prácticamente no mostró inasistencias al tratamiento, lo cual puede reflejar una buena adherencia. Constantemente se demostraba interés en conocer el efecto de la práctica de las estrategias en casa, señalando modificaciones cuando se considerara oportuno.

Finalmente, la psicóloga encargada de la implementación de la intervención tiene un grado de licenciatura en Psicología y paralelamente al desarrollo del tratamiento cursaba un programa de Maestría en Psicología con enfoque en el modelo cognitivo-conductual. Además, para los fines de esta intervención recibía asesoría clínica semanal por parte de la Dra. Sofía Sánchez-Román, encargada de Psicología del Departamento de Neuropsicología y Psiquiatría del INCMNSZ y asesoría cada dos semanas por parte del Dr. Edgar Landa Ramírez, encargado del área de Psicología del Departamento de Urgencias del Hospital General Gea González.



## Diseño de Estudio

Se utilizó un diseño de caso único de dos fases AB, siendo la fase A para evaluación con una o varias mediciones y la fase B de intervención con varias evaluaciones para identificar el proceso de cambio (Kazdin, 2011).

## Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizaron las pruebas descritas en la misma sección para el caso 1.

## Efectividad y Eficiencia de la Intervención

Con respecto a los resultados de las subescalas de Intensidad e Impacto del Dolor del Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor, en la Figura 5 se observa un incremento en las puntuaciones al final y al seguimiento de la intervención. El aumento más notable se aprecia para Impacto del Dolor al comparar la puntuación inicial y la de seguimiento.

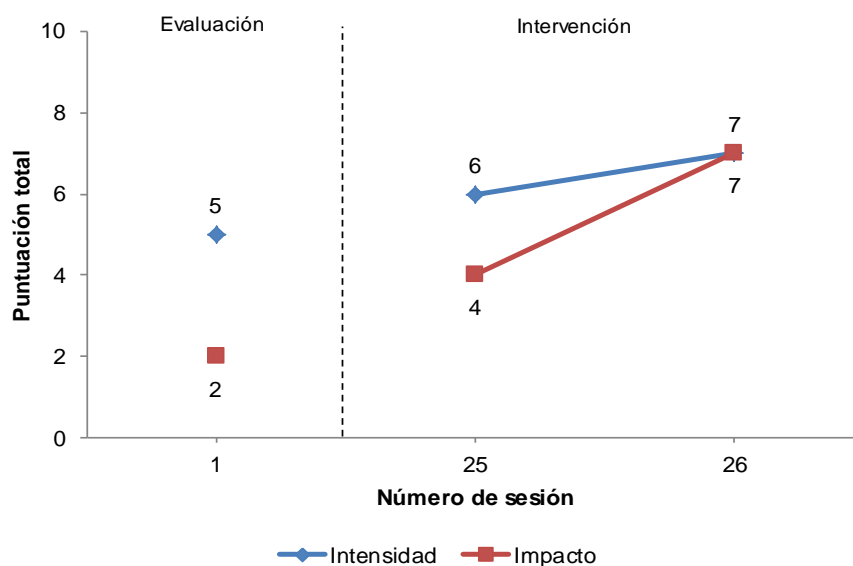


Figura 5. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor.

En la Tabla 12 se aprecia que el aumento en la puntuación final de la subescala de Intensidad no demuestra un empeoramiento clínicamente significativo (20%), mientras que la puntuación en el seguimiento sí (40%). Sobre la subescala de Impacto del Dolor, ambas evaluaciones postintervención reflejan un empeoramiento clínicamente significativo, siendo notable el del seguimiento (250%).

Tabla 12  
**Puntuaciones del Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor y el Cambio Clínico Objetivo**

Dimensiones	Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
	Pretest	Postest 1 <sup>a</sup>	Postest 2 <sup>b</sup>	Pre-Post 1	Pre-Post 2
Intensidad	5	6	7	20%	40%
Impacto	2	4	7	50%	250%

Los resultados obtenidos para la Escala de Catastrofización al Dolor se muestran en la Figura 6. Se observan puntuaciones similares al inicio y al final del tratamiento, con un incremento en el seguimiento. Ninguna puntuación se acerca al punto de corte para indicar catastrofización.

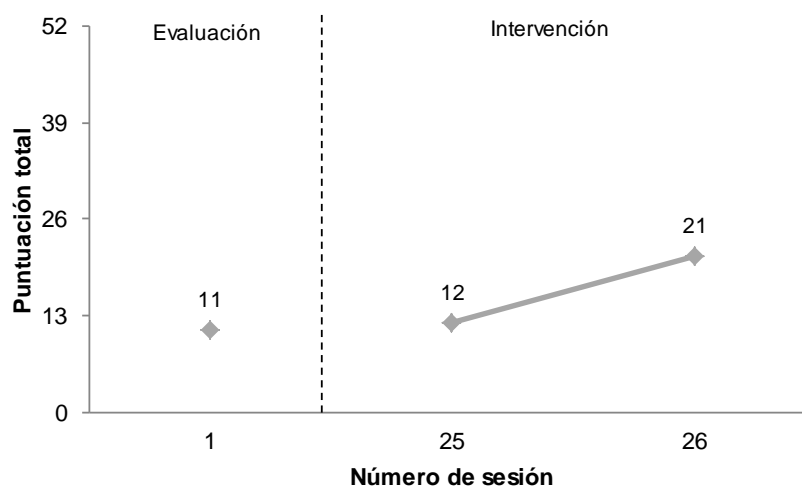


Figura 6. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Catastrofización al Dolor.

El aumento observado en la puntuación al final de la intervención no refleja un empeoramiento clínicamente significativo (9%), pero el reportado en el seguimiento sí (90%). (Tabla 13).

Tabla 13  
**Puntuaciones de la Escala de Catastrofización al Dolor y el Cambio Clínico Objetivo**

Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
Pretest	Postest 1	Postest 2	Pre-Post 1	Pre-Post 2
11	12	21	9%	90%

Al evaluar la calidad de vida, en la Figura 7 se aprecia que al inicio del tratamiento las subescalas con menor puntuación son Rol Emocional y Dolor Corporal, mientras que la escala de Funcionamiento Social tiene la mejor puntuación.

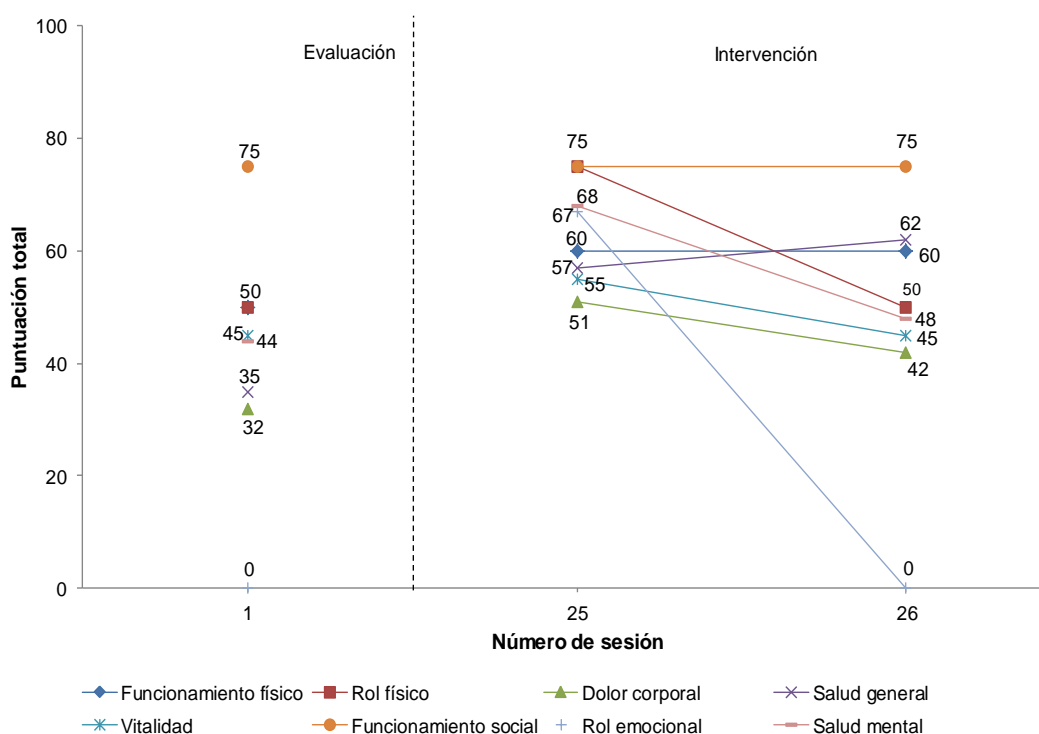


Figura 7. Puntuaciones obtenidas en la Encuesta de Salud SF-36.

Al final del tratamiento se aprecia un aumento (>50) en las puntuaciones de todas las subescalas (a excepción de Funcionamiento Social, que permaneció con la misma puntuación); la puntuación más elevada es para la subescala de Rol Físico y la menor para Dolor Corporal.

Tabla 14

**Puntuaciones de la Encuesta de Salud SF-36 y el Cambio Clínico Objetivo**

Escala	Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
	Pretest	Postest 1	Postest 2	Pre-Post 1	Pre-Post 2
Funcionamiento físico	50	60	60	20%	20%
Rol físico	50	75	50	50%	0%
Dolor corporal	32	51	42	59%	31%
Salud general	35	57	62	62%	77%
Vitalidad	45	55	45	22%	0%
Funcionamiento social	75	75	75	0%	0%
Rol emocional	0	67	0	-	-
Salud mental	44	68	48	54%	9%

En la Tabla 14 se observa que el aumento en las puntuaciones al final del tratamiento representa una mejoría clínicamente significativa para las subescalas de Rol Físico (50%), Dolor Corporal (59%), Salud General (62%), Vitalidad (22%) y Salud Mental (54%). El aumento en la subescala de Funcionamiento Físico no representa una mejoría clínicamente significativa (20%), mientras que en Funcionamiento Social, al no existir cambio en las puntuaciones, no hay mejoría o empeoramiento clínicamente significativos. Finalmente, para el caso de la subescala de Rol Emocional no es posible calcular la significancia clínica del cambio<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Aunque existe un incremento en la puntuación al final de la intervención, no es posible calcular el cambio clínico objetivo ya que la puntuación inicial es 0. De acuerdo a la Escala SF-36, valores

En el seguimiento, las subescalas que mantuvieron la puntuación obtenida al final del tratamiento fueron Funcionamiento Físico y Funcionamiento Social. La subescala de Salud General aumentó su puntuación. Las subescalas de Rol Físico, Rol Emocional y Vitalidad regresaron a la puntuación inicial, mientras que las subescalas de Dolor Corporal y Salud Mental disminuyeron la puntuación pero no a niveles iniciales (Figura 7).

En la evaluación de seguimiento (Tabla 14), se obtuvo una mejoría clínicamente significativa para las subescalas de Dolor Corporal y Salud General. Para las subescalas de Funcionamiento Físico, Rol Físico, Vitalidad, Funcionamiento Social y Salud Mental el cambio en las puntuaciones no representó una mejoría clínicamente significativa. Finalmente, no es posible calcular el cambio clínico objetivo para la subescala de Rol Emocional.

Sobre la comorbilidad psiquiátrica, la Figura 8 muestra las puntuaciones obtenidas en la prueba HADS. Para la subescala de Ansiedad, en un análisis visual de la línea base se observa un nivel de 12, no se puede establecer una tendencia consistente debido al número de datos y una variabilidad de uno. Los tres datos de la línea base son superiores al punto de corte, que es 8.

En la fase de intervención se observa un nivel de 10, una tendencia neutral y una variabilidad de siete. No se muestra una inmediatez al cambio y existe el solapamiento de ocho datos entre las fases. Durante la intervención, las puntuaciones se mantuvieron constantemente superiores o limítrofes al punto de

---

bajos indican problemas en la realización de actividades diarias o laborales producto de problemas emocionales y puntuaciones altas, lo contrario. Al final de esta sección se ofrece una descripción clínica de los resultados.

corde. Las reducciones más notables ocurrieron en las sesiones 20 – 23 y en la sesión 26.

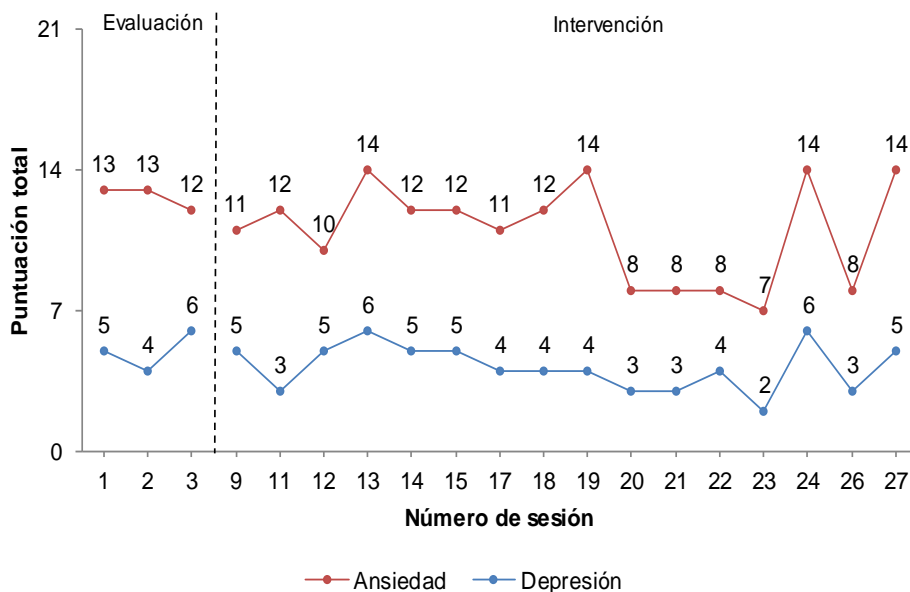


Figura 8. Puntuaciones obtenidas en la prueba HADS.

En el seguimiento, la puntuación supera al punto de corte y es incluso mayor que la puntuación inicial de la línea base.

La reducción en la puntuación final refleja una mejoría clínicamente significativa (-42%), mientras que el aumento en la puntuación en el seguimiento no refleja un empeoramiento clínicamente significativo (0%) (Tabla 15). La intervención tuvo un efecto moderado, sin ser estadísticamente significativa (NAP= 0.70,  $p = 0.26$ ).

Para la subescala de Depresión, en la figura 8 en un análisis visual de la línea base se observa un nivel de cinco, no se puede establecer una tendencia

consistente debido al número de datos y una variabilidad de dos. Los datos obtenidos en la base no superan al punto de corte, que es 7.

Tabla 15

**Puntuaciones de la Escala HADS y el Cambio Clínico Objetivo**

Subescalas	Evaluaciones			Cambio Clínico Objetivo	
	Pretest	Postest 1	Postest 2	Pre-Post 1	Pre-Post 2
Ansiedad	13	8	14	-38%	7%
Depresión	5	3	5	-40%	0%

En la fase de intervención se observa un nivel de cuatro, una tendencia neutral y una variabilidad de cuatro. No se muestra una inmediatez del cambio y existen once datos que se solapan entre las fases. En esta fase, los datos obtenidos no superaron al punto de corte. La puntuación en el seguimiento no supera al punto de corte.

La disminución en la puntuación al final de la intervención representó una mejoría clínicamente significativa (-40%), mientras que el retorno a la línea base de la puntuación del seguimiento no representó una mejoría o empeoramiento clínicamente significativo. La intervención tuvo un efecto moderado, pero no fue estadísticamente significativo (NAP= 69%,  $p = 0.28$ ).

Desde el aspecto clínico, los resultados más significativos ocurridos a lo largo del proceso terapéutico se pueden dividir en tres rubros principales:

- *Cognición.* Angélica aprendió a reconocer en su cuerpo la asociación que existe entre el estrés y el dolor: “*La tensión me agudiza el dolor, todo es por la prisa que tengo, por las ansias de terminar*” (sic. paciente). Al inicio del tratamiento algunos de los pensamientos automáticos negativos asociados

al dolor eran: “*¿Hasta cuándo?... ya no aguanto el dolor;... ya no resisto;... no me gusta sentirme enferma*” (sic. paciente), sin embargo, la mayor parte de los pensamientos reportados se centraba en situaciones negativas en la vida de sus hijos y sus familiares: “*yo lo que creo es que yo necesito es que me reconozcan que tengo la razón, porque una vez así me pasó con mi hijo, que yo le di un consejo y él luego me dijo que había tenido razón y yo me sentí muy bien*” (sic. paciente) y sobre la presencia de síntomas somáticos. Hacia el final del tratamiento, Angélica expresaba cogniciones más funcionales sobre el dolor: “[aprendí] *que yo con mi mente puedo reducir u olvidar un poco el dolor;.... No le doy tanta importancia al dolor porque tengo otras cosas en la mente*” (sic. paciente) y los síntomas somáticos: “*ya no me apuro por algunos síntomas físicos porque ya sé que son por el efecto del medicamento y no una enfermedad nueva o empeoramiento de algo*” (sic. paciente). No obstante, los pensamientos asociados a las situaciones familiares negativas no se modificaron, ni al seguimiento.

- **Conducta.** Una de las principales estrategias de Angélica para reducir su ansiedad era realizar actividades de limpieza en el hogar sin periodos de descanso “*voy a hacerlo bien [aseo del hogar] y debe terminar bonito y presentable*” (sic. paciente), sin embargo, dichas actividades perpetuaban o exacerbaban el dolor. En un primer momento Angélica experimentó un efecto negativo con la práctica de la respiración diafragmática asociado a la sensación de mareo. Para reducir este síntoma y promover la utilización de esta técnica, se modificó y se le pidió que realizara respiraciones lentas,



profundas y conscientes, lo cual produjo el efecto deseado. Sin embargo, el apego a esta intervención fue variable a lo largo del tratamiento por una falta de concentración para su ejecución, aunque también es probable que sea un reflejo de una falta de comprensión de los objetivos de la práctica regular de la técnica. No obstante, al finalizar el tratamiento Angélica comentó: *“Las respiraciones las aprendí a tomar en serio y sí las he seguido practicando”* (sic. paciente). Una de las conductas con mejor efecto fue el apego al tratamiento psiquiátrico, la cual produjo efectos positivos en los niveles de ansiedad y el dolor: *“Estoy bien con la duloxetina... el hombro ni los brazos me duelen, sólo me sigue doliendo la rodilla... ya no siento ese vacío, esa desesperación, ansiedad... puedo estar más ratito sin frotar las manos. Siento que las pastillas me están haciendo buen efecto. Me siento relajada”* (sic. paciente). Con respecto al plan de modificación de hábitos alimenticios, Angélica experimentó dificultades al inicio, sin embargo, logró mejorar su consumo y expresó: *“Yo sé que le había dicho que iba a ser muy difícil para mí, pero no lo fue y de hecho la otra vez estaba yo sola y me dije ‘Lo logré’”* (sic. paciente). Otra de las intervenciones con las cuales tuvo dificultades al inicio de su implementación fue la Regulación de Actividades, sin embargo, obtuvo efectos positivos con la práctica: *“No esperé hasta que el dolor se presentara. Hallé una nueva forma de hacerlo;... Aprendí a no esperar al dolor para tomar un descanso”* (sic. paciente). La Programación de Actividades Agradables, resultó más compleja de implementar pues Angélica depende para su movilización y gastos personales de sus hijos, por lo cual, intentó implementar algunas actividades en casa, pero no

obtuvo un gran beneficio. Angélica comentó al final del tratamiento que aprendió estrategias no farmacológicas para el manejo de su dolor: “*Hay cosas que puedo hacer para evitar que se agudice como: cuidarme, darme prioridad y descansar*” (sic. paciente). Estos cambios desaparecieron en el seguimiento, pues Angélica reportó una exacerbación del dolor con un mal control y una reducción sustancial en la movilidad.

- *Emoción.* Angélica describió con mayor frecuencia al inicio del tratamiento enojo y ansiedad, y tristeza cuando hablaba o recordaba específicamente los decesos de su esposo e hijo. Estas emociones se mantuvieron constantes a lo largo del tratamiento con ligeras variaciones. En el seguimiento, Angélica reportó una exacerbación de estas emociones, con fluctuaciones de falta de energía e hiperactividad.

Angélica comentó que las intervenciones que más beneficio le reportaron fueron la respiración diafragmática y el manejo del enojo, aunque este aún presenta dificultades.

Algunas observaciones clínicas relevantes para comprender mejor el caso de Angélica son las siguientes:

- Se negó a registrar el contenido del Diario de Dolor porque prefería conversar en lugar de escribir. En general, su aproximación a las tareas del hogar era negativa, argumentando que: “*no me gusta seguir una agenda, es como me sienta*” (sic. paciente).
- Tenía dificultades para recordar el contenido de una sesión previa, sin embargo, si se le brindaban palabras o ideas clave, lograba articular la idea

general. Por ejemplo, al brindarle psicoeducación sobre Reestructuración Cognitiva comentó: “[se trata de] *diluir o reducir la fuerza con la que uno cree en esos pensamientos negativos...o tener pensamientos positivos*” (sic. paciente).

- Se evidenciaron problemas para discriminar emociones de pensamientos y reconocer los pensamientos automáticos ante una situación. El enseñarle a discriminar consumía más de la mitad de una sesión.
- La aplicación de la Reestructuración Cognitiva tenía un mayor efecto al usarla a través de la conversación que se mantenía en sesión en comparación con el uso que le daba fuera del ámbito clínico, el cual era nulo. Esto era evidente cuando en cada sesión se presentaban los mismos pensamientos automáticos negativos asociados a situaciones negativas repetitivas con sus hijos y sus familiares, y al abordarlos en sesión era capaz de generar pensamientos más adaptativos y mejorar su estado de ánimo.

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue describir la implementación y mostrar el efecto de una intervención cognitivo-conductual para el dolor crónico sobre el manejo del dolor y la comorbilidad psiquiátrica, específicamente depresión y ansiedad, en dos pacientes atendidas en el área de Psicología del Departamento de Dolor y Medicina Paliativa del INCMNSZ como parte del manejo interdisciplinario del dolor.

Ambas pacientes presentaron sintomatología depresiva y/o ansiosa al inicio del tratamiento y tenían historial de tratamiento psiquiátrico y psicológico, sin embargo, en Rebeca era más evidente un episodio depresivo mayor con algunos síntomas ansiosos, mientras que en Angélica se presentaban más síntomas ansiosos que depresivos. Al final del tratamiento ambas pacientes presentaron una mejoría clínicamente significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa, y se mostró un efecto moderado de la intervención. Clínicamente Rebeca evidenció una disminución del ánimo triste y del aislamiento social, cogniciones más realistas y útiles e incremento de la actividad. Angélica reportó relativamente el mismo rango e intensidad emocional y de actividad, y logró generar cogniciones más realistas y útiles en sesión. Sin embargo, en ambas pacientes la mejoría no se mantuvo en el seguimiento.

En la literatura comúnmente se reporta la comorbilidad del dolor crónico con depresión y ansiedad, solos o en conjunto, con mayor prevalencia en mujeres y un efecto positivo de las intervenciones cognitivo – conductuales para el dolor crónico sobre el ánimo y la ansiedad con mantenimiento a los tres y seis meses (Bernardy

et al., 2013; de Heer et al., 2014; Gatchel et al., 2007; McCracken, MacKichan, & Eccleston, 2007; Morley et al., 1999; WHO, 2017).

Los resultados obtenidos al final del tratamiento son similares a los efectos positivos de los tratamientos cognitivo-conductuales para el dolor crónico reportados en la literatura, no obstante, los efectos logrados en el seguimiento a un mes por esta intervención no son similares a lo descrito en otros estudios. Una posible explicación del efecto positivo hacia el final de la intervención es la retroalimentación constante que las pacientes recibían por parte de la terapeuta sobre la implementación de las estrategias en el contexto de la depresión y la ansiedad. Los principios de aprendizaje indican que el moldeamiento y el modelamiento son técnicas que permiten adquirir una nueva conducta, mientras que el reforzamiento positivo permite aumentar las probabilidades de ocurrencia de una conducta (Chance, 2001). Las pacientes recibían reforzamiento positivo ante el esfuerzo y cumplimiento de metas y objetivos mediante elogios constantes, y correcciones cuando existían errores en la implementación, las cuales les permitían acercarse a la conducta meta.

Otra explicación emerge al considerar que ambas pacientes tenían una red de apoyo social disfuncional o insuficiente y, a través de una buena relación terapéutica, la psicóloga se convirtió en una fuente de apoyo emocional que las influía a realizar conductas saludables para ellas. En la literatura existe amplia evidencia que un terapeuta que demuestra empatía, congruencia, apoyo incondicional y aceptación del paciente obtiene mejores resultados que aquel que no lo hace y que la relación terapéutica se asocia significativamente con los resultados del tratamiento (Chatoor & Kurpnick, 2001). Relacionado al párrafo

anterior, la retroalimentación es un elemento que favorece de la relación terapéutica (Norcross & Hill, 2004). Paralelamente, la investigación en psicopatología (Beckner, Howard, Vella, & Mohr, 2010; Lindfors, Ojanen, Jääskeläinen, & Knekt, 2014) y dolor crónico (Broderick et al., 2016; Jamison & Virts, 1990) sustenta el efecto positivo del apoyo social sobre los resultados de las intervenciones psicológicas.

Por otro lado, la pérdida del efecto positivo de la intervención en el seguimiento puede deberse al uso de un tratamiento psicológico especializado en la experiencia dolorosa y no en psicopatología, aunque se compartan estrategias de intervención. En este sentido, tendría que considerarse el perfil psiquiátrico de los pacientes en los cuales se ha obtenido un efecto positivo, determinar las similitudes y las diferencias con la(s) persona(s) a la que se está interviniendo y evaluar la pertinencia de su aplicación. Este planteamiento sugiere entonces la necesidad de, previo a implementar un tratamiento cognitivo-conductual para dolor crónico para el manejo de esta problemática en comorbilidad con depresión y/o ansiedad, elaborar un perfil psiquiátrico del paciente para determinar la conveniencia de utilizar un único protocolo para abordar dos problemáticas con características particulares.

Algunos autores han sugerido que en pacientes con dolor crónico y sintomatología depresiva severa y/o ansiosa que planean iniciar un tratamiento de rehabilitación para el dolor crónico se traten primero los síntomas psiquiátricos, de forma que se proporcionen las condiciones adecuadas para el éxito del tratamiento del dolor crónico. Sin duda, esta recomendación aumenta el periodo de tratamiento que estos pacientes requieren (Bair et al., 2003; Börsbo et al.,

2008; Lépine & Briley, 2004). Esta sugerencia probablemente sea particularmente relevante en pacientes con sintomatología ansiosa y/o depresiva premórbida al dolor crónico y que se vea sostenida o aumentada por la persistencia de éste.

El caso de Angélica es un buen ejemplo para esta explicación. De forma constante durante las sesiones, la paciente expresaba de pensamientos sobre dos ejes temáticos no asociados al dolor y que generaban estados de ansiedad elevada: eventos negativos en la vida de sus familiares, principalmente sus hijos, y la presencia de síntomas somáticos. Dentro de estos pensamientos eran evidentes las distorsiones cognitivas de catastrofización e imperativos.

De acuerdo a la terapia cognitiva, los pacientes con trastornos psiquiátricos poseen errores sistemáticos en el procesamiento de la información que contribuyen a mantener la validez de pensamientos y creencias desadaptativas, con consecuencias negativas sobre el estado emocional y la conducta (Beck et al., 2010). Siguiendo el razonamiento del párrafo anterior, es probable que además de la modificación de pensamientos y creencias desadaptativas asociadas al dolor crónico, en personas con trastornos psiquiátricos sea necesario intervenir sobre los pensamientos y las creencias propias de la depresión y/o la ansiedad, o cualquier otro diagnóstico psiquiátrico.

Aunado a lo anterior, en el caso de la conceptualización de caso de los pacientes de la tercera edad hay que considerar que existen temas que son particularmente relevantes en este grupo etario, como las creencias de cohorte<sup>10</sup>, los vínculos intergeneracionales y las enfermedades y/o síntomas físicos, mismos

---

<sup>10</sup> Se refieren al conjunto de pensamientos y experiencias compartidos por personas nacidas en el mismo periodo de tiempo, y que moldean creencias y expectativas sobre diversas áreas de la vida, como la familia o el trabajo.

que se magnifican cuando se tiene depresión y/o ansiedad e interactúan con pensamientos y creencias disfuncionales (Evans, 2007; Laidlaw, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2004).

Aunque no se considera que sea el caso de Rebeca y Angélica, también es importante mencionar que la literatura actual no presenta pautas de acción claras cuando se trata de abordar pacientes con algún otro diagnóstico psiquiátrico del Eje I, solo o en comorbilidad con depresión y/o ansiedad, o del Eje II en comorbilidad con dolor crónico, probablemente porque su diagnóstico no sea tan frecuente y, por lo tanto, no sea posible conformar grandes muestras y realizar estudios a gran escala. En cualquier caso, resulta importante al planear el tratamiento jerarquizar las problemáticas del paciente de acuerdo a la evidencia en la literatura, la experiencia del clínico y el deseo del paciente.

Otra posible explicación sobre la pérdida de la mejoría en el seguimiento se refiere a una falta de identificación precisa sobre las cogniciones disfuncionales más significativas para las pacientes, impidiendo una mejoría sostenida en el ánimo y la conducta. Beck (2011) sugiere que cuando el paciente persiste en su creencia o no se reduce el distrés emocional puede deberse a que hay otros pensamientos automáticos no identificados o evaluados, el pensamiento automático es una creencia central y/o el pensamiento alternativo tiene un impacto a nivel intelectual pero no emocional, entre otros.

Con respecto al dolor, al inicio del tratamiento ambas pacientes tenían una funcionalidad limitada, y creencias sobre el dolor y estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Al final del tratamiento Rebeca evidenció mejoría clínicamente significativa sobre la severidad, el impacto y la catastrofización al dolor,



manteniéndose el efecto al seguimiento, reportando un uso constante de estrategias conductuales y cognitivas para manejar el dolor. Por su parte, Angélica presentó empeoramiento clínicamente significativo sobre el impacto del dolor al final del tratamiento, y en el seguimiento se añadió deterioro en la severidad y la catastrofización al dolor, reportando un uso variable y limitado únicamente del entrenamiento en relajación.

A menudo, los pacientes con dolor crónico experimentan limitaciones en la funcionalidad a causa del dolor que se exacerban en presencia de comorbilidad psiquiátrica y el aumento en la severidad del dolor (Annagür et al., 2014; Blyth et al., 2001; de Heer et al., 2014; Yalcin & Barrot, 2014). Diversos estudios sobre TCC-DC han reportado efectos pequeños y moderados sobre el uso de las estrategias de afrontamiento, la severidad y la discapacidad asociadas al dolor, con mantenimiento de los efectos a las 26 semanas (Bernardy et al., 2013; Cherkin et al., 2016; Linden et al., 2014; Morley et al., 1999), incluso en pacientes con una discapacidad severa (McCracken et al., 2007).

Este efecto disímil en ambas pacientes puede explicarse por las diferencias en la implementación de las estrategias de intervención fuera del consultorio. Rebeca mostró una actitud proactiva y de alto compromiso con la realización de tareas en casa durante todo el tratamiento, mientras que Angélica se mostró resistente desde el comienzo de la intervención al trabajo en casa, argumentando una preferencia por su realización en sesión, y cuando reportaba el uso de alguna estrategia en casa, era inconstante para en su aplicación y mantenimiento.

Las tareas para el hogar son uno de los principales elementos de la terapia cognitivo – conductual, pues le brindan al paciente la oportunidad para aplicar y

comprobar la efectividad las estrategias adquiridas en el consultorio en su ambiente natural y así contribuir a al alivio de los síntomas (Beck, 2011). La investigación ha mostrado que aquellos pacientes que muestran un mejor apego a la realización de tareas en casa progresan mejor en el tratamiento psicoterapéutico que aquellos que no lo hacen (Hlavaty, Brown, & Jason, 2011; Kazantzis, Whittington, & Dattilio, 2010). En pacientes que se resisten a realizar tareas en el hogar resulta importante que el terapeuta identifique y modifique las cogniciones disfuncionales asociadas a esta actividad o implemente modificaciones específicas para las tareas para el hogar, aumentando así las probabilidades de su cumplimiento y promoviendo las oportunidades para que el paciente aumente su percepción de autoeficacia y asuma una actitud de resolución de problemas (Beck, 2005).

Sobre esta misma línea explicativa, pero desde el aspecto de la intervención, Angélica también pudo mostrarse resistente a la realización del trabajo fuera de la sesión porque las tareas (pre)diseñadas no se adecuaron correctamente a sus necesidades particulares. Como ya se describió párrafos arriba, las preocupaciones principales de ella se encontraban en otras esferas de su vida y no el dolor. Desde el aspecto de la práctica de la terapeuta, puede señalarse que quizá ella no enfatizó la importancia del trabajo fuera de la sesión para el alivio de los síntomas, no explicó adecuadamente o se cercioró de la comprensión de la lógica detrás de una tarea para el hogar específica y/o no diseñó las tareas colaborativamente (Beck, 2005).

Además de la actitud y/o compromiso de ambas pacientes, algunos autores han sugerido que en al conceptualizar las dificultades de los pacientes para

apegarse al trabajo en casa, sean consideradas las características educativas de estos (Kazantzis et al., 2010). Este es el caso de Rebeca y Angélica; mientras que la primera tiene un nivel educativo de licenciatura, Angélica suspendió sus estudios en la secundaria. Algunos pacientes de la tercera edad, especialmente para quienes tiene poca instrucción educativa, la “tarea” puede tener connotaciones desagradables o humillantes (Kazantzis et al., 2010). Angélica expresaba constantemente su preocupación por hacer bien el trabajo (incluyendo la calidad de su caligrafía) y recordar las instrucciones.

De hecho, aparte de las dificultades para recordar las instrucciones, Angélica tenía dificultades para evocar el contenido de las sesiones previas. Si bien, los cambios cognitivos en la tercera edad han sido bien documentados en la literatura (Evans, 2007), autores especializados en el área señalan que las personas en este grupo etario pueden obtener el mismo beneficio de la terapia cognitivo – conductual que las personas de otras cohortes.

Para maximizar su efecto es recomendable establecer algunas modificaciones al tratamiento estándar como: reducir el tiempo de cada sesión, llevar un ritmo más lento en la terapia, mantener una conversación más pausada y clara, utilizar diversas modalidades al presentar la información, aumentar la estructura de la sesión, redirigir constantemente la narrativa del paciente hacia el contenido y metas de la sesión, promover escribir anotaciones sobre puntos importantes de la terapia y su organización en carpetas, proporcionar y obtener resúmenes constantes, repetir la información, incorporar estrategias de memorización, ayudar al paciente a establecer un puente entre sesiones

brindándole información clave y prolongar la duración de la intervención completa (Evans, 2007; Sorocco & Lauderdale, 2011).

Aunque se implementaron algunas modificaciones a la intervención como sugerir asistencia dos veces por semana, comenzar sesiones vía telefónica, simplificar algunos formatos de trabajo, proporcionar material escrito sobre el contenido de las sesiones y brindar palabras clave ocasionalmente para evocar información, es probable que Angélica se hubiera beneficiado más con un uso sistemático y consistente de estos u otros cambios.

Otra explicación de los efectos dispares obtenidos en ambas pacientes en el área de dolor puede atribuirse a que Rebeca y Angélica se encontraban en etapas de cambio distintas (DiClemente & Prochaska, 1982) y, por lo tanto, su motivación al cambio era distinta. En este sentido, Angélica pudo haberse beneficiado de estrategias que permitieran aumentar su motivación a la realización de las tareas en casa y/o el uso sistemático de estrategias que le habían resultado efectivas, como la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999).

Finalmente, otra explicación para el efecto negativo en Angélica puede atribuirse a creencias disfuncionales sobre el dolor. La literatura menciona que las creencias negativas sobre el dolor pueden influir negativamente en la motivación del paciente a emplear estrategias adaptativas de automanejo (Flor & Turk, 2013; Kerns & Rosenberg, 2000). Ella sostenía una creencia negativa asociada a la expresión de quejas o molestias causadas por la presencia de dolor y otros síntomas somáticos. Cabe recordar que Angélica sostiene que esta creencia se origina de una relación disfuncional con su madre. La modificación de creencias intermedias o centrales fue un aspecto que no se profundizó durante la

intervención, por lo tanto, a modo de una interpretación no corroborada con la paciente, puede pensarse que el expresar libremente a la terapeuta las molestias que se generaban con la presencia del dolor causaría un conflicto con la creencia central que sostiene y aumentaría el distrés emocional.

En lo concerniente a la calidad de vida percibida, al inicio del tratamiento Rebeca reportaba peor calidad de vida que Angélica. Al finalizar la intervención ambas pacientes evidenciaron mejoría clínicamente significativa, sin embargo, el aumento fue mayor para Rebeca ya que reportó un aumento sobre la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida, mientras que Angélica reportó mejoría en las subescalas de salud mental, rol físico, vitalidad, salud general y dolor corporal.

Los resultados de Rebeca pueden interpretarse como una mejora global en diferentes aspectos de salud asociados a la calidad de vida, en cambio en Angélica pueden interpretarse como una mejora en la evaluación personal de la salud, una disminución de la interferencia del dolor o el estado de salud en la vida cotidiana y una sensación de mayor tranquilidad y energía. Para ambas pacientes la mejoría se mantuvo en el periodo de seguimiento, aunque Angélica sólo mantuvo su mejoría en dolor corporal y salud general, lo cual refleja que sostuvo una autoevaluación positiva de su salud y del impacto del dolor en su vida cotidiana.

En general, las personas con diversas enfermedades crónicas, necesidad continua de tratamientos y comorbilidad psiquiátrica presentan un peor funcionamiento físico y social, condicionando la evolución y el tratamiento de las condiciones físicas y mentales (APA, 2013; Börsbo et al., 2008; Castro, Daltro, Kraychete, & Lopes, 2012). En la literatura se han reportado efectos positivos

sobre la calidad de vida en general o sobre algunas dimensiones de ésta después de intervenciones cognitivo-conductuales para pacientes con dolor crónico musculoesquelético con un mantenimiento de los efectos a tres meses (Castro et al., 2012; Dysvik, Guttormsen Vinsnes, & Eikeland, 2004; Orenius et al., 2013).

Si se considera que la calidad de vida asociada a la salud es un reflejo del bienestar percibido por la persona en aspectos físicos y psicológicos, los resultados obtenidos pueden explicarse como un efecto del acompañamiento proporcionado por la terapeuta durante el periodo que duró la intervención o de la implementación de las estrategias de intervención en el ambiente natural del paciente, permitiendo experimentar una mayor sensación de control sobre éste y promoviendo un aumento de la autoeficacia. De esta forma, el paciente puede redirigir la atención hacia sus propios recursos y usarlos para manejar los problemas que afectan la calidad de vida. Por otro lado, al estar influida por diversos elementos, como la comorbilidad psiquiátrica, los síntomas somáticos o la calidad del apoyo social, el deterioro o mantenimiento en algunos de ellos puede explicar las reducciones en la calidad de vida (Castro et al., 2012; Orenius et al., 2013; Romão et al., 2009).

Otro hallazgo importante es que ambas pacientes expresaron mayor utilidad y práctica por diferentes estrategias. Si bien la terapia cognitivo – conductual (para el dolor crónico) es flexible en su implementación, habitualmente sigue un curso empíricamente probado a través de diversos protocolos. Sin embargo, se ha planteado que una línea de investigación futura sobre el tratamiento del dolor crónico deberá determinar los componentes específicos del tratamiento que

resultan más efectivos y eficaces o adaptar el protocolo completo a las necesidades del paciente (Ehde et al., 2014; D. Turk & Flor, 2013).

Este hallazgo resulta relevante en el uso de intervenciones basadas en la evidencia en la práctica cotidiana, siguiendo las pautas de la medicina conductual basada en evidencia (Davidson et al., 2003). Desde un análisis personal, el reto más complejo al implementar estas intervenciones consiste en desarrollar el grado suficiente de flexibilidad que permita, por un lado, mantener la integridad de un tratamiento y, por otro, responder a las necesidades particulares del paciente. Se trata de encontrar un equilibrio que, considero, ocurre cuando se combina el conocimiento del terapeuta de las bases teóricas del modelo cognitivo-conductual, de psicopatología y del dolor crónico y de la práctica clínica, con lo cual adquiere la experiencia necesaria para tomar decisiones en la práctica clínica con mayor seguridad. En los casos presentados fue necesario, por ejemplo, modificar el orden de los módulos, enfatizar algunos más que otros dependiendo de la paciente y dedicar más o menos tiempo a otros.

Finalmente, es notable que el tratamiento de ambas pacientes se prolongara más tiempo del contemplado. Ante este hecho, pueden mencionarse varias explicaciones. Primero, desde el ámbito de la adherencia terapéutica, las pacientes atendidas cursan con diversas patologías médicas cuyos síntomas (incluido el dolor) pueden (o no) exacerbarse durante el curso de una intervención psicoterapéutica. Esta exacerbación de síntomas puede generar inasistencia a las sesiones e inconsistencia en la práctica en casa de las estrategias enseñadas, lo cual prolonga el tiempo que se dedica a cada módulo o estrategia enseñada. Paralelamente, en la evolución clínica de la depresión y la ansiedad también existe

exacerbación de síntomas que ocurren durante el curso de la terapia (Beck et al., 2010).

En el caso particular de Angélica, también hay que considerar que dependía de sus hijos para el traslado al hospital y a su casa. De hecho, interrumpió algunas sesiones por contestar llamadas telefónicas de sus hijos donde les indicaba a qué hora podían recogerla. Varias de las fechas programadas para las sesiones se modificaron en función de la disponibilidad de sus hijos. En el mismo sentido y continuando con la idea del párrafo anterior, Rebeca y Angélica dependían económicamente de su padre o sus hijos, respectivamente, lo cual puede impactar negativamente en la adquisición de medicamentos para el alivio del dolor (u otros síntomas) o el gasto disponible para la transportación. Lo último también es relevante en un contexto en el cual la ubicación del INCMNSZ es distante del lugar de residencia de las pacientes, aunque sea en la misma ciudad.

Segundo, las características mismas de las pacientes, ya descritas en ésta y en secciones previas, impusieron modificaciones al tiempo requerido para cada módulo planeado. Por ejemplo, la exacerbación de síntomas depresivos en Rebeca y los cambios cognitivos en Angélica propios de la edad.

La intervención descrita presenta algunas **limitaciones**. Se desconoce el efecto que los medicamentos, psiquiátricos y de otras especialidades, puedan tener sobre la intervención debido a que no se mantuvo un control sistemático del apego al tratamiento farmacológico. Por otro lado, no se conoce si los síntomas depresivos o ansiosos presentados por las pacientes sean resultado de desórdenes orgánicos y, por lo tanto, se requieran otras intervenciones farmacológicas o requieran intervenciones psicoterapéuticas más especializadas.



Otra limitación se encuentra en que, al existir una gran demanda del servicio, el tiempo disponible para atender a cada paciente se ve limitado, para cada sesión y para el tratamiento en general.

En otro sentido, el periodo de evaluación de seguimiento es muy corto, lo cual limita establecer un patrón de comportamiento de los datos y el conocer la efectividad de esta intervención a un plazo mayor y comprobar (o no) con mayor grado de similitud lo reportado por la literatura. Algunos autores también considerarían que el número de datos de la línea base para la comorbilidad psiquiátrica es insuficiente (Kratochwill et al., 2010), sin embargo, un riesgo de ampliar el número de sesiones para establecer la línea base es que el paciente pierda la motivación al tratamiento o sea poco ético implementar un tratamiento cuando la problemática es evidente (Cormier et al., 2009).

Finalmente, los hallazgos obtenidos no pueden generalizarse debido al número de participantes.

A pesar de estas limitaciones, la intervención descrita también presenta algunas **fortalezas**. En primera instancia, permite conocer de forma directa los retos que experimenta un psicoterapeuta al brindar atención psicológica en un contexto hospitalario a personas que, además de la psicopatología, cursan con enfermedades crónico-degenerativas, como el dolor crónico. El psicólogo no sólo tiene que ser hábil para emplear las estrategias de intervención que ya conoce, sino también modificarlas en función de las limitantes que imponen las enfermedades que presentan los pacientes.

En segundo lugar, el estudio de caso permite profundizar en el individuo y sus características. Existe la posibilidad de conocer con mayor detalle algunas de

las variables que están involucradas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas psicosociales del paciente y se brinda el contexto para entender el por qué las conductas disfuncionales observadas se mantienen. Además, aunque en la mayor parte de los casos el enfoque es hacia las conductas desadaptativas, también se pueden advertir las conductas o factores protectores de las personas.

En tercer lugar, permite ilustrar el proceso de psicoterapia. Mediante la descripción de lo ocurrido en las sesiones, se puede observar la pertinencia de las intervenciones del psicólogo, y qué elementos dificultan o facilitan la obtención de las metas planteadas y la alianza terapéutica. Finalmente, los estudios de caso son el espacio para describir detalladamente los efectos clínicos de las intervenciones y los factores que influyen en su éxito o fracaso, así como el establecimiento de estos parámetros en función no sólo de resultados estadísticos, sino del impacto que generan en el individuo. Este trabajo es una muestra de que un modelo único no es aplicable a todos.

Algunas **recomendaciones** para futuras intervenciones psicosociales en dolor crónico son: mantener un control más estrecho del apego al tratamiento farmacológico y sus efectos, incluyendo la participación del psiquiatra que prescribe el tratamiento psiquiátrico y de algún familiar que funcione como un observador del apego al tratamiento. Explorar la conveniencia de usar con mayor frecuencia intervenciones basadas en modelos de atención vía remota, como es el caso de la vía telefónica o el internet, especialmente para los pacientes que tienen exacerbación de síntomas o que viven lejos del centro de salud y tienen dificultades para acudir a éste.

Incorporar fuentes de apoyo social significativos para el paciente, como familiares o amigos, que propicien un ambiente de mantenimiento y generalización para las estrategias adquiridas durante el tratamiento. Realizar evaluaciones psiquiátricas detalladas pretratamiento que permitan evaluar la conveniencia de utilizar los protocolos de dolor crónico conocidos o, de forma más general, protocolos en otras áreas, de forma que se obtengan los mayores beneficios para el paciente.

El psicólogo interesado en desarrollar su práctica clínica con personas que presentan enfermedades crónico-degenerativas o avanzadas debe tener fundamentos teóricos sólidos del enfoque terapéutico con el cual trabaja y del curso natural de la enfermedad, de forma que pueda intervenir adecuadamente en estos contextos. Igualmente, debe poseer habilidades de trabajo en equipo para poder integrarse favorablemente a equipos interdisciplinarios de salud y fomentar una integración biopsicosocial del paciente en todos los miembros de ese equipo. Finalmente, se recomienda mantener un control más estricto de las amenazas a la validez interna y poder desarrollar estudios de caso con mayor rigor metodológico.

Se concluye que la intervención cognitivo-conductual para el manejo del dolor crónico presentada en este trabajo es una opción empírica y clínicamente válida para el abordaje interdisciplinario de este problema y algunas de sus consecuencias.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (5a ed.). USA: Edwards Brothers Malloy.
- Annagür, B. B., Uguz, F., Apiliogullari, S., Kara, İ., & Gunduz, S. (2014). Psychiatric Disorders and Association with Quality of Sleep and Quality of Life in Patients with Chronic Pain: A SCID-Based Study. *Pain Medicine*, *15*(5), 772–781.
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Arnstein, P., Wells-Federman, C., & Caudill, M. (2001). The effect of an integrated cognitive-behavioral pain management program on pain intensity, self-efficacy beliefs and depression in chronic pain patients on completion and one year later. *Pain Medicine*, *2*(3), 238–252.
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, *94*(1), 85–100.
- Asmundson, Abrams, M., & Collimore, K. (2008). Pain and anxiety disorders. En *Anxiety in health behaviors and physical illness* (pp. 207–235). EUA: Springer.
- Asmundson, G., Jacobson, S., Allerdings, M., & Norton, G. (1996). Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. *Behav Res Ther*, *34*(11), 939–943.

- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry, 47*(10), 930–937.
- Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety, 26*(10), 888–901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity. *Arch Inter Med, 163*, 2433–2445.
- Baliki, M. N., & Apkarian, A. V. (2015). Nociception, Pain, Negative Moods, and Behavior Selection. *Neuron, 87*(3), 474–491. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.06.005>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 34*(2), 191–215.
- Bandura, A., O’Leary, A., Barr, C., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *American Psychologist Association, 53*(3), 563–571.
- Banks, S., & Kerns, R. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin, 119*(1), 95–110.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(6), 319–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.379>

- Barragán-Berlanga, A. J., Mejía-Arango, S., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *salud pública de méxico*, *49*, s488–s494.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19a ed.). España: Desclée de Brouwer. Recuperado a partir de <http://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: what to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Beckner, V., Howard, I., Vella, L., & Mohr, D. C. (2010). Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *33*(1), 47–59.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-009-9235-2>
- Benjamin, S., Barnes, D., Berger, S., Clarke, I., & Jeacock, J. (1988). The relationship of chronic pain, mental illness and organic disorders. *Pain*, *32*, 185–195.
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H., & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). Recuperado a partir de <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009796.pub2>
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, *89*(2), 127–134.

- Börsbo, B., Peolsson, M., & Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, depression, and pain: Correlation with and influence on quality of life and health – A study of chronic whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *40*(7), 562–569. <https://doi.org/10.2340/16501977-0207>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Broderick, J. E., Keefe, F. J., Schneider, S., Junghaenel, D. U., Bruckenthal, P., Schwartz, J. E., ... Gould, E. (2016). Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom?: *PAIN*, *157*(9), 2115–2123. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000626>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Campbell, L. C., Clauw, D. J., & Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, *54*(3), 399–409. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00545-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00545-6)
- Cardiel, R. (1994). La medición en la calidad de vida. En *Epidemiología clínica* (pp. 189–199). Interamericana-McGraw-Hill.
- Carmody, T. P., Duncan, C. L., Huggins, J., Solkowitz, S. N., Lee, S. K., Reyes, N., ... Simon, J. A. (2013). Telephone-delivered cognitive–behavioral therapy for pain management among older military veterans: A randomized trial. *Psychological Services*, *10*(3), 265–275. <https://doi.org/10.1037/a0030944>

- Castro, M., Daltro, C., Kraychete, D. C., & Lopes, J. (2012). The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(11), 864–868.
- Caudill, M. (1998). *Controle el dolor antes que el dolor lo controle a usted*. Paidós Ibérica.
- Chatoor, I., & Kurpnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(1), S19.
- Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., ... Turner, J. A. (2016). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(12), 1240. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
- Clark, D. A., & Beck, A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. EUA: The Guilford Press.
- Cormier, L. S., Nurius, P., & Osborn, C. J. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (6th ed). Australia ; Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. A., & Córdova-Domínguez, J. A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Rev Mex Anest*, 33(4), 207–213.



- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Lara-Solares, A., Tamayo-Valenzuela, A., Salinas-Cruz, J., & Torres-González, R. (2008). Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, *46*(5), 467–472.
- Davidson, K. W., Goldstein, M., Kaplan, R. M., Kaufmann, P. G., Knatterud, G. L., Orleans, C. T., ... Whitlock, E. P. (2003). Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it? *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(3), 161–171.
- de Heer, E. W., Gerrits, M. M. J. G., Beekman, A. T. F., Dekker, J., van Marwijk, H. W. J., de Waal, M. W. M., ... van der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). The Association of Depression and Anxiety with Pain: A Study from NESDA. *PLoS ONE*, *9*(10), e106907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106907>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., ... Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys: *Pain*, *129*(3), 332–342. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.022>
- Dersh, J., Gatchel, R. J., Mayer, T., Polatin, P., & Temple, O. R. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, *31*(10), 1156–1162.
- DiClemente, C., & Prochaska, J. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, *7*, 133–142.

- Doll, R., & Hill, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *British Medical Journal*, 740–748.
- Dysvik, E., Guttormsen Vinsnes, A., & Eikeland, O.-J. (2004). The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain. *International Journal of Nursing Practice*, 10(5), 224–234.
- Edwards, L. C., Pearce, S. A., Turner-Stokes, L., & Jones, A. (1992). The pain beliefs questionnaire: An investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51(3), 267–272.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153–166.  
<https://doi.org/10.1037/a0035747>
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *The lancet*, 354(9186), 1248–1252.
- Emery, P. C., Wilson, K. G., & Kowal, J. (2014). Major depressive disorder and sleep disturbance in patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, 19(1), 35–41.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286).
- Evans, C. (2007). Cognitive-behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 111–118.  
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003020>

- Fabrega, H., & Van Egeren, L. (1976). A behavioral framework for the study of human disease. *Annals of Internal Medicine*, *84*(2), 200–208.
- Fishbain, D. A. (2013). Psychiatric pain-associated co-morbidities. En *Wall & Melzack's textbook of pain* (pp. 273–282). Elsevier Saunders.
- Flores, R. G., & Sosa, J. J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, *23*(2), 183–193.
- Flor, H., & Turk, D. (2013). Cognitive and learning aspects. En *Wall & Melzack's textbook of pain* (pp. 256–272). Elsevier Saunders.
- Fordyce, W., & Steger, J. (1979). Chronic pain. En *Behavioral Medicine: theory and practice*. Williams & Wilkins.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. Recuperado a partir de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16560>
- Furukawa, T. A., Weitz, E. S., Tanaka, S., Hollon, S. D., Hofmann, S. G., Andersson, G., ... Cuijpers, P. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(3), 190–196. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187773>
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, *59*(8), 795.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future

directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Gerrits, M. M. J. G., van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., Penninx, B. W. J. H., & van der Horst, H. E. (2014). Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 155(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.005>

Gerrits, M. M. J. G., Vogelzangs, N., Van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., van der Horst, H., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 153, 429–436.

Grupo de Atención Psicosocial para Pacientes con Enfermedad Avanzada y sus Familiares [GAPEA] (2016). Manual de Intervención Psicosocial para el Paciente con Enfermedad Avanzada y su Cuidador. México. *Manuscrito impreso*.

Guze, S., Matarazzo, J., & Saslow, G. (1953). A formulation of principles of comprehensive medicine with special reference to learning theory. *Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 127–136.

Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 3(6), 244.

Hlavaty, L. E., Brown, M. M., & Jason, L. A. (2011). The effect of homework compliance on treatment outcomes for participants with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 212–218. <https://doi.org/10.1037/a0024118>

- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, *69*(4), 621.
- Ho, P. T., Li, C. F., Ng, Y. K., Tsui, S. L., & Ng, K. F. J. (2011). Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*(6), 541–547.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.006>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2017). GBD Results Tool. Recuperado de: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> el 01 de octubre de 2017
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2003). Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. *RevMed IMSS*, *41*(5), 441–448.
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2017a). IASP Taxonomy. Recuperado de: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain> el 08 de septiembre de 2017
- International Association for the Study of Pain. (2017b). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Recuperado de: <https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Introduction.pdf> el 12 de octubre de 2017
- Jamison, R., & Virts, K. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, *29*(4), 281–287.
- Jensen, M., & Karoly, P. (1992). Pain-specific beliefs, perceived symptom severity and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, *(8)*, 123–130.

- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain, 131*(1), 38–47.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain, 57*(3), 301–309.
- Kaiser, R. S., Mooreville, M., & Kannan, K. (2015). Psychological Interventions for the Management of Chronic Pain: a Review of Current Evidence. *Current Pain and Headache Reports, 19*(9). <https://doi.org/10.1007/s11916-015-0517-9>
- Kannel, W. B. (2000). The Framingham Study: ITS 50-year legacy and future promise. *Journal of atherosclerosis and thrombosis, 6*(2), 60–66.
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: a replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(2), 144–156.
- Kerns, R. D., & Haythornthwaite, J. A. (1988). Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 870.
- Kerns, R. D., & Rosenberg, R. (2000). Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: application of the pain stages of change model. *Pain, 84*(1), 49–55.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DMS-IV Disorder in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593–603.
- Kessler, R., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: new perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol*, 53, 83–107.
- Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Polatin, P. B., Fogarty, W. T., & Mayer, T. G. (1993). Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain patients. *Journal of occupational rehabilitation*, 3(2), 95–103.
- Kirmayer, L., Robbins, J., Dworkind, M., & Yaffee, M. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*, 150(5), 734–741.
- Kirsh, K. L. (2010). Differentiating and Managing Common Psychiatric Comorbidities Seen in Chronic Pain Patients. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 24(1), 39–47.  
<https://doi.org/10.3109/15360280903583123>
- Korff, M. V., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 101–108.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). Single-case designs technical

documentation. Recuperado de:

[http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc\\_scd.pdf](http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf) el 22 de enero de 2018

Kuch, K., Cox, B. J., Woszczyna, C. B., Swinson, R. P., & Shulman, I. (1991).

Chronic pain in panic disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 22(4), 255–259.

Laidlaw, K., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Comprehensive

conceptualization of cognitive behaviour therapy for late life depression.

*Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(4), 389–399.

<https://doi.org/10.1017/S1352465804001584>

Lalonde, M. (1974). A new perspective of the health of Canadians. A working

document. Minister of Supply and Services Canada.

Leadley, R. M., Armstrong, N., Lee, Y. C., Allen, A., & Kleijnen, J. (2012). Chronic

Diseases in the European Union: The Prevalence and Health Cost

Implications of Chronic Pain. *Journal of Pain & Palliative Care*

*Pharmacotherapy*, 26(4), 310–325.

<https://doi.org/10.3109/15360288.2012.736933>

Lépine, J.-P., & Briley, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Human*

*Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 19(S1), S3–S7.

<https://doi.org/10.1002/hup.618>

Lewinshon, P. (1974). A behavioral approach to depression. En *Essential papers*

*on depression* (pp. 150–180). NYU Press.

Linden, M., Scherbe, S., & Cicholas, B. (2014). Randomized controlled trial on the

effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain



- patients. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 27(4), 563–568. <https://doi.org/10.3233/BMR-140518>
- Lindfors, O., Ojanen, S., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. *Psychiatry Research*, 216(1), 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.050>
- Litt, M. D., & Porto, F. B. (2013). Determinants of Pain Treatment Response and Nonresponse: Identification of TMD Patient Subgroups. *The Journal of Pain*, 14(11), 1502–1513. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.07.017>
- Loeser, J., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607–1609.
- López-Alvarenga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403–409.
- McCracken, L. M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11(3), 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.05.004>
- McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367–381.
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., & Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample: *Pain*, 111(1), 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.002>

- Means-Christensen, A. J., Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depression and Anxiety, 25*(7), 593–600.  
<https://doi.org/10.1002/da.20342>
- Mehraban, A., Shams, J., Moamenzade, S., Samimi, S. M., Rafiee, S., & Zademoahadi, F. (2014). The high prevalence of obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pain. *Iranian journal of psychiatry, 9*(4), 203.
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of dental education, 65*(12), 1378–1382.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. A new conceptual model. En *The skin senses* (pp. 423–443).
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science, 150*(3699).
- Miller, W., & Rollnick, s. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology, 109*(1), 5–12.  
<https://doi.org/10.1152/jn.00457.2012>
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 1007–1014.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and

behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1), 1–13.

Murphy, J., McKellar, J., Raffa, S., Clark, M., Kerns, R., & Karlin, B. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain Among Veterans. Manual Therapist. U.S. Department of Veterans Affairs. Recuperado a partir de [http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/CBT-CP\\_Therapist\\_Manual.pdf](http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/CBT-CP_Therapist_Manual.pdf)

National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults*. London: British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care. Recuperado a partir de <https://www.nice.org.uk/guidance/CG123>

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

Norcross, J., & Hill, C. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19–24.

Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60.

Ohayon, M. M., & Stingl, J. C. (2012). Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 444–450. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.001>

- Okifuji, A., & Ackerlind, S. (2007). Behavioral Medicine Approaches to Pain. *Anesthesiology Clinics*, 25(4), 709–719.  
<https://doi.org/10.1016/j.anclin.2007.07.009>
- Olshansky, S. J., & Ault, A. B. (1986). The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. *The Milbank Quarterly*, 64(3), 355. <https://doi.org/10.2307/3350025>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).  
Recuperado a partir de  
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011565.pub2>
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731–757.
- Orenius, T., Koskela, T., Koho, P., Pohjolainen, T., Kautiainen, H., Haanpää, M., & Hurri, H. (2013). Anxiety and depression are independent predictors of quality of life of patients with chronic musculoskeletal pain. *Journal of health psychology*, 18(2), 167–175.
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). (1978). *Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Otis, J. D. (2007). *Managing chronic pain: a cognitive-behavioral therapy approach. Workbook*. Oxford ; New York: Oxford University Press.

- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, *40*(4), 357–367.
- Pincus, T., & Williams, A. (1999). Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, *47*(3), 211–219.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *9*(5), 745–758.  
<https://doi.org/10.1586/ern.09.34>
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia: *Pain*, *124*(1), 117–125.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.004>
- Rayner, L., Hotopf, M., Petkova, H., Matcham, F., Simpson, A., & McCracken, L. M. (2016). Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *PAIN*, *157*(7), 1472–1479. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000542>
- Robinson, M., & Riley, J. (1999). The role of emotion in pain. En *Psychosocial factors in pain: critical perspectives* (pp. 74–88). New York: Guilford Press.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological bulletin*, *97*(1), 18.
- Romão, A., Gorayeb, R., Romao, G. S., Poli-Neto, O. B., Dos Reis, F. J. C., Rosa-e-Silva, J. C., & Nogueira, A. A. (2009). High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International journal of clinical practice*, *63*(5), 707–711.

- Rustøen, T., Wahl, A., Hanestad, B., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. *Clin J Pain, 21*, 513–523.
- Sabatowski, R., Schafer, D., Kasper, S., Brunsch, H., & Radbruch, L. (2004). Pain Treatment: A Historical Overview. *Current Pharmaceutical Design, 10*(7), 701–716. <https://doi.org/10.2174/1381612043452974>
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En *La Psicología de la salud en América Latina* (pp. 33–44). México: Porrúa.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support Systems, Psychology*.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud, 26*(3), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine, 1*(3), 249–251.
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of general psychiatry, 66*(12), 1332–1340.
- Seyler, A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M.-Á. (2014). Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Revista El Dolor, 61*, 18–24.

- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour research and therapy*, 39(7), 787–800.
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical psychology review*, 21(6), 857–877.
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R., & Zhang, X. (2017). The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity*, 2017, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Shpaner, M., Kelly, C., Lieberman, G., Perelman, H., Davis, M., Keefe, F. J., & Naylor, M. R. (2014). Unlearning chronic pain: A randomized controlled trial to investigate changes in intrinsic brain connectivity following Cognitive Behavioral Therapy. *NeuroImage: Clinical*, 5, 365–376. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.07.008>
- Sorocco, K. H., & Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: innovations across care settings*. New York: Springer Pub. Co.
- Stahl, S. (2002). Does depression hurt? *J Clin Psychiatry*, 63(4), 273–274.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595–606. <https://doi.org/10.1037/a0016032>
- Sullivan, M. (2009). The Pain Catastrophizing Scale. User manual.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52–64.

- The University of Texas MD Anderson Cancer Center. (2017). The Brief Pain Inventory. Recuperado el 01 de Noviembre de 2017 de: <https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>
- Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research and Management*, 7(1), 09–19.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2002). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* (2nd ed). New York: The Guilford Press.
- Turk, D., & Flor, H. (2013). The cognitive-behavioral approach to pain management. En *Wall & Melzack's textbook of pain*. Elsevier Saunders.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2010). Pain terms and Taxonomies of pain. En *Bonica's Pain Management* (4a ed., pp. 17–25). Lippincott Williams & Wilkins.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1), 115–125.
- Verhaak, P. F. M., Kerssens, J. J., Dekker, J., Sorbi, M. J., & Bensing, J. M. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature: *Pain*, 77(3), 231–239. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00117-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00117-1)



- Virués-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(3), 765–777.
- Walsh, D. A., & Radcliffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain, 97*(1), 23–31.
- Ware, J., Snow, M., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston, Massachusetts.
- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I. J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., ... the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative Medicine, 23*(8), 739–753.  
<https://doi.org/10.1177/0269216309106978>
- Williams, D. A., & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain, 36*(3), 351–358.
- Wilson, K. G., Mikail, S. F., Joyce, L. D., & Minns, J. E. (2001). Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain, 91*(3), 227–234.
- World Health Organization. (1958). The first ten years of the World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Yalcin, I., & Barrot, M. (2014). The anxiodepressive comorbidity in chronic pain:

*Current Opinion in Anaesthesiology*, 27(5), 520–527.

<https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000116>

Zhuo, M. (2016). Neural Mechanisms Underlying Anxiety–Chronic Pain

Interactions. *Trends in Neurosciences*, 39(3), 136–145.

<https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.01.006>

Zúniga, M. A., Carrillo, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina, M. R. (1999).

Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *salud pública de méxico*, 41(2), 110–118.

## Anexos

### Anexo 1: Carta de Consentimiento Informado para Reporte de Casos Carta de consentimiento Informado para Reporte de Casos

**Nombre del Participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Terapeuta:**

**Objetivo del trabajo:**

**Título del Trabajo:**

Yo \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento para que la información del proceso psicoterapéutico del que fui participe de manera voluntaria como parte de la atención brindada en la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), sea utilizada para propósitos educativos de titulación.

Se me ha explicado que:

1. La información será publicada sin utilizar datos de identificación personal y se hará todo lo posible para garantizar el anonimato. Sin embargo, entiendo que el anonimato completo no se puede garantizar y que en los datos reportados se hará énfasis en el trabajo realizado, más que en mis datos personales.
2. La información será publicada dentro de un reporte de experiencia profesional que estará disponible en la base de datos, de libre acceso, TESIUNAM y en algunas bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México, por lo que podrá ser consultado por profesionales y no profesionales de la salud.
3. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la aprobación del Reporte de Experiencia por el comité de Tesis de la

Facultad de Psicología de la UNAM, una vez que ésta aprobación sea realizada no será posible retirar el consentimiento.

Constato que he leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente, además se me ha informado que puedo negar este consentimiento sin penalidad alguna o perjuicio en mi atención médica/psicológica habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ), por lo que es mi decisión brindar mi consentimiento de manera voluntaria.

---

Firma Participante

---

Fecha

## Anexo 2: Entrevista Clínica para Pacientes con Dolor Crónico



Residencia en Medicina Conductual,  
 Universidad Nacional Autónoma de México  
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
 Salvador Zubirán  
 Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos



### ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Expediente: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

#### APOYO SOCIAL

Genograma

¿Hay otras personas de las cuales el paciente reciba apoyo social? (Sí) (No)  
 ¿Quiénes? \_\_\_\_\_

#### EVALUACIÓN DEL DOLOR

Diagnóstico algológico:

\_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico:

\_\_\_\_\_

Otras comorbilidades:

\_\_\_\_\_

¿El conocimiento del paciente sobre su enfermedad es?  
 Nulo                  Distorsionado                  Incompleto y adecuado                  Completo y adecuado

¿El conocimiento que tiene el paciente sobre su pronóstico es?

Nulo                  Distorsionado                  Incompleto y adecuado                  Completo y adecuado

Descripción del dolor:

- ¿Dónde se ubica el dolor?

\_\_\_\_\_

- ¿Cuándo ocurre el dolor?

\_\_\_\_\_

- ¿Cómo lo siente?

\_\_\_\_\_

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

¿Qué hace para manejar su dolor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué hacen los demás cuando usted tiene dolor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué emociones siente cuando el dolor es más intenso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo influye el dolor en las siguientes áreas de su vida y qué grado de malestar le produce?

ÁREA	GRADO DE MALESTAR
Casa	
Trabajo o escuela	

Actividades recreativas	
Familiar	
Social	
Sexual	

### FACTORES DE RIESGO

¿Cuáles son las dificultades en la toma del medicamento?

---



---

¿Ha consumido sustancias? (Sí) (No) ¿Cuáles?

---

¿Desde cuándo consume sustancias? \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume sustancias? (Sí) (No) ¿Desde cuándo dejó de consumir?

---

¿Cuáles sustancias consume actualmente? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultades para dormir? (Sí) (No) ¿Cuáles?

---

## ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

Las siguientes son preguntas que se hacen de manera rutinaria:

1. ¿Se ha sentido ansioso o nervioso en las últimas dos semanas? (Sí) (No)
2. ¿Considera que la ansiedad o el nerviosismo es un síntoma que le está afectando de manera significativa? (Sí) (No)
3. ¿En las últimas dos semanas se ha sentido triste la mayor parte del tiempo? (Sí) (No)
4. En las últimas dos semanas, ¿ha disminuido su capacidad para disfrutar las cosas que habitualmente disfruta, por ejemplo, platicar con su familia, ver la tele, escuchar música?  
(Sí) (No)

En caso negativo, pasar a la pregunta 6

5. ¿Esto le ha sucedido la mayor parte del tiempo?  
(Sí) (No)
6. ¿Ha tenido ideas de hacerse daño a sí mismo?  
(Sí) (No)

Sólo en caso afirmativo, realizar las siguientes preguntas:

Durante este último mes

- a) ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? (Sí) (No)
- b) ¿Ha querido hacerse daño? (Sí) (No)
- c) ¿Ha pensado en el suicidio? (Sí) (No)
- d) ¿Ha planeado suicidarse? (Sí) (No)
- e) ¿Ha intentado suicidarse? (Sí) (No)
- f) A lo largo de su vida, ¿alguna vez ha intentado suicidarse? (Sí) (No)

Riesgo suicida actual	
a/b/f	Ligero
c/ b+f	Moderado
d/e/c+f	Severo







### Anexo 4: Escala de Catastrofización al Dolor

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Este cuestionario nos puede servir para conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor.

A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Por favor indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos **cuando siente dolor**.

1. **Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
2. **Siento que ya no puedo más**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
3. **Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
4. **Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
5. **Siento que no puedo soportarlo más**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
6. **Temo que el dolor empeore**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
7. **No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
8. **Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
9. **No puedo apartar el dolor de mi mente**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
10. **No dejo de pensar en lo mucho que me duele**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
11. **No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
12. **No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
13. **Me pregunto si me puede pasar algo grave**  
0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

### Anexo 5: Diario de Dolor

Día de la semana: _____ Fecha: ____ / ____ / _____							
	Intensidad (0-10)	Situación (¿Dónde, qué, con quién?)	Emoción	Intensidad (0-10)	Pensamientos	Acciones para reducir el dolor	Efectividad (0-10)
Hora 1: _____							
Hora 2: _____							
Hora 3: _____							
Hora 4: _____							
Hora 5: _____							

Adaptado de: Caudill, M. A. (1998). *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted: descubra qué es lo que realmente incrementa y disminuye el dolor*. Paidós.

## Anexo 6: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ No. Registro \_\_\_\_\_

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

- Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

Sí y muy intenso       Sí, pero no muy intenso       Sí, pero no me preocupa       No siento nada de eso

4. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

6. Me siento alegre:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

8. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día       Casi todo el día       De vez en cuando       Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre       Frecuentemente       Rara vez       No en absoluto

## Anexo 7: Encuesta SF-36

La Encuesta del Estado de Salud SF-36 para su uso en México se puede reproducir con permiso del Health Assessment Lab, New England Medical Center, 750 Washington Street, NEMC #345, Boston, MA, 02111. Derechos Reservados © Health Assessment Lab. El permiso para el uso de la Encuesta puede ser solicitado al primer autor de este artículo.

Instrucciones: esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:  
Escala de respuesta: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?  
Escala de respuesta: Mucho mejor ahora que hace un año. Algo mejor ahora que hace un año. Más o menos igual ahora que hace un año. Algo peor ahora que hace un año. Mucho peor ahora que hace un año.
3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?  
Escala de respuesta: Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita en absoluto.

Opciones de pregunta:

- a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.
  - b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol.
  - c. Levantar o llevar las compras del mercado.
  - d. Subir varios pisos por la escalera.
  - e. Subir un piso por la escalera.
  - f. Doblar, arrodillarse o agacharse.
  - g. Caminar más de diez cuadras.
  - h. Caminar varias cuadras.
  - i. Caminar una cuadra.
  - j. Bañarse o vestirse.
4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?  
Escala de respuesta: Sí, No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
  - b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
  - c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.
  - d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).
5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?  
Escala de respuesta: Sí, No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
  - b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
  - c. Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.
6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?  
Escala de respuesta: Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.
  7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?  
Escala de respuesta: Ningún dolor. Muy poco. Poco. Moderado. Severo. Muy severo.
  8. Durante el último mes, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?  
Escala de respuesta: Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.
  9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes?  
Escala de respuesta: Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.

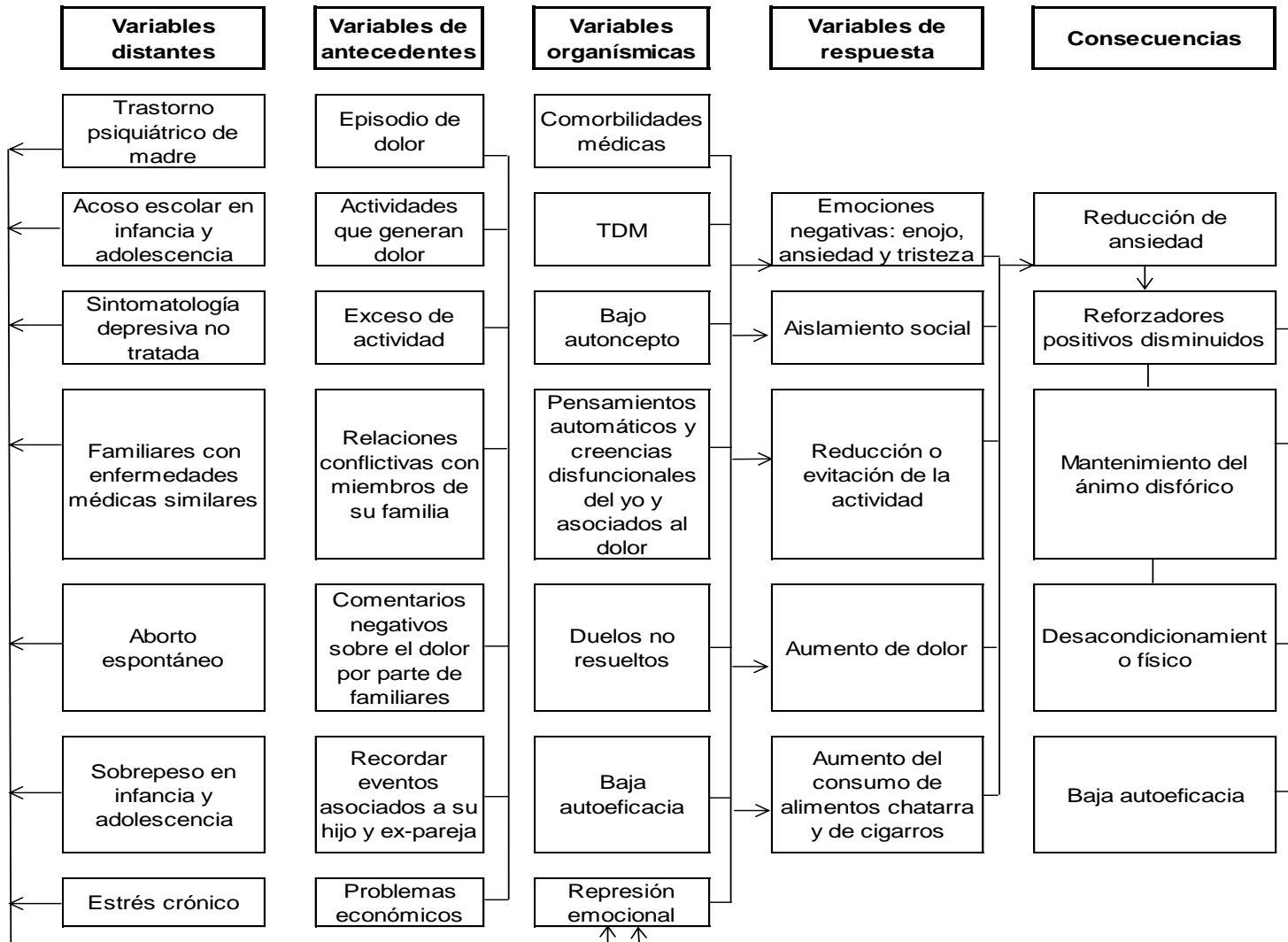
Opciones de pregunta:

- a. Se ha sentido lleno de vida?
  - b. Se ha sentido muy nervioso?
  - c. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle?
  - d. Se ha sentido tranquilo y sosegado?
  - e. Ha tenido mucha energía?
  - f. Se ha sentido desanimado y triste?
  - g. Se ha sentido agotado?
  - h. Se ha sentido feliz?
  - i. Se ha sentido cansado?
10. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?  
Escala de respuesta: Siempre. Casi siempre. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.
  11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?  
Escala de respuesta: Definitivamente cierta. Cierta. No sé. Falsa. Definitivamente falsa.

Opciones de pregunta:

- a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.
- b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.
- c. Creo que mi salud va a empeorar.
- d. Mi salud es excelente.

### Anexo 8: Mapa Clínico de Patogénesis de Rebeca



## Anexo 9: Folleto de Técnicas de Relajación: Tensión – Distensión

Recuerda que lo realmente importante de la relajación física progresiva por tensión-distensión, es que seas plenamente consciente de la diferencia entre la tensión aplicada y la relajación posterior, para que después logres aplicarla voluntariamente cuando la necesites y puedas relajarte con facilidad.

### Técnicas de relajación

Tensión y distensión





## INDICACIONES GENERALES:

Recuerda que esta técnica, como otras para lograr relajación, es un *proceso* que necesita un *entrenamiento continuo*. Puedes tener una sensación de hormigueo o la sensación de estar flotando, lo cual es positivo.

- Mantén los ojos cerrados. Si en algún momento necesitas abrirlos, hazlo, pero mientras aprendes la técnica es mejor permanecer con ellos cerrados.
- Colócate en un lugar cómodo, puede ser sentado o acostado.
- Reduce lo más que puedas los estímulos del ambiente que puedan distraerte, si es necesario, informa a tu familia que estarás practicando ejercicios de relajación.



## INSTRUCCIONES:

Comienza a respirar lenta y profundamente, como ya has practicado previamente. Realiza esto por aproximadamente 5 minutos o hasta que sientas una sensación de relajación.

Posteriormente, sigue el siguiente orden para tensar (4 segundos) y relajar tus músculos. Repite cada ejercicio 3 veces:

**1. Manos:** Aprieta los puños con fuerza generando tensión, concéntrate en la tensión y luego abre las manos y relájalas.

**2. Dedos:** Extiéndelos completamente para crear tensión, concéntrate en la tensión y luego suelta. Si estás acostado puedes dejar reposar las manos con las palmas sobre la cama; si estás sentado, sobre tus muslos o las rodillas.

**3. Bíceps y tríceps:** Flexiona el codo y guía la mano empuñada y apretada hacia el hombro para tensar. Concéntrate en la tensión, deja caer el brazo con la palma de la mano abierta sobre la cama o los muslos si estás sentado.

**4. Hombros:** Jala los hombros hacia arriba sin despegar los codos del cuerpo, como si buscaras tocar los oídos con ellos. Concéntrate en la tensión y luego relájalos.

A continuación, empuja solo los hombros hacia delante como si quisieras unirlos frente a tu pecho. Concéntrate en la tensión, y luego relájate.

**5. Cabeza:** Empuja la cabeza como si la quisieras enterrar en la cama. Concéntrate en la tensión, y luego relájate. Si estás sentado omite este paso.

**6. Cuádriceps y pantorrillas:** Extiende completamente las dos piernas y elévalas por encima del suelo para tensar los músculos, flexiona tus pies hacia arriba para lograr mayor tensión. Concéntrate en la tensión, y luego relájate. Ahora, flexiona tus pies hacia abajo y concéntrate en la tensión y luego relájate.

## Anexo 10: Folleto de Técnicas de Relajación: Respiración Diafragmática

También recuerda que este es un ejercicio que busca ayudarte a relajarte. Si notas que está teniendo el efecto contrario, porque te preocupa saber "si lo estás haciendo bien", suspéndelo y coméntalo con tu terapeuta.

Si tienes dificultades para realizar la expansión del abdomen, lo más importante es lograr que tu respiración sea lenta y pausada, concentrándote en las sensaciones corporales que te produce.

Recuerda, conforme más la practiques, más fácil será realizarla.

### Técnicas de relajación

Respiración diafragmática



### INDICACIONES GENERALES:

Esta técnica, como otras para lograr relajación, es un **proceso** que necesita un **entrenamiento continuo**. Es normal tener sensaciones como hormigueo o de estar flotando.

- Mantén los ojos cerrados. Si en algún momento necesitas abrirlos, hazlo, pero mientras aprendes la técnica es mejor permanecer con ellos cerrados. Si estás practicando por primera vez una técnica, mantenlos abiertos.
- Colócate en un lugar cómodo, puede ser sentado o acostado.
- Reduce lo más que puedas los estímulos del ambiente que puedan distraerte, si es necesario, informa a tu familia que estarás practicando ejercicios de relajación.



El objetivo de esta técnica es enseñarte a respirar de una forma que se puedan contrarrestar las sensaciones corporales producto de la ansiedad.

Aunque pueda parecer increíble, una respiración consciente, profunda y pausada actúa en nuestro organismo de forma similar a los tranquilizantes, activando sustancias y sistemas opuestos a los de la respuesta de ansiedad, y produciendo una sensación agradable de relajación y tranquilidad.

Si aprendemos a realizar una respiración adecuada y la practicamos de manera sistemática, podremos reducir y controlar voluntariamente nuestro nivel de activación ante situaciones que nos provocan dicha respuesta.

### INSTRUCCIONES:

*Coloca una mano en tu pecho y otra en tu abdomen, logrando que el dedo meñique y el dedo gordo de tus manos izquierda y derecha se toquen.*

*Respira como normalmente lo haces. ¿Notas cómo respiras, qué mano se eleva?*

*Ahora, inhala por la nariz lentamente logrando que la mano en tu abdomen se eleve, detén un momento la respiración y exhala por la boca lentamente. Trata de que la mayor elevación sea de la mano de tu abdomen y no la del pecho.*

*Respira así, hasta que logres respirar lento y exista una mayor elevación de tu abdomen.*

*Cuando hayas logrado esto, inhala por la nariz lentamente en cuatro tiempos, detén la respiración dos tiempos y exhala, por la boca, en seis tiempos. Cuenta mentalmente.*

*Continúa respirando así por 10 minutos o hasta que consideres que has logrado un estado de relajación.*

Seguramente, en este proceso, pensamientos o imágenes vendrán a tu mente. No te preocupes por ellos ni te detengas en ellos, deja que pasen y vuelve a concentrarte en tu respiración.

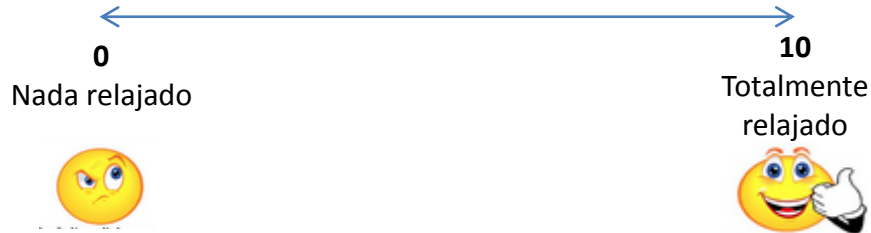
**Anexo 11: Bitácora de Práctica de Respiración y Relajación**  
**Bitácora de práctica de respiración y relajación**

---

La tarea para esta semana:

1. Practicar el ejercicio de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ veces, por \_\_\_\_\_ minutos.

2. Calificar el nivel de relajación antes y después del ejercicio:



3. Registrar el tiempo total del ejercicio.

<b>Fecha</b>	<b>Nivel de relajación <i>antes</i></b>	<b>Nivel de relajación <i>después</i></b>	<b>Tiempo total de práctica</b>

### Anexo 12: Distorsiones Cognitivas

Distorsión	Significado
Generalización	Extraer conclusiones negativas generales más allá de los eventos específicos <i>“Hoy no me sonrío cuando me vio. Debe estar molesto el día de hoy, esa actitud no le ayudará”</i>
Enfocarse en lo negativo	Atender selectivamente a los aspectos negativos (“vaso medio vacío”) <i>“Las cosas no han mejorado lo suficiente, sigo teniendo dolor todo el tiempo”</i>
Magnificación	Magnificar los aspectos negativos <i>“Fallé en esta entrevista de trabajo, seguramente nunca obtendré un empleo” // “Mi dolor es insoportable”</i>
Descalificar lo positivo	Ignorar o devaluar los eventos o la información positiva <i>“Ayer pude cocinar, pero una noche de 20 no cuenta mucho”.</i>
Predecir el futuro	Predecir negativamente el futuro sin considerar otras posibilidades <i>“Esta consulta no estuvo bien, seguramente nunca encontraré un buen médico que me escuche”</i>
Razonamiento emocional	Asumir que lo que se siente o cree firmemente, debe ser verdadero <i>“Siento que mis huesos rechinan cuando los nuevo, no me importa lo que diga el rehabilitador físico, eso ejercicios no deben ser buenos”.</i>
Pensamiento dicotómico	Ver las cosas en “todo” o “nada”, sin puntos intermedios <i>“No soy buena en nada de lo que hago” // “No puedo trabajar más, entonces nada de lo que haga vale la pena”</i>
Personalización	Verse a uno mismo como la causa de eventos externos negativos, para los cuales uno no es necesariamente responsable <i>“Este dolor es un castigo de Dios por algo que hice mal”</i>
Frases “Debería...”	Tener ideas firmes sobre la forma en que el mundo “debería” “debe” de ser <i>“Yo debería estar siempre alegre”</i>
Etiquetar	Fijar una etiqueta global, extrema y negativa a uno o a los demás. <i>“Eres una mala persona porque no me ayudas cuando lo necesito”</i>
Lectura de mente	Inferir los pensamientos o sentimientos de otra persona sin obtener la información directamente de la persona <i>“Yo creo que debe pensar que soy una persona muy desagradable”</i>

### Psicología Clínica de Dolor, INNSZ

Adaptado de: Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. Guilford Press.  
Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). Essential components of cognitive-behavior therapy for depression. American Psychological Association.

**Anexo 13: Búsqueda de Evidencia**  
**BÚSQUEDA DE EVIDENCIA**

**PASO 1:**

*Pensamiento (automático negativo) original:*

---

Evidencia que apoya mi pensamiento	Evidencia que <b>no</b> apoya mi pensamiento

**PASO 2:**

Pensamiento alternativo:

---

---

¿Cómo me siento con este nuevo pensamiento?

---

## Anexo 14: Regulación de Actividades

### Hoja de Trabajo de Regulación de Actividades

ACTIVIDAD	META	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	DÍA 6	DÍA 7
	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:
	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:
	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:
	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:
	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:
	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:
	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:	Activo:
	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:	Descanso:

#### *Pasos a seguir:*

1. Identifica una actividad que realizas cotidianamente o planeas hacer, y que incrementa tu dolor.
2. Calcula cuánto tiempo podrías realizar la actividad *sin* provocar dolor. Esto será la meta de tiempo activo.
3. Calcula cuánto tiempo necesitarías descansar para evitar un *aumento* de dolor. Esto será tu meta de descanso.
4. Conforme realices la actividad, registra los tiempos "activos" y de "descanso" reales.

#### *Algunos consejos:*

- Diferentes actividades pueden requerir diferentes esquemas de actividad/descanso
- Los cálculos iniciales no son precisos la primera vez. Es un proceso de ajuste continuo.
- Si ocurren *incrementos* de dolor, reduce el periodo de actividad a la mitad primero y ve aumentando durante tres días hasta regresar al nivel previo.
- NO INTERRUPTAS ESTE CICLO, AÚN CUANDO TE SIENTAS "BIEN" O NO TENGAS DOLOR.



## Anexo 15: Lista de Actividades Agradables

Ponga una marca (√) a las actividades que hizo el día de hoy:

DIA:	Lun	Mart	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
Vestirme con ropa que me gusta							
Eschuchar la radio							
Observar a la gente							
Mirar las nubes							
Comer buenas comidas							
Estar fuera de la casa (la playa . . el campo)							
Cuidar plantas							
Tratar que las personas muestren interés en las cosas que digo.							
Ver que cosas buenas ocurren a familiares o amistades.							
Halagar/dar un cumplido a alguien							
Hablar de deportes/eventos actuales							
Ver paisajes bonitos							
Salir a caminar							
Hacer una nueva amistad							
Ir al cine o al teatro							
Ir al museo							
Jugar a las cartas o al ajedrez							
Mirar una puesta de sol							
Hacer artesanías							
Aprender algo nuevo							
Coleccionar cosas							
Que me pidan consejos							
Leer libros de religión							
Estar con mis familiares							
Ir a bazares (mercados/pulgueros)							
Ayudar a alguien							
Arreglar mi cuarto o mi casa							
Hablar por teléfono							
Hacer trabajo voluntario							
Recibir un cumplido							



DIA:	Lun	Mart	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
Leer libros o revistas							
Soñar despierta(o)							
Mirar televisión							
Preparar una comida nueva o especial							
Solucionar un rompecabezas, crucigrama, ...							
Tomar un baño o una ducha caliente							
Recordar, hablar de viejos tiempos							
Escribir historias, poesías, música							
Pasar tiempo con amistades							
Cantar							
Ir a la iglesia							
Leer el periódico							
Asistir a una junta							
Hacer ejercicio							
Solucionar un problema personal							
Escuchar música							
Hacer trabajo al aire libre							
Ir al peluquero o salón de belleza							
Decir oraciones o rezar							
Sentarse a tomar el sol							
Estar tranquila(o) y callada(o)							
Ir a una feria, zoológico, parque							
Escribir cartas, tarjetas, o notas							
Escuchar cantar a los pájaros							
Ir a la biblioteca							
Mantener la casa limpia							

Otras actividades que me agradan


**Anexo 16: Agenda de Actividades Agradables**  
**Agenda de actividades agradables**

---

1. Escoge varias actividades agradables para realizar a lo largo de la semana.
2. Marca los días en que realizaste las actividades.

¿Ajustaste el ritmo? <i>Sí/No</i>	Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

## **Anexo 17: Manejo del Estrés**

### **Formas de disminuir el estrés**

---

A continuación se listan diferentes tipos de tipos de cambios que puedes hacer.  
¿Cuáles te gustaría intentar?

#### ***Hábitos del estilo de vida***

- Disminuir el consumo de cafeína
- Mantener una dieta balanceada y disminuir el consumo de comida chatarra
- Comer lentamente y a intervalos regulares
- Ejercitarse regularmente
- Dormir suficiente
- Tomar “tiempos fuera” y tiempo de recreación
- Hacer ejercicios de relajación

#### ***Aproximación a las situaciones***

- Manejo del tiempo
- Asertividad
- Solución de problemas

#### ***Cambio de pensamiento***

- Tener expectativas realistas
- Mantener el sentido del humor
- Tener un sistema de apoyo
- Enfocarse en lo positivo
- Desafiar el pensamiento

## Anexo 18: Higiene de Sueño

### Hábitos del buen dormir

Registra el uso de hábitos de higiene de sueño por una semana. La meta es usar al menos un hábito de cada una de las categorías cada noche.

<b>Categoría</b>	<b>Hábito del buen dormir</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<i>Tiempo</i>	Tener un horario fijo para ir a dormir							
	Tener un tiempo fijo para despertar							
	No tomar siestas							
<i>Conducta al dormir</i>	Hacer un ritual pre-dormir							
	Usar la cama sólo para dormir							
	Si no puedes dormir por más de 15 min., pararse de la cama							
<i>Ambiente</i>	Tomar un baño caliente							
	Mantener el cuarto oscuro							
<i>Comida</i>	Evitar café, cigarro y alcohol antes de ir a dormir							
	Comer una merienda ligera antes de ir a dormir							
<i>Control mental</i>	Evitar actividades estimulantes; hacer actividades tranquilas							
	Usar técnicas de relajación							

## **Anexo 19: Comunicación Asertiva**

### **Comunicación Asertiva**

#### **PASO 1: IDENTIFICAR UNA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Piensa en una situación que sea un problema para ti en este momento (que te gustaría manejar asertivamente). Escoge una situación que no sea demasiado agobiante, pero que signifique algo para ti. Escribe las respuestas a las siguientes preguntas.

*¿Cuál es el problema?*

*¿Quién está involucrado?*

*¿Cómo te hace sentir?*

*¿Qué quieres/necesitas?*

*¿Cómo solucionarías la situación normalmente?*

*¿Qué crees que pase si usas una respuesta asertiva?*

**PASO 2: PLANEAR UNA RESPUESTA ASERTIVA**

Recuerda lo que quieres y que tienes el derecho de pedirlo. Escribir tu respuesta con anticipación, especialmente al comenzar a aprender esta habilidad, aumenta las posibilidades de éxito:

- Piensa en un tiempo y lugar conveniente para ambos. Escríbelo
- Ahora escribe el problema, de la forma en que quieres decirlo a la otra persona:
  - Enuncia el problema objetivamente y evita acusar o culpar con frases del tipo “tú” (Por lo general, estas frases ponen a la defensiva a la otra persona, y no escuchan).
  - Se objetivo con la conducta, no la persona.
  - Enuncia tus sentimientos sobre la situación, usando frases con “Yo” en lugar de “Tú” (Frases “Yo” reconocen que tú eres responsable de tus sentimientos).
  - Ejemplo: *“Yo me siento fuera cuando tú y los niños van al cine sin mí”*, en lugar de *“A ti no te importo yo o mis sentimientos, te llevas a los niños sin preguntarme”*.

**Mi problema:**

### PASO 3: ESCRIBE TU PETICIÓN

- Usa una frase corta y simple
- Se específico
- Usa frases “Yo”
- Pide una cosa a la vez
- No expliques porqué lo mereces o porqué la otra persona debería sentirse obligado a hacerlo
- No te disculpes por hacer esta petición
- No demandes u ordenes (Las demandas son agresivas, generan defensividad y resistencia, y están basadas en un pensamiento distorsionado de que tú siempre estás en lo correcto o debes obtener lo que quieres o necesitas”
- Enuncia la consecuencia de que tu petición se cumpla (Enuncia emociones positivas u otros resultados, o emociones negativas y los resultados, pero no amenazas)
  - Ejemplo: *“Si estás pensando en ir al cine, me gustaría que me preguntaras si yo quiero ir. Aunque diga que no, si me preguntas, me harías sentir parte de la familia”* en lugar de *“También soy un miembro de esta familia, aunque tenga dolor crónico. Ya sé que piensas que soy una discapacitada y digo que no la mayor parte del tiempo, así que sería estúpido volver a preguntar, pero ¿es hora de que me muestres algo de respeto y consideración! Si no, puede ser que ya no me encuentres cuando vuelvas”*.
- Si quieres declinar una propuesta, o decir no, hazlo tan simple y directo como harías una petición
  - Ejemplo: *“No, gracias”, “No, no estoy interesad@” o “No, no puedo hacer eso”,* en lugar de *“¿Por qué siempre me pides hacer cosas como esa? Ya sabes que yo no puedo porque me duele mi espalda. Seguro te la pasas muy bien haciéndome sentir mal”*

### **Mi petición (o respuesta):**

## Anexo 20: Comunicación Asertiva – Versión Corta

### COMUNICACIÓN ASERTIVA, VERSIÓN CORTA

#### PASO 1: Identificar el problema

- ¿Cuál es el problema?*
- ¿Quién está involucrado?*
- ¿Cómo te hace sentir?*
- ¿Qué quieres/necesitas?*
- ¿Cómo solucionarías la situación normalmente?*
- ¿Qué crees que pase si usas una respuesta asertiva?*



#### PASO 2: Plantear el problema asertivamente



#### PASO 3: Plantear mis necesidades asertivamente



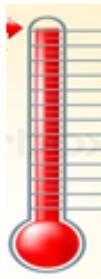
## Anexo 21: Manejo del Enojo

### MANEJO DEL ENOJO

#### ¿Qué es el enojo?

Es una *emoción básica* que ocurre como una respuesta a un daño percibido y busca ayudar a protegernos. En general, cuando nos molestamos con otra persona es porque consideramos que su conducta pudo haber sido evitable (*si hubiera querido*), es intencional y es estable, así como por pensamientos del tipo: "las cosas *deberían de ser* de esta manera". Otra característica del enojo es que tiende a generar pensamientos que se retroalimentan a sí mismos de forma negativa.

PASO 1: Identificar la situación que me genera molestia, enojo, rabia, ira.



PASO 2: Identificar mis reacciones corporales

- Estrategias de relajación

PASO 3: Identificar mis pensamientos

- Cambio de pensamiento

PASO 4: Identifico mi conducta

- Solución de problemas
- Actividades agradables
- Comunicación asertiva

#### **RECUERDA:**

*El objetivo es lograr manejar de una forma más adecuada los momentos en donde te sientes enojado.*

## Anexo 22: Resolución de Problemas

### Resolución de problemas

*Problema a resolver:*

↓

*¿Qué quiero lograr?*

↓

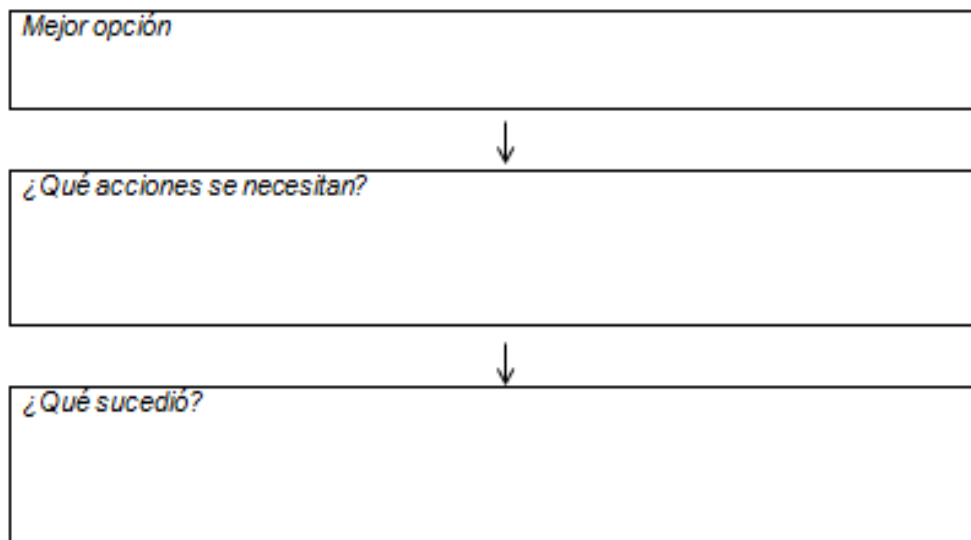
*Lluvia de ideas*

A.  
B.  
C.  
D.

↓

<i>Posibles opciones</i>	
<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
A: 1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
B: 1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
C: 1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.

↓



## Anexo 23: Prevención de Recaídas

### PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

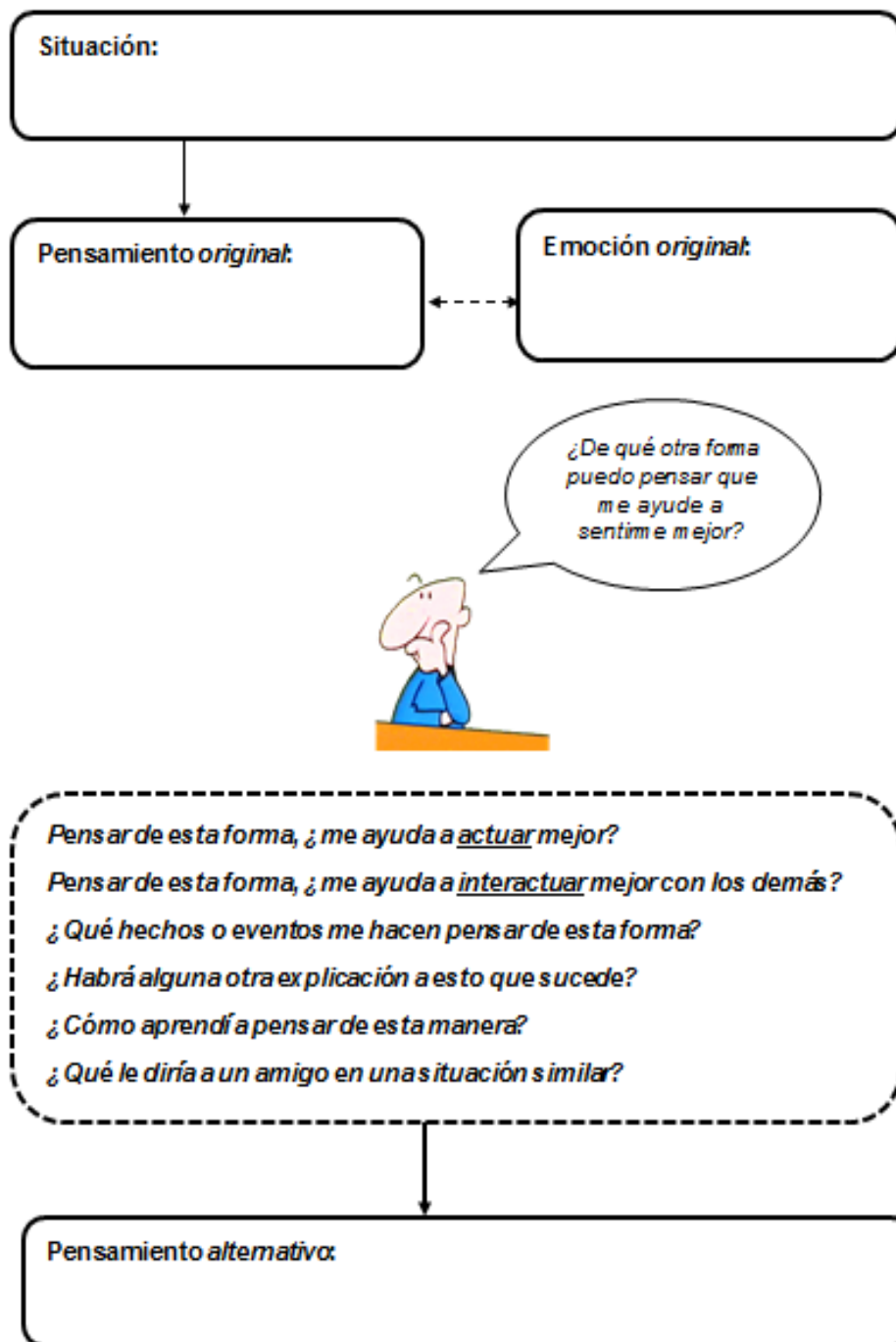
#### **MANTENIMIENTO**

- ¿Qué he aprendido?
- ¿Qué fue lo más útil?
- ¿Qué puedo seguir haciendo para prevenir una recaída?
- ¿Cuáles son las situaciones de alto riesgo para que esto ocurra? (¿Qué estímulos me hacen más vulnerable?)
- ¿Cuáles son los signos de alerta ante una situación de riesgo? (pensamientos, sentimientos, conducta)
- ¿Qué puedo hacer para evitar perder el control? (¿Qué puedo hacer diferente? ¿Qué podría funcionar mejor? Cuando estoy sintiéndome mal, ¿qué puedo hacer que me ayudaría a sentirme mejor?)
- ¿Qué puedo hacer si perdiera el control? (¿Qué me ha ayudado? ¿Qué he aprendido? ¿Quién me puede ayudar?)

#### **En caso de una recaída**

- ¿Cómo puedo entender esto? (¿Qué estímulos me condujeron hasta aquí? ¿Cómo reaccioné? ¿Qué pensé? ¿Cómo me sentí?)
- ¿Qué he aprendido de esto? (¿Era una situación de alto riesgo? ¿Hay cosas que logre identificar que son difíciles? ¿Qué ayudó y que no me ayudó?)
- Viéndolo a lo lejos, ¿Qué haría diferente? (Cuando piens o/siento \_\_\_\_\_ ¿qué podría hacer en lugar de aquello que hice?)

## Anexo 24: Cambio de Pensamiento



## Anexo 25: Mapa Clínico de Patogénesis de Angélica

