



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2019-2020

Trabajo Fin de Máster

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CUADRO ANSIOSO-
DEPRESIVO: UN ESTUDIO DE CASO**

Autor/a: Yolanda Ferriz Puche

Tutora: M^a Carmen Neipp López

Convocatoria: Junio/Julio 2020

Resumen

El presente estudio trata sobre un caso único en una paciente con cuadro ansioso-depresivo derivado del padecimiento del dolor crónico por Síndrome de Sudeck. El objetivo de esta intervención fue incrementar el bienestar psicológico de la paciente dotándola de herramientas y estrategias de afrontamiento más adaptativas, reduciendo también su sintomatología depresiva y ansiosa y teniendo un mejor manejo del dolor, repercutiendo positivamente en su autoestima. Para ello, diseñé una intervención utilizando técnicas de la terapia cognitivo-conductual junto con algunas herramientas de la Psicología Positiva. Los instrumentos empleados fueron: Escala de Autoestima de Rosenberg, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Escala de bienestar psicológico de Ryff y una escala de dolor. Los resultados revelan que hubo un incremento en las puntuaciones de autoestima y de bienestar psicológico, mientras que hubo un descenso en ansiedad, depresión e intensidad del dolor. En cuanto al estilo de afrontamiento, la paciente adoptó unas estrategias más adaptativas y positivas.

Las conclusiones del estudio revelan que la intervención ha sido eficaz ya que se cumplieron los objetivos mencionados.

Abstract

The present study deals with a unique case in a patient with anxiety-depressive symptoms derived from chronic pain suffering from Sudeck Syndrome. The general objective was increase psychological well-being in the patient equipping her with adaptative and positive tools and coping strategies, also reducing her depressive and anxiety symptoms and having better pain management, positively impacting her self-esteem. For it, I used experimental methodology through cognitive behavioral therapy with some tools from Positive Psychology. The instruments used were: Rosenberg Self- Esteem Scale, Stress Coping Questionnaire in Cancer Patients (CAEPO), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Ryff's Psychological Well-being Scale and a pain scale. The results showed an increase in self-esteem and psychological well-being scores while there was a decrease in anxiety, depression and pain intensity. In terms of coping style, the patient adopted more adaptative and positive strategies.

The conclusions about the studio reveal that the intervention has been effective since the established objective were met.

Introducción

Una de las demandas más comunes en atención médica es el dolor, siendo éste una de las causas de mayor incapacidad. Sin embargo, no debemos olvidar que el dolor no sólo engloba aspectos médicos/físicos, sino también afectivos y cognitivos. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1994, p. 209-214) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional displacentera relacionada con daño potencial o real del tejido, en el que dicho daño es subjetivo, siendo el dolor agudo o crónico” El dolor crónico es el síntoma principal en lo que llamamos síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC), clásicamente conocido como distrofia simpático refleja o Síndrome de Sudeck. Dentro de este síndrome, podemos distinguir tres estadios en función de la gravedad, la intensidad y la duración de los síntomas. A mayor gravedad de síntomas, mayor probabilidad de desembocar en manifestaciones psicológicas como son ansiedad o depresión, ya que conlleva grandes limitaciones físicas, que impiden a la persona que lo padece poder desempeñarse de manera óptima en el ámbito laboral, personal y social. En algunas ocasiones, incluso, estas personas presentan algún grado de incapacidad laboral o discapacidad como consecuencia de la disfunción que supone ese dolor crónico (Vicente, 2011).

El Síndrome de Sudeck puede ir acompañado de estos síntomas y signos médicos: dolor intenso, mayor sensibilidad táctil y sensibilidad de las terminaciones nerviosas donde se encuentra el daño, déficit sensorial y cambios en la piel (como temperatura, color, etc.). A nivel motor también pueden presentarse disfunciones (limitación de movilidad articular y alteración muscular, entre otras; Cuenca et al., 2012).

Por tanto, este tipo de síndrome, es importante abordarlo lo más precozmente posible para disminuir las posibilidades de cronificación. El tratamiento ha de ser multidisciplinar e individualizado. Dicho tratamiento estaría enfocado en controlar el dolor con ayuda de la farmacología y otras herramientas, dar movilidad a esa zona dañada dentro del umbral del dolor mediante terapia ocupacional o fisioterapia (rehabilitación) y atender los síntomas o problemas psicológicos que puedan surgir en este proceso. De este punto se deriva la importancia de que los distintos profesionales actúen a la par y con la mayor coordinación posible para trabajar en los diferentes aspectos que quedan afectados debido a este síndrome: físicos/médicos, psicológicos y sociales, entendiendo que estos componentes o aspectos coexisten de manera interdependiente.

Dentro de la terapia psicológica para el tratamiento del dolor, se ha trabajado desde la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de conducta, Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia basada en Mindfulness (Sturgeon, 2014). Las dos últimas terapias, se engloban dentro de lo que llamamos terapias de tercera generación. De la última, hablaremos más adelante, ya que esta técnica la utilizaremos para el tratamiento del dolor crónico.

Desde el enfoque psicológico, sería importante incluir la psicoeducación sobre síntomas de la enfermedad, fisiopatología, evolución y las posibles interacciones con los factores psicológicos. Esta intervención psicoeducativa habría de hacerse tanto a la persona que padece la enfermedad, así como a su entorno más cercano. La finalidad de ésta, es dotarles de mayor claridad y entendimiento del proceso del dolor crónico y su relación con los síntomas psicológicos, reduciendo así la incertidumbre, permitiendo que puedan abordar el problema de

una forma óptima y adaptativa. En el caso concreto de los familiares, ayuda a que puedan desarrollar la empatía hacia la persona que padece la enfermedad.

Como síntomas psicológicos no sólo entendemos la ansiedad o depresión, sino otros como la desesperación, la culpa, etc., que han de abordarse también en la terapia. Asimismo, y como mencionábamos anteriormente, no sólo trabajaremos con el/la paciente que padece dolor, sino que es importante incluir, siempre que sea posible, en este proceso a los familiares, ya que no siempre entienden qué está pasando y sobre todo, hasta qué punto está repercutiendo esta enfermedad a la persona. En este bloque, es primordial hablar sobre la teoría de la compuerta del dolor, haciendo hincapié en la valoración de los aspectos cognitivos y motivacionales y cómo se relacionan las creencias sobre el dolor y la manera en la que actuamos en referencia al mismo (Melzack y Casey, 1968).

Otro foco de atención es dotar a la persona que lo sufre de estrategias y técnicas para el manejo de la ansiedad y el estrés, que derivan del padecimiento de dolor crónico, así como facilitarle pautas de higiene del sueño y la alimentación, ya que estas áreas también suelen verse afectadas. Se ha observado que personas con sintomatología ansiógena tienden a utilizar estrategias de afrontamiento desadaptativas, mientras que las que no presentan esta sintomatología, utilizan estrategias más adaptativas (Gantiva et al., 2010). En esta línea, se encuentran estudios de Pita et al. (2009) que correlacionan un mayor nivel de sintomatología depresiva y ansiosa con un estilo de afrontamiento negativo. Esto nos llevaría a pensar que si dotamos a la persona de unas óptimas estrategias de afrontamiento en el proceso de la enfermedad o del dolor crónico, se podrían atenuar los síntomas psicológicos como ansiedad y

depresión. Es importante saber que en muchas ocasiones, existe una estrecha relación entre ansiedad, depresión y dolor, formando un círculo vicioso, aunque no todos los pacientes oncológicos presentan cuadros ansiosos o depresivos. No hay que olvidar que el dolor activa el sistema de alerta, aumenta el miedo, la ansiedad, el estrés y en consecuencia, se pone mayor atención al dolor, haciendo que en ocasiones, éste se agrave (Palao y Rodríguez, 2016). Otros autores como Truyols et al. (2008) apuntan que las creencias de incontrolabilidad del dolor y una baja autoeficacia se relacionan con una mayor incapacidad, inadaptación y un peor ajuste.

Haciendo un análisis de estas variables, y comenzando con la ansiedad, en relación al dolor, podemos establecer varias posibilidades: a) el dolor contribuye a los sentimientos de ansiedad; b) a su vez, la ansiedad puede hacer que las personas sean más sensibles al dolor y sus efectos negativos; y c) la ansiedad, asociada o no con el miedo, mantiene la experiencia del dolor debido a la hipervigilancia y conductas evitativas, prediciendo de esta manera, la discapacidad relacionada con el dolor (Keefe et al., 2004; Tan et al., 2008).

En cuanto a la depresión, diversos estudios como el de Keogh et al. (2006), Munce y Stewart (2007) y Woby et al. (2007) apuntan que hay una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y presencia y gravedad del dolor. Un año más tarde, Baker et al. (2008) y Miró et al. (2008) llegan a esta misma conclusión. De esta manera, autores como Bär et al. (2005), Dysvik et al. (2005) y Newth y Delonguis (2004) ponen de manifiesto que son muy comunes los trastornos del espectro depresivo entre las personas con dolor crónico. Tal y como ocurre con la ansiedad, la depresión puede contribuir a la experiencia del dolor en sí mismo (retroalimentándola), dada la evidencia de que las personas con depresión o una personalidad

depresiva tienen una mayor sensibilidad al dolor agudo y crónico (Bär et al., 2005; Miró et al., 2008).

Teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento, podemos hablar de estilo de afrontamiento negativo o positivo. En referencia al primero, se ha observado que cuando se utilizan estrategias desadaptativas se relacionan con un aumento del dolor y discapacidad con el tiempo, y en ocasiones, con una sintomatología depresiva más grave (Arraras, Wright et al., 2002; Valente et al., 2009). Asimismo, las personas que tienden al uso de este tipo de estrategias, evalúan al dolor como más incapacitante, percibiendo que no pueden hacer frente a éste (la persona se siente desbordada en cuanto a los recursos de los que dispone) y tiende a una mayor represión de las emociones (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005).

Por el contrario, el uso de estrategias de afrontamiento positivas y activas ayudan a mejorar la percepción del dolor y a tener un mayor control sobre éste, mayor autoeficacia y confianza en la mejora o solución. Esto consecuentemente, se deriva en un manejo directo sobre éste e índices de ajuste físico y psicológico mayores, asociándose de forma negativa con la depresión (Esteve et al., 2007).

Otra de las variables a considerar en este estudio es la autoestima definida, según Cerviño (2008) como “la percepción y el sentimiento hacia uno mismo, que surge de la interacción de procesos culturales, sociales, familiares y otros interpersonales”. Una baja autoestima se relaciona con muchas condiciones de salud crónicas, teniendo a su vez, una implicación negativa en el pronóstico clínico (Hegarty y Wall, 2014).

El presente trabajo, aborda la situación de una persona que sufre un cuadro ansioso-depresivo, derivado del padecimiento de dolor crónico (Síndrome de Sudeck), el cual trabajaremos con la terapia cognitivo-conductual, como tratamiento de primera elección para este tipo de casos dada su alta eficacia, tal y como hemos mencionado más arriba. Sin embargo, y dada la importancia de resaltar las cualidades positivas de las personas, según señala la Psicología Positiva (Seligman, 1999), se hace necesario, incluir este enfoque en esta intervención, centrándonos no sólo en el sufrimiento, reducción del dolor, patologías, etc., sino también en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez y Hervás, 2009). Desde este enfoque Peterson et al. (2007) argumentan que las personas podrían valorar las experiencias pasadas como satisfactorias, manteniendo la esperanza y el optimismo hacia el futuro, a la vez que podríamos apreciar la felicidad en el presente.

En esta línea, encontramos estudios sobre la prevención en el ámbito de la salud, donde se vieron que fortalezas humanas como la perseverancia, el coraje, la esperanza, las habilidades interpersonales, etc. actúan de amortiguadores de la salud mental y del impacto de los eventos negativos vitales (Peterson et al., 2007). De igual manera, experimentar emociones positivas como alegría, gratitud, humor, etc., lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta, preparan al individuo para enfrentar con éxito las dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2003). Por ello, recurriremos a técnicas como el mindfulness, carta de gratitud y la herramienta “la pregunta del milagro”. Esta última se engloba en la terapia breve centrada en soluciones (Beyebach, 2017). El objetivo de utilizar esta herramienta es que la propia persona tome consciencia de las situaciones en las que el problema no está presente y

potenciarlas. Esto nos da los factores de cambio y nos ayuda a darnos cuenta de los obstáculos que nos impiden alcanzar lo que queremos. En otras palabras, se busca evocar en la persona un sentimiento de esperanza y motivación, elaborando una situación futura que parezca posible, ayudándola a progresar más allá de su problema, creando un contexto más positivo. De esta manera, se pasa de focalizar la atención del problema a la solución (De Jong y Kim Berg, 2002), reduciendo así el malestar psicológico de la persona y haciendo hincapié en los recursos que dispone (elemento potenciador o de mejora; O'Hanlon y Wiener-Davis, 2003).

La utilización de la técnica de mindfulness ha demostrado ser eficaz para mejorar la regulación emocional, disminuir la evitación experiencial y el miedo, modular la percepción del estímulo doloroso y favorecer los cambios estructurales y funcionales hacia una mejor adaptación al dolor (Palao y Rodríguez, 2016). Además, según apuntan los estudios de Linares et al. (2016), la práctica de mindfulness se asocia con menores niveles de depresión y un aumento en la sensación de bienestar psicológico. Utilizar esta técnica nos permite desarrollar la actitud de vivir aquí y ahora, en el momento presente, desvinculando así, el dolor de la valoración afectiva guiada por esa reacción de alarma. Nos invita a conectarse con las propias emociones negativas desde el no juicio y la aceptación, generando un diálogo interno amable y comprensivo para con nosotros mismos en situaciones en las que experimentamos malestar. De esta manera, se desarrollan estrategias dirigidas a superar las dificultades y se asume la responsabilidad ante los sucesos negativos (Albertson et al., 2014).

Partiendo de la base de lo anteriormente expuesto, el objetivo general que se plantea en este estudio es incrementar el bienestar psicológico en una paciente que presenta síntomas depresivos y ansiosos debido al padecimiento de dolor crónico.

Así, después de la intervención, las hipótesis que se plantean son las siguientes:

- 1) Se espera que la ansiedad se vea disminuida.
- 2) Se espera que la sintomatología depresiva disminuya.
- 3) Se espera que la paciente adopte estrategias de afrontamiento más adaptativas y positivas.
- 4) La paciente conseguirá controlar el dolor o una mejora en el manejo de éste.
- 5) Finalmente, se espera aumentar el bienestar psicológico de la paciente.

Método

Participantes

La intervención se ha llevado a cabo con un único sujeto. Se trata de una mujer de unos 56 años, casada y con una hija y un hijo. Ambos hijos están independizados, siendo el marido con quien convive. En el siguiente apartado, se detalla la historia de la paciente y por qué llegó a consulta.

Descripción del caso

Motivo de consulta: La demanda principal es la sintomatología ansioso-depresiva, que se ve agravada por el dolor crónico que padece (Síndrome de Sudeck) y su consecuente, limitación física. Esto le repercute a nivel personal, laboral y social.

Historia de la paciente: La paciente que acude a consulta tiene 56 años. Tuvo un accidente laboral en noviembre del 2006, en el que la tuvieron que intervenir en el hombro. Posteriormente, y tras otra intervención en la mano por el túnel carpiano, le establecen el diagnóstico de síndrome de Sudeck, localizado en hombro-mano. Desde el 2009, está siendo atendida por la Unidad del Dolor, donde le recetaron opiáceos. También, desde esta fecha, empezó a tomar antidepresivos. En junio del 2017, le detectan cáncer de mama. Al poco tiempo tras el diagnóstico, la someten a cirugía (mastectomía del pecho derecho) y posteriormente a un tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Tras todo esto, le hicieron una posterior reconstrucción. Sin embargo, rechazó el expansor, provocándole una úlcera, teniendo que retirárselo. Esto le trajo complicaciones, ya que el estado de la piel y su estado físico en general, empeoraron. Además de todo esto, tuvo otra intervención en el abdomen, con dificultades de cicatrización.

Posteriormente, en junio del 2018 la paciente se pone en contacto y solicita ayuda psicológica en la Asociación Comarcal de Personas Afectadas por el Cáncer de Villena (APAC), donde a día de hoy, recibe intervención psicológica y se beneficia de sesiones de fisioterapia, a la par que le llevan seguimiento en la Unidad del Dolor y en servicio de oncología.

Actualmente, está pendiente de nueva cirugía por necrosis grasa en el pecho derecho. Todos estos antecedentes, hacen que el dolor que padece se agrave, reduciendo en un alto porcentaje su movilidad, y hasta tal punto que le incapacita para llevar a cabo una vida normal, viéndose obligada a coger la baja laboral. Actualmente, cuenta con una ayuda económica, debido a que se le ha reconocido una incapacidad.

Esta paciente padece un cuadro ansioso-depresivo derivado del padecimiento de dolor crónico. Ella relata que no ha tenido buenas experiencias y buen trato con el personal sanitario y esto le genera mayor ansiedad de cara a la nueva intervención quirúrgica. Por otra parte, alega no tener mucho apoyo social y en ocasiones, afirma no sentirse escuchada y comprendida.



Variables e instrumentos de evaluación

Se le administraron los siguientes cuestionarios, que nos dieron información tanto cuantitativa como cualitativa de las diferentes variables que queremos evaluar:

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Atienza et al, 2000). Validada por De León y García (2016). Esta escala, que es autoadministrada, consta de 10 ítems y evalúa la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Las propiedades psicométricas de esta escala en población española apuntan a un valor

de .89 en el coeficiente alfa de Cronbach y un coeficiente de correlación test-retest a dos semanas de .91 (Tomás-Sábado y Limonero, 2008).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO; González, 2004). Validado por Miaja et al. (2016). Se trata de una prueba estandarizada que evalúa el afrontamiento ante el estrés que supone el diagnóstico de la enfermedad de cáncer y su proceso. Consta de 40 ítems organizados entorno a siete dimensiones o escalas: enfrentamiento y lucha activa (ELA); autocontrol y control emocional (ACE); búsqueda de apoyo social (BAS); ansiedad y preocupación ansiosa (APA); pasividad y resignación pasiva (PRP); huida y distanciamiento (HD) y negación (N). La suma de las 3 primeras escalas se corresponde con un estilo de afrontamiento adaptativo y positivo. La suma de las puntuaciones de las 4 últimas escalas se corresponde con un estilo de afrontamiento desadaptativo o negativo. Tras las puntuaciones directas de ambas, se obtendría un decatipo de cada una de ellas. Estas puntuaciones en decatipo se restan entre ellas. Si el resultado es positivo, diremos que el estilo de afrontamiento es positivo. Si por el contrario es negativo, el estilo de afrontamiento será negativo. En el caso de que las puntuaciones del estilo de afrontamiento negativo y las del estilo positivo sean iguales, diremos que el estilo de afrontamiento no está definido. La consistencia interna de las escalas oscila entre .78 y .92 (González, 2008; García-Conde et al., 2016).

Escala analógica del Dolor, en la que se le hicieron dos preguntas: a) ¿Con qué intensidad sientes dolor? (Me gustaría que le dieras una puntuación a tu dolor en una escala de 0 a 10, siendo 0 que no tienes dolor y 10 el peor dolor posible haciendo una media entre los días que más y menos le ha dolido) y b) ¿Con qué frecuencia siente dolor al día? Pocas veces- Algunas

veces-Muchas veces- Casi siempre- Siempre (pocas veces sería un dolor más bien puntual, en el otro extremo, casi siempre-siempre, es un dolor.

Escala de bienestar psicológico de Ryff. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff (Díaz et al., 2006). La versión original consta de 120 ítems. No obstante, nosotros utilizaremos la versión más abreviada, de 29 ítems, con formato tipo Likert de 5 opciones, agrupados por 6 dimensiones: autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, dominio ambiental y autonomía. Esta versión de 29 ítems presenta adecuadas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach entre .70 y .83 para las 6 dimensiones (Díaz et al., 2006).

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (H.A.D.) (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala ha sido validada en muestra española oncológica mostrando una consistencia interna de .85 para la subescala de Ansiedad y un .87 para la subescala de Depresión (López-Roig et al., 2000). Está compuesto por 14 ítems que configuran las dos subescalas mencionadas anteriormente (los ítems impares miden ansiedad, con una escala de respuesta que se puntúa de 3-0 y los pares, depresión, que se puntúa de 0-3). La puntuación total de cada subescala se obtiene por la suma de las puntuaciones directas de cada una de ellas, con un rango de 0-21, correspondiendo en ambos casos, una mayor puntuación a un mayor nivel de ansiedad o depresión.

También se utilizaron autorregistros para descubrir aquellas situaciones que producen mayor malestar subjetivo e identificar las distorsiones cognitivas empleadas (*Anexo 1*).

Previamente a la cumplimentación como tarea de casa, se le explicó a la paciente la relación entre pensamiento y emoción (Terapia Emotivo-Racional de Ellis; *Anexo 2*).

Otras tareas que realizó en casa fue el Diario de Gratitud, que consistía en dos partes: Por un lado, anotar en un cuaderno 3 cosas positivas que le habían sucedido en el día, al finalizar éste. Estas 3 cosas no tenían que ser grandes cosas o logros, simplemente poder apreciar las pequeñas cosas de la vida. Por otro lado, escribir una reflexión/análisis acerca de lo que todo el proceso de enfermedad ha conllevado en ella (cómo lo está viviendo, cómo lo está sintiendo...), si ha habido algún cambio en la percepción de su vida o en ella misma, qué valores han cambiado en ella, qué personas han sido importantes en este proceso y por las que se siente agradecida, etc. (*Anexo 3*).

En otra sesión, se habló de la importancia de las fortalezas y se definieron. A continuación, se le dio un listado de todas las fortalezas, las cuales tuvo que puntuar cada una de ellas del 0-10, según creía la persona que está presente en ella (*Anexo 4*). Esta tarea se realizó entre sesiones.

De igual manera, para el objetivo de activación conductual, nos servimos del Cuestionario de Actividades gratificantes, que cumplimentó la paciente (*Anexo 5*).

Intervención

La intervención llevada a cabo en este estudio consistió en aplicar técnicas propias de la Terapia Cognitivo-Conductual (como reestructuración cognitiva, psicoeducación acerca del funcionamiento del dolor y la terapia emotiva-racional de Ellis, activación de actividades gratificantes, relajación diafragmática, entre otras) junto con algunas herramientas de Psicología Positiva (identificación de fortalezas, diario de gratitud y mindfulness). En la primera sesión, además, de evaluación, se comenzó con un poco de psicoeducación acerca del dolor y una técnica para el entrenamiento en conciencia corporal (relajación progresiva muscular de Jacobson). La intervención duró seis sesiones en la que se incluyeron dinámicas de carácter individual y algunas tareas para casa (como mindfulness mediante vídeos, autorregistros para la identificación y análisis de pensamientos automáticos e irracionales, diario de gratitud, etc.). Se escogió este tipo de intervención, de tipo terapéutica, dadas las características e intereses personales, y los síntomas que presentaba la paciente.

Esta intervención individual, se hizo en el domicilio de la paciente, ya que presentaba movilidad muy reducida (además de la patología que presenta, se rompió el pie derecho, siendo imposible el trasladarse a ningún sitio). En este sentido, por tanto, la intervención se realizó en un entorno natural.

Además de la intervención psicológica recibida, la paciente se benefició de sesiones de fisioterapia, realizando una sesión por semana en diferentes días para ambos servicios. Estas sesiones de fisioterapia consistieron en rehabilitación del hombro, masajes para quitar adherencia

al pecho y drenajes linfáticos, según necesidad. Por otro lado, también le llevaban seguimiento por parte de la Unidad del Dolor, donde le prescriben nueva medicación o le adaptan ésta y por parte del Servicio de Oncología.

El objetivo principal de esta intervención fue incrementar el bienestar subjetivo de la paciente a través de los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir los niveles de ansiedad, expresados fundamentalmente a nivel cognitivo y fisiológico.
- Mejorar el nivel de autoestima.
- Entrenar en el uso de estrategias de afrontamiento para combatir las situaciones ansiógenas.
- Disminuir sintomatología depresiva, mediante activación conductual.
- Controlar el dolor mediante mindfulness.

Procedimiento

Para la realización de este estudio, se ha realizado una estancia en la Asociación de personas afectadas por cáncer de Villena y Comarca (APAC). Tras la aprobación de la tutora académica, se procedió a informar a la psicóloga del Centro de los objetivos de la investigación, los recursos necesarios, los participantes y la duración y desarrollo de las sesiones. Para ello, se les mostró una ficha temporalizada de las sesiones que incluye esta intervención junto con los

cuestionarios que iban a ser administrados. Tras la aclaración de dudas, se firmó la Autorización de la psicóloga del Centro y el Certificado de Idoneidad del Equipo Colaborador.

Una vez firmada la documentación oportuna, se envió al Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de Elda, un dossier informativo del proyecto del estudio, así como las autorizaciones para su correcta realización.

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio y tras consultar con la psicóloga del Centro, se eligió a la participante por sus características personales y los síntomas que presentaba, así como la predisposición para el estudio y la metodología empleada en éste. La persona fue informada con detalle del procedimiento, objetivos, beneficios, riesgos, alternativas y confidencialidad de los datos mediante una hoja informativa. Tras leer en detalle dicha hoja, la participante firmó el consentimiento informado (*Anexo 6*).

Una vez informados todos los agentes involucrados en la investigación, se procedió a iniciar la tarea investigativa. La investigación tuvo lugar en un contexto natural, ya que fue en el domicilio de la paciente, debido a los problemas de movilidad que presentaba. Las sesiones se llevaron a cabo durante los meses de enero y febrero, realizando una sesión semanal, según disponibilidad horaria y acuerdo con la paciente, y en coordinación con las sesiones de fisioterapia para no incrementar más su fatiga.

Previo a comenzar con las sesiones de intervención, se realizó una pre-evaluación para establecer una línea base. Para ello, se le administró a la paciente los cuestionarios mencionados en el apartado de instrumentos de evaluación.

La intervención se desarrolló a lo largo de 6 sesiones. Estas sesiones además fueron acompañadas de desahogo emocional, puesto que la paciente no cuenta de gran apoyo social y emocional, tendiendo a la represión emocional con su marido. Asimismo, desde la tercera sesión hasta la última finalizaron con un ejercicio de Mindfulness, cuya finalidad es la relajación y el entrenamiento en la aceptación de los sentimientos y pensamientos, así como el no juicio.

La duración de cada sesión fue de una hora, aproximadamente, a excepción de la primera, que duró hora y media, por la entrevista inicial y la administración de cuestionarios. Las sesiones de la intervención se describen con más detalle en el *anexo 7*, incluyendo materiales utilizados y procedimiento de cada sesión. En la tabla 1, se recoge el número de sesiones, los objetivos y contenidos a trabajar en cada una de ellas:



Tabla 1 Descripción de las sesiones

N° sesión	Objetivos	Contenidos
	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer línea base mediante Cuestionarios. -Entender el dolor crónico y los factores que lo modulan: Teoría de la Compuerta del Dolor. -Controlar y disminuir sintomatología fisiológica de la ansiedad. -Entrenamiento en conciencia corporal mediante la relajación muscular progresiva de Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pase de cuestionarios. -Psicoeducación sobre el dolor crónico (<i>Anexo 8</i>). -Relajación muscular progresiva de Jacobson.
	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar los efectos que tiene el dolor (ej: irritabilidad). -Conocer los estilos de afrontamiento (cognitivo, emocional, conductual y corporal) y ver cuál de ellos predomina. -Conocer qué es la ansiedad y qué efectos tiene en mí. -Identificar qué podemos cambiar y qué no (técnica de la pregunta Milagro mediante visualización). -Tomar conciencia de lo importante que es tener unas pautas de higiene del sueño. -Entrenamiento en control de la respiración (respiración diafragmática). 	<ul style="list-style-type: none"> -Tipos de estilos de afrontamiento. -Efectos del dolor. -Psicoeducación sobre la ansiedad y sus efectos. -Pregunta Milagro. -Pautas de higiene del sueño (<i>Anexo 9</i>). -Aprendiendo a respirar conscientemente.
	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar y combatir las distorsiones cognitivas. Toma de consciencia de nuestros pensamientos. -Entender cómo se relaciona nuestro pensamiento, sentimiento/emoción y conducta 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoconocimiento: Distorsiones cognitivas -¿Qué hacer cuando tengo pensamientos automáticos?

	<p>(Teoría emotivo-racional de Ellis).</p> <p>-Detección de pensamientos automáticos: parada de pensamiento y/o cuenta regresiva.</p>	
	<p>-Evaluación de creencias acerca del proceso de la enfermedad: ¿son saludables o, por el contrario son limitantes? (Método de las 5 preguntas: creado por Maultsby). Diferencias entre pensamiento positivo y sano.</p> <p>-Entrenamiento en sustituir los pensamientos negativos por otros más adaptativos.</p> <p>-Búsqueda y puesta en marcha de actividades gratificantes para disminuir síntomas depresivos.</p> <p>-Establecer objetivos más realistas, adaptados a las capacidades y limitaciones actuales.</p>	<p>-Evaluación de creencias: ¿son saludables o limitantes? (<i>Anexo 10</i>).</p> <p>-Cambio de pensamientos negativos a otros más adaptativos y saludables.</p> <p>-¿Qué actividades me hacen sentir bien?</p>
	<p>-Tomar conciencia del diálogo interno que me digo. Entrenamiento en autoinstrucciones y autoreforzos.</p> <p>-Elevar su autoestima: identificación de habilidades personales y sociales: ¿Cómo soy?</p> <p>-Identificación de fortalezas y recursos personales.</p>	<p>-Autoconocimiento: ¿Cómo es mi diálogo interno?</p> <p>-¿Cómo me defino? ¿Cómo me definen los demás? (<i>Anexos 11 y 12</i>)</p> <p>-¿Cuáles son mis puntos fuertes?</p>
	<p>-Revisión de las tareas anteriores y posibles dificultades/resistencias. Efectos que tiene en mí que las personas me valoren y me expresen cualidades positivas.</p> <p>-Poner el foco de atención en lo positivo: Diario de gratitud.</p> <p>-Reflexionar sobre aquellas personas importantes en mi vida y que me apoyan.</p>	<p>-¿Ha surgido alguna dificultad o resistencia en identificar las cualidades positivas?</p> <p>-Efectos en mí de las valoraciones positivas de las personas de mi entorno.</p> <p>-Poniendo el foco de atención en lo positivo.</p>

Una vez finalizado el proceso de intervención, se realizó la post-evaluación mediante la administración de los mismos cuestionarios con objetivo de comparar estos resultados con los de la pre-evaluación, para observar si había habido algún cambio tras la intervención y de ser así, ver en qué variables se reflejan estos cambios.

Tres meses más tarde, y tras la imposibilidad de administrarle de nuevo, los cuestionarios, debido al estado de alarma por el Covid-19, le hago el seguimiento por teléfono, realizándole unas preguntas y recogiendo así, datos cualitativos.

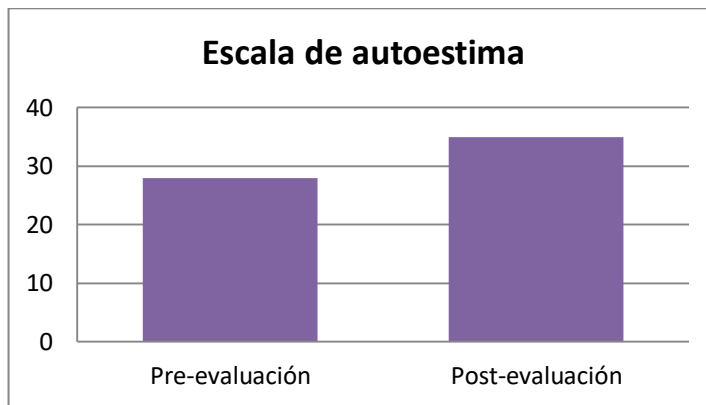
Diseño de estudio

Estudio de un caso único $n=1$. Se trata de un estudio de cohorte prospectivo, en el que tratamos de establecer la historia natural y la progresión de una enfermedad/afección, en nuestro caso, el dolor crónico de esta persona.

Resultados

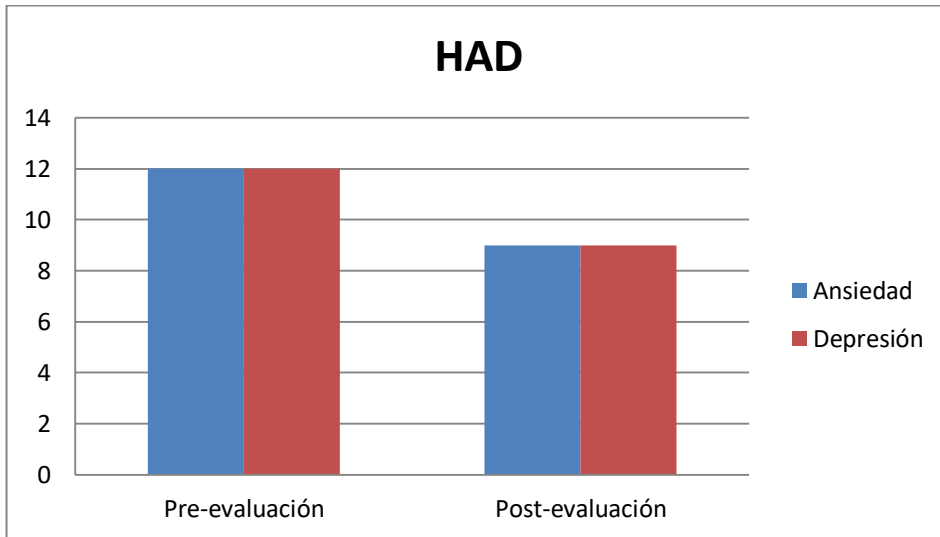
Hay un aumento de la autoestima según recoge el Cuestionario de Rosenberg en 7 puntos, pasando de una autoestima media a una autoestima elevada (Gráfico 1).

Gráfico 1: Puntuaciones en autoestima pre y post-tratamiento



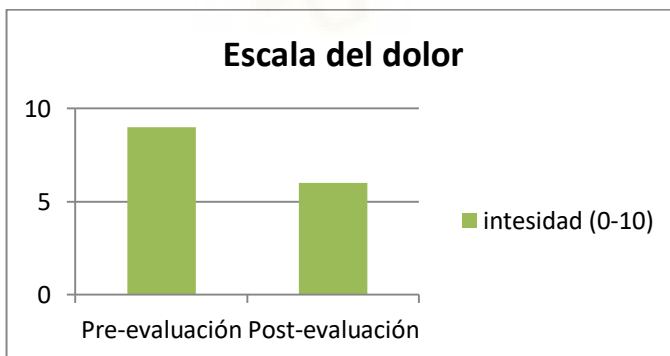
En cuanto a las puntuaciones en la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD), podemos observar que tras la intervención ha habido un descenso en ambas puntuaciones en 3 puntos (Gráfico 2), habiendo, por tanto, una mejoría en ambos síntomas.

Gráfico 2: Puntuaciones en depresión y ansiedad pre y post-tratamiento



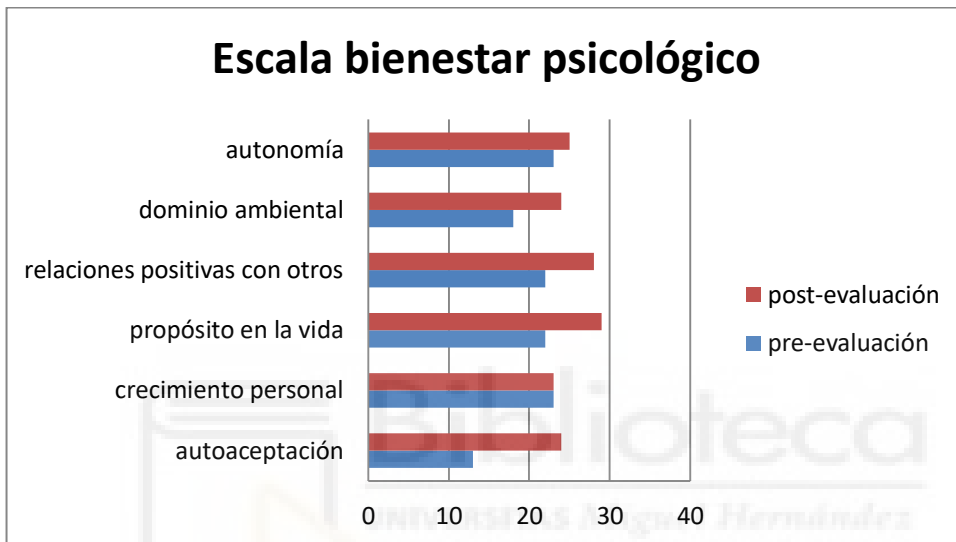
En cuanto a la escala del dolor, observamos también una reducción en la intensidad media del dolor (Gráfico 3). En cuanto a la frecuencia, se mantiene igual, manifestando la paciente que el dolor lo padece siempre.

Gráfico 3: puntuaciones en Escala de dolor pre y post-tratamiento



En lo que respecta a los resultados en la Escala de bienestar subjetivo, se observa un aumento de las puntuaciones en todas las escalas tras la intervención, a excepción de crecimiento personal que se mantiene igual (Gráfico 4).

Gráfico 4: Puntuaciones en bienestar psicológico pre y post-tratamiento



Por último, en cuanto al Cuestionario de Afrontamiento del Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO), podemos afirmar a partir de los resultados que hay un aumento en las puntuaciones de las escalas relativas al estilo de afrontamiento positivo (enfrentamiento y lucha, autocontrol y control emocional y búsqueda de apoyo social) y una disminución de las puntuaciones de las cuatro escalas relativas al estilo de afrontamiento negativo (ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento y negación). Consecuentemente, la paciente pasa de tener un estilo de afrontamiento no definido a uno positivo (gráficos 5 y tabla 2).

Gráfico 5: Puntuaciones en afrontamiento al estrés pre y post-tratamiento

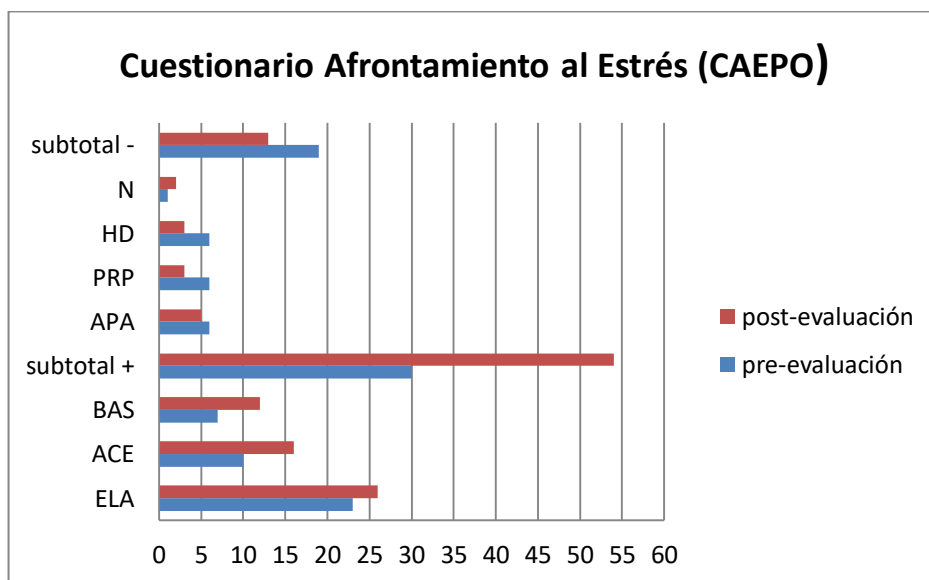


Tabla 2: Resultados finales en CAEPO pre y post-evaluación

Pre-evaluación		Post-evaluación	
Decatipo (+)	6	Decatipo (+)	10
Decatipo (-)	6	Decatipo (-)	4
Estilo de afrontamiento	NO DEFINIDO	Estilo de afrontamiento	POSITIVO

Pasados tres meses de la intervención, se hizo un seguimiento por vía telefónica, dada la imposibilidad de trasladarse hasta el domicilio por las circunstancias explicadas en el último párrafo del apartado *Procedimiento*. En esta llamada, la paciente me informa que, por fin, la han

llamado para la intervención quirúrgica del pecho (para eliminarle la grasa necrosada). Ante esta noticia, me revela que tiene sentimientos encontrados, puesto que, por un lado, está contenta de que por fin puedan intervenirla y probablemente, reducirle el dolor, pero también, tiene cierto temor y ansiedad por cómo vaya a ir el post-operatorio, teniendo en cuenta todas las experiencias anteriores. Me comenta también, que la medicación (fentanilo) no ha logrado controlar el dolor. No obstante, la utilización de Mindfulness le ha ayudado a sobrellevar mejor este dolor, así como la ansiedad. Argumenta que, en todo este proceso, le ha ayudado mucho el apoyo y la ayuda psicológica recibida y para ella ha sido muy relevante. Sin embargo, sigue echando en falta el apoyo del cónyuge. Por último, afirma que la fe y el ser consciente de sus fortalezas personales, han sido claves para seguir adelante a pesar de las adversidades. En la última parte de la llamada, se le recuerdan las pautas para reducir esa ansiedad con vistas a la nueva intervención establecidas a lo largo de las sesiones anteriores.

Discusión

El objetivo de este estudio fue incrementar el bienestar psicológico en esta paciente que padece dolor crónico a través de disminuir los síntomas depresivos y ansiosos, la intensidad del dolor, aumentar la autoestima y adquirir unas estrategias de afrontamiento más positivas y adaptativas. Los resultados confirman que la intervención psicológica resultó ser eficaz, ya que se alcanzaron los objetivos propuestos, así como se cumplieron las 5 hipótesis mencionadas al

comienzo de este estudio. De forma más específica, haremos un análisis de las diferentes técnicas y terapias que hemos utilizado teniendo en cuenta la literatura bibliográfica:

Las técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual muestran ser eficaces para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, a la par que desarrollar habilidades de afrontamiento positivo. La eficacia de estas técnicas ya se han puesto de manifiesto mediante el estudio de población oncológica (González et al, 2015). Previamente a estos estudios, autores como Echeburúa et al. (2000) afirmaban entonces, que la terapia cognitivo-conductual es beneficiosa para personas con trastorno mixto de ansiedad y depresión, combinada tanto con farmacología o no, en comparación con el grupo control (sólo tratado con fármacos). Benedito (2005) confirmaba la eficacia en diversos trastornos depresivos y de ansiedad de este tipo de terapia, aplicándola de forma grupal. Dentro de las terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico, la terapia cognitivo-conductual es la más empleada y demuestra ser efectiva (Eccleston et al., 2009; Lunde et al., 2009), suponiendo un efecto adicional al producido por la farmacología exclusivamente.

En lo que respecta a las técnicas que provienen de la Psicología Positiva, podemos afirmar de forma más concreta, que la utilización de Mindfulness o atención plena, ayuda a la disminución de los síntomas ansiosos y depresivos, tal y como apuntan los estudios de Linares et al. (2016). Una revisión sistemática realizada por Miró et al. (2011) pone de manifiesto que la atención plena resulta moderadamente eficaz en la reducción de este tipo de síntomas. Otras técnicas o herramientas de la Psicología Positiva han sido utilizadas (identificación y potenciación de fortalezas, diario de gratitud, “saborear” los aspectos positivos de la vida para

incrementar bienestar) junto la terapia cognitivo-conductual en una muestra de 5 sujetos con síntomas depresivos, mostrando los siguientes resultados: No sólo se redujeron los síntomas depresivos, ansiosos y el afecto negativo, sino que también se incrementó el afecto positivo y la orientación hacia el disfrute evaluado antes y después de la intervención (Mira et al., 2018). El meta-análisis de Grossman et al. (2004), apunta a que la utilización de Mindfulness disminuye los niveles de dolor, siendo esta técnica eficaz en el tratamiento del dolor crónico. Todo ello, apuntaría a que este tipo de técnicas y herramientas ayudarían a incrementar el bienestar psicológico de la paciente. Sin embargo, cabe destacar que no existen demasiados estudios que empleen este tipo de técnicas.

En cuanto a la Terapia Breve Centrada en Soluciones para personas con sintomatología depresiva y ansiosa, hay escasos estudios hasta la fecha. Sí se encontró un estudio de caso en el que combinaba la terapia cognitiva y este tipo de terapia (Galdámez, 2015), donde las puntuaciones en estos síntomas disminuyeron.

No obstante, resulta necesario destacar que el proceso de esta intervención se ha visto dificultado porque a nivel farmacológico no se ha conseguido controlar el dolor. En todo el proceso, la paciente ha experimentado varios cambios en la medicación sin llegar a ser ninguna 100% efectiva para el control de éste. Consecuentemente, y debido a esos picos de dolor, la paciente ha estado más desmotivada, no participando en algunas ocasiones en las tareas o haciéndolo a destiempo, y teniendo que flexibilizar las sesiones y las actividades.

Una de las variables que se vieron modificadas fueron las estrategias de afrontamiento, confirmando una vez más, la relación que hay entre éstas y la sintomatología depresiva y ansiosa. De esta manera, estrategias de afrontamiento desadaptativas se relacionan con trastornos y síntomas de esta índole, mientras que aquellas que son adaptativas se relacionan con un mayor ajuste psicológico (Arraras, Wright et al., 2002; Valente et al., 2009; Pita et al., 2009).

Por otro lado, padecer dolor crónico aumenta la probabilidad de padecer ansiedad, depresión y otros síntomas psicológicos y viceversa, siendo dos elementos que se interrelacionan positivamente. Este estudio ha ido en la línea de trabajar ambas vías: por un lado, controlar el dolor mediante la farmacología y técnicas como Mindfulness y por otro, dar herramientas para disminuir los síntomas psicológicos que generaban malestar en la paciente. El ajustar la medicación para controlar el dolor resultaría esencial para conseguir unos mayores resultados. Además, el hecho de que se incluyeran técnicas de la Psicología Positiva y de la Terapia Centrada en Soluciones, ha supuesto que la paciente fuera capaz también de focalizar su atención en lo positivo, y no sólo en las carencias o en su patología, lo que a su vez, ha repercutido positivamente en su salud psicológica, aumentando su bienestar psicológico. Una revisión de Vázquez et al. (2009) así lo corrobora, afirmando la importancia del papel de las emociones y cogniciones positivas en el origen y mantenimiento del bienestar físico y mental. Por ello, las emociones positivas actuarían como un amortiguador frente al estrés (demostrado en estudios sobre reactividad cardiovascular; Fredrickson y Levenson, 1998) y por tanto, teniendo un efecto positivo para la salud. A lo largo de la literatura, se ha visto que experimentar estados afectivos positivos, conlleva numerosos efectos positivos y beneficiosos en la persona, entre ellos: se

reduce el juicio hacia los demás y hacia uno mismo siendo más compasivos, contrarresta los afectos negativos, se tolera mejor el dolor físico y favorece la resistencia ante las adversidades (Aspinwall y Staudinger, 2003; Fredrickson, 2001).

No obstante, esta investigación no está exenta de limitaciones. Entre las mismas podemos destacar que el hecho de utilizar un solo sujeto, imposibilita la opción de poder generalizar estos resultados. De haber utilizado una muestra mayor, pienso que los beneficios hubiesen sido mucho mayores, dando asistencia a más personas. Estos beneficios hubiesen sido, por un lado, enriquecer el proceso de intervención al ser de tipo grupal, y por otro, probablemente, hubiésemos acortado el tiempo de ésta. Otra limitación ha sido la situación de alarma sanitaria proclamada en marzo, y que ha imposibilitado la administración de Cuestionarios en el seguimiento de los 3 meses. Asimismo, el hecho de falta de tiempo en la intervención junto con la pasividad del cónyuge a participar e implicarse en la terapia de su mujer, ha sido otra limitación que ha hecho que ésta no fuera más global e integral. En lo que respecta al desarrollo social, tampoco se ha podido abordar dada la movilidad reducida de la paciente.

Por todo ello, como propuestas de mejora, se mencionan:

- Escoger una mayor muestra para que pueda realizarse una generalización de los resultados.
- Hubiese sido altamente recomendable haber intervenido en otros ámbitos como el social, con objetivo de ampliar este círculo así como su apoyo, puesto que la paciente refería que no contaba con demasiado apoyo social. Se sabe que, es necesaria para la

felicidad y el bienestar subjetivo de las personas (Diener y Seligman, 2002). Este aspecto no se ha podido abordar puesto que el tiempo era limitado y por los problemas de movilidad que presentaba la paciente.

- Asimismo, haber realizado actividades donde desarrollar la empatía y la buena comunicación entre el matrimonio hubiese resultado beneficioso para ambos y en concreto, para la sintomatología de la paciente (ya que afirmaba que no se sentía escuchada y comprendida por él y además, en ocasiones, no había un trato adecuado por parte de ambos). Ante este hecho y dada la reacción de ambos al respecto, ha sido imposible incluir este aspecto.
- Por último, hubiese sido altamente recomendable intervenir fuera del contexto del domicilio. Esto quizás, le haría notar cambios a nivel de atención sobre el dolor, habiendo una mayor probabilidad para retomar y aumentar las actividades reforzantes. El inconveniente principal ha sido el daño en el pie que no le permitía hacer demasiados desplazamientos.

Referencias bibliográficas:

- Albertson, E., Neff, K., y Dill-Shackleford, K. (2014). Self-compassion and body dissatisfaction in Women; A Randomized controlled trial of a brief meditation. *Intervention. Mindfulness*, 6(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Arraras, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M. y Calvo, J. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cáncer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 181-187. <https://doi.org/10.1080/13548500120116139>
- Aspinwall, L. G. y Staudinger, U. M. (dirs.) (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42. Recuperado el 18 de mayo de 2020 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2833593>
- Baker, T., Buchanan, N. y Corson, N. (2008). Factors influencing chronic pain intensity in older black women. Examining depression, locus of control, and physical health. *Journal of Women's Health*, 17, 869-878. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0452>
- Bär, K., Brehm, S., Boettger, M., Boettger, S., Wagner, G. y Sauer, H. (2005). Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain*, 117, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.016>
- Benedito, M.C. (2005). Protocolo de intervención psicológica grupal en población adolescente y adulta con síntomas ansiosos y depresivos. *Revista Española de Pediatría*, 61(3), 219-

224. Recuperado el 25 de mayo de 2020 en <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2005/REP%2061-3.pdf#page=35>
- Beyebach, M. (2017). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Cerviño, C. (2008). *Autoestima y desarrollo: desarrollo humano del profesorado*. Módulo de trabajo. Universidad de Valencia. Perú: ISPP crea.
- Cuenca, C., Flores, M. I., Méndez, K. V., Barca, I., Alcina, A. y Villena, A. (2012). Síndrome Doloroso Regional Complejo. *Revista Clínica Médica Familiar*, 5(2), 120-129. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000200007>
- De Jong, P. y Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solutions*. New York: Brooks Cole.
- De León, C.A. y García, M. (2016). Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 119-127. <https://doi.org/10.22235/cp.v10i2.1245>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado el 18 de mayo de 2020 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Diener, E. y Seligman, M.E.P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 80-83. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- Dysvik, E., Natvig, G., Eikeland, O. y Lindstrom, T. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., del Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental.

- Análisis y modificación de conducta*, 26(108), 509-535. Recuperado el 25 de mayo de 2020 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7063715>
- Eccleston, C., Williams, A. y Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2 (CD007407). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub2>
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/BF02879899>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broadenand-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91(4), 330-335. Recuperado el 18 de mayo de 2020 en <https://www.jstor.org/stable/27858244>
- Galdámez, R.M. (2015). Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad [tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Académico Digital. Recuperado el 25 de mayo de 2020 en <http://eprints.uanl.mx/9636/>
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A. y Salgado, M.J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 63-70. Recuperado el 23 de mayo de 2020 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4923985>

- González, A.L., González, A. y Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48908
- González, M.T. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(25), 35-49.
Recuperado el 18 de mayo de 2020 en <http://redalyc.org/articulo.oa?id=459645445003>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Hegarty, D. y Wall, M. (2014). Prevalence of stigmatization and poor self-esteem in chronic pain patients. *Journal of Pain y Relief*, 3(2), 3-6. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-0846.1000136>
- IASP (1994). *Classification of Chronic Pain* (Merskey, H. y Bogduk, N., eds.). Washington D.C.: IASP Press. Recuperado el 20 de mayo de 2020 en <https://www.iasp-pain.org/>
- Keefe, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L. y Perri, L. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5, 195-211.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>
- Keogh, E., MacCracken, L. y Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 10, 413-422. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.05.2007>
- Linares, L., Estévez, A., Soler, J. y Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud*, 27(2), 51-56.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.001>

- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(2). <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i2.1174>
- Lunde, L.H., Nordhus, I.H. y Pallesen, S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioral treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9162-y>
- Melzack R. y Casey KL. (1968). *Sensory, motivational and central control determinants of pain* (Charles C. Thomas, ed. y trad.). Springfield: Thomas books.
- Miró, J., Nieto, R. y Huguet, A. (2008). Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: A Delphi poll. *European Journal of Pain*, 12, 30-47. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.02.004>
- Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14. Recuperado el 25 de mayo de 2020 en <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:Psicopat-2011-16-1-1000>
- Miaja, M., Romero, R., Ibáñez, E., Soriano, J. y García-Conde, A. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, 13(2-3), 271-284. <https://doi.org/10.5209/psic.54436>
- Mira, A., Enrique, Á., Díaz-García, A., Rachyla, I., González-Robles, A., Bretón-López, J. y Botella, C. (2018). Viabilidad de una intervención psicológica clínica positiva para síntomas depresivos. Una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 381-392. <http://doi.org/10.24205/03276716.2018.1077>

- Munce, S. y Stewart, D.E. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, 48(5), 394-399.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.394>
- Newth, S. y DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology and Health*, 19, 283-305.
<https://doi.org/10.1080/0887044042000193451>
- O'Hanlon, B. y Wiener-Davis, M. (2003). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. Nueva York: Norton.
- Palao, A. y Rodríguez, B. (2016). Intervenciones basadas en mindfulness para el dolor crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 21-35. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.102>
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N. y Seligman, M.E.P. (2007). Strengths of character, orientation to happiness and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156. <https://doi.org/10.1080/17439760701228938>
- Pita, N., Carrera, O., Álvarez, C. y Lorenzo, C. (2009). Relación entre estilos de afrontamiento e intensidad sintomatológica en pacientes con trastornos ansioso-depresivos. *Psicología clínica: anuario*, 3, 1232-1239.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Nueva Jersey: Princenton University Press.
- Seligman, M.E.P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
Recuperado el 23 de mayo de 2020 en https://positivepsychologynews.com/ppnd_wp/wp-content/uploads/2018/04/APA-President-Address-1998.pdf
- Soucase, B., Monsalve, V. y Soriano, J.F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad

- y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8-16. Recuperado el 19 de mayo de 2020 en <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115-124. <https://doi.org/10.2147/prbm.s44762>
- Tan, G., Jensen, M., Thomby, J., Rintala, D. y Anderson, K. (2008). Categorizing pain in patients seen in a veterans health administration hospital: Pain as the fifth vital sign. *Psychological Services*, 5, 239-250. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.3.239>
- Tomás-Sábado, J. y Limonero, J. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en una muestra española. *Interpsiquis*, 1. Recuperado el 19 de mayo de 2020 en https://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Tomas-Sabado/publication/262675729_Propiedades_psicometricas_de_la_Escala_de_Autoestima_de_Rosenberg_RSES_en_una_muestra_espanola/links/00b7d538a539b27663000000.pdf
- Truyols, M., Pérez, F.J., Medinas, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud: Investigación Empírica en Psicología*, 19(3), 295-320. Recuperado el 23 de mayo de 2020 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2942425>
- Valente, M., Pais-Ribeiro, J. y Jensen, M. (2009). Coping, Depression, Anxiety, Self-Efficacy and Social Support: Impact on Adjustment to Chronic Pain. *Escritos de Psicología*, 2(3), 8-17. Recuperado el 19 de mayo de 2020 en <http://hdl.handle.net/11328/1619>
- Vázquez, C. y Hervás, G. (eds.). (2009). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. Recuperado el 25 de mayo de 2020 en <http://files.asociacion0.webnode.com.uy/200000193-5bb935cafa/art%C3%ADculo%20%20bienestar%20psicol%C3%B3gico.pdf>

Vicente Pardo, J.M. (2011). Incapacidad laboral y dolor. *Medical Economics*, 162. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100011>

Woby, S., Roach, N., Urmston, M. y Watson, P. (2007). The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *European Journal of Pain*, 11, 869-877. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.01.005>

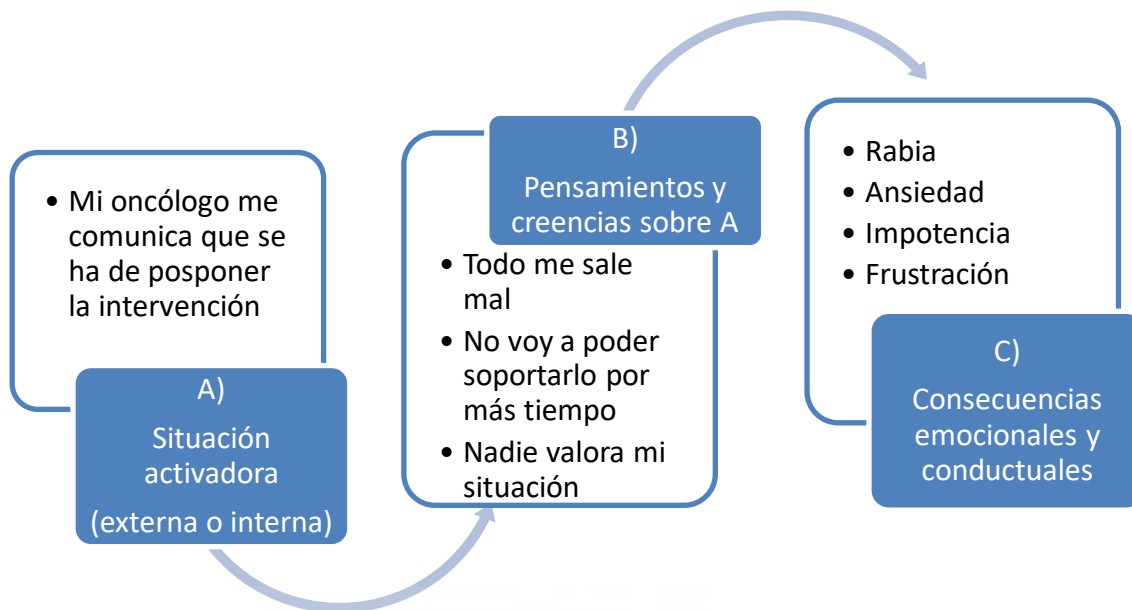


1. Apéndices

Anexo 1: Autoregistro creencias irracionales

Situación	Pensamiento irracional/negativo. Tipo de creencia.	¿Cómo me siento? Emoción (0-10)	Conducta ¿Qué hago?	Pensamiento alternativo	¿Cómo me siento ahora? Emoción (0-10)

Anexo 2: Terapia Emotivo-Racional de Ellis



Anexo 3: Diario de gratitud

Anota antes de irte a dormir, cada día 3 cosas positivas que te hayan pasado o hayas experimentado a lo largo del día (No hace falta que sean grandes cosas, por ejemplo: sentir los rayos del sol en mi cara a través de mi ventana, el beso de mi hijo/a).

Haz un análisis/reflexión que recoja estos puntos:

- ¿Cómo estás viviendo el proceso de la enfermedad?
- ¿En qué aspectos te ha cambiado o ha cambiado la percepción sobre la vida?
- ¿Consideras que han cambiado los valores para ti? Si es así, nombra en qué ha cambiado.
- ¿Hay algún/os aspectos positivos a resaltar de esta enfermedad y de todo este proceso? Si es así, nombra y/o describe cuáles.

- e) ¿Qué personas han sido y son importante para ti en todo este proceso? Nómbralas y describe porqué lo son. Mientras lo haces, déjate sentir gratitud hacia ellas.

Anexo 4: Inventario de fortalezas personales

Inventario de fortalezas personales

- **Sabiduría y conocimiento:**

- **Creatividad.**
- **Curiosidad.**
- **Apertura mental.**
- **Amor por aprender.**
- **Perspectiva y sabiduría.**

- **Coraje:**

- **Valentía.**
- **Persistencia.**
- **Integridad.**
- **Vitalidad.**

- **Humanidad:**

- **Amor.**
- **Amabilidad.**

- **Inteligencia social.**
- **Justicia:**
 - **Participación ciudadana o responsabilidad social, lealtad y trabajo en equipo.**
 - **Justicia.**
 - **Liderazgo.**
- **Templanza:**
 - **Perdón y piedad.**
 - **Humildad y honestidad.**
 - **Prudencia.**
 - **Autocontrol.**
- **Trascendencia:**
 - **Excelencia.**
 - **Gratitud.**
 - **Esperanza.**
 - **Humor y jovialidad.**
 - **Espiritualidad y sentido de propósito.**



Anexo 5: Cuestionario Actividades Reforzantes

ACTIVIDAD	CUÁNTO ME GUSTA (1 A 10)	LA REALIZO O NO ¿CUÁNTO?	DISFRUTO HACIÉNDOLA	Solo o con...
Salir a pasear por la calle o el campo				
Hablar o ver deportes				
Juegos de mesa: cartas, parchís, dominó,...				
Ir de compras				
Ir a la playa				
Leer				
Ordenar o decorar habitación, casa,...				
Manualidades				

Hablar con alguien				
Ver televisión				
Reír				
Resolver un problema, acertijo, crucigramas...				
Hacer deporte: gimnasia, correr, karate,...				
Escribir				
Conversar con algún amigo				
Hacer la siesta				
Estar con mis amigos				
Estar con mi familia				
Escuchar música				
Recibir masajes				

Cuidar mi imagen personal (ponerme crema, manicura, etc.)				
Sentarse en una terraza y ver pasar gente				
Hablar por teléfono				
Estar solo				
Tener paz y tranquilidad				
Escribir en una agenda o diario				
Estar relajado				
Dormir profundamente por la noche				
Leer el periódico o revistas				

Estar con alguien que amo				
Escribir cartas, postales, notas...				
Estar con mi pareja				
Expresar mis sentimientos				
Estudiar				
Pensar en positivo				
Comer buenas comidas				
Ir al cine				
Chatear en Internet				
Compartir tiempo con mi familia				
Cocinar				
Otras...				

Anexo 6: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Título del estudio: Intervención psicológica en un cuadro ansioso-depresivo: un estudio de caso

EudraCT: Promotor:

N^a Código del Protocolo: Versión: 1.1. Fecha: 04/02/2020

DECLARO:

Que el/la investigador/a, D/a Yolanda Ferriz Puche, me ha explicado que:

1. Identificación, descripción y objetivos del procedimiento

Para este estudio de caso único (es decir, de un único sujeto), se administrarán una serie de test y cuestionarios antes y después de realizar la terapia psicológica, con objetivo de ver y analizar si ha habido cambios significativos y de haberlos, en qué variables se han dado. Los instrumentos que se utilizarán serán:

- a) Escala de bienestar psicológico de Ryff
- b) Escala de Autoestima de Rosenberg
- c) Escala analógica del dolor
- d) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (H.A.D.)
- e) Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos (CAEPO)

2. Beneficios que se espera alcanzar

La investigadora no recibirá ninguna compensación económica ni otros beneficios. El beneficio que sí podría obtener es aumentar mi bienestar psicológico mediante la aplicación de la terapia psicológica positiva, como complementación de otro tipo de terapias más “tradicionales”, como son la terapia cognitivo-conductual.

3. Alternativas razonables

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

4. Consecuencias previsibles de su realización y de la no realización.

Si decido libre y voluntariamente permitir la evaluación de mis datos, tendré derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación.

5. Riesgos frecuentes y poco frecuentes.

La evaluación de mis datos sobre ansiedad, depresión, autoestima, dolor, bienestar psicológico y afrontamiento al estrés, en ningún caso, suponen un riesgo adicional para mi salud.

6. Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales.

Ninguna, no existe ningún riesgo.

7. Protección de datos personales y confidencialidad

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

Mis datos no serán cedidos a ningún otro centro de investigación.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento. Si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Por tanto, y una vez leído todo lo anterior, yo, D/a _____, en relación al estudio arriba indicado, comprendo que:

- Se me ha propuesto participar y mi participación, por tanto, es voluntaria.
- Puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y si lo he requerido, he preguntado dudas y el investigador/a me las ha aclarado.

ASI, PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO Y UTILIZACIÓN DE MIS DATOS EN LAS CONDICIONES DETALLADAS EN LA HOJA DE INFORMACIÓN.

En Elda, a 4 de febrero de 2020

Firma del paciente

Firma del investigador

Anexo 7: Sesiones de intervención

Sesión 1:

Los materiales que utilizamos en la primera sesión fueron: Folios, bolígrafo y el esquema Teoría Compuerta del Dolor.

La primera sesión se desarrolló de esta forma: Primeramente, se le administraron los Cuestionarios y Test que se han mencionado anteriormente, para establecer una línea base. Posteriormente, se realizó psicoeducación sobre la Teoría de la Compuerta del Dolor, para entender en profundidad y en detalle cómo estos componentes interactúan y se relacionan. La última parte de la sesión se dedicó a realizar la práctica de relajación progresiva muscular de Jacobson, en la que lo importante era tomar conciencia de la tensión y relajación de las diferentes partes del cuerpo. Esta parte se realizó actuando el terapeuta, como modelo. Finalizamos la sesión aclarando posibles dudas y preguntando cómo se había sentido utilizando esta última técnica y analizando las posibles dificultades que hubieran surgido.

Sesión 2:

Para esta sesión, utilizamos folios, bolígrafo y ficha “pautas de higiene del sueño”.

En el comienzo de la sesión, identificamos qué efectos o reacciones emocionales y conductuales tenía para ella el dolor, cómo una forma de autoconocimiento ante el dolor. Después, explicamos los diferentes estilos de afrontamiento y vimos cuál de ellos predominaba en la paciente. Entender que predominaba un estilo de afrontamiento cognitivo, nos ayudó a hacer mayor hincapié en la utilización de la conciencia corporal como medio de regulación, explicándole que llevar la atención a las sensaciones corporales reducía la intensa actividad cognitiva. A partir de aquí, le hicimos psicoeducación sobre la ansiedad (qué es, qué efectos tiene y de qué manera podemos autorregularnos). Posterior a esto, realizamos un ejercicio mediante visualización con la pregunta Milagro. Es decir, a través de un estado de relajación y con ayuda de la pregunta milagro: ¿Cómo sería tu vida si, de repente, un día te levantas y ha

desaparecido la situación-problema?, establecimos los factores de cambio, abordando el problema desde un contexto más positivo y otorgando responsabilidad a la paciente. En penúltimo lugar, hablamos de la importancia de tener unas buenas pautas de higiene del sueño y por último, hicimos una breve explicación de la respiración diafragmática y la pusimos en práctica.

Sesión 3:

Para la tercera sesión, necesitamos de una plantilla de autorregistro, hojas informativas sobre creencias irracionales y Teoría Racional-Emotiva de Ellis y vídeo de relajación.

El desarrollo de esta sesión fue de la siguiente manera: En primer lugar, se le explicó cómo se interrelacionan pensamiento, emoción y conducta, entendiendo que el pensamiento precede a la emoción y a la acción, que lo realmente importante es la interpretación que se hace de los hechos, y no los hechos o la situación en sí misma. Posteriormente, se le hizo entrega de las hojas donde se explicaban las creencias irracionales. Fuimos viendo una a una, proponiendo ejemplos del día a día y fomentando un pensamiento y un diálogo reflexivo, identificando qué creencias irracionales predominaban en la paciente. Una vez aclaradas las dudas que surgieron, se le repartió la plantilla de autorregistro de pensamientos como tarea para casa a lo largo de la semana. Después, se le explicó qué estrategias utilizar cuando un pensamiento es repetitivo: Parada de pensamiento mediante la visualización STOP o verbalizaciones como “¡basta!, ¡para!”. En el caso de la paciente, y por elección propia, se utilizó la cuenta regresiva. Para finalizar la sesión, se realizó un ejercicio de Mindfulness, llevando la atención a la respiración y a las sensaciones corporales.

Sesión 4:

Para esta sesión, recurrimos a materiales como: Ficha autorregistro con casilla de pensamiento alternativo y más adaptativo, Hoja con las 5 preguntas sobre las creencias y Cuestionario de Actividades reforzantes.

En relación a la anterior sesión, se hizo un breve resumen de lo tratado en ésta, revisando el autorregistro relleno y añadiéndose a éste una nueva casilla: la de pensamiento alternativo. De esta manera, se puso algún ejemplo de ello y se puso como tarea para casa. En esta línea, se revisaron las creencias que tenía la paciente sobre la enfermedad, su proceso, sobre ella misma, etc., analizándolas desde la perspectiva de si eran saludables o limitantes según el ejercicio de las 5 preguntas. Asimismo, se le administró el Cuestionario de Actividades reforzantes y se tuvo como referencia aquellas actividades que, según intereses personales y capacidades actuales, podían llevarse a cabo, realizando al menos, una de ellas cada semana. Para finalizar esta sesión, realizamos un ejercicio de Mindfulness utilizando el descentramiento del dolor.

Sesión 5:

Para la penúltima sesión, utilizamos las siguientes fichas: 1) “cosas que me gustan de mí mismo/a, cosas que me conviene y que puedo mejorar, pasos a dar para mejorarlas” ¿qué cualidades positivas tengo?, ¿qué me gustaría mejorar?”; 2) “¿Qué cualidades positivas ven en mí, mi entorno más cercano? y 3) “¿Cómo soy?” (Las dos primeras tareas se propusieron como tareas de casa, la primera durante la sesión). También hicimos uso del listado de fortalezas y recursos personales con la descripción y definición de cada una de ellas.

En primer lugar, se explicó la importancia de tomar consciencia de nuestro diálogo interno, ya que éste va a influir en nuestras emociones y nuestra autoestima. Hicimos hincapié en el uso de autoreforzamientos verbales cuando conseguimos algún objetivo (por mínimo que sea), así como utilización de autoinstrucciones positivas que ayuden a avanzar en el camino que deseamos. Se le recomendó el registro de estos pensamientos y lenguaje interno de manera diaria para que cada vez, fuese más consciente del mismo. En segundo lugar, se habló del concepto de autoestima y se la invitó a que reflexionara acerca de cómo se percibía ella, mediante el ejercicio de la ficha “¿Cómo soy?”. Posteriormente, hicimos un análisis de las dificultades que aparecieron en la realización de dicho ejercicio. En la parte final de la sesión, se explicó lo que son las fortalezas personales y cómo éstas nos ayudan a ver las situaciones adversas desde un contexto más positivo, realizando una definición y explicación de cada una de ellas. Como tarea

para casa, se le pidió que puntuara del 0 al 10 cada una de ellas, resaltando así, las que más tenían lugar en ella.

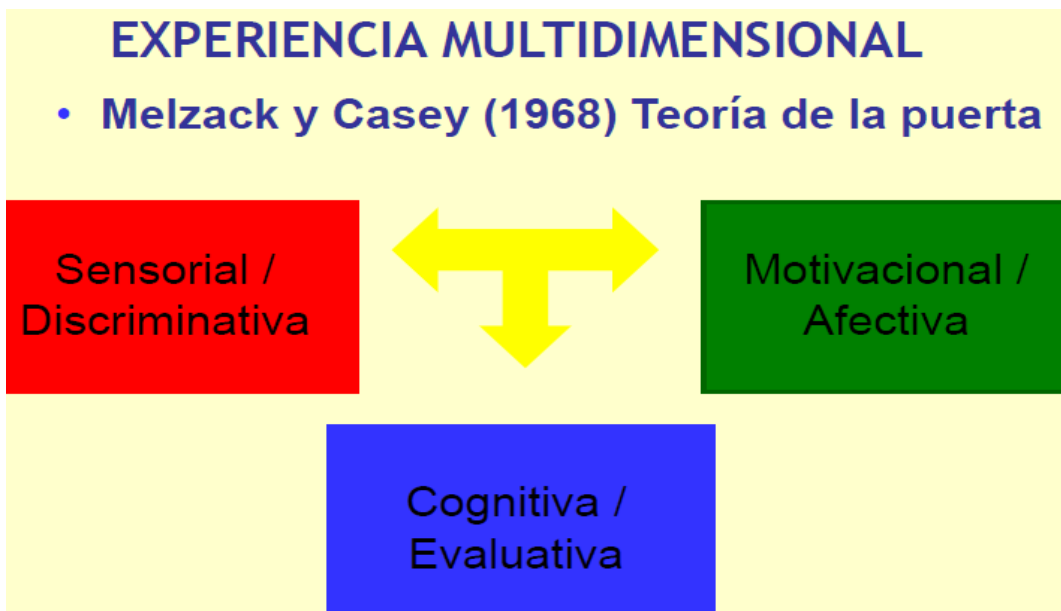
Sesión 6:

Para esta última sesión, nos servimos del Diario de gratitud (donde la participante debía anotar 3 cosas positivas que le hubiesen sucedido a lo largo del día), y realizar una reflexión y descripción de cómo estaba viviendo el proceso, haciendo hincapié en las personas importantes para ella y vídeo de Mindfulness.

Esta sesión se dedicó a hacer un análisis de las posibles resistencias que habían surgido en las tareas sobre autoestima, así como en los efectos que tenían en ella, la valoración y la expresión de cualidades positivas en mi entorno más cercano. Se habló también de la importancia de la actitud de agradecer y de poner el foco en lo que sí tengo, otorgándole valor y minimizando las carencias. Por último, se cerró esta sesión con un ejercicio de Mindfulness.



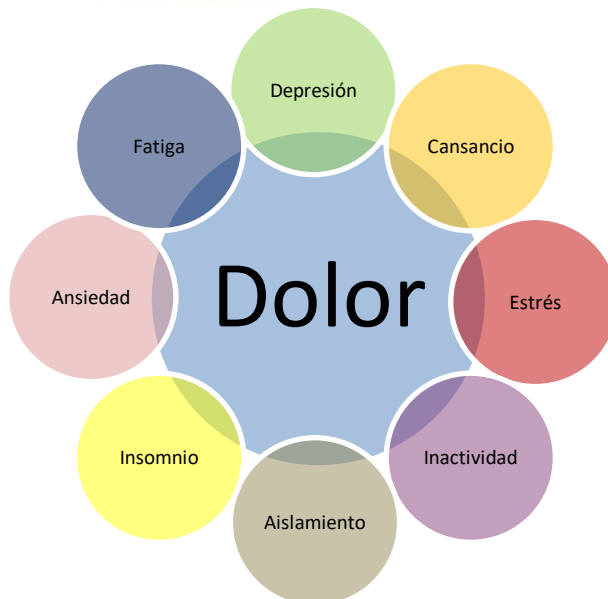
Anexo 8: Teoría de la Compuerta del Dolor



FACTORES QUE MODULAN EL DOLOR

Factores	Factores que abren la puerta (incrementan el dolor)	Factores que cierran la puerta (disminuyen el dolor)
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular • Falta de actividad física • Posturas inadecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación • Niveles adecuados de actividad física • Práctica de relajación (y meditación)
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Ira • En general, emociones de tono hedónico negativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Alegría • Ilusiones • En general, emociones de tono hedónico positivo
Mentales	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos de impotencia • Centrarse en el dolor (focalización en el dolor)* • Catastrofismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrarse en cosas placenteras • Distracciones* • Pensamientos positivos
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Falta de apoyo • Falta de confianza en el médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse comprendido • Actividades sociales • Contacto con amistades

CÍRCULO VICIOSO DEL DOLOR



HIGIENE DEL SUEÑO

Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos del sueño y romper con la creencia de que “estos factores ni me afectan ni son importantes”.

Medidas de higiene del sueño:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
3. Evitar la siesta. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos.
4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
5. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
6. Realizar ejercicio regularmente, durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.

7. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
8. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño.
9. Evitar acostarse al poco de haber cenado.
10. Evitar realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
11. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador u otras pantallas en las dos horas previas al sueño nocturno.
12. Darse un baño o ducha con agua caliente y un pequeño masaje con crema hidratante ayuda a conciliar el sueño, ya que ayuda a descender la tensión arterial.
13. Podemos recurrir a infusiones relajantes.

También tener en cuenta:

- Limitar el consumo de líquidos por la tarde, sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.
- Caminar y hacer ejercicio en la medida de sus posibilidades, pero no cerca de la hora de acostarse.

Anexo 10: 5 preguntas para evaluar si una determinada creencia es saludable o no

1. Esta creencia, ¿me ayuda a proteger mi vida y mi salud?
2. ¿Me ayuda a alcanzar los objetivos que me he fijado a corto y largo plazo?

3. ¿Me ayuda a resolver o a evitar mis más difíciles conflictos (ya sea que se trate de conflictos internos o con otras personas)?
4. ¿Me ayuda a sentirme como me quiero sentir?

Y si el caso lo requiere, pregúntate también:

5. ¿Se basa en hechos esta creencia?

Si respondes con un sí a tres o más de estas preguntas, entonces se considera que la creencia es relativamente sana. Si hay menos respuestas afirmativas o no hay ninguna, es importante cambiar la creencia por otra más saludable.



Anexo 11: Cosas que me gustan de mí mismo/a

COSAS QUE ME GUSTAN DE MI MISMO/A	
COSAS QUE ME CONVIENE Y QUE PUEDO MEJORAR	PASOS A DAR PARA MEJORARLAS

¿CÓMO SOY?

LA AUTOESTIMA: La autoestima hace referencia al concepto que tenemos de nosotros mismos, según unas cualidades subjetivas, puesto que se basa en la percepción que tenemos de nosotros mismos y la que creemos que tienen los demás de nosotros, y según unas cualidades de tipo valorativo, puesto que en función de nuestras experiencias y de los valores que imperen en nuestra cultura, atribuimos a estas cualidades un valor positivo o negativo. El origen de nuestra autoestima se encuentra en nuestro entorno social, más concretamente en nuestras relaciones interpersonales más significativas para nosotros, así pues, padres, hermanos, pareja, amigos son los que más contribuyen a favorecer o dificultar las experiencias sociales en las que podemos comprobar nuestras cualidades, en función del modo en que nos tratan, de cómo interpretan nuestras conductas y de la información concreta que nos transmiten sobre nosotros mismos.

YO SOY

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Yo soy.....

Anexo 12: Cualidades positivas que ven en mí personas de mi entorno

Esta ficha ha de ser cumplimentada por el mayor número posible de personas cercanas de tu entorno, rellenando cada persona un cuadrado con las cualidades positivas que ven de ti (ejemplo: uno para el hermano, otro para el marido, otro para el hijo, etc.).