



**Universidad
Europea** VALENCIA

Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

**RELAJACIÓN PSICO-FÍSICA, ATENCIÓN PLENA Y CHI KUNG,
EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
DEL DOLOR CRÓNICO PRIMARIO**

Presentado por:

Miguel Alberto Constenla Canabal

Tutora:

Guadalupe Molinari

Curso: 2022-2023

Convocatoria: Ordinaria

Resumen

Enmarcado en la psicología cognitivo conductual de tercera generación, en el ámbito de la salud, en pro de buscar nuevos protocolos de intervención estandarizados grupales, se aporta conocimiento sobre un programa de Terapia Cognitivo Conductual Basado en Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung. Se pretende evaluar la eficacia preliminar del programa en la percepción de mejora del dolor crónico primario y del nivel de calidad de vida en pacientes previamente diagnosticadas. La investigación se realiza mediante un diseño cuasiexperimental de un grupo con pretest y postest con características de estudio de casos con n=3. Se obtienen medidas de: (a) intensidad del dolor, escala visual analógica; (b) ajuste al dolor percibido, índice Lattinen; (c) calidad de vida relacionada con la salud, cuestionario SF-12; (d) escala de impresión de mejoría global. Los contenidos del programa son: (a) estructura psicoeducativa sobre el dolor crónico, el manejo emocional y la percepción del dolor; (b) la respiración y la relajación; (c) la atención plena y la focalización de la atención; y (d) el entrenamiento en chi kung. Se concluye que los resultados respaldan las hipótesis, es decir: una vez aplicada la intervención, las puntuaciones en los diferentes instrumentos reflejan percepción de mejora en las pacientes, respecto a sus valores en el pretest. Es posible que el programa presente mayor efectividad sobre la salud mental, que sobre la salud física. Entender qué componentes de un programa beneficiarían en mayor proporción a pacientes según diferencias individuales, podría convertirse en el foco de futuras investigaciones.

Palabras clave: Relajación Psico-Física, Atención Plena, Chi Kung, Dolor Crónico

Abstract

Embedded within the context of third-generation cognitive-behavioral psychology, in the realm of health, in the pursuit of developing new standardized group intervention protocols, knowledge is contributed about a program of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Psycho-Physical Relaxation, Mindfulness, and Chi Kung. The objective is to assess the preliminary effectiveness of the program in the perception of improvement in primary chronic pain and the level of quality of life in previously diagnosed patients. The research is conducted using a quasi-experimental design with a pretest and posttest group with characteristics of a case study with n=3. Measurements are obtained for: (a) pain intensity, using a visual analog scale; (b) perceived pain adjustment, using the Lattinen index; (c) health-related quality of life, assessed with the SF-12 questionnaire; (d) a global impression scale of improvement. The program's content includes: (a) psychoeducational structure on chronic pain, emotional management, and pain perception; (b) breathing and relaxation techniques; (c) mindfulness and attention focus; and (d) Chi Kung training. It is concluded that the results support the hypotheses, meaning that once the intervention is applied, the scores on the various instruments reflect a perception of improvement in the patients, compared to their pretest values. The program may have a more significant impact on mental health than on physical health. Understanding which components of a program would benefit patients to a greater extent based on individual differences could become the focus of future research.

Keywords: Psycho-Physical Relaxation, Mindfulness, Chi Kung, Chronic Pain

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Objetivos de Investigación	6
1.1.1. Objetivo General	6
1.1.2. Objetivos Específicos	6
1.2. Hipótesis	6
2. METODOLOGÍA	7
2.1. Diseño de Investigación	7
2.2. Criterios de Elegibilidad	7
2.3. Participantes	8
2.3.1. Caso 1	8
2.3.2. Caso 2	9
2.3.3. Caso 3	10
2.4. Análisis Funcional de la Conducta	11
2.5. Variables	12
2.6. Instrumentos de recolección de Datos	12
2.7. Procedimiento	13
2.8. Descripción del Tratamiento. Programa TCCB-RACH	14
2.9. Análisis de Datos	19
3. RESULTADOS	19
3.1. La Intensidad del Dolor que Describen las Pacientes	19
3.2. Ajuste al Dolor Percibido	20
3.2.1. Intensidad del Dolor	21
3.2.2. Frecuencia del Dolor	22
3.2.3. Incapacidad	22
3.2.4. Calidad del Sueño y Cantidad de Horas de Sueño	22
3.2.5. Consumo de Analgésicos	22
3.3. Calidad de Vida Relacionada con la Salud	23
3.3.1. Dimensión Salud Física	23
3.3.2. Dimensión Salud Mental	25
3.3.3. Resultados Globales SF-12	26
3.4. Impresión de Mejoría Global de las Pacientes	29
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	29
5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	34
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
7. ANEXOS	40

1. INTRODUCCIÓN

La definición revisada de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) por sus siglas en inglés (IASP, 2020), califica de dolor a aquella experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o parecida a la asociada con, un daño tisular real o potencial. Dentro de las notas a esta revisión se incluyeron: (a) el dolor es siempre una experiencia personal, influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales; (b) el dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes; (c) las personas aprenden el concepto de dolor a través de sus experiencias; (d) debe respetarse el relato de una persona sobre su propia experiencia como dolor; (e) el dolor puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico; y (f) la descripción verbal es solo uno de varias formas en que se puede expresar dolor; la incapacidad de comunicarse no niega la posibilidad de experimentar dolor (Srinivasa et al, 2020).

Por su lado, la Organización Mundial de la salud (OMS) en su undécima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-11) define el dolor crónico como aquel que persiste o se repite durante más de tres meses. En la clasificación se afirma que el dolor crónico es multifactorial, es decir, constituido por factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen al síndrome de dolor (Organización Mundial de la salud [OMS], 2023).

La OMS en su clasificación actual del dolor crónico introduce nuevas taxonomías, que según Margarit (2019) conlleva a implicaciones prácticas como, definir de forma separada dos entidades: el dolor crónico primario (caracterizado por alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa) y que se plantea como una enfermedad en sí misma; y el dolor crónico secundario, que es una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente.

Según la OMS (2023) el dolor crónico primario se describe como presente en una o más regiones anatómicas, caracterizándose por angustia emocional significativa (ansiedad, ira/frustración o estado de ánimo deprimido) y/o discapacidad funcional (interferencia en las actividades de la vida diaria y participación reducida en los roles sociales). Además, su diagnóstico es apropiado independientemente de los contribuyentes biológicos o psicológicos identificados, a menos que otro diagnóstico explique mejor los síntomas.

Algunas de las inclusiones de la OMS (2023) bajo el ancestro de dolor crónico primario, incluyen categorías como el síndrome del intestino irritable, el dolor generalizado crónico (fibromialgia), o los dolores lumbares, cervicales, torácicos o en extremidades (primarios y crónicos).

Una investigación realizada mediante encuesta telefónica a 5000 personas (Català et al., 2002), cuyo objetivo principal fue estimar la prevalencia de dolor agudo y crónico en la población general española, ofreció cifras de hasta el 43,2%. En cuanto al tratamiento, el 61,7% de las personas que se quejaban de dolor dijeron estar tomando medicación. La fuente de asesoramiento sobre el tratamiento farmacológico fue un médico o una enfermera en 66,4% de los casos y la autoprescripción un 29%. Se concluyó que el dolor, especialmente el crónico, tiene

una alta prevalencia en la población general española y un impacto significativo en las relaciones laborales y sociales.

Existen datos que reflejan que personas que padecen dolor crónico, no son tratadas por especialistas en dolor y muchas reciben un tratamiento inadecuado. En una encuesta sobre el dolor crónico, su prevalencia, impacto en la vida diaria y tratamiento, se han conocido datos que incluyen quince países europeos e Israel (Breivik et al., 2006). En ellos se contempla una prevalencia del 19%, donde la mayoría (56%) son mujeres; y el grupo de edad de 41 a 60 años, parece tener más probabilidades que otros a sufrir este padecimiento. La mitad de los pacientes con dolor crónico entrevistados se sentían cansados todo el tiempo y el 40% indefensos o incapaces de pensar o funcionar con normalidad. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), recoge desde hace 30 años información sanitaria relativa al estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales de la salud y el uso y el acceso a los servicios sanitarios de la población española. En su versión de 2017 señala que la prevalencia de dolor crónico es al menos dos veces mayor en mujeres respecto a varones, siendo este más frecuente, intenso y de mayor duración. También indica que son ellas las que declaran tener peor salud y solicitan ayuda con mayor frecuencia, consumiendo más analgésicos prescritos y no prescritos que los varones (MSCBS, 2017).

En el marco de los resultados de la iniciativa Pain Proposal (Torralba et al., 2014), se valoró el impacto del dolor crónico en las actividades diarias mediante una escala con rango 1-10. Se mostró una puntuación de 6,3 para los pacientes españoles. En el conjunto de los encuestados, el 50% se sentía preocupado sobre el efecto que el dolor pudiera tener sobre sus relaciones. Así, el 36% de los pacientes consideró que su condición tenía un impacto negativo en su familia o amigos y el 27% se sentían socialmente aislados a causa del dolor.

En la actualidad, la Fundación Grünenthal de España y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz (FGE y ODUC) presentaron el "Barómetro del Dolor Crónico en España 2022". En dicho estudio se entrevistaron a 7.058 residentes en España, entre los 18 y 85 años de edad. Parte del análisis indica la situación del impacto del dolor crónico y revela datos como la afectación de una cuarta parte de la población adulta, lo que supone más de nueve millones de personas.

Según este barómetro, las dificultades para acceder a las unidades de dolor (el servicio considerado de mayor especialización), son los prolongados tiempos de espera para el diagnóstico y el inicio del tratamiento o la falta de formación a los pacientes. Estas barreras asistenciales de los procesos, han provocado que, en los últimos años, se hayan planteado acciones de impacto para mejorar el abordaje de la enfermedad. Según el informe, el foco se ha puesto en la formación y empoderamiento del paciente.

Las investigaciones citadas coinciden en la importancia del abordaje del dolor crónico primario, con miras amplias, contemplando los múltiples factores que en él intervienen. Vázquez (2020) lo menciona cuando habla en términos psicológicos de los correlatos del dolor, es decir, la conducta de ansiedad, la depresión y la evitación entre otros. Señala además el autor que

dichos correlatos son independientes del tipo de dolor crónico que se sufra. Vásquez considera que lo anterior hace que el dolor crónico, al margen de su localización concreta, sea susceptible de un abordaje psicoterapéutico.

Intervenciones grupales como la de Philips (1991) y el tratamiento de la fibromialgia de Martín, París y Ortega, aplicado desde 1996 en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) en distintos contextos terapéuticos, son ejemplos de intervenciones con elementos como la relajación, la respiración profunda, el incremento del vigor y de la actividad física, la reducción de la hiperactividad emocional, la focalización atencional y la revaloración del dolor entre otros componentes.

Otros autores, como Van-Der Hofstadt & Quiles (2001) afirmaban hace más de dos décadas, que no son pocos los programas de intervención que abordan al paciente con dolor crónico, pero que sus tres componentes comunes, son en la mayoría de los casos, las aportaciones fundamentales de las áreas fisiológica, del condicionamiento operante y la perspectiva cognitivo conductual.

En el primer grupo aparece la relajación como la técnica de regulación fisiológica presente en prácticamente la totalidad de los programas de intervención, excepto en los de diseño basados estrictamente en el condicionamiento operante. Si bien no terminan de quedar claros los mecanismos subyacentes, este procedimiento se sigue recomendando debido a su comprobada utilidad clínica (Van-Der Hofstadt & Quiles, 2001). El tratamiento psicológico del dolor crónico descansa sobre un supuesto de que la tensión muscular juega un papel destacado en los síndromes dolorosos, se desarrolla un ciclo de biorretroalimentación negativo de tensión-dolor-tensión; lo que supone que, ante una lesión dolorosa, se produce una respuesta de tensión muscular en la zona afectada y en caso de cronificarse, puede por sí misma aumentar el dolor, lo que contribuirá a incrementar la tensión (Philips, 1991).

Las técnicas de relajación tienen por objetivo interrumpir el círculo vicioso y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión. Vallejo y Comeche (2016) encuentran especialmente útil las técnicas de relajación, cuando analizan datos que subrayan el tratamiento de las cefaleas y la relajación (junto a otras técnicas) como estrategia eficaz de afrontamiento.

Por otro lado, en las últimas décadas se ha producido un incremento en la investigación y producción científica sobre la atención plena, encontrándose numerosas publicaciones que señalan su utilidad en una variedad de poblaciones clínicas y no clínicas.

Alarcón, García y López (2020) mencionan entre los programas más accesibles y sustentados por la investigación, el Programa de Mindfulness Basado en la Reducción del Estrés (MBSR) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). Los autores citan a Kabat-Zinn (2016) para indicar que el primero es un programa estructurado y manualizado, desarrollado inicialmente para el tratamiento del estrés, pero ampliamente extendido en la actualidad.

Por su parte, el programa MBCT deriva del MBSR e integra elementos de la terapia cognitiva, habiendo sido diseñado originalmente para la prevención de recaídas en la depresión recurrente, pero utilizándose hoy en día en personas con riesgo de trastornos de depresión y ansiedad (Segal et al., 2002; como se citó en Alarcón, et al, 2020). En ambos programas, las prácticas

formales de atención plena o mindfulness tienen una duración de hasta 45 minutos cada día; por el contrario, en otro tipo de terapias, como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se entrenan una gran variedad de ejercicios cortos de atención plena.

Alarcón et al (2020) abogan por las ventajas de las prácticas de la atención plena en el alivio de los síntomas físicos y mentales, en el tratamiento del cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolor crónico, depresión, ansiedad y otras condiciones de salud. No obstante, advierten que las intervenciones basadas en atención plena, necesitan mayores controles: aleatorización, muestras más grandes y seguimientos más amplios (con el fin de confirmar estos hallazgos), así como también identificar los elementos más efectivos de dichas intervenciones (con el fin de maximizar el potencial de éstas).

Los beneficios de la atención plena en pacientes con dolor crónico fueron constatados en la década de los noventa por varios estudios (Botella & Pérez, 2006). Algunos informaron de mejoras en los índices de dolor, interferencia del dolor con la vida diaria y alteraciones del humor (Kabat-Zinn, 2016). Otros estudios han reportado mejoras en las medidas de afrontamiento, en la respuesta a la pérdida que supone el dolor, en la depresión y en la ansiedad estado/rasgo (Sagula et al, 2004).

Los párrafos anteriores justifican la relajación psico-física (R) como recurso de afrontamiento responsable de interrumpir el círculo vicioso de tensión-dolor-tensión y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación. También justifican la atención plena (A) otorgándole ventajas en el alivio de los síntomas físicos y mentales en cuadros de dolor crónico, depresión, ansiedad y otras condiciones de salud. Siendo el primero un elemento central en la práctica totalidad de las intervenciones del dolor crónico y el segundo un elemento usado de manera central en la TCC de tercera generación, cabría esperar que usados en su conjunto tengan un importante efecto en la mejora de la calidad de vida.

FGE y ODOC (2022), señalan que siguen existiendo necesidades no cubiertas en el manejo y abordaje asistencial del dolor crónico, así como limitaciones en la información y conocimientos disponibles sobre la enfermedad.

Vallejo y Comeche (2016), derivado de una amplia revisión de estudios y metaanálisis, concluyen que los tratamientos estandarizados grupales (mediante un protocolo previamente fijado), pueden abaratar costos al paciente, sistematizar y acortar el tiempo de las intervenciones. Cuestión que en el presente consideran uno de los retos de la terapia cognitiva conductual (TCC). En estos casos, el formato grupal aporta ventajas como el apoyo mutuo, la reducción del aislamiento, la soledad y la inactividad, tan característicos de los pacientes con dolor crónico. Además, el escaso porcentaje de personas con atención médica especializada, parece indicar una necesidad creciente de investigación, que sumen técnicas sencillas, pero efectivas y que empoderen al paciente en el manejo de su padecimiento.

Es precisamente esta necesidad creciente de investigaciones, la que abre la puerta a autores como Ng & Tsang (2009), quienes, en una revisión sistemática, observaron elementos que podrían sumar ventajas y aportar beneficios a los pacientes con dolor crónico. Uno de ellos es el

Chi Kung (CK), nombrado también como qi gong en otras referencias. Los autores afirman que el chi kung puede verse como una intervención de múltiples componentes, con elementos de manejo del estrés, entrenamiento de habilidades para afrontarlo, intervención cognitivo-conductual y relajación. Su objetivo final es mejorar la capacidad de autocuración para recuperarse y/o defenderse de enfermedades. Guzmán y Constenla (2014) definen el chi kung como el aprendizaje y práctica de ejercicios sencillos y directos que, mediante la sincronía de suaves movimientos corporales, la respiración y la visualización, promueven la relajación profunda.

Ng & Tsang (2009) identificaron evidencias positivas que apoyan los beneficios clínicos del chi kung para la salud, aunque puede que no sea superior a otras modalidades convencionales. Sus mecanismos pueden estar relacionados con una variedad de procesos psicofisiológicos como la mejora de las respuestas inmunitarias, la regulación de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, la promoción del metabolismo de los lípidos sanguíneos, la mejora de la circulación sanguínea y la mejora de la respiración. Concluyen que todavía faltan estudios de alta calidad en este campo.

Sawynok et al. (2013) en una investigación comparativa con línea base (pretratamiento) de entrenamientos y realización continuada de chi kung, concluyen que su práctica en pacientes con fibromialgia, condujo a mejoras significativas y sostenidas en el dolor, el sueño y la función física. Por su parte, Castellano et al. (2018), en una revisión de varios estudios, concluyen que las evidencias disponibles son escasas y se requiere de mayor investigación en el área para demostrar su efectividad como técnica mente-cuerpo, especialmente en el manejo de pacientes con dolor crónico.

Carrillo et al. (2017) realizaron una investigación donde consideraron 53 estudios con una muestra de 5.875 sujetos y 13 metaanálisis, con el objetivo de realizar un análisis de la promoción de la salud a través del tai chi y el chi kung. Concluyen que en la mayoría de los casos, ambas prácticas parecen estar asociadas con mejoras en la salud, pero destacan el bienestar psicológico, incluyendo la reducción del estrés, ansiedad, depresión, así como las mejoras a nivel musculoesquelético. Las conclusiones fueron limitadas debido a la variación en los diseños, los resultados diversos y los controles incorrectos de calidad. Finalizan afirmando que son necesarios más ensayos aleatorios que garanticen la evidencia.

El chi kung recoge algunos puntos interesantes en el ámbito del dolor crónico, que lo hacen un elemento susceptible de investigación, justamente por reunir lo planteado en las terapias de tercera generación: es un sistema terapéutico sencillo, que preferentemente se enseña en grupo, que centra su aprendizaje en la práctica de la conducta frente al aprendizaje por reglas, que destaca el papel de las emociones y su experimentación, y que pone el lenguaje y la racionalización en un segundo plano.

En virtud de lo anterior, el presente estudio proyecta aportar conocimiento sobre la efectividad de intervenciones con Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung en personas diagnosticadas con dolor crónico primario (DCP). El chi kung se presenta como el aprendizaje y

práctica de ejercicios sencillos y directos (tres Manos de Lohan), que involucran la sincronía de suaves movimientos corporales, la respiración profunda y la visualización (intención).

Se evalúa para ello, la efectividad de un programa de intervención grupal multicomponente de Terapia Cognitivo Conductual, basado en Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung (TCCB-RACK); y sus aportes en la mejoría del dolor crónico primario, entendido como el ajuste al dolor percibido y el nivel de calidad de vida, en pacientes previamente diagnosticados.

1.1. Objetivos de Investigación

1.1.1. Objetivo General

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la eficacia preliminar de un programa de intervención (TCCB-RACK) en la percepción de mejora del dolor crónico primario y del nivel de calidad de vida en tres pacientes previamente diagnosticados.

1.1.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas y psicográficas de las participantes: sexo, edad, ocupación y estilo de vida relacionado con el dolor crónico primario.
2. Determinar la intensidad del dolor antes y después de la intervención.
3. Determinar el nivel de ajuste al dolor percibido (NADP) antes y después de la intervención, en cinco dimensiones: (a) intensidad del dolor (b) nivel de actividad (c) frecuencia del dolor (d) utilización de analgésicos, (e) sueño nocturno.
4. Determinar el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) antes y después de la intervención, en ocho dimensiones: (a) Función Física; (b) Rol Físico; (c) Dolor Corporal; (d) Salud General; (e) Vitalidad; (f) Función Social; (g) Rol Emocional; y (h) Salud Mental.
5. Conocer la impresión de mejoría global del paciente después de la intervención.

1.2. Hipótesis

1. Si se aplica el programa de intervención TCCB-RACK a pacientes tratados por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones de la Escala Visual Analógica (EVA) reflejarán menor intensidad del dolor respecto a sus valores en la condición de pretest.
2. Si se aplica el programa de intervención TCCB-RACK a pacientes tratados por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones generales del IL sobre el nivel de ajuste al dolor percibido (NADP) reflejarán menor gravedad respecto a sus valores en la condición de pretest.
3. Si se aplica el programa de intervención TCCB-RACK a pacientes tratados por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones relacionadas con la calidad de vida

relacionada con la salud (CVRS), reflejarán un aumento respecto a sus valores en la condición de pretest.

4. Si se aplica el programa de intervención TCCB-RACK a pacientes tratados por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones relacionadas con la escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I), reflejarán valores de mejoría en cuanto al nivel de alivio obtenido con el tratamiento.

El cumplimiento o no de las anteriores hipótesis, permitirá evaluar la eficacia preliminar del programa, en la percepción de mejora del dolor crónico primario y nivel de calidad de vida, de las participantes en la intervención TCCB-RACK.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de Investigación

Conforme a los criterios clasificatorios de Hurtado (2012), la presente investigación se enmarca dentro de los llamados “diseños cuasiexperimentales de un grupo con pretest y posttest”.

Por un lado, se trata de un diseño cuasiexperimental por la manipulación de la variable independiente, en este caso, la aplicación del programa TCCB-RACK, pero sin un procedimiento riguroso o aleatorizado de selección de la muestra (Hurtado, 2012)

Por otro lado, diseño de un grupo con pretest y posttest, por realizarse una medición previa al tratamiento y una después (O_1 X O_2). Hurtado (2012) aclara que con este tipo de diseño puede saberse si existen cambios entre la condición previa a un tratamiento y la medición posterior.

Es importante resaltar que, aunque la intervención se realiza en grupo, el diseño tiene características de estudio de caso con una muestra de tres participantes ($n=3$). Diseño útil según Hurtado (2012), cuando el planteamiento de la investigación se encuentra en fase inicial de investigación y se pretende llegar a una aproximación de los eventos, características o situaciones relevantes, tal como evaluar la efectividad de un programa de intervención que se aplica por primera vez o que se encuentra en fase de ajuste.

Las limitaciones propias del diseño descrito estriban en no poder establecer relaciones de causa y efecto, debido al no control de posibles variables extrañas y la imposibilidad de generalización de los datos obtenidos al resto de la población dadas las características de los procesos de muestreo (Hurtado, 2012).

2.2. Criterios de Elegibilidad

Los criterios de inclusión, son una variación de los establecidos en el protocolo del estudio ITACA (Casals & Samper, 2004). Este protocolo fue aprobado por el Comité de Ensayos e

Investigación Clínica del Hospital Universitari Vall d'Hebrón de Barcelona y fue aplicado en un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, con datos recogidos en 100 Unidades de Dolor de España. En este orden de ideas, los criterios de elegibilidad son, edad superior a 18 años e inferior a 80, diagnosticos de dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa según Escala Visual Analógica (EVA) > 50 mm.

Atendiendo a algunas de las recomendaciones del programa de tratamiento de Philips (1991), en cuanto a los criterios de exclusión, no formarán parte de la muestra casos de participantes que estén recibiendo un tratamiento médico alternativo eficaz, pacientes con problemas de drogadicción primaria, o que sufran psicosis activa o cualquier otra condición que pueda interferir su participación en grupo.

2.3. Participantes

Las tres personas seleccionadas, son pacientes del “Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP” de Santiago de Compostela.

El grupo de participantes queda compuesto, tal como se muestra en la “Tabla 1”.

Tabla 1

Composición de la muestra

Paciente	Edad	Diagnóstico de Dolor	Nivel de Dolor (EVA)
H. (mujer)	56 años	Fibromialgia y Migraña	Severo
M. (mujer)	49 años	Dolor lumbar	Moderado
R. (mujer)	47 años	Fibromialgia	Severo

A continuación, se realiza una descripción de cada uno de los tres casos de estudio seleccionados. De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos vigente, la LO3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se presenta solo la información básica de las pacientes, para impedir que puedan ser identificadas.

Parte de la información, como los motivos de consulta y tratamientos, ha sido facilitada por el psicólogo tratante. Los “relatos de dolor”, es decir, historia, descripción y tratamientos, se han obtenido mediante llamada telefónica a cada participante

2.3.1. Caso 1

H. es una mujer de 56 años de edad, casada desde hace 17 años. Es madre de un adolescente de catorce que estudia segundo de la educación básica obligatoria (ESO). Migró desde Perú a España hace nueve años y en la actualidad vive en la provincia de Pontevedra. Estudió educación infantil y trabaja media jornada en una guardería de la localidad. Hace dos años trajo a vivir consigo a su padre y a su madre de 82 y 86 años respectivamente. Aunque son independientes, ella se encarga de cocinarles y cuidarlos hasta donde puede.

Lleva padeciendo de migrañas y dolor generalizado desde hace más de 15 años. Hace nueve meses fue diagnosticada de fibromialgia por un médico reumatólogo, quien le practicó un examen mediante palpación de puntos de dolor en diferentes partes de su cuerpo. Ha tomado, con y sin prescripción distintos medicamentos calmantes como paracetamol, tramadol e incluso diazepam; este último con receta, para facilitarle el sueño y ayudarle a desinflamarse.

En la actualidad asiste a consulta psicológica por estrés, sintomatología depresiva y para sentirse mejor en términos generales con “sus dolores”.

H. comenta que los días más estresantes, le generan más dolor en el cuerpo. También comenta que donde vive llueve mucho y hace mucho frío la mayor parte del año, y que eso la empeora, tanto en su estado de ánimo, como sus dolores físicos. Dice no practicar ningún tipo de ejercicio porque queda “hecha polvo”. Describe el estrés como exceso de responsabilidades; tener una carga de trabajo doméstico muy alta. Ella lava, cocina, limpia y su pareja, “aunque colaborador, poco le ayuda”. Lo primero que nota cuando empieza a sentirse adolorida, es que el cuello se le pone rígido, la espalda le comienza a doler y después todas las articulaciones. Le duele al caminar, al estar sentada mucho tiempo. A veces siente “corrientazos” en el lado izquierdo de la cabeza. Cuando está muy mal, dice no poder ni moverse.

La información facilitada por el psicólogo tratante, quien velando por la confidencialidad de la intervención psicológica actual de la paciente (pero anterior a la intervención TCCB-RACK), expone que se han trabajado aspectos que la han ayudado a afrontar mejor el estrés y a ser más asertiva. También han trabajado aspectos de lo que la paciente ha llamado “su perfeccionismo” y el hecho que querer cuidar de todos. En algunas sesiones se han practicado ejercicios de relajación.

2.3.2. Caso 2

M. es una mujer de 49 años de edad, casada desde hace 15 años. Es madre de dos hijos, uno de 27 años y otro de 16. Española, nacida de Galicia. Completó los estudios secundarios obligatorios. En la actualidad trabaja por cuenta propia haciendo repartos.

Padece dolor en varias zonas del cuerpo desde hace más de diez años. Sobre todo, dolor en la parte baja de la espalda (lumbar) no asociado con ninguna lesión. Comenta que su trabajo no la ayuda, que a veces llega “molida a su casa”. Los fines de semana los dedica a la familia y a actividades de ocio.

En los últimos seis años ha tenido diversas atenciones médicas. Dos citas con una fisioterapeuta, quien le imprimió una hoja con ejercicios recomendados. Varias citas con una masajista de la localidad, a la que asiste “cuando está desesperada”. También citas regulares con su médico de cabecera, con el que consigue recetas de Tramadol. El médico de cabecera dice que tiene sobrepeso, que debería perder al menos ocho kilogramos y caminar todos los días. H. comenta que no ha podido hacer los ejercicios, ni caminar, ni bajar de peso. Dice que “en Galicia es muy difícil bajar de peso”.

El dolor a veces le impide estar sentada y llega a ser tan insoportable, que debe acostarse en algún sitio que le deje poner la espalda recta. Cuando está así empieza a sentir debilidad, cansancio y muchas ganas de dormir. Sin embargo, cuando llega la noche y quiere dormir, el dolor de espalda no la deja, en ninguna posición.

En la actualidad asiste a consulta psicológica por estrés y porque pelea mucho con su marido. Aunque se le ha invitado a hacer terapia de pareja, el marido no ha accedido. Los motivos principales de sus desacuerdos, están relacionados con las tareas del hogar. M. siente que su trabajo es muy fuerte y que al llegar a casa es “siempre los mismo”. “Nadie cumple con sus obligaciones, dejan todo sucio, nunca hay comida si yo no la preparo. No saben ni freír un huevo”.

La información facilitada por el psicólogo tratante, quien velando por la confidencialidad de la intervención psicológica actual de la paciente (pero anterior a la intervención TCCB-RACK), expone que han trabajado aspectos relacionados con la mejora del estado de ánimo, el afrontamiento efectivo del estrés y la comunicación asertiva. La paciente también ha recibido psicoeducación de aspectos sobre las relaciones de pareja. En algunas sesiones han practicado ejercicios de relajación.

2.3.3. Caso 3

R. es una mujer de 47 años de edad, casada desde hace 20 años. No tiene hijos. Española, nacida de Galicia. Posee licenciatura en economía y grado en educación primaria. En la actualidad no está trabajando.

Hace dieciséis años fue diagnosticada de fibromialgia por un reumatólogo de la ciudad de Barcelona. H. dice que “en aquella época no se sabía mucho de esta enfermedad y allí, fuera de Galicia había una fundación que sabían más del tema”. En ese momento le recetaron Paroxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y Deprax, ambos usados para tratar la depresión. También le recetaron Tramadol con Paracetamol.

En la actualidad está siendo tratada en Sevilla, en una unidad especializada en el síndrome de sensibilidad central (fibromialgia, fatiga crónica y sensibilidad química). Está medicada con Rivotril (ansiolítico). H. fuma un poco más de 15 cigarrillos al día.

Padece un dolor que describe como “constante, como tener mucho peso, como si fueras un bloque de cemento, con mucha rigidez”. Comenta que “cuando te tocan es como si te tocaran un golpe” (moratón). Afirma que el dolor se pone peor con los cambios climáticos y con el estrés (tanto laboral como familiar). Empieza por el cuello, hombros y omóplatos, a partir de allí se extiende al resto del cuerpo. A veces tiene migrañas tan fuertes, que le afectan la visión y el habla.

La información facilitada por el psicólogo tratante, quien velando por la confidencialidad de la intervención psicológica actual de la paciente (pero anterior a la intervención TCCB-RACK), expone que en la actualidad H. asiste a consulta psicológica principalmente por el dolor. En consulta han trabajado aspectos relacionados con la relajación, la aceptación y la asertividad.

2.4. Análisis Funcional de la Conducta

Ibáñez y Mendoza (2020), entienden el análisis funcional como una herramienta de evaluación que permite la ordenación, esquematización y análisis teórico de la información que, proporcionada por las pacientes, debería llevar a la finalidad última de tomar decisiones de intervención con el objetivo de solucionar los problemas.

Desde un criterio ético y velando por el bienestar de las pacientes, la exhaustiva información necesaria para la realización del análisis funcional de la conducta se ha visto limitada. Aunque se han presentado tres casos diferentes, existen denominadores comunes que permiten entender los factores de mantenimiento de pensamientos, emociones y conductas asociadas con el dolor crónico primario, de forma conjunta. Siguiendo algunos de los aportes de Sánchez et al. (1991), se han unificado en la "Tabla 2" de forma general. Dicha información permite tomar en cuenta aspectos importantes para la intervención. Lo anterior entendiendo que el mejoramiento en la percepción del dolor y su impacto en la calidad de vida son el aspecto a mejorar.

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta en pacientes con dolor crónico primario

Estímulos	Respuesta	Consecuencia
<p>Externos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lugares, situaciones, momentos del día: conciliación de la vida laboral y familiar, corresponsabilidad familiar en el reparto de las tareas domésticas, sobrecarga laboral, esfuerzo físico durante la jornada laboral. Caminar o estar mucho tiempo sentada. 2. Clima: humedad, lluvia, frío. <p>Externos Sociales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rol del cuidador. 2. Discordia de pareja. <p>Internos Fisiológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor en el cuello (sensación de rigidez). 2. Dolor en las articulaciones (inflamación) que suele ir en aumento. 3. Dolor en la cabeza (como corrientazos). 4. Dolor en la espalda baja que llega a interrumpir el sueño. 5. Sensación de rigidez 6. inflamación. <p>Internos Cognitivos:</p> <p>Ideas irracionales que justifican la persistencia y características del dolor o ansiedad previa anticipatoria ("hoy está lloviendo, seguro me voy a poner mala"; "mis padres están malos hoy, seguro que me ponen mal a mí también").</p>	<p>Fisiológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensidad, duración, frecuencia, localización, irradiación del dolor. 2. Problemas de sueño. 3. Pérdida de apetito o ganancia de peso. 4. Fatiga, falta de vitalidad. 5. Sensación de entumecimiento. 6. Tensión muscular <p>Emocionales</p> <p>Irritabilidad, tristeza, ansiedad, soledad, culpa.</p> <p>Cognitivas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos negativos sobre el dolor: "este dolor no se me pasará", "hoy no podré ni trabajar", "soy una incapaz", "ya está aquí, cada vez más intenso". 2. Creencias en torno a su origen, malignidad, imposibilidad de solución. <p>Motoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muecas, posturas de protección (encogerse). 2. Moverse poco o no hacer ejercicio o esfuerzos (inhibición conductual). 2. Dejar de salir si llueve. 3. Pedir ayuda (un masaje, un estiramiento, etc.). 4. Llorar, quejarse. 	<p>Externas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Refuerzo positivo (R+) Atención de amigos, familiares, compañeras de trabajo ("me protegen más", "me comprenden más"). Búsqueda de gratificación por medio del dolor (abrazos, mimos) 2. Extinción: escasa atención a las conductas adaptativas de dolor por parte del medio 3. Castigo: pueden estar siendo castigadas las conductas adaptativas de dolor 4. Refuerzo negativo (R-): la familia, amistades o compañeros y compañeras de trabajo le excusan de responsabilidades y tareas en principio desagradables. <p>Internas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Castigo (autocastigo): pueden estar siendo castigadas las conductas adaptativas de dolor con pensamientos de culpabilidad e indefensión 2. Refuerzo negativo (R-): Ante la expectativa de aumento de dolor, se huye de situaciones "aversivas" ("días lluviosos y salir"; "hacer ejercicio"; "caminar").

2.5. Variables

Variable Independiente (VI): Programa de intervención TCCB-RACK.

Variabes Dependientes (VD): la eficacia del programa de intervención, entendido como las puntuaciones de las participantes en la intensidad del dolor que describen las pacientes, el ajuste al dolor percibido y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud. Finalmente, las puntuaciones obtenidas en las escalas de impresión de mejoría global de las pacientes.

2.6. Instrumentos de recolección de Datos

Para obtener la información que pueda dar respuesta a las hipótesis planteadas se emplean diversos instrumentos. En principio un cuestionario con formato ad-hoc para la recogida de datos demográficos y psicológicos de las tres participantes: (a) edad; (b) ocupación; y (c) estilo de vida relacionado con el dolor crónico primario. Éste último entendido como: (a) realiza ejercicio o no (30 a 45 minutos de ejercicio aeróbico de baja intensidad, como caminar a paso ligero, cinco o seis veces a la semana); (b) recibe algún tipo de fisioterapia para el alivio del dolor o no; y (c) consume tabaco o no.

En las situaciones de pretest y postest, se registran las medidas de autoinforme específicas a través de la Escala Visual Analógica (EVA). Instrumento de medida clásico en el ámbito del dolor crónico, que permite medir la intensidad del dolor que describe la paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones de un síntoma. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de tres; dolor moderado entre cuatro y siete; y dolor severo si la valoración es igual o superior a ocho. Carlsson (1983), menciona el trabajo "Medición del Dolor" de Huskisson, E.C (1974), para hacer referencia al alto grado de sensibilidad de la escala, es decir su superioridad de discriminación frente a otras de tipo numérico. Puebla (2015) hace mención de esta escala, dentro de las normas de uso de la escala analgésica de la OMS, en la cuantificación de la intensidad del dolor como factor esencial en el manejo y seguimiento del mismo. En los estudios realizados por Monsalve et al. (2006), aparecen correlaciones significativas y la estiman validada para evaluar la intensidad del dolor.

También en las situaciones pretest y postest se registran las medidas de autoinforme específicas a través del cuestionario o IL (Monsalve et al., 2006). Caracterizado por su brevedad, recoge cinco dimensiones de la paciente con dolor crónico, que se utilizan posteriormente en los análisis de la intensidad del dolor, el nivel de actividad, la frecuencia del dolor, la utilización de analgésicos y calidad del sueño nocturno, así como la puntuación total, configurada por la suma de las puntuaciones en cada una de las dimensiones anteriores. Contiene un sexto ítem que evalúa las horas de sueño de la paciente, el cual no computará en el total y se contemplará como un elemento separado (si la paciente consume ansiolíticos se puede agregar la puntuación a calidad del sueño). Este índice ha sido utilizado como medida de la intensidad del dolor y como

variable, al evaluar el ajuste al dolor percibido y la eficacia de los tratamientos (Monsalve et al., 2006). Los autores afirman que, a pesar de mostrar un bajo índice de fiabilidad, los resultados de su investigación confirman su utilidad para la valoración del paciente con dolor crónico, fundamentalmente por su capacidad predictiva en distintas variables de calidad de vida.

Otro instrumento que se aplica antes y después de la intervención, es el cuestionario de Salud SF-12 (Alonso et al., 2005). Se describe su uso para conocer medidas sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones utilizadas en los análisis: (a) función física; (b) rol físico; (c) dolor corporal; (d) salud general; (e) vitalidad; (f) función social; (g) rol emocional; y (h) salud mental. Schmidt et al. (2012) describen el instrumento como escalas de tipo Likert (con opciones que varían entre tres a seis puntos, dependiendo del ítem) y opciones dicotómicas de respuesta, que evalúan la intensidad y frecuencia del estado de salud. Explican que el puntaje va de cero a cien, donde el mayor valor implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Monteagudo, et al. (2011), exponen resultados que indican que el cuestionario puede ser utilizado en poblaciones españolas a la hora de establecer objetivos de salud. Vera-Villaruel et al, (2014) comentan que las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala.

Finalmente, posterior a la aplicación del programa de intervención, se aplica la escala de impresión de mejoría global de la paciente (PGI-I). El proyecto de investigación, formación, acción e instrumentos de medidas para el dolor crónico (IMMA.DOC, 2014), la describe como una sola pregunta, donde se solicita que sea clasificado el alivio obtenido con el tratamiento. Consiste en una escala tipo Likert de siete puntos que va desde muchísimo mejor, a muchísimo peor. Esta escala está incluida en el “documento de consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP), realizado en alianza por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) (Sánchez, Tejedor y Carrascal, 2015). Por el documento de consenso se consideran tratamientos “con éxito” si las respuestas oscilan entre “Mucho mejor” o “Muchísimo mejor”. Todas las otras opciones de respuesta se definen como fallo de tratamiento.

2.7. Procedimiento

Las tres pacientes seleccionadas de forma no probabilística, son pacientes del “Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP” de Santiago de Compostela.

Se cuidan los criterios de inclusión y exclusión de las participantes, al informar de los mismos por escrito, a los psicólogos del gabinete, quienes serán los encargados de realizar las invitaciones a participar en el programa de intervención.

Previo consentimiento firmado y antes de iniciar la participación en el programa, cada participante completará los instrumentos de investigación propuestos para la etapa de pretest: (a) escala visual analógica EVA; (b) cuestionario o IL; (c) cuestionario de Salud SF-12.

En el consentimiento informado se suministra información sobre el programa de intervención, sus objetivos, alcances, limitaciones y tiempo de duración. En dicho documento se comenta que las sesiones de intervención se realizarán en el despacho del Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP, en la ciudad de Santiago de Compostela, en Galicia; y que las sesiones de entrenamiento en Chi Kung se realizarán durante un fin de semana (cuatro horas un sábado y cuatro un domingo) en el Museo de la Madera (MOME) en A Estrada, Provincia de Pontevedra.

Una vez aceptada la invitación, cada participante asiste, en las fechas señaladas al gabinete psicología; y para el entrenamiento de chi kung, a un centro especialmente dotado para las actividades en grupo, que serán realizadas cuidando que la habilitación y preparación del espacio físico sea acorde a los objetivos metodológicos propuestos. Entre otros señalamientos se recomienda a las participantes llevar a las sesiones, agua para su consumo personal, vestimenta holgada, fresca y cómoda, y calzado deportivo.

Dos semanas después de finalizar el programa de intervención, cada participante completará los instrumentos de investigación propuestos para la etapa de postest (mismos instrumentos aplicados durante el pretest). Así como la escala de impresión de mejoría global de la paciente (PGI-I).

Para la realización de la investigación se ha establecido un acuerdo de confidencialidad entre el investigador y el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio, mediado por la Universidad Europea de Valencia. El objetivo de dicho acuerdo garantiza que toda información proporcionada por las participantes (oral, visual, escrita o grabada) no se utilizará para ser divulgada a terceros y que los datos serán incorporados y tratados en el fichero "Historial del Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP", con la finalidad de proteger toda información concerniente a diagnósticos psicológicos y datos personales de las pacientes,

Ambos documentos, tanto el acuerdo de confidencialidad, como el consentimiento informado, se pueden consultar en los anexos de esta investigación.

2.8. Descripción del Tratamiento. Programa TCCB-RACH

La intervención se realiza con un equipo conformado por un psicólogo general sanitario y dos maestrantes de psicología general sanitaria practicantes del gabinete psicológico, debidamente formados para llevar a cabo el programa TCCB-RACK. El régimen de aplicación del programa es ambulatorio e incluye la práctica en casa de los ejercicios aprendidos.

La duración total del protocolo de tratamiento TCCB-RA es de siete sesiones (distribuidas en 17 horas). Una hora y media la primera y séptima sesión, dos horas la segunda, tercera y cuarta, y cuatro horas la quinta y sexta. Cada una con frecuencia semanal a excepción de la quinta y sexta, que se completará de forma intensiva durante dos días consecutivos.

El programa de intervención TCCB-RACK aplicado en el abordaje del dolor crónico, en línea con los soportes teóricos y los hallazgos de estudios previos, están enmarcados en la psicología cognitivo conductual y sus programas de intervención denominados de tercera generación, en el ámbito de la salud. El mismo involucra:

1. Contenidos psicoeducativos sobre el dolor crónico basados en los principios expuestos en Belloch y Sandín (1995); Biurrun (1997); Casals y Samper (2004).
2. Contenidos teórico prácticos de manejo emocional y percepción del dolor de Vallejo y Comeche (2016).
3. Elementos de la Psicoterapia Cognitiva basada en Atención Plena fundamentados en los aportes de Bennett-Goleman (2001); Scherer-Dickson (2004); Csikszentmihalyi (2008); Kabat-Zinn (2016).
4. Procesos de focalización atencional positiva y descentramiento en las quejas sobre el mantenimiento del dolor de Vallejo y Comeche (2016).
5. Principios de regulación de la atención y aceptación no valorativa de Segal (Williams y Teasdale, 2002; como se cita en Korman y Garay, 2012).
6. Métodos de Relajación Física y Mental fundamentados en los aportes de: Respiración y Relajación (Calle, 1996).
7. Relajación física-activa o muscular progresiva del fisioterapeuta Jacobson (Payne, 2002).
8. Relajación pasiva de los psicólogos Bernstein-Borkovec y Everly-Rosenfeld (Payne, 2002).
9. Relajación autógena del psiquiatra-neurólogo Shultz (Payne, 2002).
10. Entrenamiento en chi kung (CK), en línea con los soportes teóricos y los hallazgos de estudios previos. Involucra enseñanzas del arte del chi kung para la salud y la vitalidad (prácticas de levantar el cielo, rotar cabeza y nutrir riñones), fundamentadas en los aportes de Kit (2005). Actitud positiva, sonrisa interior en meditación (Chia, 2009) y manejo y afrontamiento del dolor crónico mediante chi kung (Jwing-Ming, 2003).

A continuación, se detallan las sesiones del programa TCCB-RACK:

Tabla 3**Sesiones del Programa TCCB-RACK**

Sesión I (90 minutos)	Objetivos	Contenido
Presentación del programa. Contenidos psicoeducativos sobre el dolor crónico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir el programa. 2. Fijar el encuadre y las expectativas. 3. Introducir el tema del dolor crónico 4. Motivar al seguimiento del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación inicial a través de la <i>escala visual analógica EVA</i>, <i>Cuestionario o índice Lattinen</i> y <i>Cuestionario sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-12</i>. • Presentación de los miembros del equipo. Presentación de las participantes del grupo (problema de salud que padecen, tiempo en tratamiento, etc.). Exposición de la situación personal de cada participante, resaltando la importancia de centrarse en los hechos que los han llevado a su situación actual. Expectativas y metas de las pacientes respecto al tratamiento. • Presentar el encuadre, indicando el número y duración de sesiones. Explicación sobre qué trata la intervención psicoeducativa. • Importancia de la asistencia, puntualidad, compromiso de confidencialidad, así como de realizar el trabajo en casa. • Presentación de la temática del resto de las sesiones. • Contenidos psicoeducativos sobre el dolor crónico. Contextualización, síntomas. El ¿por qué del tratamiento psicológico?
Sesión II (2 horas)	Objetivos	Contenido
Emociones. Respiración Contenidos teórico prácticos de manejo emocional y percepción del dolor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar cómo afectan algunas emociones a la percepción del dolor 2. Ayudar a entender la expresión de emociones que podrían dificultar el trabajo con el enfoque del programa. 3. Facilitar una alianza empática con las emociones negativas, que permita aceptar las pautas de trabajo. 4. Practicar técnicas de respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación de lo tratado en la sesión anterior e invitación a compartir con los demás qué pensaron y especialmente, qué sintieron (confusión, tristeza, ira y enfado, miedo, culpa, desesperanza, preocupación, alegría). • Se trata de facilitar la experiencia emocional, insistiendo en la simbolización de la misma. • Iniciación a la relajación con ejercicios de respiración profunda (diafragmática) • Entrega del cd <i>Relajación Integral</i> (Guzmán y Constenla, 2014) e instrucciones de uso. • Explicación del tratamiento y de las tareas para casa (realización de los ejercicios de respiración dos veces al día) y la importancia de su cumplimentación de cara al tratamiento.
Sesión III (2 horas)	Objetivos	Contenido
Respiración y Relajación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender técnicas de respiración, sincronizadas con visualización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de la meditación de pie centrada en la respiración profunda, con inclusión de la siguiente visualización: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al inspirar visualizar paz, tranquilidad, relajación, bienestar, entrando al cuerpo.

	2. Aprender técnicas de relajación y enfatizar su importancia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al exhalar visualizar liberación del dolor y de las emociones negativas asociadas. • Tareas para casa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar con la aplicación de las técnicas de focalización externa en la vida cotidiana. ▪ Continuar con ejercicios de respiración y avanzar a los de relajación (práctica de entrenamiento en relajación con el cd Relajación Integral).
Sesión IV (2 horas)	Objetivos	Contenido
Atención Plena Focalización de la Atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar la implicación en el momento presente. 2. Promover el trabajo de los principios de la aceptación no valorativa de la experiencia. 3. Informar sobre los efectos de la atención en los niveles del dolor. 4. Vincular la atención a estímulos externos como medio de afrontamiento y disminución de la intensidad con la que se percibe el dolor. 5. Favorecer la sensación de control sobre el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del “no concepto”. Prestar atención y conciencia a la experiencia, y no a los procesos de pensamiento. • Presentación de la “no valoración”. Sin expectativas sobre los resultados. Vivencia del momento presente. • Práctica de la meditación de pie centrada en la respiración profunda. • Información sobre los efectos de la atención en los niveles del dolor. Explicación sobre cómo el descentramiento respecto al proceso de dolor y la capacidad de focalización de la atención en estímulos externos, ayuda a disminuir la experiencia de dolor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas de focalización externa. ▪ Posibilidad de ejercicios de imaginación guiada. • Tareas para casa: aplicar las técnicas de focalización externa en la vida cotidiana. • Continuar con ejercicios de respiración.
Sesión V (4 horas)	Objetivos	Contenido
Relajación y Chi Kung I.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar la respiración profunda y relajación psico-física en posición de pie. 2. Practicar la meditación de pie. 3. Practicar la actitud sonriente (sonrisa del corazón). 4. Practicar las técnicas de Lohan (movimientos dinámicos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento y práctica guiada de ejercicios combinados de respiración consciente, tensión-distensión de grupos musculares, percepción sensorial auto sugestiva y visualización guiada. • Práctica guiada: meditación de pie, actitud sonriente, fluir, masaje facial y de cabeza. • Práctica de la técnica de chi kung “levantar el cielo”. Se trata de un ejercicio físico de estiramiento que involucra levantar los brazos por encima de la cabeza. En la “Figura 1” se pueden observar fotografías que sirven de ejemplo.

	5. Práctica el masaje facial y de cabeza.	
Sesión VI (4 horas)	Objetivos	Contenido
Relajación y Chi Kung II.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar la respiración profunda y relajación psico-física en posición de pie. 2. Practicar la meditación de pie. 3. Practicar la actitud sonriente (sonrisa del corazón). 4. Practicar las técnicas de Lohan (movimientos dinámicos) 5. Práctica el masaje facial y de cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica autónoma de ejercicios combinados de respiración consciente, tensión-distensión de grupos musculares, percepción sensorial-auto-sugestiva y visualización guiada. • Práctica autónoma con reforzamiento: meditación de pie, actitud sonriente, fluir, masaje facial y de cabeza. • Práctica de las técnicas de chi kung “girar cabeza” y “nutrir riñones”. Se trata de ejercicios físicos de estiramiento que involucra mover la cabeza y flexionar la espalda. • En la “Figura 1” se pueden observar fotografías que sirven de ejemplo.
Sesión VII (90 min.)	Objetivos	Contenido
Cierre del Programa. Revisión e Integración. Plan de seguimiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivar al paciente para que los logros obtenidos, basados en los nuevos conocimientos, hábitos y actitudes se mantengan a lo largo del tiempo. 2. Enfatizar que el grupo es sólo el primer paso en el proceso, que los cambios son progresivos y requerirán su trabajo futuro. 3. Prevenir recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las nuevas estrategias aprendidas a lo largo de las sesiones, elección de aquellas que le resultan más útiles, aportaciones propias, etc. • Trabajo sobre la prevención de recaídas: distinción entre caída y recaída, la adaptación de los otros (familia, cónyuge). • Recorrido completo en respiración profunda, relajación y meditación de pie. • Acuerdos de evaluaciones postratamiento, seguimiento a los dos y seis meses. • Invitación a participar a los seis meses en un entrenamiento en chi kung (explicaciones metodológicas). • Práctica guiada de relajación. • Despedida

Figura 1

Ejercicios de Lohan. Levantar el Cielo, Rotar Cabeza y Nutrir Riñones (Kit, 2005)



2.9. Análisis de Datos

La exposición comparativa se guía por dos ejes principales. En principio, mostrando los resultados de los instrumentos de recolección de datos: (a) aspectos obtenidos en el cuestionario con formato ad-hoc para la recogida de información demográfica y psicológica; (b) las valoraciones de la intensidad del dolor que describen las pacientes a través de la Escala Visual Analógica (EVA); (c) las medidas de la intensidad del dolor y la evaluación del ajuste al dolor percibido y posible eficacia del tratamiento a través del cuestionario o índice Lattinen; (d) las medidas sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) a través del cuestionario de Salud SF-12; y finalmente (e) la percepción de alivio obtenido con el tratamiento a través de la impresión de mejoría global de las pacientes (PGI-I). En segundo lugar, se atiende a los contenidos abordados en el programa: (a) estructura psicoeducativa sobre el dolor crónico, el manejo emocional y la percepción del dolor; (b) la respiración y la relajación; (c) la atención plena y la focalización de la atención; y (d) el entrenamiento en chi kung. Esto permite la constante comparación de la literatura, con los datos obtenidos, su posterior análisis y posibles explicaciones.

3. RESULTADOS

Tras haber aplicado el programa de intervención grupal multicomponente de Terapia Cognitivo Conductual, basado en Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung (TCCB-RACK) a las tres participantes, se pueden realizar comparaciones derivadas de los instrumentos de recolección de datos suministrados antes y después del tratamiento. A continuación, se exponen algunas diferencias y semejanzas encontradas, sin expectativas de conocer niveles de significación, dado lo reducido del tamaño muestral.

3.1. La Intensidad del Dolor que Describen las Pacientes

Durante las situaciones de pretest y postest, se registraron las medidas de autoinforme específicas a través de la Escala Visual Analógica (EVA). Este instrumento permite medir la intensidad del dolor que describen las pacientes. En la condición pretest fue considerado un criterio de inclusión, en el cual las participantes diagnosticadas de dolor crónico primario, debían registrar valores de intensidad moderada-severa (> 50 mm).

En este orden de ideas, los valores iniciales registrados por las participantes fueron 6, 8 y 10, es decir, un valor que indica intensidad del dolor moderado y dos en el rango severo.

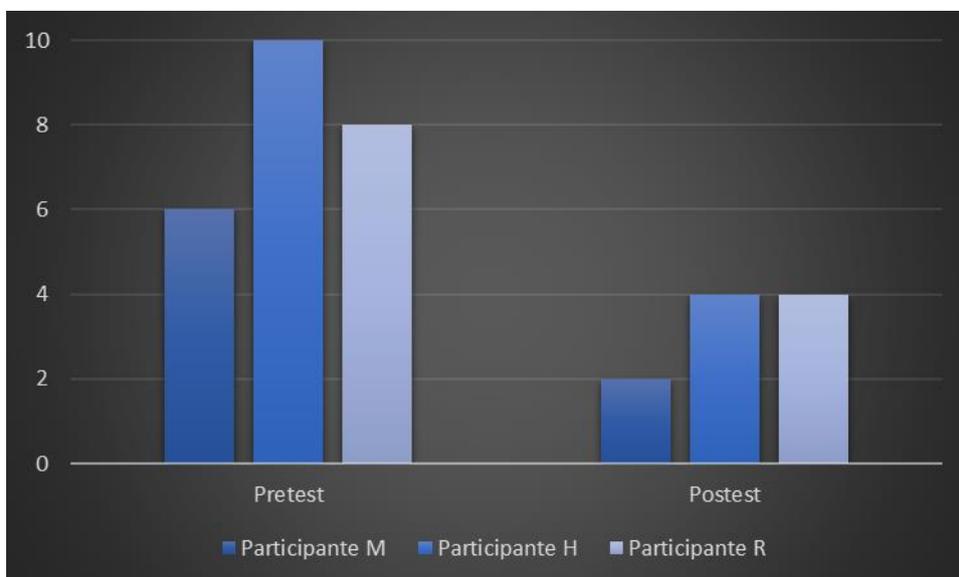
Posterior a la participación en el programa TCCB-RACK, los valores registrados por las participantes en la condición postest, fueron 2, 2 y 4, es decir, un valor indicador de intensidad del dolor moderado, pero inferior al criterio de inclusión (> 50 mm) y dos en el rango leve.

Tal como se muestra en la "Figura 2", las participantes muestran una disminución de la intensidad del dolor percibido de seis puntos en uno de los casos y cuatro puntos en dos de ellos.

Si se comparan los resultados totales, en promedio las participantes pasaron de una intensidad del dolor percibido de ocho puntos en la escala EVA sobre un máximo de diez, a un tercio inicial de dicha escala, es decir 3,33 puntos.

Figura 2

Intensidad del Dolor Antes y Después del Programa TCCB-RACK



3.2. Ajuste al Dolor Percibido

También en las situaciones pretest y posttest se registran las medidas de autoinforme específicas a través del cuestionario o IL. Este instrumento ha sido utilizado como medida de la intensidad del dolor y como variable, al evaluar el ajuste al dolor percibido y la eficacia de los tratamientos (Monsalve et al., 2006). Lo anterior a través de las dimensiones de la intensidad del dolor, el nivel de actividad, la frecuencia del dolor, la utilización de analgésicos y calidad del sueño nocturno, así como la puntuación total.

En la “Tabla 4”, se puede observar las puntuaciones absolutas de cada participante, las puntuaciones promediadas del grupo en cada dimensión y la puntuación total del test antes y después de la intervención.

Atendiendo a la individualidad de estos datos, la paciente M durante el registro del pretest, obtuvo una puntuación total del test de 8 puntos. Dicha puntuación podría ser explicada por la dimensión intensidad del dolor, cuyo registro fue “molesto”, mientras que en las otras dos participantes fue “insoportable”. En el posttest, se observa una disminución de 6 puntos, que indica, que la presencia de sintomatología de dolor moderado, disminuyó a valores ínfimos.

En el caso de la paciente H, obtuvo una puntuación de 15 en el pretest (cuando el valor más alto que se puede obtener es 20), observándose una disminución hacia los 7 puntos en el posttest, lo que indica mejoría notable de la sintomatología de dolor.

3.2.1. Intensidad del Dolor

Antes de la participación en el programa TCCB-RACH las participantes mostraron una intensidad del dolor promedio entre intenso e insoportable. M (molesto), H y R (insoportable). En la condición de posttest H disminuyó su registro a ligero y H y R a molesto y ligero respectivamente. Las pacientes como grupo describieron una disminución de la intensidad del dolor con valores promedio entre ligero y molesto (3,3 puntos versus 1,3). Es decir, dos puntos por debajo, en una escala de cuatro puntos.

3.2.2. Frecuencia del Dolor

Antes de la participación en el programa TCCB-RACH las tres participantes refirieron una frecuencia del dolor en el punto máximo de la escala, que describe el dolor como continuo. En la condición de posttest, las pacientes mostraron una disminución de la frecuencia del dolor con un valor promedio de frecuente (2 puntos). Es decir, dos puntos por debajo, en una escala de cuatro puntos. M pasó al valor raramente, H a frecuente y R a muy frecuente.

3.2.3. Incapacidad

Antes de la participación en el programa TCCB-RACH las participantes ubicaron el nivel de incapacidad producto del dolor percibido, de forma diferente en cada caso. "M" en ausencia de incapacidad, "H" en un nivel moderado y "R" en el nivel de necesitar ayuda. Dos semanas después de participar en el programa, la paciente "M", como era de esperar, se mantuvo en ausencia de incapacidad, mientras que "H" y "R" mostraron una disminución del nivel de incapacidad, con valores indicadores de incapacidad ligera y moderada respectivamente.

3.2.4. Calidad del Sueño y Cantidad de Horas de Sueño

Durante la etapa de pretest las participantes, en términos generales, reportaron menor calidad del sueño, mostrando una puntuación promedio entre "se despierta frecuentemente" y "menos de 4 horas" (2,3 puntos en promedio), contra un punto en promedio durante el posttest (algo peor de lo habitual). Estos valores pueden ser interpretados como una mejora en la calidad del sueño de 1,3 puntos sobre una escala de 4

Por otro lado, relacionado con las horas de sueño nocturno, las participantes describieron opciones de respuesta diferentes en cada caso. "M" pasó de dormir entre cinco y seis horas a dormir más de siete. "H" se mantuvo en un rango de sueño de entre seis y siete horas. Y "R" disminuyó sus horas de sueño, pasando de entre cinco y seis horas a menos de cinco. Durante el posttest "R" explicó que esto podría estar motivado, porque después del entrenamiento había dejado los hipnóticos.

3.2.5. Consumo de Analgésicos

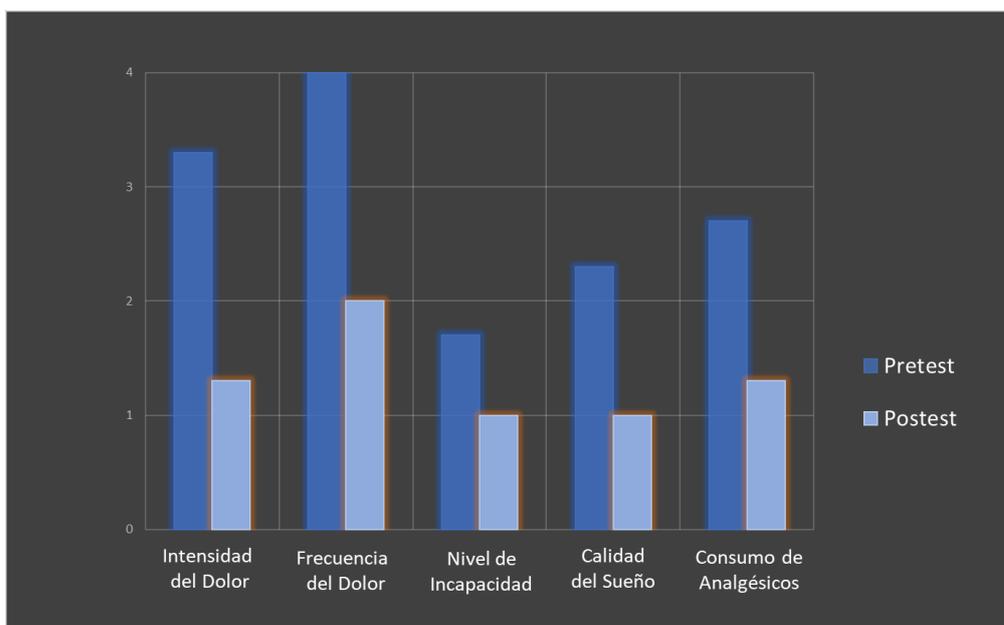
Antes de la participación en el programa TCCB-RACH las tres participantes describieron opciones de respuesta diferentes en cada caso en cuanto al consumo de analgésicos. "M" pasó

de tomarlos ocasionalmente o no tomarlos. "H" pasó de tomar regularmente muchos a tomar pocos. Y "R" disminuyó su consumo de muchísimos a regular y pocos. La disminución del consumo de analgésicos pasó de 2,7 puntos durante el pretest, a 1,3 durante el postest. Es una disminución en el consumo de analgésicos de 1,4 puntos en una escala de 4.

La disminución de la sintomatología de dolor en las cinco dimensiones presentadas, excluyendo la cantidad de horas del sueño, por no formar parte de la puntuación total del índice (Monsalve et al., 2006), puede observarse a continuación:

Figura 3

Resultados de la aplicación del Índice Lattinen Antes y Después del Programa TCCB-RACK



3.3. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Durante las condiciones de pretest y postest se registran las medidas de autoinforme

específicas a través del Cuestionario de Salud SF-12, con el objetivo de conocer medidas sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

3.3.1. Dimensión Salud Física

A continuación, se presenta la "Tabla 5", en la que se puede observar las respuestas de cada participante, antes y después de la aplicación del programa TCCB-RACH, en las cuatro subdimensiones, del conglomerado de Salud Física.

En el análisis de los resultados, referidos a la "Tabla 5", sobre salud física en general, puede observarse que las pacientes mantuvieron su percepción antes y después de la aplicación de programa TCCB-RACH. Mientras que la paciente M la percibe como muy buena, H y R la perciben como regular.

En relación a la limitación en la realización de los esfuerzos físicos moderados e intensos; las pacientes M y H percibieron un poco de límite tanto en el pretest, como en el postest. La paciente R pasó de percibir mucha limitación en el pretest, a un poco en el postest.

Sobre la subdimensión rol físico, la paciente M no percibe que su salud física sea responsable de ninguna reducción en sus actividades cotidianas y de trabajo, pero si percibe que le han limitado en cuanto que ha tenido que dejar de hacer algunas tareas. Durante la entrevista M explicó: “no he reducido lo que hago durante el día, pero hay cosas que ya no hago”. Las pacientes H y R si perciben que su salud física es responsable de algún tipo de reducción en sus actividades cotidianas y de trabajo, y si perciben que le han limitado en cuanto que han tenido que dejar de hacer algunas tareas. Los datos anteriores se mantienen tanto en el pretest como en el postest.

Tabla 5

Subdimensiones del conglomerado Salud Física del SF-12

	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Salud General	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
En general, ¿usted diría que su salud es?						
Salud Percibida	2	2	4	4	4	4
Excelente (1); Muy Buena (2); Buena (3); Regular (4); Mala (5)						
	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Función Física	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?						
Esfuerzos Moderados	2	2	2	2	1	2
Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?						
Esfuerzos Intensos	2	2	2	2	1	2
Sí, me limita mucho (1); Sí, me limita un poco (2); No, no me limita nada (3)						
	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Rol Físico	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?						
Limitaciones físicas de salud: reducción actividades cotidianas/trabajo	no	no	si	si	si	si
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?						
Limitaciones físicas de salud: impedimento actividades cotidianas/trabajo	si	si	si	si	si	si
	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Dolor Corporal	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?						
Dolor como causa de dificultad para tareas/trabajo	2	1	4	2	5	2
Nada (1); Un Poco (2); Regular (3); Bastante (4); Mucho (5)						

Por último, en relación al nivel de dolor corporal y la pregunta ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas) en las últimas 4 semanas? En la condición de postest, las pacientes mostraron una disminución en los valores escalares: M pasó de un poco a nada; H pasó de bastante a un poco y R pasó de mucho a un poco.

3.3.2. Dimensión Salud Mental

En el análisis de los resultados, que se pueden ver en la “Tabla 6”, sobre salud mental en general, puede observarse sobre el nivel de ansiedad autopercebido durante las últimas cuatro semanas, que las tres pacientes se sintieron, en términos generales, más calmadas y tranquilas durante el postest. M pasó de sentirse de esta manera muchas veces a sentirse así siempre. H pasó de sentirse así algunas veces a muchas veces. Y R pasó de no sentirse calmada y tranquila nunca a sentirse así algunas veces. En relación al nivel de tristeza autopercebido durante las últimas cuatro semanas, se puede observar que las tres pacientes se sintieron, en términos generales, menos desanimadas y tristes durante el postest. M pasó de sentirse de esta manera sólo alguna vez a nunca. H pasó de sentirse de esta manera muchas veces a sentirse así sólo alguna vez. Y R pasó de sentirse desanimada y triste casi siempre a sentirse así algunas veces.

Sobre la subdimensión rol emocional, las pacientes M y H no perciben que hayan realizado menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional, como estar triste, deprimida, o nerviosa, ni durante el pretest, ni durante el postest. Sin embargo, R percibió esta limitación en el pretest y no durante el postest. Por otro lado, relacionado con no hacer su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimida, o nerviosa en las últimas 4 semanas, la paciente M no se sintió de esta manera ni durante el pretest, ni durante el postest. Sin embargo, H y R si percibieron esta limitación durante el pretest y no durante el postest.

En cuanto al nivel de energía autopercebida durante las últimas cuatro semanas, se observa que las tres pacientes se sintieron, en términos generales, más frecuentemente con mucha energía durante el postest. M pasó de sentirse de muchas veces con mucha energía a sentirse así siempre. H pasó de sentirse de esta manera algunas veces a sentirse así muchas veces. Y R pasó de sentirse de no sentirse nunca con mucha energía a sentirse así algunas veces.

Finalmente, en relación a la función social y la pregunta ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, como visitar a los amigos o familiares, en las últimas 4 semanas? M y H tanto en el pre como en postest, percibieron nunca haber tenido dicha dificultad. La paciente R pasó de reportar esta dificultad casi siempre durante el pretest, a sentirla sólo alguna vez durante el postest

Tabla 6

Subdimensiones del conglomerado Salud Mental del SF-12

	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Salud Mental	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?						
Nivel de ansiedad autopercebida	3	1	4	2	5	3
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
Nivel de tristeza autopercebida	5	6	3	5	2	4
Siempre (1); Casi siempre (2); Muchas veces (3); Algunas veces (4); Sólo alguna vez (5); Nunca (6)						
	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Rol Emocional	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?						
Limitaciones emocionales de salud: reducción actividades cotidianas/trabajo	no	no	no	no	si	no
Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?						
Limitaciones emocionales de salud: impedimento actividades cotidianas/trabajo	no	no	si	no	si	no
	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Vitalidad	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
Nivel de energía autopercebida	3	1	4	3	6	3
Siempre (1); Casi siempre (2); Muchas veces (3); Algunas veces (4); Sólo alguna vez (5); Nunca (6)						
	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
Función Social	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						
Dificultad para actividades sociales	6	6	6	6	2	5
Siempre (1); Casi siempre (2); Muchas veces (3); Algunas veces (4); Sólo alguna vez (5); Nunca (6)						

3.3.3. Resultados Globales SF-12

Una vez vistos los datos por participante, se examina cada dimensión por separado de forma global. El análisis del cuestionario de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” arroja dos grandes dimensiones. Por un lado, la dimensión de salud física, descriptiva del funcionamiento físico (limitación para hacer esfuerzos moderados e intensos), el rol físico (reducción y/o impedimento de actividades cotidianas y/o de trabajo), el dolor corporal (como causa de dificultad para la realización de tareas y/o trabajo) y salud general (percepción del estado general de la propia salud), Por el otro lado, la dimensión de salud mental, descriptiva del nivel de vitalidad (nivel de energía autopercebida), el funcionamiento social (interferencia de los problemas de salud en la vida social), rol emocional (interferencia de los problemas emocionales en el trabajo

y actividades diarias) y salud mental general (nivel de ansiedad y/o tristeza autopercebida) (Schmidt et al, 2012).

Tabla 7

Puntuaciones de los Componentes de la Dimensión Salud Física (Rango 0-100)

	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Dimensión Salud Física	63,00	63,00	30,50	40,50	9,00	40,50
Salud General	76,00	76,00	36,00	36,00	36,00	36,00
Función Física	50,00	50,00	50,00	50,00	0,00	50,00
Rol Físico	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dolor Corporal	76,00	76,00	36,00	76,00	0,00	76,00

M es la única paciente con dolor de nivel moderado según su reporte en la escala EVA durante el pretest. Se puede observar en la "Tabla 7" como es la única que mantiene en todas las subdimensiones de la categoría Salud Física sus valores antes y después del programa TCCB-RACH.

En la paciente H se puede observar que la única subdimensión indicadora de mejoría en la condición de posttest, es la de dolor corporal que pasa del 36 a 76, es decir, de un valor por debajo de la media poblacional, a uno que está muy por encima.

La paciente R mantiene en dos subdimensiones de la categoría salud física sus valores antes y después del programa TCCB-RACH, estas son la percepción de su salud física en general y la reducción e impedimento en el desarrollo de sus actividades cotidianas y de trabajo. Sin embargo, en el posttest R nota que sus limitaciones para hacer tanto esfuerzos moderados como intensos y el nivel de dolor en general han aumentado notablemente, lo que es indicador de mejoría.

Relacionado con la salud mental, la puntuación global de 52,50 en la condición pretest indica una percepción de calidad de vida relacionada con la salud mental en los valores medios poblacionales. En la situación de posttest la media de 73,33, indica una percepción de calidad de vida relacionada con la salud mental, por encima de los valores medios poblacionales. A continuación, se detallan los valores que componen esta dimensión

Tabla 8

Puntuaciones de los Componentes de la Dimensión Salud Mental (Rango 0-100)

	Paciente M		Paciente H		Paciente R	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Dimensión Salud Mental	85,00	100,00	57,50	85,00	10,00	75,00
Salud Mental	80,00	100,00	40,00	80,00	20,00	60,00
Rol Emocional	100,00	100,00	50,00	100,00	0,00	100,00
Vitalidad	60,00	100,00	40,00	60,00	0,00	60,00
Función Social	100,00	100,00	100,00	100,00	20,00	80,00

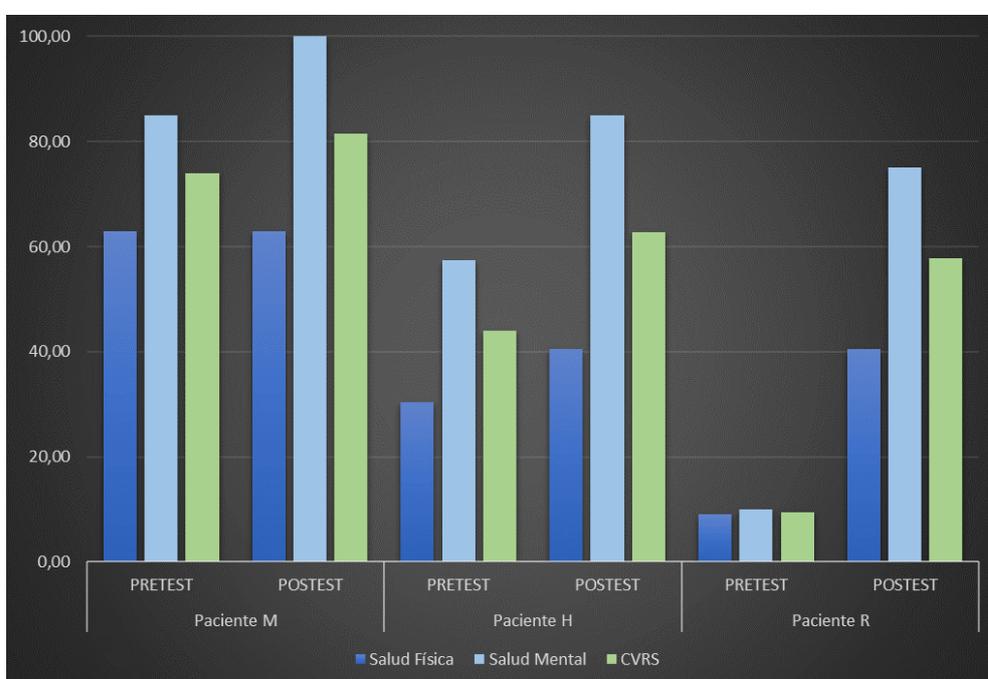
En la “Tabla 8” se puede observar que M, mantiene en sus valoraciones, tanto del pretest como del postest sobre sus percepciones referidas al rol social y a la función social, es decir la paciente M no parece tener ninguna limitación emocional que le provoque: reducción o impedimento de actividades cotidianas o de trabajo. Las subdimensiones de percepción de salud mental y vitalidad, aunque en niveles por encima de la población de referencia, mejoraron aún más durante la situación del postest.

En las pacientes H y R se pueden observar mejorías en todas las subdimensiones durante el postest.

La “Figura 4” presenta las dos dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (SF-12), en las condiciones de pretest y postest.

Figura 4

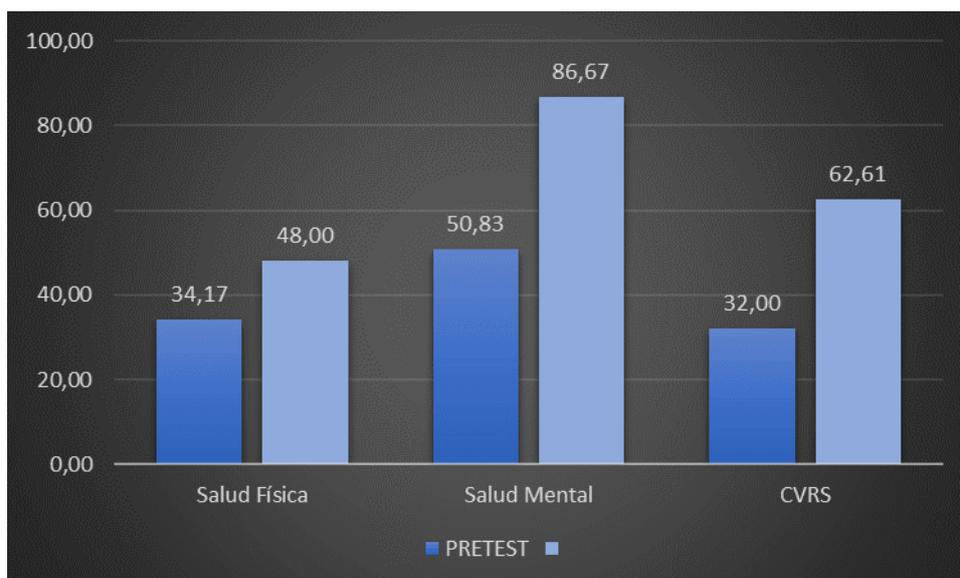
Puntuaciones SF-12 (Rango 0-100). Dimensión Salud Física Vs. Salud Emocional



En términos generales los resultados más favorables, en la condición de postest, se pueden observar en la dimensión de salud emocional. En todos los casos, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), obtuvo puntuaciones más favorables en el postest. La paciente con resultados más notables en el postest fue R.

Después de analizados los resultados, caso por caso, es interesante exponer como ejercicio visual, los resultados agrupados de las pacientes, salvando las distancias estadísticas de la metodología de “estudio de casos”. Los resultados expresados en la “Figura 5”, muestran un aumento de más de 30 puntos en la percepción de CVRS. La dimensión salud física un aumento de más de 14 puntos y la dimensión salud emocional más de 36 puntos.

Figura 5
Puntuaciones Globales/Grupales SF-12 (Rango 0-100).



3.4. Impresión de Mejoría Global de las Pacientes

Finalmente, posterior a la aplicación del programa de intervención y para conocer el alivio obtenido con el tratamiento, se aplica la escala de impresión de mejoría global de la paciente (PGI-I).

Las pacientes "M" y "R" respondieron a la pregunta ¿Cuál considera que es el nivel de alivio obtenido con el tratamiento al día de hoy? con el máximo puntaje de la escala (muchísimo). La paciente "H" contestó mucho.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con la finalidad de relacionar los resultados obtenidos con la literatura previa y proponer una interpretación de los mismos, se presenta la discusión y conclusiones acorde con los objetivos evaluativos de la investigación, relacionados con la eficacia o no del programa TCCB-RACK en la percepción de mejora del dolor crónico primario y del nivel de calidad de vida en tres pacientes previamente diagnosticados.

La muestra estuvo conformada por tres mujeres, todas entre los 47 y los 56 años de edad. Brevik et al. (2006) ya comentaban que el grupo de edad de 41 a 60 años, parecía tener más probabilidades que otros a sufrir dolor crónico primario. MSCBS (2017) señalaba que la prevalencia de dolor crónico era, al menos dos veces mayor en mujeres, siendo además este grupo quienes solicitan ayuda con mayor frecuencia.

Las características de sexo y edad de las participantes, no son las únicas variables concordantes con los datos de investigaciones anteriores. Por ejemplo, las tres participantes del estudio informaron estar tomando medicación. Datos que concuerdan con Català et al. (2002)

quienes afirman en su estudio que el 61,7% de las personas que se quejaban de dolor, dijeron estar tomando medicación.

Otro ejemplo de concordancia entre la composición de la muestra y algunos resultados de investigaciones anteriores, se encuentra en los tipos de dolor crónico primario. Entre los padecimientos revelados verbalmente por las participantes, estuvieron los diagnósticos realizados por sus médicos tratantes de fibromialgia, dolor lumbar y migraña. FGE y ODU (2022), revelaron datos asociados con el dolor lumbar, la artrosis, el dolor cervical y la migraña, como las dolencias asociadas al dolor crónico más frecuentes en España. Por otro lado, Cabo et al., (2017) refiriéndose al estudio de “Prevalencia e Impacto de las Enfermedades Reumáticas en la Población Adulta Española (EPISER), realizado por la Sociedad Española de Reumatología en 2001, calculaban para entonces, que unas 700.000 personas mayores de 20 años en España, se encontraban afectadas por la fibromialgia, agregando que, por cada hombre afectado, existían 20 mujeres con este padecimiento.

Ninguna de las participantes cumplió los criterios suficientes para clasificarse como practicantes de ejercicio aeróbico de baja intensidad cinco o seis veces a la semana. Abundante investigación apunta hacia el ejercicio físico (terapéutico) como una de las primeras opciones dentro de un tratamiento para reducir el dolor y los estudios señalan los cambios a nivel central que se producen como posible explicación de su eficacia (Booth et al., 2017). Los autores consideran que existe consenso sobre el ejercicio individualizado y supervisado como factor protector frente al dolor crónico.

En cuanto a los efectos de la aplicación del programa TCCB-RACH, las participantes reportaron una disminución de la intensidad del dolor percibido. La paciente M, única participante que inicialmente indicó un EVA moderado, pasó a registrar una intensidad leve. Las otras dos participantes H y R pasaron de intensidad previa intensa a moderada en el postest.

FGE y ODU (2022), afirman que, la enfermedad de dolor crónico afecta en la actualidad al 25,9% de personas en España, por lo que se posiciona como uno de los grandes retos sanitarios en el país. Las y los pacientes afectados por el dolor crónico conviven con éste un tiempo medio de 6,8 años (DT=8,4). Pero además y en relación con el punto tratado en este apartado, las y los pacientes participantes en su investigación reportaban que, en las últimas cuatro semanas, la intensidad media del dolor crónico padecido, se situaba en 6,8 puntos (DT=1,8) en la escala EVA. Esta intensidad media se encuentra en la frontera entre dolor “moderado” y “mucho dolor”, establecida en los 7 puntos.

Resultados como los de FGE y ODU (2022), pueden ser alentadores en perspectiva con los resultados hallados en la presente investigación. Esto se debe a que todas las pacientes registraron valores durante el postest, en la escala EVA muy inferiores a los 7 puntos reseñados anteriormente: H 2 puntos, M y R 4 puntos cada una.

En conclusión, según los hallazgos registrados en las situaciones de pretest y postest, los resultados respaldan la hipótesis 1 del “apartado 1.2”, es decir: una vez aplicado el programa

TCCB-RACK a pacientes tratadas por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones de la escala EVA han reflejado menor intensidad del dolor respecto a sus valores en la condición de pretest. Y en este caso, incluso inferior a la media de las últimas cuatro semanas de las puntuaciones medias referidas en FGE y ODUC (2022).

En paralelo a los resultados de la escala EVA, se encuentra que antes de la participación en el programa TCCB-RACH las participantes mostraron una intensidad del dolor promedio entre intenso e insoportable, mientras que, en el postest fue ligero a molesto.

Monsalve et al. (2006) mediante un análisis con una muestra de 112 sujetos diagnosticados de dolor crónico, muestran las relaciones entre el IL, el afrontamiento y la calidad de vida mediante un análisis correlacional de los datos con otros instrumentos. Encuentran que los valores de EVA se relacionan significativamente con todos los ítems y con el total del IL, salvo con el referido a la toma de analgésicos y con el sexto ítem de horas de sueño, cuya correlación es negativa.

Lo anterior apoya, los paralelos e idénticos resultados de las dos medidas que reflejan la disminución de la percepción del nivel de dolor experimentado antes y después de la intervención en las tres participantes.

Así mismo, en la condición de postest, las pacientes mostraron una disminución en la frecuencia del dolor de dos puntos por debajo, en una escala de cuatro puntos. Dado que Monsalve et al. (2006), demostraron la correlación entre los valores EVA y esta subdimensión del IL, era de esperar que la frecuencia del dolor disminuyera como ocurrió, durante el postest.

Lo mismo ocurre con la subdimensión de incapacidad. La paciente M, con menor puntuación EVA en el pretest, reportó ausencia de incapacidad. Las pacientes con mayores puntuaciones EVA reportaron un nivel moderado (H) e incluso un nivel de necesitar ayuda (R). H y R mostraron una disminución del nivel de incapacidad, con valores indicadores de ligera y moderada respectivamente, muy en línea con las disminuciones de la intensidad y la frecuencia del dolor percibido. Estos resultados parecen indicar preliminarmente que, a mayor percepción de dolor y mayor frecuencia del mismo, también mayor nivel de incapacidad percibida.

En cuanto a los efectos del programa TCCB-RACH en la calidad del sueño, las tres pacientes participantes reportaron valores que pueden ser interpretados como una mejora en la calidad del sueño de 1,3 puntos sobre una escala de 4 durante el postest. Los resultados no fueron tan claros en relación a la cantidad de horas de sueño nocturno.

Datos que parecen ir en línea con los hallados en un estudio experimental con grupo control placebo y asignación aleatoria de 56 pacientes a grupo de intervención, mediante ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva (Arcos, et al, 2011), quienes concluyeron que un programa combinado de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva contribuye a mejorar el descanso nocturno.

El estudio de cada una de las subdimensiones presentadas en las situaciones de postest, son un puente para interpretar las puntuaciones totales del test o IL, en el que una puntuación máxima de 20 puntos sería la peor de las situaciones. Mientras más cercano los puntajes al valor 1, mejor ajuste al dolor percibido, y mayor indicador de la eficacia de los tratamientos (Sánchez et al, 2015). Las puntuaciones en el postest de cada participante fueron: (a) M 2 puntos; valor muy bajo; (b) H 8 puntos, valor moderado bajo; y finalmente R 10 puntos valor moderado.

En conclusión, según los hallazgos registrados en las situaciones de pretest y postest, los resultados respaldan la hipótesis planteada: una vez aplicado el programa TCCB-RACK a pacientes tratadas por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones generales del IL sobre el nivel de ajuste al dolor percibido (NADP) reflejaron menor gravedad respecto a sus valores en la condición pretest. Lo que puede interpretarse también como una medida indirecta de efectividad del programa TCCB-RACH sobre la sintomatología de dolor de las tres participantes.

En cuanto a los efectos del programa TCCB-RACH en las dimensiones de salud física y salud mental del inventario de calidad de vida, no se encontraron cambios en la percepción de las participantes sobre su salud física después de la intervención.

Este es el puente de entrada, para encontrar datos del SF-12, desde la distinción que puede mostrar en la CV. Por citar un ejemplo de ello, está la percepción de limitación en la realización de los esfuerzos físicos moderados e intensos. Las pacientes M y H percibieron un poco de límite tanto en el pretest, como en el postest. Es decir, la intervención no parece haber sido efectiva para estas dos pacientes, respecto a sus percepciones de las limitaciones que el dolor tiene sobre ciertos esfuerzos físicos. Pero la paciente R pasó de percibir mucha limitación en el pretest, a un poco en el postest. Lo que es un resultado diferente y más en línea con lo encontrado por Monsalve et al. (2006), quienes mencionan que, la percepción de incapacidad ante el dolor, tanto en las medidas de la escala EVA, como la puntuación total del IL obtienen relaciones significativas con todas las variables de calidad de vida recogidas mediante el SF-36 (versión más larga del instrumento SF-12).. La paciente R fue la que registró la puntuación más negativa (19 puntos) en el IL durante la situación de pretest, por tanto, su percepción de mejoría requiere de un entendimiento más profundo de sus propias circunstancias, frente a los diferentes resultados de las otras dos participantes.

Y un segundo punto, también llamativo, está referido a la subdimensión del rol físico en el SF-12. Sabiendo que se trata de tres pacientes diagnosticadas de dolor crónico, cabría pensar, que al tratarse de un programa que incluye entrenamiento en chi kung, los resultados podrían conducir a mejoras significativas y sostenidas, especialmente en la función física (Sawynok et al, 2013). Sin embargo, las tres pacientes afirmaron percibir que su salud física podría ser responsable de alguna reducción en sus actividades cotidianas y de trabajo, y que las han limitado en cuanto que han tenido que dejar de hacer algunas tareas. Estos datos se mantuvieron durante el postest, lo cual indica el bajo impacto del programa en esta subdimensión.

La subdimensión global de salud física, parece estar más en línea con lo encontrado por Monsalve et al. (2006), en cuanto a la relación entre la escala EVA, la puntuación total del IL y el SF-12, sobre la percepción de dolor. Este presumible resultado puede explicarse desde el parecido de las tres mediciones: (a) EVA, intensidad del dolor; (b) IL, intensidad del dolor; y (c) SF-12, dolor corporal.

En cuanto a la dimensión de salud mental, cuando el SF-12 hace referencia a la salud mental en general, describe aspectos relacionados con la ansiedad y la tristeza. Carrillo et al. (2017) resaltan las cualidades de actividades como el tai chi y el chi kung, asociadas a mejoras en la salud física, pero destacaban el bienestar psicológico, incluyendo mejoras en la ansiedad y la depresión. Lo anterior coincide con los resultados de la aplicación del SF-12 en los dos indicadores, posteriores a la aplicación del programa TCCB-RACH en las tres pacientes.

Tanto en la ansiedad como en la tristeza autopercibidas, las tres pacientes se sintieron, en términos generales, más calmadas, tranquilas, menos desanimadas y menos tristes durante el postest.

En los resultados de la subdimensión rol emocional, la percepción de haber realizado menos de lo que hubieran querido hacer, o no hacer sus trabajos o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional como estar tristes, deprimidas, o nerviosas, obtuvo resultados más coherentes con el metaanálisis de Carrillo et al. (2017), que apunta a la mejora de los síntomas, posterior a la aplicación del programa de intervención.

Resultados similares se pueden comentar del nivel de energía autopercibida. Se observa que las tres pacientes se sintieron, en términos generales, más frecuentemente con mucha energía durante el postest.

La función social y su relación con la frecuencia en que la salud física o los problemas emocionales dificultan las actividades sociales, como visitar a las amigas o familiares, sólo fue relevante para la paciente R, quien tuvo la puntuación más desfavorable durante el pretest en el IL, y pasó de reportar esta dificultad casi siempre durante el pretest, a sentirla sólo alguna vez durante el postest.

Aunque Pain Proposal (Torralba et al., 2014), valoró el impacto del dolor crónico en las actividades diarias, encontrando un 50% de personas entrevistadas que se sentían preocupadas sobre el efecto que el dolor pudiera tener sobre sus relaciones, un 36% que consideraban que su condición tenía un impacto negativo en su familia o amigos y un 27% que se sentían socialmente aislados a causa del dolor; los resultados en las pacientes M y H no son consecuentes con lo encontrado en dicho estudio. Ninguna de las dos percibió ni durante el pretest, ni durante el postest. esta limitación e.

Los valores globales del cuestionario SF-12, indican que durante la condición del postest, los resultados aumentaron más de 30 puntos, interpretados como una mejora importante en la

percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La subdimensión salud emocional podría ser, en parte, la responsable de este resultado. Este dato podría verse reflejado, en las puntuaciones totales de la dimensión salud física, con valores cercanos a la media de la población general y la dimensión salud mental con valores superiores.

Es posible que la dimensión física, sea más sensible a variables relacionadas con aspectos no estudiados de la muestra, como las diferencias entre diagnósticos y la gravedad de los mismos. Esta posible explicación surge, por la diferencia que en ese registró presentó la paciente R, quien durante el postest mejoró su salud física autopercebida en más de 30 puntos.

En conclusión, según los hallazgos registrados en las situaciones de pretest y postest, los resultados respaldan la hipótesis planteada, es decir: una vez aplicado el programa TCCB-RACK a pacientes tratadas por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones obtenidas en el instrumento de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), reflejaron un aumento respecto a sus valores en el pretest. Sin embargo, el peso de la aceptación de esta hipótesis recae sobre la dimensión salud mental.

Finalmente, posterior a la aplicación del programa de intervención TCCB-RACH y en cuanto a la impresión de mejoría global de la paciente (PGI-I), los resultados respaldan la hipótesis, es decir: una vez aplicado el programa TCCB-RACK a pacientes tratadas por dolor crónico primario, de intensidad moderada-severa, las puntuaciones obtenidas con la escala de impresión de mejoría global de la paciente (PGI-I), reflejaron valores de mejoría en cuanto al nivel de alivio obtenido con el tratamiento.

En conclusión, dando respuesta a la pregunta de investigación sobre la efectividad o no, del programa de intervención grupal multicomponente de Terapia Cognitivo Conductual, basado en Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung (TCCB-RACK); y sus aportes en la mejoría del dolor crónico primario, tomando como referencia la comprobación de las hipótesis, puede afirmarse que: la aceptación y/o confirmación de las cuatro hipótesis de investigación, han permitido comprobar la eficacia preliminar del programa, en la percepción de mejora del dolor crónico primario y el nivel de calidad de vida, de las participantes en la intervención TCCB-RACK.

La amplitud de criterios incluidos en OMS (2023) sobre las subclasificaciones del dolor crónico primario y sus diferentes niveles de gravedad, en línea con las diferencias de resultados entre las tres participantes del programa TCCB-RACH; hace pensar que, la intervención puede tener un mayor impacto positivo sobre el dolor en algunos diagnósticos y un mayor impacto positivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud en otros.

5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Valdría la pena superar en futuras investigaciones, limitaciones metodológicas como el tamaño de la muestra, realizando por ejemplo muestreos probabilísticos, con tamaños muestrales representativos de las poblaciones en estudio. O poder contar con otros diseños de investigación que incluya observaciones de grupos control para poder confirmar estos resultados.

Los tiempos de realización de la investigación no permitieron realizar un seguimiento de las participantes después de la intervención. Este seguimiento permitiría conocer cómo y cuánto se mantienen los efectos del programa de intervención, para la realización de ajustes y mejoras.

Aunque poco mencionado en otras investigaciones, una limitante de este tipo de proyecto es la escasa capacidad de seguimiento, de la práctica de ejercicios en casa. Más aún de la calidad de dichas prácticas. Esta limitación podría constituir a futuro, un reto en el desarrollo de aplicaciones digitales diseñadas para servir de autorregistro de prácticas y monitorización por parte del terapeuta, vinculantes con seguimientos semanales, durante los primeros meses de las mismas.

Se debe considerar que, al tratarse de un programa multicomponente, en investigaciones futuras se podrían desarrollar metodologías, que permitan entender el peso de cada componente de la intervención, sobre el alivio de los síntomas y el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, en otros campos de la psicología, hacer esto, se ve aún como un reto futuro.

Al día de hoy existe una incertidumbre considerable sobre cómo aplicar mejor los hallazgos a la prescripción de ejercicio de tipo terapéutico. Lo anterior es una ventana de investigación hacia nuevos modelos de terapia, que puedan integrar elementos de ejercicio físico, como parte de la terapia cognitivo conductual.

La búsqueda de nuevos protocolos de intervención (tratamientos estandarizados grupales), siguen siendo un reto de las terapias cognitivo conductuales de tercera generación, sin embargo, estudiar cada componente de los programas puede ser muy complejo y éticamente poco factible, dado que cada intervención no efectiva desgasta al paciente y lo hace proclive a resistirse a nuevas intervenciones.

Los datos que revelan que, una cuarta parte de la población adulta vive con dolor crónico primario, que tienen dificultades para acceder a servicios especializados, que padecen prolongados tiempos de espera para el diagnóstico y el inicio del tratamiento o la falta de formación al paciente sobre su padecimiento (FGE y ODU, 2022); la sobremedicalización y la autoprescripción (Català et al, 2002); y los tratamientos inadecuados (Breivik et al, 2006); hacen pensar que existe una necesidad de investigación en tratamientos estandarizados grupales (mediante un protocolo previamente fijado), que pueden abaratar costos al paciente, sistematizar y acortar el tiempo de las intervenciones (Vallejo y Comeche, 2016); y empoderar al paciente con herramientas que lo liberen en la medida de lo posible, de la dependencia al sistema sanitario y a los fármacos. En fin, que les permita vencer algunas de las barreras asistenciales.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, M., López del Hoyo, Y., García Campayo, J. (2020). *Eficacia de un programa de mindfulness, con apoyo y sin apoyo de la realidad virtual (RV), para la reducción del estrés en estudiantes universitarios: un estudio controlado y aleatorizado*. [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza (España)]. <https://zaguan.unizar.es/record/98441/files/TESIS-2021-017.pdf>
- Alonso, J., Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J. y Domingo-Salvany, A. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Recuperado en 22 de julio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es
- Arcos, I., Carmona, A., Castro, M., Matarán, G., Peñarrocha, C., Gutiérrez, A., Ramos, E. y Moreno, C. (2011) Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia.: *Medicina Clínica*. 137(9), 398-401. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.045>
- Belloch, A., Sandín B, Ramos. F. (1995). *Manual de psicopatología II. Capítulo IV. El Estrés* (pp. 1-42).
- Bennet-Goleman, T. (2001). *Alquimia Emocional*. Ediciones B.
- Botella, L., Pérez, M. (2006). Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. *Revista Psicoterapia*. 16(66) 66-67. https://www.researchgate.net/publication/257921110_Conciencia_plena_Mindfulness_y_psicoterapia_Concepto_EVALuacion_y_aplicaciones_clinicas
- Brevik, 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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16095934/>
- Biurrún, A., Jusué, E (1998). Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 21(1), 55-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6486402>
- Booth, J., Moseley, G., Schiltenwolf, M., Cashin, A., Davies, M. y Hübscher, M. (2017) Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*. 15(4), 413-21 DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/MSC.1191>
- Calle, R. (1996). *Relajación y Respiración en casa*. EDAF.
- Casals, M., Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 11(5), 260-269. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002
- Castellano, G., Olivera, E. y Villa, G. (2018). *Qi Gong: Una Técnica Mente Cuerpo para la Promoción de la Salud. La Experiencia del Hospital San Martín de la Plata*. Argentina.

Años 2014-2017. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 29-36.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/20254/22493>

Monteagudo, O., Hernando, Lauro, y Palomar, J. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 50-61. Recuperado en 22 de julio de 2023, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000100009&lng=es&tlng=es

Carlsson, A. (1983) Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 16(1), 87-101 [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90088-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90088-X)

Carrillo, J., Gómez-López, M., Vicente, G. (2017). El Taiji Quan y Qigong en la promoción de la salud y en el afrontamiento del estrés. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 6(2), 59. <https://doi.org/10.6018/300401>

Casals, M., Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(5), 260–269. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002

Català, E., Reig, E., Artés, M., Aliaga, L., López, J. S., Segú, J. L. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6(2), 133–140. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090380101903106

Chia, M. (2009). *La Sonrisa Interior*. Ediciones Obelisco.

Csikszentmihalyi, M. (2008). *Flow*. G.E.P.R. House.

Fundación Grünenthal de España y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, (2022). *Barómetro del Dolor Crónico en España 2022, análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional*. Disponible en <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-cronico-espana-2022-resumen-ejecutivo.pdf>

Sánchez, J., Tejedor, A. y Carrascal, R. (2015). Documento de Consenso: La Atención al Paciente con Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>

Guzmán, I. y Constenla, M. (2016, Septiembre 17). *Relajación Integral - Chi kung y Bienestar Psicológico*. <http://grupoambos.com/articulos/psicologia/170-relajacion-integral-chi-kung-bienestar-psicologico>

Guzmán, I. y Constenla, M. (2014). *Respira. Relájate*. CdBaby. <https://www.grupoambos.com/tienda-cd-relajacion>

Hurtado, J. (2012). *Metodología de la Investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia*. Quirón Ediciones.

Ibáñez, V. y Mendoza E. (2020) Importancia del análisis funcional como parte integral de la intervención psicoterapéutica en la terapia de la conducta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2020;23(4):1699-1712. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2020/epi204q.pdf>

- IMMA.DOC, (2014). *Proyecto de Investigación Formación Acción. Instrumentos de medidas. Dolor crónico*. <http://www.atencionprimaria.imib.es/ap/proyecto.jsf?id=11>
- International Association for the Study of Pain. (2020). *Announces Revised Definition of Pain*. IASP. www.iasppain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475#:~:text=The%20definition%20is%3A%20%E2%80%9CAn%20unpleasant,pain%20for%20further%20valuable%20context
- Jwing-Ming, Y. (2003). *Dolor de Espalda. Chi kung*. Arkano Books.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con Plenitud las Crisis*. Editorial Kairós.
- Kit, W. K. (2005). *El Arte del Chi Kung*. Ediciones Urano.
- Korman, GP y Garay, CJ (2012). El modelo de Terapia Cognitiva basado en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1), 5–13.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) Encuesta Nacional de Salud (ENSE), Disponible en: www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), 209-210. www.resed.es/la-nuEVA-clasificacion-internacional-de-enfermedades-cie-11-y-el-dolor-cronico-implicaciones-practicas709
- Monsalve, V., Soriano, J., De Andrés, J. (2006). Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la Evaluación del dolor crónico: Relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 216–229.
- Ng, B. H., Tsang, H. W. (2009). Psychophysiological outcomes of health qigong for chronic conditions: A systematic review. *Psychophysiology*, 46(2), 257–269. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2008.00763.x>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2023) *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Payne, R. (2002). *Técnicas de Relajación*. Editorial Paidotribo.
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Recuperado en 22 de julio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es
- Philips, H. C. (1991). *El Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico*. Ediciones Piramide.
- Sagula, D., Rice, K.G. (2004). The Effectiveness of Mindfulness Training on the Grieving Process and Emotional Well-Being of Chronic Pain Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 333-342. <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JOCS.0000045353.78755.51>
- Sánchez, A., Cabezudo, M. e Ibañez, J. (1991) Análisis funcional de las conductas de dolor crónico no oncológico. *Informació Psicológica*, (47), 17–21. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1213>

- Scherer-Dickson, N., (2004) Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counseling Psychology Quarterly*, 17(2), 223-234.
https://www.researchgate.net/publication/263407063_Current_developments_of_metacognitive_concepts_and_their_clinical_implications_Mindfulness-based_cognitive_therapy_for_depression
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompart, A., Medina, A., Ferrer, M., & Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139(14), 613–625. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.024>
- Sociedad Española de Neumonología y Cirugía Torácica, SENCT (2011). *Manual SEPAR de Procedimientos (12). Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. <https://issuu.com/separ/docs/procedimientos12>
- Srinivasa, R.; Carr, D.; Cohen, M.; Carr, D.; Cohen, M.; Finnerup, N.; Flor, H.; Gibson, S.; Keefe, F.; Mogil, J.; Ringkamp, M.; Sluka, K.; Song, X.; Stevens, B.; Sullivan, M.; Tutelman, P.; Ushida, T. y Vader, K. (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 161(9). | DOI: 10.1097/j.dolor.0000000000001939
- Sawynok, J., Lynch, M., Marcon, D. (2013). Extension trial of qigong for fibromyalgia: A quantitative and qualitative study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 2013 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771469/>
- Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 16-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>
- Vallejo, M. y Comeche, M. (2016). Lecciones de Terapia de Conducta. Editorial Dykinson.
- Van-Der Hofstadt, C. J., Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(7), 503–510. https://www.researchgate.net/publication/281347720_Dolor_cronico_Intervencion_terapeutica_desde_la_psicologia
- Vásquez, I. (2020). *Manual de psicología de la Salud*. Ediciones Pirámide.
- Cabo, A., Cerdá, G. y Trillo, J. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448 <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Vera-Villarreal, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., Pávez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1275-1283. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art07.pdf>

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1. Acuerdo de Confidencialidad y Anonimato de los Datos de las Pacientes del TFM

Carlos Vila Lago, Doctor en Psicología y Psicólogo Sanitario G-1635, en representación del El Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP, J-15458649 / C-15-003391, en relación al trabajo de fin de master del Psicólogo Miguel Alberto Constenla Canabal AN11267, realizado como alumno del master habilitante en Psicología General Sanitaria en la Universidad Europea de Valencia, y expresamente en relación a los y las pacientes del centro que participaran en la aplicación del programa “Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung” con n=3, declara:

- Que en toda información proporcionada por los y las participantes del programa existirá un compromiso por parte de los investigadores de no divulgar a terceros la “información confidencial” recibida, ya sea de forma oral, visual, escrita o grabada.
- Que los datos de los y las participantes serán incorporados y tratados en el fichero Historial del Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP, con la finalidad de proteger toda información concerniente a de diagnósticos psicológicos y datos personales de pacientes, pudiéndose realizar las cesiones previstas en la Ley, LO3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Finalmente, que la información aportada durante el programa, está sujeta a secreto profesional y por tanto no puede ser divulgada a terceras personas sin el consentimiento expreso de los y las participantes; y que se mantiene la confidencialidad, excepto de información concreta que pudiera representar un riesgo muy grave para familiares, terceras personas o, que la autoridad judicial exigiera, fuera revelada como información relevante.

En Santiago de Compostela, a los 17 días del mes de mayo de 2023



Carlos Vila Lago,
G-1635

7.2. Anexo 2. TFM Autorización del Centro Donde se Realiza el Trabajo de Campo (Centro Sanitario u Otro)

Centro donde se realiza el trabajo de campo:	Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP
Alumno/a:	Miguel Alberto Constenla Canabal
Universidad para la que se realiza la investigación:	Universidad Europea de Valencia

Para su participación en el Fin de Máster:

Título del TFM	Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung, en el Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico Primario
Fechas previstas de inicio y fin del estudio	Mayo a octubre de 2023

Se hace costar:

- Que la realización del TFM no interfiere en el funcionamiento del Servicio al que se solicita la autorización.
- Que tras evaluar los procedimientos necesarios para la realización del TFM se da la conformidad para su puesta en marcha en el Centro.
- El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionales y de protección de datos aceptadas.

Recursos e instalaciones necesarias para el desarrollo del TFM:

- Despacho en el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP
- Apoyo de un facilitador extra en el entrenamiento en Chi Kung.
- Instalaciones para el entrenamiento en Chi Kung en el Museo de la Madera (MOME) en la población de A Estrada, Pontevedra

Nota: el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP se hace responsable de la confidencialidad y el anonimato de los datos de los tres pacientes participantes del Programa de Intervención propuesto en el TFM y asegura seguir la ley de protección de datos.

Fdo: D. Carlos Vila Lago - G-1635

Cargo: Doctor en Psicología y Psicólogo Sanitario

Fecha: mayo, 2023

Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio s.c.p.
CLINICA DE PSICOLOGIA
Centro Sanitario nº e-15-003391

7.3. Hoja de Información



Miguel Alberto Constenla Canabal
Departamento UEV Psicología, Facultad Ciencias de la Salud

Título del estudio: Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung, en el Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico Primario

Promotor: Universidad Europea de Valencia

Investigadores: Miguel Alberto Constenla Canabal (maestrante); Carlos Vila Lago (psicólogo general sanitario, tutor de prácticas en el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP; Guadalupe Molinari (doctora en psicología, tutora del TFM)

Centro: Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar bajo el amparo del "Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP" en la ciudad de Santiago de Compostela y promocionado desde la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, nosotros estaremos a su disposición para aclararle las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

¿Cuál es el motivo de este estudio?

El presente estudio se realiza para medir la efectividad, del programa de intervención: "Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung", en el Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico Primario, es decir, como actúa el programa, sobre la mejoría de los síntomas.

RESUMEN DEL ESTUDIO: Durante la realización del estudio, los y las participantes, con previa selección de criterios de inclusión relacionados con el dolor crónico primario, cumplimentarán una serie de cuestionarios que tienen la finalidad de medir cómo se sienten, respecto a ciertos indicadores de dolor, tres semanas previas a la participación en el programa "Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung".

Posteriormente las tres personas seleccionadas participarán en el programa de intervención, que consta de ocho sesiones a completarse durante 17 horas aproximadamente. El régimen de aplicación del programa es ambulatorio e incluye la práctica en casa de los ejercicios aprendidos.

Finalmente, las personas participantes cumplimentarán cuestionarios parecidos al inicio del estudio, una semana y un mes después de haber realizado las actividades antes descritas.

Las sesiones de intervención se realizarán en el despacho del Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP, en la ciudad de Santiago de Compostela, en Galicia. Las sesiones de entrenamiento en Chi Kung se realizarán durante un fin de semana (cuatro horas sábado y cuatro el domingo) en el Museo de la Madera (MOME) en A Estrada, Provincia de Pontevedra.

Se recomendará traer a las sesiones, ropa cómoda (deportiva) y agua. Por otro lado, es importante aclarar que durante todo el estudio no se tendrá que detener ningún tratamiento que los y las participantes estén tomando, como parte de las indicaciones médicas de su profesional sanitario.

El programa “Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung”, consta de explicaciones, experiencias y actividades prácticas, relacionadas con cada una de sus variables.

La Relajación Psico-Física se usará como técnica de regulación fisiológica y tiene por objetivo interrumpir el círculo vicioso de tensión-dolor-tensión y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión. Contempla el aprendizaje y práctica de ejercicios combinados de respiración consciente, tensión-distensión de grupos musculares, percepción sensorial-autosugestiva y visualización guiada. Incluye tareas para casa (práctica guiada con material auditivo, mañana y noche).

La variable Atención Plena gira en torno al tema de la focalización de la atención y las quejas en el mantenimiento del dolor. Se trabajará la regulación de la atención (concentrarse en el momento presente), la aceptación no valorativa y la respiración profunda.

Por último, el chi kung puede ser visto como el aprendizaje y práctica de ejercicios sencillos y directos que, mediante la sincronía de suaves movimientos corporales, la respiración y la visualización, promueven la relajación profunda. Durante el programa se atenderán aspectos como la meditación de pie, la actitud sonriente, el fluir y el masaje facial y de cabeza.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO: La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el profesional que le atiende, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento (si lo hubiere). En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar? El estudio se realizará entre personas allegadas al “Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP”, que quieran participar voluntariamente del programa y que demuestren sean pacientes de dolor crónico primario. El reclutamiento de los y las participantes será a través de contacto personal presencial o telemático. Si acepta participar, usted va a formar parte de un estudio en el que se incluirán dos personas más, también pacientes de dolor crónico primario.

¿En qué consiste mi participación? Durante su participación en el estudio, será contactado telemáticamente por el investigador unas cinco veces, para cumplimentar cuestionarios relacionados con los síntomas del dolor crónico primario que padece. También tendrá que trasladarse hasta el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP, seis veces en el lapso de cuatro semanas. Por último, debe tomar en cuenta, su participación en un entrenamiento de fin de semana, con duración de cuatro horas el sábado y cuatro el domingo.

Es importante tomar en cuenta que se requiere de Ud. no solamente la participación durante las sesiones, sino también las prácticas en casa de las tareas relacionadas con el programa. Esto es, tres semanas de ejercicios día y noche de 15 minutos de duración c/u de relajación psicofísica. Después de la primera semana, es decir, durante las semanas dos y tres, inclusión de una sesión diaria de atención plena. Después de la tercera semana, y hasta la octava, dos prácticas al día de chi kung, de 15 minutos aproximadamente c/u.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación? Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. También es posible que Ud. pueda percibir mejoría en su padecimiento. No obstante, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros pacientes y pueda contribuir a realizar un cambio de pensamiento en el profesional a la hora de tratar psicológicamente el dolor crónico primario.

Al finalizar la investigación podrá ser informado, si lo desea, sobre los principales resultados y conclusiones generales del estudio. El estudio no supone ningún riesgo para su salud ya que, para la toma adicional de los registros necesarios, no se incurre en ninguna acción nociva ni perniciosa.

¿Quién tiene acceso a mis datos personales y como se protegen? El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su profesional del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su profesional del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna (salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal). Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al profesional del estudio o colaboradores, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica? No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto diferente a los relacionados con el traslado a las sesiones del programa.

¿Quién financia esta investigación? La presente investigación se realiza como parte de los requisitos del maestrante, para obtener el título de Master en Psicología General Sanitaria. Para la realización del estudio, el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar la investigación, denominado “Anexo de Conformidad del Estudiante, la Universidad y la Entidad Colaboradora para realizar las prácticas académicas externas”.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la destrucción de sus datos y/o de todos los registros identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

SEGURO: El promotor del estudio dispone de una póliza de seguros que se ajusta a la legislación vigente, como parte del convenio entre la Universidad Europea de Valencia y el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP.

CALIDAD CIENTÍFICA Y REQUERIMIENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO: Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Valencia, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio, de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos).

PREGUNTAS: Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas. El equipo investigador le responderá lo mejor que sea posible.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO: Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador:

- Miguel Alberto Constenla Canabal (maestrante);
counselingmaccotmail.com
- Carlos Vila Lago (psicólogo general sanitario, tutor de prácticas en el Instituto Psicológico para a Investigación e o Cambio SCP);
institutopsicoloxico1@gmail.com
- Guadalupe Molinari (tutora del TFM - UEV);
guadalupemolinari@gmail.com

En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas, decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Europea de Valencia.

7.4. Consentimiento Informado

D./D^a. _____, de ____ años,
con DNI _____ y domicilio en _____.

He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión al profesional responsable del estudio.

En Santiago de Compostela, a día _____ de _____ de _____.



Miguel Alberto Constenla Canabal
AN11267

Firma y nº de DNI del
paciente/participante

7.5. Instrumentos de Investigación

Introducción: Buenos días/tardes. Gracias por participar en la actividad: "Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung". Tal como se informó anteriormente, las personas participantes cumplimentan cuestionarios parecidos al inicio del estudio y dos semanas después de haber realizado las actividades.

Cuestionario Ad hoc:

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con variables demográficas. Por favor responda lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

1. ¿Qué edad tiene? ___56___ años
2. ¿Cuál es su ocupación actualmente? _____Educador Infantil a media Jornada_____
3. ¿Cuál es su último nivel de estudio alcanzado o en curso? ___Grado en Educación mención Infantil

(especificar)

Instrucciones: Ahora se presentan una serie de preguntas relacionadas estilo de vida y que pueden tener repercusión en situaciones de dolor crónico.

4. ¿Realiza usted ejercicios aeróbicos de baja intensidad, como por ejemplo caminar a paso ligero?
Si 1 No 2 (**pasar a la pregunta 7**)
5. Cuando practica este tipo de ejercicio ¿Durante cuantos minutos lo hace?
Menos de 5 minutos 1
5 a 19 minutos 2
20 a 29 minutos 3
30 a 45 minutos 4
Más de 45 minutos 5
6. ¿Cuántas días por semana realiza este tipo de ejercicios? Menos de 1 vez por semana 1
1 a 2 veces por semana 2
2 a 4 veces por semana 3
5 a 6 veces por semana 4
Más de 6 veces por semana 5
7. ¿Actualmente recibe algún tipo de fisioterapia o tratamiento médico alternativo para el alivio del dolor?
Si 1 No 2 (**pasar a la pregunta 9**)
8. Según su propia apreciación, este tratamiento le parece que ha sido: (**contestar una sola opción**)
Eficaz 1
Poco eficaz 2
Nada eficaz 3
9. Para finalizar esta sección, ¿Consume usted tabaco?
Si 1 No 2 (**finalizar**)
10. ¿Cuántos cigarrillo fuma al día?
Entre 1 a 10 cigarrillos 1 De 10 a 15 2 Más de 15

Cuestionario Lattinen:

Instrucciones: Ahora se presentan una serie de preguntas relacionadas con su salud y bienestar. Responda de manera honesta y sin omitir ninguna pregunta, a menos que no le aplique o no se sienta cómoda respondiendo. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y solo se utilizarán con fines investigativos. En cuanto al dolor que describió durante la llamada telefónica, en las últimas cuatro semanas, usted diría que:

Variable	Categoría	Puntos
Intensidad del Dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del Dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de Analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular o pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de Sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	4
¿Horas de Sueño?	> 7 horas	1
	6-7 horas	2
	5-6 horas	3
	< 5 horas	4
¿Consume ansiolíticos?	Si	1
	No	2

Cuestionario de Salud SF-12 / Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS):

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

P.1.- En general, usted diría que su salud es:

- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

P.2.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- | | |
|-----------------------|---|
| Sí, me limita mucho | 1 |
| Sí, me limita un poco | 2 |
| No, no me limita nada | 3 |

P.3.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- | | |
|-----------------------|---|
| Sí, me limita mucho | 1 |
| Sí, me limita un poco | 2 |
| No, no me limita nada | 3 |

P.4.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- | | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

P.5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

P.6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

P.7.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

P.8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | | |
|----------|---|
| Nada | 1 |
| Un poco | 2 |
| Regular | 3 |
| Bastante | 4 |
| Mucho | 5 |

P.9.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Sólo alguna vez	5
Nunca	6

P.10.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Sólo alguna vez	5
Nunca	6

P.11.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Sólo alguna vez	5
Nunca	6

P.12.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Muchas veces	3
Algunas veces	4
Sólo alguna vez	5
Nunca	6

Escala de Impresión de Mejoría Global de la Paciente (PGI-I):

Instrucciones: Ahora que ha participado en el programa "Relajación Psico-Física, Atención Plena y Chi Kung", y que han pasado dos semanas desde ello, podría indicar, usando unos de los valores de la escala propuesta ¿Cuál considera que es el nivel de alivio obtenido con el tratamiento al día de hoy? Usted diría que se encuentra:

Muchísimo mejor	1	Un poco peor	5
Mucho mejor	2	Mucho peor	6
Un poco mejor	3	Muchísimo peor	7
Ningún cambio	4		

Escala Visual Analógica del Dolor (EVA):

Instrucciones: En la siguiente escala, donde el extremo indicado por cero, significa “nada de dolor” y diez significa “el peor dolor imaginable”, indique marcando con un punto, el lugar que describiría mejor la intensidad de su dolor en este momento. (10) (4)

