

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Variables psicosociales implicadas en la cronificación del dolor.

AUTOR: POZO ESCALONA, LUCÍA.

Nº Expediente: 2506

TUTOR: LLEDÓ BOYER, ANA

Curso académico 2020-2021.

Convocatoria de junio

ÍNDICE:

1. RESUMEN..... 1

2. INTRODUCCIÓN..... 3

3. OBJETIVOS..... 6

4. MATERIAL Y MÉTODOS..... 7

5. RESULTADOS..... 8

6. DISCUSIÓN.....13

7. CONCLUSIONES.....14

8. ANEXOS Y TABLAS..... 15

8. BIBLIOGRAFÍA..... 17



1. RESUMEN:

Introducción: El dolor crónico es uno de los síntomas más frecuentes y que más preocupan e invalidan los pacientes. El dolor es definido como una experiencia subjetiva en la que intervienen factores cognitivos, sociales y biológicos. Por tanto, se debe ser tratado desde un modelo biopsicosocial y no únicamente biomédico. En este contexto, la fisioterapia puede ofrecer una perspectiva de tratamiento en la que tenga en cuenta todos estos factores para así optimizar resultados.

Objetivos: Identificar los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo y persistencia de los problemas del dolor crónico.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Pubmed, Google academy y Enfispo abarcando los últimos 20 años se obtuvieron un total de 21 artículos aplicando los criterios utilizados.

Resultados: Se han estudiado principalmente factores cognitivos y sociales tales como el miedo al movimiento, la ansiedad, actitudes y creencias sobre el dolor, sentimientos depresivos, catastrofismo, control percibido y autoeficacia, traumas y apoyo social. Asimismo se ha comprobado la influencia de estas variables psicosociales en la modulación del dolor.

Conclusiones: Los factores psicosociales pueden favorecer o empeorar la evolución de la patología y su dolor. La evidencia respalda que la presencia de dichos factores psicosociales empeora el dolor pudiendo llegar a perpetuarse en el tiempo más allá de lo esperado. La intervención del dolor crónico desde la fisioterapia es eficaz si se trabaja desde un enfoque biopsicosocial para poder evitar la cronificación y ajustar el tratamiento considerando también las características psicosociales del paciente.

Palabras clave: “chronic pain”, “psychosocial variables”, “physiotherapy” y “prevalence”.

ABSTRACT:

Introduction: Chronic pain is one of the most frequent symptoms and one that most worries and invalidates patients. Pain is defined as a subjective experience in which cognitive, social and biological factors intervene. Therefore, it must be treated from a biopsychosocial model and not only biomedical. In this context, physiotherapy can offer a treatment perspective that takes all these factors into account in order to optimize results.

Objectives:

Identify the psychosocial factors involved in the development and persistence of chronic pain problems.

Material and methods: Cognitive and social factors such as fear of movement, anxiety, attitudes and beliefs about pain, depressive feelings, catastrophizing, perceived control and self-efficacy, trauma and social support have been studied mainly. Likewise, the influence of these psychosocial variables on pain modulation has been verified

Results: Cognitive and social factors such as fear of movement, anxiety, attitudes and beliefs about pain, depressive feelings, catastrophizing, perceived control and self-efficacy, trauma and social support have been studied mainly. Likewise, the influence of these psychosocial variables on pain modulation has been verified.

Conclusions: Psychosocial factors can favor or worsen the evolution of the pathology and its pain. The evidence supports that the presence of these psychosocial factors worsens the pain, which can be perpetuated over time beyond what is expected. The intervention of chronic pain from physiotherapy is effective if it is worked from a biopsychosocial approach in order to avoid chronification and adjust the treatment also considering the psychosocial characteristics of the patient.

Kay words: “chronic pain”, “psychosocial variables”, “physiotherapy” y “prevalence”

2. INTRODUCCIÓN:

En 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió el dolor como una experiencia sensorial emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido. El dolor por tanto, se define como una experiencia subjetiva que se origina a partir del procesamiento de un estímulo nociceptivo y que se ve influida por factores cognitivos, sociales y biológicos. Por tanto, se trata de un fenómeno multifactorial modulado por diversos factores biopsicosociales (1).

Se puede clasificar el tipo de dolor atendido a diferentes criterios, pero el más interesante desde el punto de vista biopsicosocial es el temporal, según el cual se puede diferenciar entre agudo y crónico. El agudo se encuentra limitado en el tiempo y tiene un escaso componente psicológico. Por otro lado, el dolor crónico es aquel que dura al menos 3-6 meses o que se mantiene en el tiempo de manera ilimitada, persistiendo más allá del tiempo esperado para la recuperación de los tejidos dañados o la resolución de la patología subyacente; en este caso tiene mayor peso del componente psicológico (2). Tal y como se recoge en la definición de la IASP, la percepción del dolor varía en función de la persona y del contexto. En el caso del dolor de tipo crónico, influyen múltiples factores que da como resultado una experiencia biopsicosocial compleja, fundamentalmente en aquel que no tiene una clara base orgánica o que la relación entre la experiencia de dolor y la lesión física no tiene una relación evidente (3).

El dolor crónico, al igual que en el agudo, es el resultado de la transmisión y modulación de información sensorial, en el que participan los mecanismos centrales en la percepción del dolor. Estos pacientes con frecuencia asisten a tratamiento fisioterapéutico ya que a menudo el cuadro doloroso afecta negativamente al funcionamiento muscular, al control motor, a la fuerza máxima, así como a la resistencia o tolerancia a condiciones dolorosas (9).

Dentro de los modelos multidimensionales explicativos del dolor, la teoría de la compuerta da cabida aclaratoria al dolor crónico al definirlo como un fenómeno multifactorial en el que intervienen las siguientes dimensiones en su modulación (5):

1. Dimensión sensorial-discriminativa: permite discriminar las cualidades sensoriales del dolor como la localización, intensidad, etc.
2. Dimensión motivacional-afectiva: opera al vincular el dolor como un sufrimiento o experiencia de desagrado e incluye cambios emocionales.
3. Dimensión cognitivo-evaluativa: hace referencia a la influencia de las creencias, valores, cultura, experiencias previas, entre otros aspectos del contexto.

El dolor crónico se estima que afecta al 19% de los europeos y en España a un 17%, siendo más prevalente entre la población femenina (56%) frente a la masculina (44%) (1). Por otro lado, los sujetos entre los 40 y 60 años tienen mayor probabilidad de sufrir dolor crónico (7). Además de la edad y el sexo, el dolor moderados o severos, así como un dolor crónico previo a la lesión o problemas de salud anteriores, forman parte de los factores biológicos asociados a una mayor predisposición a padecer dolor crónico (8).

Respecto al impacto que genera padecer dolor crónico, además de afectar al ámbito personal del paciente, también suponen una carga económica para el sistema sanitario. En relación con su tratamiento, actualmente no existe un protocolo estandarizado para tratarlo, siendo en la mayoría de los casos la atención primaria quien lo aborda, provocando así una sobrecarga en este nivel asistencial. Algunas estrategias de organización son ampliar los recursos basados en la prevención, educación, guías clínicas y fisioterapia. Estas medidas aliviarían su sobrecarga y supondría un menor coste económico (1).

Según el texto sobre calidad y seguridad para el funcionamiento de las unidades del Dolor, desarrollado por el Ministerio de Salud de España en 2011, indica que un 30,9% de la población asiste a la atención primaria con dolor crónico, además con una gran comorbilidad como ~~een~~ problemas depresivos, pensamientos catastrofistas, baja percepción de la autoeficacia, ansiedad y estrés, todos estos factores que operan en la cronificación del dolor (4).

Por tanto, teniendo en cuenta estos datos podemos concluir que el dolor crónico es un problema muy frecuente que afecta significativamente a la calidad de vida, en el que las variables psicológicas pueden mantener e incluso aumentar la magnitud del problema. Actualmente es considerado un problema de salud pública, y desde el punto de vista de la fisioterapia es de los motivos más frecuentes de consulta. Por tanto, abordar el dolor crónico desde la perspectiva biopsicosocial es necesario en tanto que refleja una problemática que supera al modelo biomédico (1).

Por todo lo mencionado, se requiere considerar el aspecto biológico y psicosocial, ya que proporcionan una información que permite entender las posibles causas que obstaculizan la recuperación del paciente (1). Por esta razón en este trabajo nos proponemos identificar dichos factores psicológicos y sociales que han demostrado influir en el proceso de dolor crónico.

Desde la fisioterapia, que aborda el dolor crónico, es necesario que se conozcan los factores que intervienen en este proceso para poder desarrollar estrategias comunicativas que detecten y reduzcan las creencias erróneas sobre el dolor y poder ampliar los conceptos de enfermedad más allá de lo físico-orgánico(4). Por consiguiente, la educación a los pacientes será clave para entender y en consecuencia reducir la discapacidad asociada (2). Como coadyuvante a las intervenciones fisioterapéuticas basadas en masoterapia, desensibilización, estimulación nerviosa, termoterapia, y sobre todo ejercicio terapéutico (20).

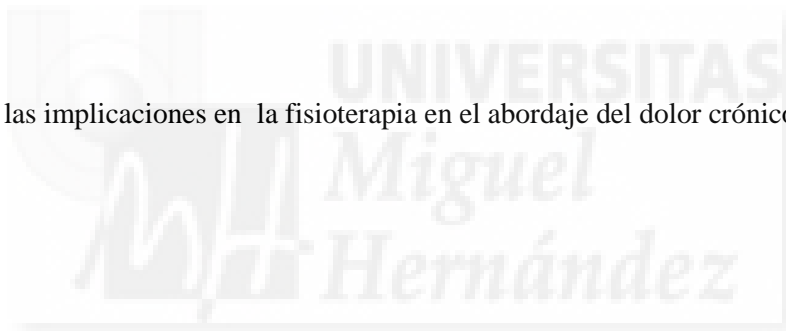
3. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Identificar los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo y persistencia de los problemas del dolor crónico.

Objetivos específicos:

- Determinar las principales variables psicosociales que influyen en la percepción del dolor
- Identificar qué tipo de factores psicosociales-influyen en el proceso de cronificación.
- Identificar las implicaciones en la fisioterapia en el abordaje del dolor crónico.



4. MATERIAL Y MÉTODOS:

El código de investigación responsable es: TFG.GFI.ALB.LPE.210525

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante los siguientes descriptores: “chronic pain”, “psychosocial variables”, “physiotherapy y prevalence”. Los operadores booleanos utilizados fueron AND y las bases de datos consultadas para la búsqueda fueron Pubmed, Google académico y Enfispo.

Al fin de conseguir información ajustada al objetivo del trabajo, se establecieron unos criterios de inclusión que son los siguientes:

- Que el objetivo de estudio sea el dolor crónico
- Que incluyan las variables psicosociales en relación al dolor crónico.
- Estudios de los últimos 20 años.
- El idioma de los estudios en inglés o español.
- Disponibilidad de texto completo.
- Rango de edad media 45 a 64 años.

En Pubmed se realizó una búsqueda mediante la siguiente ecuación de búsqueda: ((chronicpain) AND (biopsychosocial)) AND (prevalence), y se obtuvo un total 275 resultados que al aplicar los criterios de inclusión se redujo a 39 TRABAJOS. Finalmente se seleccionaron un total de 4 artículos, Y EL RESTO PQ NO?.

En la base de datos Google Academy, al introducir los términos de búsqueda “chronicpain”, “psychosocial variables” y “physiotherapy” y al aplicar criterios de inclusión se redujeron a 4000 resultados. Finalmente se seleccionaron 14 artículos.

En la base de datos de Enfispo tras introducir los términos de “chronicpain” y “psychosocial variables” aparecieron 399 resultados que al añadir los criterios de inclusión fueron elegidos 2.

En conclusión, tras la búsqueda bibliográfica en estas 3 bases de datos se obtuvieron 21 artículos válidos de acuerdo a los criterios de selección detallados anteriormente.

5. RESULTADOS:

En la tabla 1 representada en el apartado de anexos se nombran las escalas empleadas en los diferentes artículos para valorar las variables psicosociales que influyen en la cronificación del dolor. ~~de los~~

El modelo biomédico explica la enfermedad basándose en procesos somáticos del cuerpo centrándose en gran medida en desequilibrios bioquímicos y las anomalías neurofisiológicas. Sin embargo, el modelo biopsicosocial evalúa la integridad del paciente con la mente y cuerpo como entidades interconectadas reconociendo los componentes biológicos, psicológicos y sociales del dolor y la enfermedad (16). Por tanto, es importante definir aquellas variables que influyen y se asocian a una mala recuperación de la lesión.

Ansiedad:

Tanto la ansiedad relacionada con una situación, como el nivel personal de ansiedad son factores importantes en el dolor crónico (12). Resulta común en los síndromes de dolor crónico que los pacientes se encuentren ansiosos y preocupados por falta de explicación de sus síntomas (10).

Miedo al movimiento:

El miedo es una consecuencia frecuente del dolor, evitar una actividad que lo provoque es razonable durante el dolor agudo. Por el contrario, en el caso del dolor crónico puede servir como impedimento para la recuperación (11). Debido a experiencias previas de los pacientes, estos pueden tener miedo a realizar ciertos movimientos y los acaban evitando (12). De esta manera, anticipan que aumentará su dolor o se exacerbará ante ciertas actividades. Todo esto puede contribuir a motivar la inactividad pudiendo provocar una mayor discapacidad posteriormente. (10). El miedo relacionado con el dolor, conduce a actitudes de evitación ante ciertas actividades creándose respuestas adaptativas ante estímulos neutros predictivos de la aparición del dolor que comienzan a provocar conductas de miedo por la anticipación al dolor incluso cuando hay ausencia de él (6). En consecuencia se puede reducir los umbrales de dolor y tolerancia, aumentar más la evitación a la actividad y contribuir al desacondicionamiento(11).

Ira:

El sentimiento de injusticia puede provocar ira en el paciente sobre todo en la fase crónica después de un accidente automovilístico (12). Se considera que la ira en el dolor crónico puede deberse tanto a estados en la personalidad debidos a conflictos inconsistentes como reacción ante la presencia de síntomas que no se alivian o solucionan mediante el tratamiento. Por tanto, los sentimientos de ira y la frustración sobre la exacerbación del dolor y la aceptación del tratamiento son predictores del dolor crónico y la presencia de estos puede ser un factor limitante en la recuperación lesión o patología (10).

Sentimientos depresivos:

Existe una relación bidireccional entre el miedo y la ansiedad. En este sentido, una buena forma para que los pacientes lo entiendan y no se sientan etiquetados es explicando que este sentimientos es una consecuencia normal en el dolor (12).

Estrés:

Respecto al estrés, puede hacer referencia a aquel que es provocado por un evento traumático anterior y que se revive con frecuencia o se evitan situaciones que les recuerdan al evento. Por otro lado, también hace referencia al estrés relacionado con actividades de la vida diaria o condiciones personales concretas, como el laboral, financiero, etc. (12). Aplicando técnicas de atención plena en relación a la calidad de vida, el estado anímico y factores estresantes psicosociales. Del estrés, lo mejoran la sensación de estrés (13).El estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción y responde a situaciones de protección y adaptación al medio. Cuando el organismo recibe una amenaza real o potencial se produce una reacción de estrés. Un estrés mantenido puede provocar una contracción muscular sostenida en el tiempo, por acortamiento del sacómero, provocando una reacción de inflamación que puede provocar dolor, perpetuación del mismo y alteraciones musculoesqueléticas. Sabiendo que los factores psicosociales pueden actuar como factores estresantes es interesante modularlos para poder así controlar el dolor (6).

Además del estrés físico, las respuestas al estrés biológico se pueden dar por factores estresantes

psicosociales. Esta respuesta impulsada por el sistema nervioso autónomo se refleja en los sistemas que regulan la homeostasis y la adaptación de los “peligros” externos e internos. La activación mantenida o repetida en el tiempo de estos sistemas reguladores puede provocar cambios desfavorables en el individuo así como una carga biológica acumulada en el organismo (14) .

Actitudes y creencias sobre el dolor:

Las actitudes y creencias sobre el significado de los síntomas y el dolor, la capacidad para controlarlo, el impacto que tiene en su vida son algunas de las variables que afectan al dolor crónico (11). Pueden reflejarse en cansancio la mayoría del tiempo, falta de concentración, sentimiento de impotencia, impedimento para funcionar con normalidad (7). Descansar y proteger el área dañada después de una lesión aguda es un comportamiento adaptativo favorable para la recuperación, pero en el caso del dolor crónico, suele darse el caso contrario y ser un comportamiento desadaptativo. Actitudes de hipervigilancia pueden predisponer a los pacientes a prestar más atención de la debida a ciertos síntomas y crear así problemas adicionales que empeorarán el dolor (11).

Se pueden contemplar dos tipos de creencias: las creencias de recursos, relacionadas con el control y predicción del dolor y las creencias de indefensión, relacionadas con la falta de control y predicción del dolor. Así pues, las creencias de recursos favorecerá las autoafirmaciones de afrontamiento (positivas) y las creencias de indefensión facilitarán las autoafirmaciones catastrofistas (negativas). Por tanto, un paciente con creencias de indefensión relacionarán de manera positiva la intensidad del dolor que perciben. Mientras que las creencias de recursos lo harán de forma negativa, percibiendo de esta manera una menor intensidad del dolor percibido (22). Por tanto, las creencias y expectativas que tienen los pacientes respecto a cómo tratar su dolor tiene gran influencia en el resultado del tratamiento establecido. Estas creencias previas al tratamiento pueden interferir en el progreso de este (3).

Catastrofismo:

La catastrofización está asociada con un aumento del dolor y la disfunción física y psicológica (10). Esta experiencia de dolor presente o anticipada resulta magnificada aumentando la gravedad y el impacto de la misma (6). Debido a que las creencias catastrofistas y de evitación del miedo participan en las respuestas

desadaptativas al dolor y en la perpetuación de este, es importante corregir este tipo de creencias negativas (10). Esta respuesta cognitiva y emocional hacia el dolor magnifica estas sensaciones además de las preocupaciones relacionadas con él. Por tanto, se asocia con una mayor intensidad del dolor, discapacidad, ansiedad y depresión. Además se superpone e interactúa con otros factores posicionales (15). La catastrofización puede aumentar el dolor y la discapacidad mediante el entorno social. Esto sucede cuando el individuo adopta como estrategia de afrontamiento el apoyo o empatía del entorno social. Se solicitan respuestas deseables o de refuerzo pudiendo llegar a ser claves para la evolución del dolor.

Control percibido y autoeficacia:

El control percibido al dolor hace referencia a la creencia de poder influir en la duración, intensidad y frecuencia del dolor. Esta creencia en la capacidad de dominio del dolor en relación con ejecutar actividades y tareas (6), es capaz de modificar la interpretación de un estímulo doloroso pudiéndose así calificar como más o menos doloroso o peligroso aumentando o disminuyendo así la tolerancia al dolor (10). Cuando los intentos de controlarlo fallan, esto puede llevar a sentimientos de frustración que afectan negativamente. En lugar de intentar controlarlo, sería más eficaz intentar controlar el efecto del dolor en la vida.

En relación al control percibido está el constructo de la autoeficacia, que es la convicción de poder realizar con éxito una acción determinada con un resultado deseable. Esto puede llegar a ser muy interesante para el paciente puesto que un alto nivel de autoeficacia frente a una experiencia de dolor puede promover comportamientos para mejorar la salud y mejor adherencia al tratamiento y recomendaciones de los sanitarios (10). Los pacientes con expectativas de autoeficacia baja tienen menor probabilidad de adoptar actitudes de afrontamiento que aquellas con expectativas de autoeficacia altas por tanto, aquellos que dudan de su eficacia ante el control del dolor tenderán a rendirse fácilmente ante la ausencia de resultados rápidos aumentando anticipaciones al dolor que crean una excitación fisiológica que exacerba el dolor y aumenta la tensión corporal (11).

Trauma:

Existe una asociación entre el trauma psicológico y físico y el dolor crónico. Abusos sexuales, físicos y psicológicos forman a ser parte de factores de riesgo para desarrollar en un futuro síndromes de dolor crónico. Este trastorno postraumático (15).

Apoyo social:

El entorno social cercano en forma de padres, parejas y amigos, compañeros de trabajo ejerce una gran influencia en relación a la percepción del dolor pudiendo facilitar o dificultar la adaptación al síndrome. Por otro lado, la relación que se crea entre el terapeuta y paciente es crucial para conseguir buenos resultados en los tratamientos (15). Por ese motivo, es importante averiguar si existen esos factores condicionantes que pueden ser útiles y positivos para el paciente o estresantes y perjudiciales(4). Y aunque el dolor sea una experiencia privada y personal, puede ser influenciado por las personas presentes en la vida del individuo que tiene dolor (17).



6. DISCUSIÓN:

En la revisión de la literatura realizada se pone de manifiesto que los autores/as consideran que las variables psicosociales descritas anteriormente están directamente relacionadas con el proceso de dolor, perpetuación y aumento de la percepción de la intensidad (4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22). Sin embargo, algunas investigaciones discrepan de dichos resultados, evidenciando que hasta el momento no ha sido posible encontrar una causa efecto para el fenómeno del dolor crónico en relación a la intervención de las variables psicosociales descritas anteriormente o simplemente no ha sido significativa la relación entre el dolor y las variables (18).

Existe evidencia para afirmar que las variables psicosociales están implicadas en el proceso de cronificación del dolor, modulando su intensidad y duración. Sin embargo, otros estudios como describen que no es posible establecer una causalidad entre el dolor y los pensamientos catastrofistas (21). Así pues, se puede concluir que las cogniciones catastrofistas influyen en la adaptación al problema del dolor.:-

Por otro lado, se afirma que la asociación entre intensidad del dolor y los miedos relacionados con el dolor no fueron significativos. Las interpretaciones a los resultados de este estudio son abiertas a discusión se interpreta que esta relación tiene una relevancia clínica limitada. La inexistencia de estas asociaciones puede deberse a la definición inapropiada de la intensidad del dolor y los miedos relacionados con este en las escalas NRS, TSK y FABQ (18).

En base a los estudios seleccionados se puede afirmar la existencia de variables psicosociales que participan en el proceso de cronificación del dolor aunque otros estudios establezcan conclusiones diferentes. Las personas no solamente varían la forma de afrontar el dolor, sino también en sus creencias sobre su causa del dolor, la futura trayectoria de evolución de la lesión y la culpa de su dolor (17). En general, los estudios coinciden en que las variables definidas son importantes para controlar el dolor y sus efectos en las actividades de la vida diaria siendo un aspecto muy importante a tener en cuenta a la hora de establecer un tratamiento para un paciente con estas características de dolor.

7. CONCLUSIONES:

Las principales variables psicosociales implicadas en el proceso de cronificación del dolor según la literatura revisada son: ansiedad, miedo al movimiento, ira, sentimientos depresivos, estrés, actitudes y creencias sobre el dolor, apoyo social, pensamiento catastrofista, control percibido y autoeficacia y trauma.

Respecto al papel del fisioterapeuta en la intervención del dolor crónico, es de gran importancia conocer todos estos factores biopsicosociales implicados en este proceso de cronificación para poder enfocar un tratamiento integral del sujeto y poder identificar estos factores que están entorpeciendo la evolución del paciente, aumentando de esta manera la calidad de la intervención fisioterapéutica.

Además, la fisioterapia adopta una gran relevancia a la hora de establecer tratamientos para individuos que padecen dolor crónico ya que debe adoptar un modelo que englobe en la experiencia dolorosa estas variables implicadas, las cuales están relacionadas con la neuroplasticidad del SNC, la memoria y el aprendizaje.

Es importante tener en cuenta tanto el modelo biomédico como el modelo biopsicosocial siendo en la fisioterapia muy interesante compaginarlo con el segundo modelo para poder así tener un enfoque holístico sobre la patología y el dolor especialmente cuando se necesita evaluar y proponer un tratamiento interdisciplinario de enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta ambos modelos podremos observar las diferencias individuales que explican los diferentes patrones de síntomas que presenta cada paciente específico y nos servirá como una valiosa herramienta para una intervención más eficaz y eficiente en el campo de la fisioterapia.

Por último, cabe destacar la importancia de la educación a los pacientes en este tipo de problemas, ya que una estrategia educativa que aborde la neurofisiología y neurobiología del dolor ya que tiene un efecto positivo sobre la manera de cómo enfocar el camino de la evolución desde el punto de vista del paciente (6).

8. ANEXO DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla número 1:

ARTÍCULO	FACTORES PSICOSOCIALES MEDIDOS	ESCALA DE VALORACIÓN
<p>Título: Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution</p> <p>Año:2002</p> <p>Autores: Dennis C. Turk, Akiko Okifuji.</p>	<p>1. Creencias y expectativas del paciente.</p> <p>2. Evitación del miedo y el daño</p> <p>3. Autoeficacia</p>	<p>1. Cuestionario de cambio de etapas del dolor (PSOCQ)</p>
<p>Título: Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico.</p> <p>Año: 2003</p> <p>Autores: Laura Camacho Martel y María Teresa Anarte Ortiz.</p>	<p>1. Creencias y autoafirmaciones</p> <p>2. Percepción del dolor:</p> <p>3. Estado de ánimo deprimido:</p>	<p>1. Pain-related Control Scale (PRCS) consta de 15 ítems y evalúa las actitudes generales sobre el dolor y esquemas cognitivos en pacientes con dolor crónico.</p> <p>2. Pain-Related Self-Statements (PRSS) consta de 18 ítems y evalúa el afrontamiento cognitivo en pacientes con dolor crónico. Y el Cuestionario de Evaluación del Dolor McGill</p> <p>3. Escala de perfil de estados de ánimo POMS para evaluar la autodescripción de las emociones</p>
<p>Título: Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S dolor iatrogénico.</p> <p>Año: 2005</p> <p>Autores: F. Puebla Díaz</p>	<p>1. Percepción del dolor</p>	<p>1. Escala analgésica de la OMS y escala visual analógica (EVA)</p>
<p>Título: Are pain intensity and pain related fear related to functional capacity evaluation performances of patients with chronic low back pain?</p> <p>Año: 2007</p> <p>Autores: Reneman, Michiel F. Schiphorts Preuper, Henrica R. Kleen, Marco Geertzen, Jan H.B. Dijkstra, Pieter U.</p>	<p>1. Creencias sobre el dolor</p> <p>2. Miedo al movimiento</p>	<p>1. Cuestionario de creencias para evitar el miedo (FABQ) que consta de 16 ítems</p> <p>2. Escala de Tampa de kinesiofobia (TSK).</p> <p>3. The Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) para evaluar la discapacidad autoinformada con 24 ítems.</p>

ARTÍCULO	FACTORES PSICOSOCIALES MEDIDOS	ESCALA DE VALORACIÓN
<p>Título: Impact of biopsychosocial factors on chronic pain in persons with myotonic and facioscapulohumeral muscular dystrophy.</p> <p>Año: 2009</p> <p>Autores: Jordi Miró, PhD1, Katherine A. Raichle, PhD2,4, Gregory T. Carter, MD, MS2, Sarah A. O'Brien2, Richard T. Abresch, MS3, Craig M. McDonald, MD3, and Mark P. Jensen, PhD2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción del dolor 2. estado cognitivo y psicológico 3. Catastrofismo 4. Creencias y afrontamiento al dolor 2. Apoyo social 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escala Brief Pain Inventory (BPI) para evaluar el grado de interferencia del dolor. 2. Escala de salud mental SF-36 de 5 ítems para evaluar el funcionamiento psicológico. 3. Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) para evaluar las cogniciones catastrofizantes. 4. Inventario de afrontamiento del dolor crónico con 70 ítems (CPCI) que evalúa la frecuencia con la que los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento del dolor. 5. Escala multidimensional de apoyo social recibido (MSPSS) de 12 ítems que evalúa las percepciones de los pacientes respecto al apoyo social familiar, de amistad y pareja.
<p>Título: Evaluación clínica de la fisioterapia biopsicosocial de pacientes con dolor crónico: el primer paso en la educación en neurociencia del dolor.</p> <p>Año: 2016</p> <p>Autores: Amarins J. Wijma, PT, PhD, C. Paul van Wilgen, PT, PhD Mira Meeus, PT, PhD, and Jo Nijs, PT, PhD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cognición y percepciones 2. Catastrofismo. 3. Ansiedad 4. Miedo al movimientos 5. Ira 6. Sentimientos depresivos 7. Estrés 8. Motivación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario Breve de percepción de la enfermedad (Brief IPQ) con 13 ítems se basa en un modelo de autorregulación del dolor basado en el sentido común) evalúa las percepciones de dolor del paciente. 2. Escala de catastrofización del dolor (PCS) con 13 ítems. 3. Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI) con 20 ítems. 4. Tampa-Scale of Kinesiofobia (TSK) con 17 ítems. 5. Cuestionario de experiencia de injusticia (IEQ) 6. Cuestionario de salud del paciente de dos elementos (PHQ-2) y escala de centros de estudios epidemiológicos (CES-D) 8. Escala de Inflexibilidad Psicológica (PIPS) con 16 ítems y utilizada para evaluar la evitación al dolor y la fusión cognitiva con el dolor.
<p>Título: Socioeconomic factors, psychological factors, and function in adults with chronic musculoskeletal pain from rural Nepal</p> <p>Año: 2018</p> <p>Autores: Sharma, Saurab Pathak, Anupa Jha, Jyoti Jensen, Mark P.</p> <p>(19)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción del dolor 2. Pensamiento catastrofista 3. Depresión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escala de calificación Numérica (NRS) 2. Escala de Likert de 5 puntos para evaluar los pensamientos catastrofistas. 3. Inventario de depresión de Beck (BDI) de 21 ítems.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “painProposal.” *Rev la SocEsp del Dolor* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 25];21(1):16–22. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=en
2. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. In: *Oncología*. 2005. p. 33–7.
3. García Espinosa MV. Talking about chronic pain [Internet]. Vol. 50, *Atencion Primaria*. ElsevierDoyma; 2018 [cited 2021 Mar 28]. p. 318–9. Available from: </pmc/articles/PMC6836905/>
4. Morales Osorio MA. Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico. *RevFac Ciencias la Salud UDES* [Internet]. 2016 Dec 30 [cited 2021 Apr 11];3(2):97. Available from: <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v3i2.200>
5. M^aPedrajas Navas J, Molino González ÁM. Bases neuromédicas del dolor Neuro-medical bases of pain. 2008;19(3):277–93.
6. Pérez Muñoz M, Pérez Martín Y. Los factores psicosociales en el dolor crónico . *Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial*. *RevInvestig y Educ en Ciencias la Salud*. 2018;3:2530–787.
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287.
8. Samoborec S, Simpson P, Ruseckaite R, Aytton D, Evans SM. Biopsychosocial factors associated with poor health-related quality of life after minor to moderate transport-related injuries: Insights into the victorian compensable population. *J Rehabil Med*. 2020;52(2).
9. Sundstrup E, Jakobsen MD, Brandt M, Jay K, Aagaard P, Andersen LL. Associations between biopsychosocial factors and chronic upper limb pain among slaughterhouse workers: Cross sectional study. *BMC MusculoskeletDisord* [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 15];17(1). Available from:

/pmc/articles/PMC4769589/

10. Gatchel RJ, Bo Peng Y, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain. *Psychological Bull.* 2007;133(4):581–624.
11. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *J Consult ClinPsychol* [Internet]. 2002 [cited 2021 Apr 20];70(3):678–90. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.70.3.678>
12. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2016;32(5):368–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651>
13. Jay K, Brandt M, Hansen K, Sundstrup E, Jakobsen MD, Schraefel MC, et al. Effect of individually tailored biopsychosocial workplace interventions on chronic musculoskeletal pain and stress among laboratory technicians: Randomized controlled trial. *Pain Physician* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2021 Mar 25];18(5):459–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26431123/>
14. Wippert PM, Wiebking C. Stress and alterations in the pain matrix: A biopsychosocial perspective on back pain and its prevention and treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(4).
15. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes [Internet]. Vol. 87, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* Elsevier Inc.; 2018 [cited 2021 Apr 20]. p. 168–82. Available from: /pmc/articles/PMC6067990/
- 16.. Bevers K, Watts L, Kishino ND, Gatchel RJ. The Biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. *US Neurol.* 2016;12(2):98–104.
17. Irwin RJ, La W, Keefe FJ. Dolor : manejo y mecanismos biopsicosociales. 2016;801–5.
18. Reneman MF, SchiphortsPreuper HR, Kleen M, Geertzen JHB, Dijkstra PU. Are pain intensity and pain related fear related to functional capacity evaluation performances of patients with chronic low back pain? *J OccupRehabil* [Internet]. 2007 Jun [cited 2021 Apr 15];17(2):247–58. Available from: /pmc/articles/PMC1915618/

19. Sharma S, Pathak A, Jha J, Jensen MP. Socioeconomic factors, psychological factors, and function in adults with chronic musculoskeletal pain from rural Nepal. *J Pain Res.* 2018;11(Octobe):2385–96.
20. Lioffi C, Rajapakse D, Howard RF. Presentation and management of chronic pain. [cited 2021 Apr 20]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/260271538>
21. Miró J, Raichle KA, Carter GT, O'Brien SA, Abresch RT, McDonald CM, et al. Impact of biopsychosocial factors on chronic pain in persons with myotonic and facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2009 Aug [cited 2021 Apr 15];26(4):308–19. Available from: [/pmc/articles/PMC2845314/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19111114/)
22. Camacho Martel L, Teresa M, Ortiz A. Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico [Internet]. Vol. 15, *Psicothema*. 2003 Dec [cited 2021 Mar 28]. Available from: www.psychothema.com

