

Cuestionario de Impacto Afectivo en el Dolor Crónico de Origen Benigno. Propuesta Basada en la Revisión del Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático.

Affective Impact Questionnaire on Chronic Pain of Benign Origin. Proposal Based on the Review of the Emotional Impact Questionnaire on Neuropathic Pain.

Rodríguez, Alejandra ⁽¹⁾

Resumen

El objetivo principal del presente trabajo es construir un instrumento que permita el screening afectivo en la experiencia dolorosa, útil para todo profesional de la salud que trabaje con pacientes con dolor, quedando la invitación a usarlo en la clínica para evaluar su eficacia. Basado en el Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático (CIE-6), recomendado por la ACHED-CP, de la autoría del psicólogo Eduardo Muñoz.

Se realizó una revisión teórica y desde la evidencia de los factores afectivos que participan en la experiencia dolorosa. A partir de lo anterior, se propone un rediseño del CIE-6. Consiste, primero en la eliminación de tres ítems de insomnio, cansancio y limitación del original, ya que apuntan a costos sanitarios y discapacidad, siendo reemplazados por estados afectivos como ansiedad, desesperanza, injusticia e incontrolabilidad.

Palabras claves: ansiedad, dolor crónico, emociones, ira, miedo, tristeza.

Abstract

The main objective of this work is to build an instrument that allows the affective screening in the painful experience, and be useful for every health care professional working with patients with pain, encouraging professionals to use it in the clinic to evaluate its effectiveness. It's based on the Questionnaire of Emotional Impact on Neuropathic Pain (CIE-6) which is recommended by the ACHED-CP of the authorship of the psychologist Eduardo Muñoz.

A theoretic review was conducted and from the evidence of the affective factors involved in the painful experience. As it was mentioned before, a redesign of the CIE-6 was proposed. It consists, first of all, of the elimination of three items of insomnia, tiredness and limitation from the original, since they point out to health costs and disability, being replaced by affective states such as anxiety, hopelessness, injustice and uncontrollability.

Key words: anger, anxiety, chronic pain, emotions, fear, sadness

Introducción

La definición que propone la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2020), pone de manifiesto la evolución que se ha producido en el concepto de dolor. Además, profesionales e investigadores plantean que el enfoque biomédico tradicional ha quedado atrás, dando paso a una nueva y más compleja perspectiva multidimensional que tiene en cuenta los tres aspectos de la salud: lo biológico, lo psicológico y lo social (Vallejo, 2005; 2008; Casado, Moix, Vidal, 2008; González, 2014; IASP, 2020).

En su última revisión, la IASP (2020) justamente enfatiza que el dolor no es una medida física, sino que una experiencia. Los factores psicológicos tienen contundente evidencia en la participación, ya sea como factores de riesgo o protectores en el dolor físico persistente, por lo cual participan en la génesis, desarrollo y evolución de la experiencia dolorosa.

Cuyul y Araya-Quintanilla (2019) en su revisión recalcan que “los investigadores deben explorar la influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético, considerar la integración de diversos factores y mecanismos para explicar el desarrollo de la experiencia dolorosa”.

(1) Directora del Centro del Dolor CHILE. Magíster en Psicología Clínica. Magíster en Docencia Universitaria. Diplomada en Psicología de la Salud.

La psicología viene a cooperar con la medicina, anestesiología y neurología, principalmente para contribuir a explicar e intervenir sobre los efectos perceptivos singulares del dolor y su impacto psicosocial (Vallejo, 2005; 2008). Justamente esta especialidad nueva, denominada Psicología Médica o Psicología de la Salud, incluye a las subespecialidades que tratan el dolor crónico, ya sea oncológico (DCO) y no oncológico (DCNO).

Cada factor psicológico está basado en modelos teóricos o teorías psicosociales. Estas son numerosas y dominantes en el estudio del cambio comportamental en salud. El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas son el producto de la interacción de múltiples factores y variables.

Además, aspectos contextuales como políticos, sociales, culturales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica porqué las prácticas que afectan la salud no son explicables desde la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual (Cabrera, Tascón, Lucumí, 2001).

El lumbago, el hombro doloroso, la artrosis de rodilla y la fibromialgia son algunas de las patologías más prevalentes del dolor crónico musculoesquelético (DCMU). Un problema que afecta al 17,9% de la población general en Chile y que implica un costo económico anual cercano a los \$550 mil millones. La cronificación del dolor físico persistente genera el 25% de la discapacidad en nuestro país (Espinoza, Repetto, Cabieses, Vargas, Zitko, 2017). A su vez, los lumbagos crónicos (LC) son la segunda causa de ausentismo laboral, siendo la mayoría inespecíficos (LCI), es decir, sin causa anatomopatológica (Miranda, Quezada, Caballero, Jiménez, Morales, Bilbeny, Vega, 2013).

Del 100% de los LC, el 85% sería LCI (García, 2009; Espinoza *et al.*, 2017; Terrazas y Gonzáles, 2017). Rabah (2016), a su vez, plantea que en el 90% de los casos la causa es inespecífica.

En los pacientes aquejados de lumbalgia se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones si se compara con la población general (Pérez Guisado, 2006).

A su vez, en el hombro congelado, Sharma, Moe-Nilssen, Kvåle, Baerheim (2017) plantean que una de las principales quejas en la etapa I tardía y en la etapa II, es el dolor. Este último, en algunos casos llega a ser muy severo, perturbando el sueño. Se ha encontrado que la discapacidad percibida en pacientes con dolor crónico de hombro está fuertemente influenciada por síntomas depresivos. Muchas veces sumándose, además, la ansiedad e impacto emocional (Martínez-Calderón, Meeus, Struyf, Morales-Ascencio, Gijón-Noguerón, Luque-Suárez, 2018).

En general, cuando nos referimos a factores psicológicos en el DCNO, siempre debemos considerar una tríada de factores, que incluye lo cognitivo, emocional y conductual. Siempre presentes, actuando en un circuito en donde cada uno afecta circularmente a los otros. El pensar o tener una creencia nos llevará a sentir de una forma determinada y a responder (acción o no acción) siempre.

Los factores cognitivos conllevan dimensiones afectivas y conductuales, por este motivo se presentan muchas veces confusiones. Sin embargo, es necesario clasificar y diferenciar los factores cognitivos de los emocionales y conductuales.

La Psicología de la Salud ha avanzado en construir instrumentos o cuestionarios que miden dichos factores. Estos cuestionarios han sido contruidos o traducidos, adaptados y validados, la mayoría en español.

Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático (CIE-6)

En Chile, el Cuestionario de Impacto Emocional (CIE-6) en el Dolor Neuropático (DN) fue creado por el psicólogo Eduardo Muñoz. Este instrumento fue diseñado con 6 ítems: tristeza, miedo, rabia, cansancio, insomnio y limitación. Valora un índice global de sufrimiento a causa del dolor (IGS), que corresponde a la sumatoria de las escalas y una valoración independiente para cada una de ellas en los rangos de EVA de 0=nada; 1 a 4=leve; 5 a 7=moderado; 8 a 10=severo. Las puntuaciones sobre 5 indican derivación a especialista de la psicología y/o psiquiatría para implementar tratamientos no farmacológicos y terapia farmacológica coadyuvante.

Este cuestionario no ha sido validado, pero su uso clínico fue aprobado por la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP). Justamente, el grupo de profesionales en su consenso: “Recomienda que este cuestionario tenga pronta validación como herramienta de evaluación psicosocial, por su importancia como complemento en el diagnóstico del DN y para ello se propone incluirlo en estudios futuros” (Fernández, Ahumada, Muñoz, Urra, Yáñez, Velasco, Aguayo, Bilbeny, Correa, Flores, Rabah, Jaque, Sánchez, Ortiz, Orellana, Pakuts, Muñoz, Ritter, Orellana, Mora, 2011).

Por esta recomendación, se incorporó al protocolo de evaluación de los pacientes en el Centro del Dolor CHILE desde el año 2017 y previamente se utilizó (2014 – 2017) en la Unidad de Dolor Crónico No Oncológico de una clínica privada quirúrgica de columna, ambas instituciones ubicadas en el sector oriente de la Región Metropolitana. Durante 5 años se ha administrado el CIE-6 con el consentimiento del autor, arrojando el puntaje total una valiosa información.

No obstante, basándose en el estudio de los factores psicológicos en el DCNO, se pesquisó que no se precisaban, ni desde la teoría ni desde la evidencia, emociones como “cansancio, limitación e insomnio”, estas últimas incluidas en 3 ítems de los 6 evaluados por el CIE-6. Estos ítems no aluden a procesos afectivos.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo revisar la teoría y la evidencia de los factores afectivos más prevalentes en el DCNO, para formular una crítica al instrumento y proponer descartar estos ítems que no están midiendo factores emocionales, sino otras variables.

Posteriormente, a partir de lo anterior, proponer un rediseño del CIE-6, que consiste, primero, en la eliminación de los ítems de insomnio, cansancio y limitación del original

CIE-6, ya que apuntan a costos sanitarios y discapacidad, siendo reemplazados por estados afectivos como ansiedad, desesperanza, injusticia e incontrolabilidad.

Segundo, proponer un nombre que apunte más certeramente a lo que mide que sería: Cuestionario de Impacto Afectivo en Dolor Crónico de Origen Benigno (CIA-7-R), basándose en la sigla original CIE-6 e incluyendo la sigla de revisión como cambiando la E por la A, debido a que se incluyen no sólo emociones, sino que sentimientos.

Tercero, plantear un uso del cuestionario revisado para todo tipo de DCNO y no sólo el DN, dada la evidencia sobre los tipos de dolor: nociceptivo, neuropático y nociplástico. Y, por último, considerar la autoría de la nueva revisión.

La idea es contribuir a precisar más certeramente en la evaluación el ámbito afectivo en el DCNO, construir un instrumento que permita el screening afectivo en la experiencia dolorosa, útil para todo profesional de la salud que trabaje con pacientes con dolor, quedando la invitación a usarlo en la clínica para evaluar su eficacia. Posteriormente, en una segunda etapa, se validará en una población con dolor físico persistente de origen benigno.

Procedimiento

El presente trabajo consta de tres partes. En primer lugar, una revisión teórica sobre los factores afectivos presentes en el dolor físico de origen benigno. Esta revisión no es sólo teórica, sino que incluye evidencia que respalda los planteamientos teóricos de los estudios revisados. En segundo lugar, el trabajo presenta un análisis crítico del cuestionario de impacto emocional en dolor neuropático (CIE-6) propuesto por el psicólogo Eduardo Muñoz y avalado por la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP). En tercer y último lugar, se propone la creación de un nuevo cuestionario para medir el impacto afectivo en dolor crónico no oncológico, basado en el CIE-6. Este cuestionario permitirá un screening afectivo.

Factores Afectivos en el DCNO: Fundamentos y Evidencia

A pesar de no haber consenso, la mayoría de los investigadores en el campo de la emoción consideran básicas o primarias a las emociones como la ira, miedo, asco, tristeza y alegría (Vila, 2016). Cada una de estas emociones pueden aparecer como una reacción adaptativa física, es decir, transitoria en respuesta a una situación o estímulo gatillante que posteriormente se traduce en una acción (agredir, huir, llorar etc.) o transformarse en un estado crónico afectivo desadaptativo como, por ejemplo, la tristeza en depresión, el miedo en kinesiofobia, ansiedad en trastornos ansiosos (Kalawski, 1998).

A su vez, se habla de sentimientos básicos como felicidad, amor, temor y sentimientos sociales como culpa, vergüenza entre otros. El abanico de estados afectivos es variado y complejo y existe una falta de consenso en cuáles son.

El componente afectivo del dolor incorpora toda una gama de emociones y sentimientos negativos en cuanto a su cualidad. Las más estudiadas y relevantes en la literatura sobre dolor

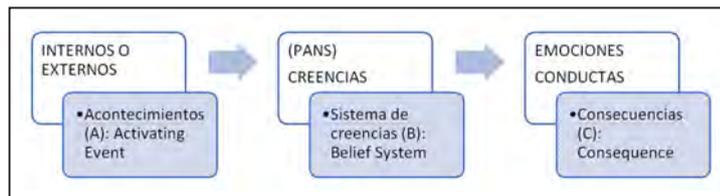
crónico han sido la ansiedad y, en menor medida, la ira. Estas respuestas afectivas se han relacionado tanto con la génesis como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico, como con el grado de discapacidad de los pacientes, resultando indispensable su control para su tratamiento (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer, Sesé, 2008).

Sin embargo, existen otros afectos involucrados como la desesperanza, sentimientos de incontrolabilidad e injusticia, tristeza y miedo que se han ido sumando a los estudios. A continuación, se revisarán cada uno de ellos.

1. Desesperanza Aprendida – Sentimiento de Incontrolabilidad

Desde los factores cognitivos, los pensamientos negativos automáticos (PANS) relacionados con el dolor han sido asociados con el dolor en muchas dimensiones. No obstante, el constructo de la Catastrofización acuñado por Albert Ellis, psicólogo norteamericano, inserto en su Modelo A-B-C (1962), ha sido crucial para entender más en profundidad el peso de los pensamientos en la experiencia del dolor (Cano y Rodríguez Franco, 2002).

Figura 1: Modelo A-B-C de Albert Ellis (1962)*



*Fuente: Ellis (1962) en Cano y Rodríguez-Franco (2002)

El catastrofismo serían estos pensamientos negativos que una persona con DCNO tiene sobre su dolor y enfermedad; estos son esperables, sin embargo, permanecer en ellos se transforma en un factor de riesgo de cronicidad, entre otros riesgos. Sin embargo, la catastrofización es un concepto más complejo, que incluye tres dimensiones o tres factores, de ahí su característica trifactorial: *-Magnificación* de los pensamientos negativos; *-Rumiación cognitiva*, es decir repetición de éstos; *-Desesperanza o indefensión* como reacción emocional a dichas rumiaciones y pensamientos negativos (Seyler, Hernández-Guzmán, Freire, González-Montecinos, Sullivan, 2014).

La magnificación es aumentar el catastrofismo en una escalada que puede ascender muchos peldaños en poco tiempo. Las rumiaciones son repeticiones de pensamientos, habitualmente negativos, una y otra vez que pueden además magnificarse. Las rumiaciones producen un elevado desgaste y los pacientes relatan “*que no pueden descansar por sus reiterados pensamientos que no controlan*”.

Esto último, evidencia que el problema de las rumiaciones no es el contenido del pensamiento, sino la función. Es decir, pensar una y otra vez en lo mismo, no es un pensamiento productivo ni resolutivo, sino por el contrario, cansa y perpetúa un circuito vicioso, contribuyendo por ejemplo a aumentar el insomnio presente en los pacientes (Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley, Lefebvre,

2001; Seyler, Hernández-Guzmán, Freire, González-Montecinos, Sullivan, 2014).

Seligman y Overmier en la década de los 60 llamaron a esta indefensión *Desesperanza Aprendida*: la conceptualizaron como un proceso cognitivo en el cual la formación de expectativas como la percepción se veían afectadas. Las expectativas como la percepción son procesos cognitivos.

No obstante, es claramente un estado emocional, una respuesta emocional que se produce cuando los acontecimientos son percibidos como incontrolables y que no se puede hacer nada por cambiarlos; de ahí que se entienda el “no hacer nada” y la baja en la motivación (Vinaccia, Cadena, Contreras, Juárez, y Anaya, 2004; Minici, 2010).

Para Seligman (1981) lo incontrolable es justamente lo que produce la desesperanza, es el factor que lo explica. La baja motivación ocasionada por la desesperanza aprendida ocurre por la relación entre la percepción del control y el control real. La desesperanza aprendida produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos.

Se cataloga como un factor de riesgo, un verdadero obstáculo para la adaptación a la enfermedad; el paciente ha aprendido que se encuentra indefenso, lo que disminuye su motivación para actuar, bloquea su capacidad cognitiva para percibir sucesos e incrementa su emotividad (Vinaccia *et al.*, 2004).

Según el estudio de Zuercher-Huerlimann, Stewart, Egloff, von Känel, Studer & Grosse Holtforth (2019), los pacientes con dolor crónico que presentaban locus de control en salud interno (LCSI), reducían la intensidad de su dolor, configurándose como factor protector. De igual manera, Náfradi, Nakamoto & Schulz (2017) plantean que este mismo locus promueve constantemente la adherencia y se encuentra positivamente correlacionada con la Autoeficacia.

Desde el Modelo de Estrés de Lazarus y Folkman (1984), plantean que en la evaluación o apreciación primaria que el individuo realiza se pueden describir la magnificación y rumiación, y en evaluación secundaria, la desesperanza (Sullivan *et al.*, 2001; Syler *et al.*, 2014).

Justamente en esta segunda evaluación, las personas se preguntan si son capaces de enfrentar el dolor. De esta forma, la autoeficacia percibida se define como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Es decir, si percibo o no que tengo las herramientas para enfrentar el dolor. (Bandura, 2004; Soriano, 2005).

Se entiende que considerarse con capacidad para realizar diferentes actividades influye en la utilización de estrategias de afrontamiento y en la respuesta emocional frente al dolor (Vallejo, 2008).

El concepto de autoeficacia no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que se tenga sobre lo que

puede hacer con ellos. La autoeficacia influye directamente en la determinación personal para la acción, implica la certeza de disponer de la eficacia para actuar (Bandura, 1987).

Mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo; este éxito puede llevar a sentimientos positivos más generalizados acerca de sí mismo. De esta forma, la autoeficacia interviene en la determinación personal para la acción e influye en la motivación y en la cantidad de esfuerzos empleados por el individuo para afrontar situaciones nuevas en las cuales se presentan obstáculos (Vinaccia *et al.*, 2004).

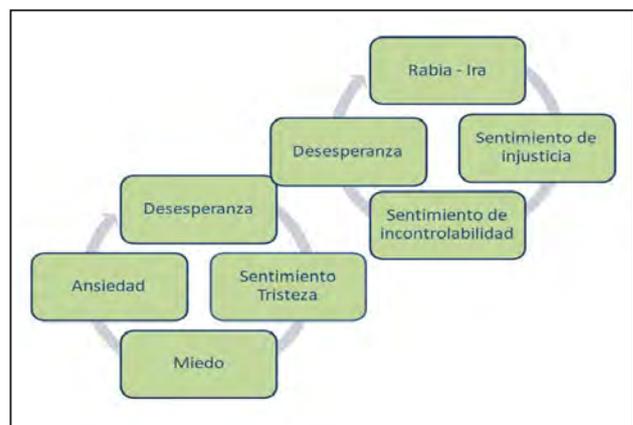
Algunos estudios han precisado que cuando los pacientes con enfermedades crónicas tienen la creencia de que pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, se adaptan mejor a la misma que aquellos en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad (Bandura, 1987).

Una percepción inadecuada sobre la enfermedad podría generar sentimientos de indefensión, es decir, sentir que a pesar de los esfuerzos realizados para adaptarse a esta nueva rutina no va a funcionar (Vinaccia *et al.*, 2004).

De esta manera, vemos cómo las reacciones emocionales están acompañadas de este sistema de creencias que determinan la actitud del paciente frente a su enfermedad. Algunas investigaciones han demostrado que las representaciones cognitivas influyen en la adaptación a la enfermedad. Las representaciones sobre la salud y la enfermedad desde el sentido común de un paciente son determinantes en el comportamiento de salud de él (Diefenbach y Leventhal, 1996).

A su vez, el inadecuado sentido de autoeficacia se relacionó con el peor control del dolor, menor adhesión al tratamiento y empeoramiento de la funcionalidad física y psíquica en pacientes con dolor crónico (García, 2007).

Figura 2: Hipótesis del circuito de factores afectivos interrelacionados que disminuirían la Autoeficacia frente al dolor.



En estudio transversal con 177 pacientes con dolor crónico lumbar de 6 meses de data en tres servicios de salud en Sao Paulo (Brasil) de Góes y Andruccioli (2012), se observó mayor prevalencia de incapacidad entre los pacientes con síntomas depresivos y baja autoeficacia con un elevado miedo y evitación al dolor. Por lo tanto, el análisis identificó factores de riesgo potencial para la incapacidad en la muestra estudiada como: intensidad del dolor, duración, fatiga, depresión, baja autoeficacia y miedo relacionado al dolor. Pacientes con autoeficacia baja presentan 1,7 veces mayores posibilidades de estar incapacitados que aquellos que presentan autoeficacia elevada ($p=0,002$).

El paciente al no ver mejorías en su condición de salud, en algunos casos, por el contrario, debe soportar retrocesos, le hace percibir una falta de control sobre la situación y resignarse de manera exagerada, reafirmando de esta forma que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación, aunque se le presenten alternativas viables. Lo anterior lleva al paciente a perder la confianza en sí mismo y al debilitamiento progresivo de su autoestima, lo que a su vez podría influenciar su percepción de autoeficacia y reforzará la desesperanza ante su enfermedad (Vinaccia *et al.*, 2004).

2. Tristeza - Pena

La tristeza es un sentimiento displacentero, común y comprensible en los pacientes con DCNO. No obstante, es riesgoso permanecer en él, ya que puede conducirnos a una depresión. La tristeza es la antesala, lo mismo que la desesperanza, que nos puede llevar a un trastorno de ánimo depresivo. No obstante, estos afectos pueden permanecer sin evolucionar hacia una depresión. Entre otros costos sanitarios del DCNO, los trastornos del ánimo depresivo son muy prevalentes (Espinoza *et al.*, 2017). La pesquisa de la tristeza y desesperanza de manera precoz es fundamental.

Las variables cognitivas y emocionales, concretamente la ansiedad, la tristeza y la ira, parecen explicar mejor que las variables de personalidad las diferencias individuales en cuanto a percepción y tolerancia al dolor. Así mismo, la falta de expresión emocional se ha relacionado claramente con una mayor experiencia dolorosa (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer, Sesé, 2008).

En otro estudio de Tuyols, Medinas, Pérez, Palmer, Sesé (2010), los pacientes con lumbalgia crónica obtuvieron niveles superiores de depresión y ansiedad frente al grupo control ($p < .001$) en una muestra de 54 pacientes. Concluyendo que resulta de especial relevancia la inclusión del tratamiento psicológico de las emociones negativas para este tipo de dolor.

Dentro de los trastornos mentales, los más prevalentes son los trastornos afectivos, y entre ellos, los de ansiedad y depresión. Los síntomas y los trastornos emocionales son persistentes en el tiempo y suelen exhibir un curso crónico, perturban significativamente la calidad de vida, son una causa principal de discapacidad y constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de otros trastornos mentales (Sandín, Valiente, Pineda, García-Escalera, Chorot, 2018).

Existe un consenso respecto a que la depresión juega un papel importante en los primeros momentos de aparición del

dolor. La constatación del importante papel de la depresión como factor de pronóstico en los primeros estadios del proceso de cronificación lleva a Pincus, Vogel, Burton, Santos, Field (2006) a proponer modificaciones al Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación del Dolor de Asmundson, Norton y Vlaeyen (2004).

Los autores postulan una nueva vía que llevaría a la cronificación, aparte de la propuesta por el modelo; concretamente, señalan que es posible que una minoría de pacientes con dolor lumbar tenga una depresión en el momento de aparición del episodio de dolor agudo (no necesariamente como una respuesta al dolor, sino como un problema de salud coexistente) y que este afecto negativo impediría la recuperación a medio y largo plazo, llevando a la discapacidad funcional (Esteve, Ramírez-Maestre, 2013).

3. Rabia - Ira

Existen recursos psicológicos como factores protectores para la salud y el bienestar, permitiendo aumentar la resistencia a la adversidad, pues facilitan una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de los sucesos vitales ocurridos en la vida. Variables como capacidad de expresión emocional, autocontrol emocional, asertividad y manejo de la ira, entre otros (Remor, 2006).

La frustración produce rabia, impotencia y, en su extremo, ira. El mal manejo de la ira es un factor predisponente a padecer diferentes trastornos de salud física. El no expresar adecuadamente su ira, ya sea suprimiéndola o expresándola de manera hostil. Esta última, produce un aumento en la actividad fisiológica y esta activación sostenida puede producir alteraciones en el sistema inmune (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado, Spielberger, 2001).

Por otro lado, la supresión o inhibición están asociados a su vez a un gran número de problemas de salud física, expresadas en somatizaciones. Del mismo modo, la falta de expresión emocional se ha relacionado con una mayor experiencia de dolor (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, Carson, 2001).

De Laire, Rodríguez y Rodríguez (2012), en un estudio realizado en la Clínica Alemana, en la Unidad de Reumatología con 30 pacientes con diagnóstico de fibromialgia, evaluaron entre otros factores la expresión de ira, a través del inventario de expresión de ira (STAXI-2). Este índice de expresión de ira (IEI) resultó ser significativamente alto. Entendiendo que, si las/los pacientes puntúan alto, experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas. La tendencia en estos pacientes fue a modular la ira a través de la expresión interna, es decir, frente a los sentimientos de ira tendían a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente. Inclusive, el 83,3% de pacientes no experimentaba con frecuencia sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

En el estudio de lumbalgia de Tuyols *et al* (2010), se midió también ira con el STAXI-2. El grupo de pacientes con lumbalgia obtuvo niveles superiores frente al control en las subescalas de: ira estado ($p < .01$), ira rasgo ($p < .001$),

temperamento ($p < .001$), en su inhibición ($p < .001$) y expresión de ira ($p < .01$).

El Modelo Bio-Informacional de Lang (1995) define a las emociones como disposiciones para la acción y las vincula con los mecanismos motivacionales primarios (el sistema defensivo y el sistema apetitivo), ambos necesarios para la supervivencia. El miedo, por ejemplo, predispone a la huida, la ira predispone a la lucha, la alegría predispone a acercarnos a los otros. En este marco, emoción y motivación son procesos estrechamente relacionados, aunque no se deben confundir. En el caso de la emoción, el prefijo 'e' indica que es un movimiento de dentro hacia fuera y, en el caso de la motivación, el movimiento es instrumental dirigido a conseguir metas, como obtener alimentos, evitar peligros o alcanzar logros académicos o políticos. Las emociones contribuyen a la motivación (Vila, 2016).

4. Miedo - Ansiedad

El miedo y la ansiedad son las típicas reacciones emocionales ante la presencia de peligro o amenaza. Su función adaptativa es la de facilitar las respuestas fisiológicas defensivas del organismo, como la inmovilidad, el sobresalto o la respuesta de lucha o huida. Son emociones que ayudan a la supervivencia. No obstante, si estas reacciones son excesivamente intensas o prolongadas, o se producen ante situaciones que no suponen un peligro real, terminan siendo destructivas, convirtiéndose en un riesgo para la salud, tanto física (trastornos relacionados con el estrés) como psicológica (trastornos de la ansiedad) (Vila, 2016).

El miedo es una respuesta emocional intensa a la apreciación o evaluación de peligro, sería la vertiente cognitiva del riesgo. Es una experiencia más reflexiva, en el sentido de evaluar lo amenazante del estímulo, sea este interno (dolor) o externo. El miedo requiere la presencia de un estímulo específico. Corresponde a un nivel superior de integración psíquica; es la respuesta ante el peligro, propia de la conciencia adulta, capaz de evaluar los riesgos potenciales o reales del estímulo, objeto o situación y proyectarse hacia el futuro (Peña y Lillo, 1990; Vila, 2016).

De esta manera, la diferencia entre miedo y ansiedad radica en el tipo de peligro o amenaza; en la ansiedad se activa ante los estímulos contextuales donde se anticipa la aparición del peligro (caminar de noche por una zona insegura). Ambos, miedo y ansiedad, están estrechamente vinculados a las respuestas defensivas y al sistema motivacional que las sustenta (el defensivo) (Vila, 2016).

El modelo actual en salud y dolor que incluye procesos cognitivos y emocionales es el de Asmundson, Norton y Vlaeyen (2004), denominado Modelo de Miedo Ansiedad-Evitación al Dolor. Este modelo surge primariamente del Modelo Miedo-Evitación del Dolor de Vlaeyen y Linton (2000).

La investigación apoya que los pacientes tienden a evitar situaciones que les causarán dolor debido a sus creencias y esta evitación disminuye su actividad, aumenta su rigidez y discapacidad. El papel significativo de los mecanismos del miedo en la predicción y la perpetuación de la discapacidad

en el dolor crónico debe tener importantes implicaciones para el tratamiento (Boersma, Linton, Overmier, Jansson, Vlaeyen & Jeroen de Jong, 2004; López, Gómez y Ruiz, 2009).

A su vez, el miedo (emoción) al dolor y este catastrofismo (cognición) hacen que se incremente el dolor percibido, lo que fomenta un tipo de afrontamiento pasivo (conducta) que lo hacen vulnerable al desuso, la discapacidad y la depresión (Vlaeyen y Linton, 2000).

Según Esteve y Ramírez-Maestre (2013), la valoración catastrofista se asocia con rasgos de personalidad relativamente estables como el afecto negativo, y esta valoración provocaría el miedo al dolor y las consiguientes conductas de evitación.

Un modelo para explicar el dolor de hombro es justamente éste, que propone un afrontamiento pasivo frente al dolor; de esta forma, las técnicas adaptativas para evitar el dolor pasan a ser desadaptativas cuando el dolor se prolonga por un tiempo largo, provocando daños, tanto físicos como psicológicos, que perpetuarán el dolor (Martínez-Calderón, Meeus, Struyf, Morales-Asencio, Gijón-Noguerón, Luque-Suárez, 2018).

En el circuito vicioso del dolor crónico, el miedo gatillado por los PANS y la catastrofización conducen a estrategias evitativas, generando una peor recuperación, lo que aumenta la ansiedad y depresión y, posteriormente, el aumento de la intensidad del dolor.

En términos generales, la bibliografía ha destacado el papel de las estrategias de afrontamiento como mecanismo de adaptación, manejo y control del estrés producido por el dolor crónico. Aunque es necesario señalar que no todas las estrategias funcionan de la misma manera, siendo las estrategias activas y las centradas en el problema las más eficaces para manejar el dolor, a diferencia de las pasivas o evitativas centradas en las emociones (Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000).

Cuando el miedo aumenta en extremo, acompañado de ideas irracionales, hiperalerta y conductas evitativas extremas frente al movimiento, nos enfrentamos a una fobia específica denominada Kinesiofobia. Es decir, fobia al movimiento. Este trastorno debe ser tratado de manera integral por un psiquiatra (tratamiento medicamentoso), kinesiólogo y psicólogo (psicoterapia) de manera conjunta.

La pesquisa del monto del miedo de manera precoz, junto con la catastrofización, son elementos fundamentales para prevenir una kinesiofobia. Existe evidencia contundente que la catastrofización y, por ende, la desesperanza incluida en ella, es un factor predictor de kinesiofobia. En un estudio de Limbäck, Lundberg, Östgaard & Kjellby (2011) en una muestra de 84 pacientes con DCL, de los 21 que presentaron catastrofización, casi el 90% presentó kinesiofobia, es decir, 18 personas.

Al incluir en el 2004 la variable ansiedad al modelo, la definen como un factor predisponente, como un estado afectivo dirigido al futuro y en el que el origen de la amenaza es más elusiva, asociándose a respuestas preventivas. El catastrofismo provocaría miedo al dolor y la experiencia

repetida del miedo llevaría al paciente a desarrollar ansiedad ante el dolor y esta sería la que conduciría a respuestas de evitación (Esteve, Ramírez-Maestre, 2013). La función más importante de la ansiedad es facilitar la detección temprana de situaciones potencialmente amenazantes. En otras palabras, los individuos muy ansiosos demuestran hipervigilancia, tanto general como específica. La hipervigilancia general se refiere a la propensión a atender cualquier estímulo irrelevante presentado. La hipervigilancia específica implica la inclinación a atender selectivamente a estímulos relacionados con amenazas más que a tonos neutros (Vlaeyen, Linton, 2000).

Para explicar las diferencias individuales, los mismos autores del modelo precisan un factor predisponente llamado sensibilidad a la ansiedad definiéndolo como el miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad.

Anteriormente, Gray (1994) realizó importantes avances en la determinación de las estructuras y los procesos biológicos implicados en la sensibilidad a las señales de castigo (SC) o ansiedad (SA). Los pacientes con un nivel elevado de sensibilidad a la ansiedad tendrían miedo de los estímulos que provocan ansiedad más que a los estímulos asociados con el dolor. Desde esta perspectiva, el miedo al dolor sería un miedo más entre muchos otros miedos, de forma que, cuando se considera conjuntamente la influencia de la sensibilidad a la ansiedad y el miedo al dolor, sería la primera la que influiría significativamente en la experiencia de dolor (Esteve, Ramírez-Maestre, 2013).

El rol de la sensibilidad a la ansiedad es central en la regulación emocional. Este constructo puede asumir un papel importante en la aparición de trastornos, su mantenimiento y tratamientos exitosos, siendo esto así debido a sus efectos en la regulación emocional. Para Smits, Powers, Otto & Baird (2019), las estrategias de regulación emocional pueden dividirse en dos grupos: aquellas que buscan modificar el impacto de estresores externos –como la distracción–, y las que apuntan a cambiar el impacto de los estímulos internos. Dentro de estas últimas se encuentra, por un lado, la modificación de la sensibilidad a la ansiedad, siendo particularmente útil para romper el ciclo entre experiencias negativas; y, por otro lado, las repuestas desadaptativas a tales sensaciones físicas y emocionales desagradables.

Lo anterior está claramente basado en los planteamientos de Eysenck (1916-1997), destacado psicólogo inglés, en su teoría cognitiva conductual sobre la ansiedad llamada Teoría de los 4 Factores. Plantea que cuando aumenta el nivel de ansiedad, cambia también el patrón de atención. En un primer momento, al ponernos ansiosos, nuestra atención aumenta y se dirige a observar cualquier estímulo potencialmente amenazante; estamos hipervigilantes, disminuye el umbral de alarma y anticipamos posibles peligros, aunque el nivel de amenaza real sea pequeño. Esto es lo que el autor refiere como el sesgo interpretativo, que consiste en la tendencia a dar un significado de amenaza, e incluso de catástrofe, a aquellas situaciones o estímulos que podrían ser considerados como neutros o positivos. A su vez, si continúa este estado de ansiedad,

y ya hemos detectado algún estímulo amenazante, nuestra atención se centrará prioritariamente en este tipo de estímulos, prestando menos atención a los que consideramos neutros o no amenazantes. Esto es lo que se denomina sesgo atencional (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, Wood, 2011).

5. Sentimiento de Injusticia

Existe muy poca evidencia y teoría que avale este sentimiento presente en la experiencia del dolor. Pacientes que padecen de dolor crónico suelen generar un sentimiento de injusticia que afecta de manera importante el tratamiento y la adaptación a su nueva condición. Este sentimiento se produce debido a la diferencia observada entre el propio estado esperado y real de la salud, y suele provocar efectos negativos en el dolor y tratamiento, que terminan reforzando esta percepción. Las percepciones de injusticia sobre la enfermedad de dolor crónico y su tratamiento pueden traer consigo sentimientos de ira, angustia y frustración (Bissell, Ziadni & Sturgeon, 2018).

La comprensión del sentimiento de injusticia desde el modelo cognitivo de procesamiento predictivo (PP) logra explicar cómo la expectativa y la motivación pueden influir en la capacidad de afrontamiento del dolor y, en función de eso, cuál es la consecuencia más probable de ese comportamiento potencial. Así, mientras mayor sea la creencia de injusticia relacionada con el dolor, existe una mayor probabilidad de que se produzca una desregulación emocional, la que impida una acción de afrontamiento adaptativa (Bissell *et al*, 2018).

Discusión

La IASP (2020) en su revisión señala que el dolor es una experiencia personal, donde es innegable la relevancia de los factores psicológicos en dicha experiencia, es decir, factores cognitivos, afectivos y conductuales.

Todos los profesionales de la salud que trabajan con dolor físico persistente, se muestran cada vez más interesados en conocer la variable mental de esta experiencia. Los factores cognitivos tienen una contundente evidencia, llevando a desarrollar diversos instrumentos validados de uso internacional para la clínica como para la investigación que miden dichos factores, como la catastrofización y la autoeficacia, por ejemplo.

Sin embargo, los factores afectivos, incluyendo a las emociones, han tenido un estudio menor, a pesar de su injerencia y ser explicados por modelos teóricos en dolor tan importantes como el Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación y teniendo fuertes teorías a la base desde la psicología. Por lo mismo, la construcción de cuestionarios que midan en su globalidad el abanico de afectos que influyen en la experiencia del dolor es prácticamente inexistente.

La psicología es la ciencia experta en la comprensión de la conducta humana. Para ello, estudia los procesos mentales del individuo. Dentro de ellos, los procesos afectivos en su complejidad son necesarios de evaluar en el dolor físico persistente, dado que nos indican el estado de esos afectos

para detectar precozmente futuras patologías mentales (costos sanitarios) como fobias (miedo), trastornos ansiosos (ansiedad), trastornos del ánimo depresivo (pena, tristeza), entre otros.

Es indiscutible la relevancia de éstos en la salud mental como física. Es prioritaria la prevención o detección precoz. Ha sido el llamado de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para el año 2020. Y en respuesta a ese llamado es la revisión y propuesta del siguiente cuestionario que permite un screening afectivo para derivaciones e intervenciones precoces desde lo interdisciplinario.

Anexo Cuestionario de Impacto Afectivo en el Dolor Crónico de Origen Benigno (CIA-7-R)

Autora: Ps.Mg. Alejandra Rodríguez (2020)

Consigna: A continuación, se mencionan emociones y sentimientos que son los más estudiados en personas con dolor físico persistente de origen benigno. Indique para cada uno, cuánto usted valora que ha sentido esa emoción o sentimiento en una escala de 0 a 10 en la última semana.

EMOCIONES o SENTIMIENTOS	NADA										SUBTOTAL	
		Leve			Moderado			Severo				
¿Cuánta tristeza o pena le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánto miedo le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánta rabia o ira le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánta desesperanza le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuán incontrolable siente que es este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánta ansiedad le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuán injusto siente que es este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TOTAL												

Revisión y adaptación desarrollada por la Ps. Mg. Alejandra Rodríguez, directora del Centro del Dolor CHILE SpA. Derechos reservados. Como el original (CIE-6) del Ps. Eduardo Muñoz, para esta nueva versión, adaptada y revisada (CIA-7-R), las puntuaciones iguales o superiores a 5, desde el rango moderado, indican derivación a especialista de la psicología del dolor físico persistente para implementar tratamientos no farmacológicos, es decir, psicosociales para el manejo de la emoción a la base y/o derivación a psiquiatría para evaluación de tratamiento farmacológico.

Referencias Bibliográficas

- (1) Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. ACHED-CP (2018). Recomendaciones nacionales para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento del dolor crónico en pacientes adultos, consenso chileno de expertos.
- (2) Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. IASP (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Srinivasa N. Raja, Daniel B. Carr, Milton Cohen, Nanna B. Finnerup, Herta Flor, Stephen Gibson, Francis J. Keefe, Jeffrey S. Mogil, Matthias Ringkamp, Kathleen A. Sluka, Xue-Jun Song, Bonnie Stevens, Mark D. Sullivan, Perri R. Tutelman, Takahiro Ushida, Kyle Vader.
- (3) Allegrante, J., Marks R. (2003). Self-Efficacy in Management of Osteoarthritis Rheum. Dis. Clin. North Am. 29. 747-768.
- (4) Aznar, P. (2015). La construcción de esquemas: un modelo explicativo de construcción humana. Rev.Interuniversitaria. Universidad de Valencia, 165-173. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2889>
- (5) Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education & Behavior. Vol. 31 (2). 143 – 164.
- (6) Bissell, D., Ziadni, M. & Sturgeon, J., (2018). Perceived injustice in chronic pain: an examination through the lens of predictive processing. Pain Management, 8(2). 129-138.
- (7) Boersma, K., Linton, S., Overmeer, T., Jansson, M., Vlaeyen, J., De Jong, J. (2004). Lowering fear-avoidance and enhancing function through exposure in vivo. A multiple baseline study across six patients with back pain. Pain 108. 8–16.
- (8) Borrell-Carrió, F., Suchman, A., Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 years later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. Annals of family Medicine. Vol.2, N°6. 576 – 583.
- (9) Bostick, G., Carroll, L., Brown, C., Harley, D., Gross, D. (2013). Predictive capacity of pain beliefs and catastrophizing in Whiplash Associated Disorder. Injury, International Journal of the Care of the Injured, N° 44. 1465-1471.
- (10) Cabrera, G., Tascón, J., Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 19(1). 91-101.
- (11) Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J.M., Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. Información Psicológica, 102. 4-27.
- (12) Casado, M., Moix, J., Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. 19(3).379-392.
- (13) Castaingts, J. (2017). Antropología simbólica de las emociones y neurociencia. Alteridades. 27 (53). 23-33.
- (14) Chester, R., Jerosch-Herold, C., Lewis, J., Shepstone, L. (2018). Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. Br J Sports Med. 52(4). 269–275.
- (15) Cuyul, I., Araya, F. (2019). Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. Rev Soc Esp Dolor. 26(1). 44-51.
- (16) De Laire, X., Rodríguez, A., Rodríguez, J. (2012). Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. Revista de Psicología GEPU, Colombia, 3 (2). 15 - 35.
- (17) Diéz, A. (2017). Más sobre la interpretación. Ideas y creencias. Rev.Asoc. Esp.Neuropsiq. 37(131). 127-143.
- (18) Diefenbach, M., Leventhal, H.(1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. Journal of Social Distress and the Homeless, Vol. 5, N°1.
- (19) Espinoza, M., Repetto, P., Cabieses, B., Vargas, C., Zitko, P. (2017). Propuesta de Política Pública para el Manejo del Dolor Crónico Músculo Esquelético en Chile, desarrollada en el marco del Concurso de Política Pública 2017 que organizó el Centro de Políticas Públicas de la PUC.
- (20) Esteve, R., Rodríguez-Maestre, C. (2013). Modelo de miedo-evitación del dolor: evolución y nuevas propuestas. Rev. de Psicología de la Salud (New Age). Vol.1, N°1. 102-130.
- (21) Fernández, R., Ahumada, M., Muñoz, R., Urra, X., Yáñez, M. V., Velasco, M., Aguayo, C., Bilbeny, N., Correa, G., Flores, C., Rabah, E., Jaque, J., Sánchez, P., Ortiz, L., Orellana, M., Pakuts, A., Muñoz, E., Ritter, P., Orellana,

- M.E., Mora, X. (2011). Guía para Definición y Manejo del Dolor Neuropático Localizado (DNL): Consenso Chileno. *Revista El Dolor*. 55. 12-31.
- (22) Ferreira, M., Pais, J., Jensen, M. (2009). Coping, Depression, Anxiety, Self-Efficacy and Social Support: Impact on Adjustment to Chronic Pain. *Escritos de Psicología*, Vol. 2, N° 3. 8-17.
- (23) Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépez, M., Echevarría, C., Contreras, F., y Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, Vol. 16 (2). 129 – 138.
- (24) Góes, M., Andruccioli, C. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 41(1).135-140.
- (25) González, M. (2014). Dolor Crónico y Psicología: Actualización. *Revista de Med.Clinica Las Condes*. 25 (4). 610-617.
- (26) Gray, J. A. (1994). Three fundamental emotion systems. En P. Ekman & R. Davidson (Eds.). *The nature of emotion* (pp. 243-247). New York: Oxford University Press
- (27) Gutiérrez, O. (2004). El efecto diferencial de ACT vs.control cognitivo en un paradigma de autocontrol con estimulación aversiva. Universidad de Almería. Tesis Doctoral. España.
- (28) Infante, P. (2002). Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Tesis para optar al grado académico de Licenciada. Universitat Autònoma de Barcelona. *Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social*. España.
- (29) Kalawski, J.P.(1998). Alba Emoting: Una nueva herramienta para trabajar con las emociones en psicoterapia experiencial. *PSYKHE*. V.7, N°2.63-74.
- (30) Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T. y Carson, K. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607.
- (31) Lami, M.J., Martínez, M.P., Miró, E., Sánchez, A. (2013). Versión española de la “Escala de Catastrofización del Dolor”: Estudio Psicométrico en mujeres sanas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 21, N° 1. 137-156.
- (32) Limbäck, G., Lundberg, M., Östgaard, H., Kjellby, G. (2011). High degree of kinesiophobia after lumbar disc herniation surgery: A cross-sectional study of 84 patients. *Acta Orthopaedica*. 82(6). 732-736.
- (33) Latorre, P., Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- (34) Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca, Editores.
- (35) López, A., Gómez, L., Ruiz, G. (2009). Trastorno de estrés posttraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato (logía). *Escritos de Psicología*, Vol. 3, N° 1. 8-19.
- (36) Martín, J. (2003). El ABC de la Teoría Cognitiva. Extraído en 04.10.2019 desde <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- (37) Martín-Aragón, M., Pastor, M., Rodríguez-Marín, J., March, M., Lledó, A.(1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico, adaptación y validación de la Chronic Pain Self Efficacy Scale. *Rev. De Psicología de la Salud*, 11.1-2.
- (38) Martínez-Calderón J., Meeus M., Struyf F., Morales-Asencio, M., Gijón-Noguerón, G., Luque-Suárez, A. (2018). The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ Open*. 8:e020703.
- (39) Miguel-Tobal, J.,Cano-Vindel, A., Casado, M., Spielberger, CD. (2001). *Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Madrid. Tea Ediciones.
- (40) Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 12(10):e0186458. Published 2017 Oct 17. doi:10.1371/journal.pone.0186458
- (41) Minici, A. (2010). Desesperanza aprendida. *Rev.de Terapia Cognitivo Conductual*. N°19.1-5.
- (42) Miranda, J.P., Quezada, P., Caballero, P., Jiménez, L., Morales, A., Bilbeny, N., Vega, J.C. (2013). Revisión sistemática: Epidemiología del Dolor Crónico No Oncológico en Chile. *Revista El Dolor*, 59,10-17.
- (43) Moreno, E., Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa.: *Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 3, N° 1. 91-109.
- (44) Olivari, C., Urra, E. (2007) Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, Vol.13 (1). 9-15.
- (45) Peña y Lillo, S. (1990). El temor y la felicidad. Editorial Universitaria. Chile.
- (46) Pérez Guisado, J. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol*. 20(2).
- (47) Pincus, T., Vogel, S., Burton, A., Santos, R., Field, A. (2006). Fear Avoidance and Prognosis in Back Pain. *Arthritis and Rheumatism*, 54, 3999-4010.
- (48) Pincus, T., Smeets, R., Simmonds, M., Sullivan, M. (2010). The fear avoidance model disentangled: Improving the clinical utility of the fear avoidance model. *Clinical Journal of Pain*, 26, 739-46.
- (49) Rabah, E. (2016). El alivio del dolor en la práctica clínica. Ed.Mediterráneo, Santiago, Chile.
- (50) Remor, E., Amorós, M., Carrobes, J.A (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*. Vol.22, N°1. 37-44.
- (51) Rodríguez, L., Cano, F., Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp.Psiquiatría*, 32(2).82-91
- (52) Rodríguez, A. (2014). Revisión de factores psicológicos y estrategias para el manejo del dolor crónico lumbar desde diferentes Modelos Teóricos. *Rev. El Dolor* 62. 24 -34.
- (53) Sandín, B., Valiente, R., Pineda, D., García-Escalera, J., Chorot, P. (2018). Escala de síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Rev. de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23. 163-177.
- (54) Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Ed.Debate.
- (55) Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* . 55. 5-14.
- (56) Seligman, M., Steen, T., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *American Psychologist*, 60, 5. 410-421.
- (57) Seyler, A., Hernández-Guzmán, L., Freyre, M., González-Montecinos, M., Sullivan, M. (2014). Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Rev. El Dolor*, 61. 18-24.
- (58) Sharma, S., Moe-Nilssen, R., Kvåle, A., Børheim, A. (2017). Predicting outcome in frozen shoulder (shoulder capsulitis) in presence of comorbidity as measured with subjective health complaints and neuroticism. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 1-7.
- (59) Smits, J., Otto, M., Powers, M. & Baird, S. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. En J. Smits, M. Otto, M. Powers & S. Baird (Eds.), *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (pp. 1-8). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-04837-4>
- (60) Soriano, J., Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, N° 84. 91-107
- (1) Terrazas, P., Gonzáles, B. (2017): Asociación entre kinesiofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un hospital de Lima. Tesis para optar al título de segunda especialidad en terapia manual ortopédica. Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud.
- (62) Tirado, M., Pastor-Mira, M., López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y Resultados de Salud en la Fibromialgia. *Anales de Psicología*, Vol. 30, N° 1.104-113.
- (63) Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A., Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clinica y Salud*, Vol. 19. N° 3. 295-320.
- (64) Truyols, M., Medinas, M., Pérez, J., Palmer, A., Sesé, A. (2010). Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. *Clinica y Salud*, 21(2), 123-140. Recuperado en 26 de octubre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200002&lng=es&tlng=es.
- (65) Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, N° 84. 41-58. Universidad Nacional de Madrid, España. Extraído el 10 de Enero del 2015 en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>.
- (66) Vallejo, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clinica y Salud*, Vol. 19, N° 3. 417-430.
- (67) Vila, J (2016). Neurociencia afectiva: entre el corazón y el cerebro. Lección inaugural. Apertura año académico 2016-2017. Universidad de Granada, España.

(68) Vinaccia, S., Cadena, J., Contreras, F., Juárez, F. y Anaya, J.M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 91-103.

(69) Vlayen, J., Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.

(70) Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R., Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-372.

(71) Zamri, E., Moy, F., Hoe, V. (2017) Association of psychological distress and work psychosocial factors with selfreported musculoskeletal pain among secondary school teachers in Malaysia. *PLoS ONE* 12(2): e0172195. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172195>

(72) Zavarize, S., Paschoal, M. & Wechsler, S. (2016). Effects of physiotherapy associated to virtual games in pain perception and heart rate variability in cases of low back pain. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 14, 353-355.

(73) Zuercher-Huerlimann, E., Stewart, J. A., Egloff, N., von Känel, R., Studer, M., & Grosse Holtforth, M. (2019). Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: A retrospective study. *Journal of Pain Research*. 12, 2095–2099.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo.

Recibido el 20 de septiembre 2020 aceptado con corrección para Publicación el 01 de octubre 2020.

<p>Correspondencia a: Ps. Alejandra Rodríguez Directora del Centro del Dolor CHILE. Magíster en Psicología Clínica. Magíster en Docencia. E-mail: dirección@centrodeldolor.cl</p>
--