

ARTÍCULO ESPECIAL

# Conclusiones de las *I Jornadas de Psicología y Dolor. De la teoría a la práctica*

Conclusions from the 1<sup>st</sup>  
Conference on Psychology  
and Pain. From theory to  
practice

RESUMEN:

Este es un artículo especial en el que se sintetizan las ponencias presentadas en las *I Jornadas de Psicología y Dolor*, celebradas en Madrid en junio de 2023. El papel de la psicología en el abordaje de pacientes con dolor crónico se defiende desde SEMDOR y desde este grupo de trabajo, resaltando que para una auténtica intervención multidisciplinar las aportaciones de la psicología tienen un papel fundamental.

AUTORES:

**Grupo de Trabajo de Psicología y Dolor**

Montserrat Aguirre Dionisio, Carlos Suso Ribera, Francisco Marques, María Cecilia Peñacoba Puente, Francisco Javier Cano, Almudena Mateos, Beatriz Carrasco, Mayte Serrat Lopez, Milena Gobbo Montoya, Rubén Nieto Luna, Luis Antonio Merayo Alonso, María Dolores bedmar, M.<sup>a</sup> Magdalena Truyols y Encar Martín.

CORRESPONDENCIA:

**Montserrat Aguirre Dionisio**  
*instidol.psicologa@gmail.com*

ABSTRACT:

This is a special article synthesizing the presentations given at the 1st Conference on Psychology and Pain held in Madrid, June 2023. The role of psychology in the approach to patients with chronic pain is advocated by SEMDOR and this working group, highlighting that for a genuine multidisciplinary intervention, contributions from psychology play a fundamental role.

RECIBIDO: 17 / noviembre / 2023

ACEPTADO: 12 / diciembre / 2023

DOI: [10.20986/mpj.2024.1063/2023](https://doi.org/10.20986/mpj.2024.1063/2023)

**Palabras clave:** *Dolor persistente, dolor crónico, tratamiento multidisciplinar, psicología, psicoterapia.*

**Key words:** *Persistent pain, chronic pain, multidisciplinary treatment, psychology, psychotherapy.*

## Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial (1). El dolor es uno de los síntomas más crueles y persistentes que pueden acompañar a la enfermedad. Sin embargo, cuando persiste y se cronifica, este debe dejar de entenderse como un mero síntoma para ser considerado como una entidad patológica propia (2). Por lo tanto, el dolor crónico, también conceptualizado como persistente, debe ser entendido como una enfermedad y, consecuentemente, debe ser diagnosticado, evaluado y tratado debidamente. Se estima que esta patología afecta a aproximadamente a un 20 % de la población adulta globalmente (3-5).

Ante este escenario no es sorprendente que la IASP haya nombrado a 2023 el Año Mundial para el Cuidado Integral del Dolor, enfatizando además de la atención integral a las personas con dolor, la importancia de la autogestión sin medicamentos, incluyendo los enfoques que engloban tanto la mente como el cuerpo. En relación con esto último, en la reunión más reciente del grupo de trabajo de la IASP para actualizar la definición del dolor ya se introdujeron algunas indicaciones, sugiriendo la importancia de abandonar una visión puramente mecanicista y biomédica del dolor (1). Como conclusiones de esta reunión, se enfatizó que:

1. El dolor es una experiencia personal y subjetiva, influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y de la propia historia personal.
2. Que el dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes, donde cada persona tiene una experiencia vital que condicionará su percepción de dolor y la posibilidad de expresarlo (o no hacerlo) de diferentes formas.

Durante la reunión se recordó también que, si bien el dolor, sobre todo el agudo, suele cumplir una función adaptativa y de protección para nuestra supervivencia, cuando se cronifica puede tener efectos particularmente adversos y desadaptativos sobre el funcionamiento y el bienestar social y psicológico (6). En este sentido, en las últimas décadas los aspectos psicológicos han recibido un creciente interés en el campo del dolor. Esto se ha

evidenciado, por ejemplo, en el auge desde la neurociencia por el estudio del complejo procesamiento del dolor, que ha contribuido a entender desde este marco científico lo que pasa realmente en el cerebro de la persona con dolor (7).

A pesar de los últimos avances en terapias farmacológicas e intervencionistas, no siempre se alcanza el objetivo deseado en cuanto a disminución de la experiencia dolorosa (8). Resulta difícil permanecer impasible ante este sufrimiento de las personas, por lo que las aportaciones de las terapias psicológicas tienen un papel crucial en los programas de abordaje de dolor crónico. Desde la psicología se pueden llevar a cabo funciones evaluadoras, terapéuticas, de supervisión y refuerzo, educación en dolor y análisis de resultados, teniendo ya una gran evidencia sobre la utilidad de incorporar esta perspectiva en equipos multidisciplinares (9).

Esta necesidad de abordaje psicológico para los pacientes movió al Grupo de Trabajo de Psicología de SEMDOR a plantear unas jornadas de talleres prácticos y supervisión de casos celebradas, tanto presencialmente como *online*, en las que se actualizaron las principales aportaciones terapéuticas en este campo y que se resumen a continuación.

## Abordaje del dolor crónico: aportaciones desde la psicología, piezas de un puzzle

### Evaluación en dolor

(Rubén Nieto Luna y Francisco Javier Cano García)

El abordaje del dolor debe ser multi e interdisciplinar. Por su naturaleza subjetiva, el rol del psicólogo es fundamental en la evaluación del dolor (10). Siguiendo las recomendaciones existentes, existen seis dominios básicos de evaluación para personas con dolor persistente: dolor (intensidad, tratamientos y medicación, cualidad y temporalidad), funcionamiento físico, funcionamiento emocional, nivel de mejoría percibida y reacciones adversas (estos dos últimos están vinculados a la intervención recibida). Incluso se han realizado recomendaciones sobre métodos e instrumentos para evaluar cada dominio, en base a la evidencia disponible en cuanto a las propiedades psicométricas de los instrumentos (11,12).

Por ejemplo, en el funcionamiento emocional se recomienda el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y, para medir los aspectos cualitativos, el McGill Pain Questionnaire. Además, existen dominios de evaluación complementarios, como el funcionamiento de rol, el funcionamiento interpersonal, el consumo de recursos sanitarios, el afrontamiento del dolor, el funcionamiento neuropsicológico o el sufrimiento.

Si bien la evaluación psicológica es necesaria siempre, no ocurre lo mismo con la intervención psicológica. Se debe valorar si hay un trastorno mental preponderante y si la persona presenta un buen ajuste a la enfermedad antes de prescribir una intervención psicológica (13).

Finalmente, la experiencia del dolor es única para cada persona, lo cual exige personalizar tanto el proceso de evaluación como de intervención (teniendo en cuenta el contexto asistencial y nuestra experiencia). Para ello, la entrevista clínica nos puede ayudar a articular el proceso de evaluación y además conocer la perspectiva de la persona que es fundamental. Podemos utilizar preguntas como: ¿cuál es su visión del problema de dolor?, ¿le gustaría explicarme algo más sobre su experiencia del dolor?, o ¿sobre qué le gustaría que buscáramos más información?

## ¿Cómo explicar la Educación en Ciencia del Dolor?

(Mayte Serrat López)

La Educación en Ciencia del Dolor (PSE, por sus siglas en inglés *Pain Science Education*) ha sido extensamente investigada en relación con el dolor crónico. Existen estudios que demuestran su efectividad y que explican la forma en la que debería aplicarse. Ayuda a realizar una reconceptualización del dolor, proceso que ayuda a las personas que sufren dolor a poder afrontar correctamente su enfermedad.

La PSE ayuda a las personas a comprender cómo se produce el dolor, qué sienten y entender que, aunque no hay unos marcadores que puedan objetivar ese dolor, este siempre es **real**. El objetivo principal es que puedan entender que el dolor no es fruto de un daño tisular, sino de una evaluación (errónea o no) del cerebro (14). Se enfatiza la idea de que cualquier evidencia creíble de daño en los tejidos puede incrementar la percepción del dolor y cualquier evidencia creíble de seguridad en los tejidos podría disminuir la percepción dolorosa. Se pretende cambiar las creen-

cias sobre el dolor, hacer una reconceptualización y entender cómo funciona para nuestra supervivencia. Esto puede favorecer un cambio en las creencias negativas y las cogniciones erróneas sobre el dolor. Esta comprensión supone un cambio conceptual de todos los abordajes relacionados con el dolor crónico y podría llegar a ser determinante para mejorar la calidad de vida de los y las personas con fibromialgia (15).

Aprender a reconceptualizar el dolor implica poder utilizar estrategias de afrontamiento activas más adaptativas que ayudarían a disminuir la percepción del dolor y mejorar la calidad de vida de las personas con dolor. Para explicar la PNE es necesario poner el foco de atención en cuatro aspectos clave:

1. El dolor no es una medida de cómo se encuentran los tejidos.
2. Existen muchos factores, tanto físicos (como la tensión muscular) como psicológicos (como cogniciones erróneas) o como sociales (como la falta de comprensión social) que modulan la percepción del dolor.
3. La relación entre el dolor y el estado de los tejidos es menos congruente a medida que el dolor se alarga en el tiempo.
4. El dolor puede comprenderse como una relación con la percepción de peligro que puedan tener los tejidos.

Los dos aspectos más importantes de esta nueva conceptualización serían que ante la percepción de peligro de un tejido, además del dolor, existen otras respuestas del SNC que también están implicadas y que es esa percepción de amenaza la que acabará determinando la respuesta emocional y conductual y no el estado o la amenaza real de los tejidos (16).

## Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

(María Magdalena Truyols Taberner y Francisco Javier Cano García)

La terapia cognitivo conductual pretende capacitar a los pacientes con dolor crónico con estrategias efectivas de manejo del dolor persistente y sus consecuencias.

Su fundamentación teórica es diversa, con el Modelo de Miedo-Evitación como el más exitoso de los aplicados específicamente al dolor. Es un abordaje con la máxima evidencia empírica

reconocida por la APA y con tamaños de efecto medianos en todas las esferas de la experiencia dolorosa, especialmente en formatos grupales (17,18).

El programa que utilizamos fue desarrollado íntegramente en España por un grupo de 20 psicólogos, incluidos los autores de este capítulo. Consiste en diez sesiones grupales estructuradas, más 2-3 sesiones de seguimiento individual, en las que se instruye y entrena a los pacientes en técnicas como la relajación muscular y la respiración, el control de la atención, el manejo de las emociones negativas, la reestructuración cognitiva, las habilidades sociales, la gestión de las actividades y los valores personales, etc. (19).

La TCC es una terapia de elección para pacientes con dolor crónico en general (20). Como cualquier tratamiento psicológico requiere una motivación para el cambio adecuada, lo que implica la gestión del compromiso, la implicación, la adherencia y la generalización de los aprendizajes fuera de la consulta (21). Por este motivo está contraindicada si el paciente con dolor crónico se encuentra pendiente de medidas compensatorias vinculadas a los síntomas o a la enfermedad.

### Terapia Aceptación y Compromiso (ACT) (Beatriz Lechuga Carrasco y Carlos Suso Ribera)

La Terapia de Aceptación y Compromiso resulta muy útil en el tratamiento del dolor crónico (22). Cuando nos encontramos con personas con un proceso poco entendido, como es el dolor, y que se puede extender en el tiempo volviéndose crónico, debemos ayudarlas a conseguir que este no condicione su vida por completo. A través de esta terapia, se pretende que la persona acepte su situación y viva con ella de la forma que menos condicione su bienestar. De esta manera, no se pretende que la persona evite el problema, lo ignore o continúe como si nada. Se intenta conseguir que la persona sepa que habrá cosas que podrá hacer y otras que tendrá que limitar para no empeorar (23).

Un buen ejemplo de la necesidad de esta terapia lo podemos ver en esas personas que, aunque saben que una determinada actividad puede provocarles a posteriori un malestar intenso o un empeoramiento del dolor, la hacen para hacerse los “fuertes” o “valientes” pagando más tarde las consecuencias de dicho acto (24). Con estas técnicas se pretende conseguir que la persona

entienda dónde están sus límites y los asuma sin que esto condicione su vida.

Como se compartió el pasado junio en las I Jornadas de Psicología de la SEMDOR, tanto los pacientes como los profesionales, que al fin y al cabo somos los primeros que debemos asumir esto, tenemos que ser conscientes del momento presente. Vivimos siempre pensando en lo que vamos “a hacer después” sin pararnos a pensar en el momento actual que estamos viviendo. A través de estrategias como el *mindfulness*, nuestra labor profesional puede reeducar a las personas en pensamientos más centrados en el disfrute de la vida y el aprovechamiento del momento actual sin que el pasado y el futuro sean el motor que rige nuestras vidas (25).

### Aplicaciones de *mindfulness* en el manejo del dolor persistente

(Carlos Suso Ribera y Montserrat Aguirre Dionisio)

Como herramienta imprescindible basada en la conexión mente-cuerpo, en el abordaje no farmacológico del dolor crónico, las intervenciones basadas en *mindfulness* o atención plena trabajan el *cultivo de la conciencia experiencial del momento presente* (26).

Esta práctica de meditación sugiere la posibilidad de que, al entrenar ciertos rasgos como la observación, la aceptación o la conciencia de las sensaciones de dolor y de la respuesta condicionada al estrés, los pacientes con dolor crónico podrían estar más capacitados para ejercer una mejor estrategia de afrontamiento (25).

Aunque originaria de tradiciones budistas de hace más de 2500 años, Jon Kabat-Zinn y sus colegas desarrollaron una versión occidentalizada para intervenir con pacientes con dolor crónico. El conjunto de ejercicios estandarizado conocido como MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) es un programa de 8 semanas de prácticas formales e informales que incluirían la meditación basada en la respiración, escáner corporal o el caminar consciente y de forma complementaria ejercicios de yoga que ayudan a mejorar la flexibilidad y la conciencia corporal (27,28).

Actualmente, los abordajes psicológicos para el dolor crónico basados en *mindfulness* se han convertido en un componente común de otras intervenciones como la Terapia Dialéctica Con-

ductual, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness o la Terapia de Aceptación y Compromiso entre otras habiendo logrado el apoyo científico necesario formando parte de lo que se denomina la “tercer ola” (29).

¿De qué forma es eficaz *mindfulness*? Tres mecanismos que en la práctica serían inseparables y que se afectan mutuamente, parecen ser los inductores de los cambios a través del entrenamiento en *mindfulness*:

- La mayor conciencia de nuestra corporalidad y menor procesamiento autorreferencial.
- La mayor capacidad para regular las emociones.
- La mejora del control de la atención.

Al prestarle atención con curiosidad a las sensaciones y pensamientos (incluidas las sensaciones de dolor) y al poder ofrecerse a uno mismo apoyo y compasión, se consigue:

- Reducción de la sensación de pérdida de control.
- Disminución del catastrofismo.
- Reducir la rumiación la identificación con lo que sentimos y pensamos.
- Disminución de las conductas de evitación.

Con el tiempo se produce un efecto sobre el estrés, la frustración y la ira acumulada que sustenta el sufrimiento a largo plazo (30). Con la atención *educada*, podremos elegir objetivos y direcciones antes imposibles, cambiará nuestro modo de “estar con” el dolor y el sufrimiento, allanando el camino hacia la resiliencia y la paz mental. No nos evitará el dolor (o sí) pero será más tolerable.

El progreso de las técnicas de neuroimagen ha venido a avalar la evidencia del poder de estos estados de calma y autoconciencia sobre la neuroplasticidad cerebral observándose cambios funcionales y estructurales en el cerebro (31).

### Técnicas de control atencional e imaginación guiada en el manejo del dolor (Milena Gobbo)

Estas técnicas se utilizan con frecuencia en el manejo del dolor, pudiendo formar parte del proceso terapéutico de distintas escuelas teóricas de la psicología (32), aunque es en el modelo cognitivo-conductual donde se incluyen de un modo más sistemático.

Las técnicas de control atencional se basan en que nuestra atención presenta unas características que pueden hacer que el dolor aumente o disminuya. La atención es selectiva (podemos elegir qué atendemos), limitada (no podemos atender profundamente a varias cosas a la vez), y tiene la capacidad de magnificar aquello que atendemos (33).

Las personas con dolor crónico tienden a focalizar la atención en el dolor, amplificando la señal dolorosa, contribuyendo así a un aumento de extensión e intensidad del dolor percibido. De modo paralelo el paciente “desatiende” otras señales y actividades beneficiosas para él (34).

Las estrategias centradas en el manejo de la atención buscan limitar el impacto del dolor desviando la atención hacia otro estímulo o reajustando la atención puesta en el dolor hacia otros aspectos que sean menos estresantes o que interfieran en menor medida.

Podemos distinguir en la literatura dos tipos de técnicas. Por una parte, las basadas en la toma de conciencia sensorial, que buscan ir tomando contacto con los estímulos externos del paciente a través de todos los órganos de los sentidos, para sacar la atención del dolor; y, por otro lado, las técnicas de cambio del foco atencional, que alternan entre el foco externo (estímulos fuera del cuerpo), interno (estímulos corporales que no sean el dolor) y mentales (planes, proyectos, recuerdos). El entrenamiento del paciente en estas técnicas, enmarcadas dentro de su propio proceso terapéutico, le proporciona una herramienta de gran utilidad en su día a día para el manejo del dolor.

Además de las técnicas de control atencional destacamos también las técnicas de imaginación guiada. Estas técnicas se basan en que las áreas neurológicas que se activan con la imaginación no difieren de las áreas que se activan con los estímulos de la vida real, y eso ha mostrado su utilidad en distintos tipos de dolor crónico, como dolor de espalda, cefaleas, fibromialgia o dolor oncológico (35).

Estas técnicas actúan sobre aspectos emocionales y cognitivos de la experiencia del dolor, reduciendo la tensión emocional y la sensación de no control ante el dolor, aportando una herramienta eficaz que permite un afrontamiento activo (36). La imaginación guiada se puede usar de dos formas: generando imágenes sensoriales de situaciones agradables, o transformando el dolor a

través de la variación “voluntaria” de sus cualidades, como color, temperatura o forma (37).

Tanto los profesionales como los propios pacientes deben usar estas técnicas de modo personalizado, acorde a las características del paciente y de su dolor, para que sean más efectivas, y preferiblemente en el marco de un proceso terapéutico que permita dar sentido a la técnica. Las expectativas deben ser realistas. No vamos a eliminar el dolor totalmente, pero podemos reducirlo o hacerlo menos molesto. Por último, recordar que es posible que la técnica no funcione a la primera, por lo que la repetición de los ejercicios es necesaria para conseguir los objetivos propuestos.

## Hipnosis

(Francisco Marques)

El dolor crónico plantea grandes desafíos en cuanto a diagnóstico y tratamiento, especialmente los síndromes somático-funcionales (FSS) médicamente inexplicables (MUS), como la fibromialgia. La mayor parte de la investigación, además de mayoritariamente correlacional, se ha centrado en identificar los factores de riesgo y en el impacto en la calidad de vida de la persona. En consecuencia, su abordaje se dirige a la psicoeducación y al manejo del dolor. Sin embargo, se necesitan todavía estudios para conocer en profundidad los factores implicados en la aparición, desarrollo y mantenimiento de este trastorno si pretendemos mejorar tanto diagnóstico como tratamiento. Recientemente, se ha demostrado la eficacia de los estados modificados de conciencia (EMC) como forma de acceder a la causalidad autoasignada de la fibromialgia (38). Proponemos un método exploratorio muy simple, factible de emplear en consultas de atención primaria sin entrenamiento exigente en hipnosis. Se basa en la inducción de relajación para acceder a contenidos, normalmente reprimidos en estado de vigilia, sobre atribuciones causales de enfermedad. Los resultados mostraron en EMC, en comparación con el estado habitual de vigilia, una alta prevalencia de trauma (hasta diez veces más), en diferentes modalidades y grados. Lo mismo ocurrió con estresores psicosociales no traumáticos, a diferencia de en vigilia, que las atribuciones se centraron en factores fisiológicos y médicos. Aunque los EMC pueden inducirse mediante hipnosis, son espontáneos y naturales, de hecho, Milton Erikson los denominó trances cotidianos. Una

exposición de 10 minutos diarios puede generar beneficios en el control del estrés constatables a nivel neuropsicológico (39). Los EMC son frecuentes en terapia, sobre todo cuando se producen *insights*. Sin embargo, fuera del contexto hipnótico no se reconoce su potencial terapéutico. Utilizarlos de forma inteligente puede ayudar al diagnóstico e incrementar la eficacia de la intervención terapéutica.

## Fidelización a una prescripción de ejercicio para tratamiento del dolor

(Dolores Bedmar Cruz y Cecilia Peñacoba Puente)

Los programas de actividad física y ejercicio terapéutico se están promoviendo y aplicando cada vez más en diversos sistemas de salud, y para una variedad de condiciones de dolor crónico (40). Por lo tanto, en esta fase es importante establecer la eficacia y la seguridad de estos programas, y además para abordar los factores críticos que determinan su éxito o fracaso.

El papel del médico especialista en dolor es procurar un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento adecuado para cada paciente. Dentro del plan terapéutico la prescripción de ejercicio solo puede considerarse correcta, si el sujeto realmente realiza el ejercicio prescrito y esto resulta en una mejora de los mecanismos fisiológicos como los controles endocrinos, inmunológicos y autonómicos.

Los programas de actividad física y ejercicio pueden conllevar lesiones del aparato locomotor y aumentar los riesgos cardiovasculares pero el beneficio supera los riesgos. El beneficio se observa en ambos sexos y es mayor cuanto mayor es el volumen o la intensidad del ejercicio físico (41).

Hacer una correcta prescripción de ejercicio es una tarea ardua que debe llevarse a cabo en equipo, los requisitos para ello se pueden resumir en tres puntos fundamentales:

1. Experiencia médica convencional para evaluar las capacidades y limitaciones de salud del paciente (edad, sexo, peso, hábitos de vida, patología...).
2. Se necesita experiencia técnica para prescribir ejercicio, para educar a los pacientes y ayudarlos a superar las barreras prácticas.
3. Se necesita experiencia psicológica para motivar y ayudar a los pacientes a cambiar el comportamiento y mane-



jar posibles problemas psicológicos resultantes de una enfermedad importante (si está presente).

En lo que se refiere al último punto, la investigación previa pone de manifiesto que la adhesión al ejercicio físico en pacientes con dolor crónico es baja, pese a que más del 80 % de los pacientes reciben la prescripción médica del ejercicio físico por parte de los profesionales sanitarios. Además, se ha observado que la intención por parte del paciente de llevar a cabo el ejercicio físico no constituye un factor suficiente que asegure la realización de la conducta, lo que se ha venido a denominar “la brecha entre intención y conducta” (42).

La realización del ejercicio físico, como conducta saludable, es un comportamiento complejo que incluye aspectos motores, cognitivos, emocionales y motivacionales. En el caso de los pacientes con dolor crónico, además, la realización de esta conducta se lleva a cabo dentro de un contexto con numerosas variables “inhibidoras” de la conducta, entre las que se incluyen el dolor, la fatiga o el estado emocional. A su vez, estas variables contextuales se encuentran influidas por las variables psicosociales propias del paciente. Existen numerosos trabajos que han focalizado su interés en el estudio, evaluación e intervención de estas variables desde la psicología. Además, del abordaje directo del dolor crónico con técnicas psicológicas de evidencia científica, entre las que se incluyen la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso (ya comentadas a lo largo de este manuscrito), no cabe duda de que, si el ejercicio físico es el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes con dolor crónico, la aplicación de las técnicas psicológicas dirigidas a la mejora de su adhesión constituye sin duda un objetivo relevante, de interés y utilidad dentro del necesario abordaje interdisciplinar del paciente con dolor crónico y desde enfoques biopsicosociales (43,44).

Una reciente revisión de revisiones (*umbrella review*) señala los factores esenciales que contribuyen a la adhesión al ejercicio físico en pacientes con dolor crónico:

- a) Características del programa de ejercicio.
- b) Implicación de profesionales de diferentes disciplinas.
- c) Supervisión.
- d) Tecnología.
- e) Exploración inicial de las características de los participantes y las barreras y facilitadores.

- f) Educación de los participantes, expectativas adecuadas y conocimiento sobre riesgos y beneficios.
- g) Disfrute y ausencia de experiencias desagradables.
- h) Integración en la vida cotidiana.
- i) Apoyo social y relación.
- j) Comunicación y retroalimentación.
- k) Información disponible sobre el progreso y seguimiento.
- l) Autoeficacia y competencia.
- m) Papel activo del participante.
- n) Establecimiento de objetivos.

Con relación a estos factores, el papel de la autoeficacia y las percepciones catastrofistas de los pacientes han despertado un especial interés. Respecto a la primera, se pone de manifiesto la relación entre autoeficacia y el funcionamiento general en dolor crónico (incluyendo la adhesión al ejercicio físico), observándose correlaciones negativas de la autoeficacia con el deterioro físico, la ansiedad y la intensidad del dolor, y correlaciones positivas entre la autoeficacia y el manejo de los síntomas para la realización de la actividad, aunque se observa una heterogeneidad considerable en todos los tamaños del efecto. Por otro lado, niveles elevados de catastrofismo se asocian a mayor intensidad y duración de dolor y discapacidad (incluyendo medidas de ejercicio físico), concluyendo los trabajos existentes en la necesidad de atender a los factores cognitivos y emocionales en los programas de prevención del dolor crónico y la discapacidad relacionada (45).

### Problemas de sexualidad en pacientes con dolor

(Milena Gobbo y Almudena Mateos)

Hay una alta prevalencia de dificultades sexuales en pacientes con dolor (46). Es un tema complejo y apenas tenido en cuenta (47). A través de los mitos más frecuentes en nuestra práctica clínica nos acercamos a varios aspectos fundamentales en la sexualidad de las personas con dolor.

1. *Si una persona con dolor crónico practica sexo es seguro que después tendrá más dolor.* Las personas con dolor asocian erróneamente el movimiento al incremento del dolor (kinesiofobia), lo que genera miedo y ansiedad anticipatoria (48).

2. *Hay cosas más importantes de las que ocuparse.* La atención del paciente se centra en la erradicación del dolor. Sin embargo, los efectos beneficiosos de las relaciones sexuales no son desdeñables: se produce liberación de endorfinas, oxitocina y melatonina (disminuye el dolor, mejora el sueño y el estado de ánimo), disminuye la segregación de cortisol (disminuye el estrés y la ansiedad) e incrementan las inmunoglobulinas (mejora las defensas del cuerpo). Activa la circulación sanguínea periférica (disminuye la fatiga) y genera sensaciones agradables (mejora la autoestima y la relación de pareja) (49).
3. *Yo = enfermedad / mi aspecto físico no es agradable.* Con frecuencia, la persona con dolor se abandona y adopta un rol de enfermo, como si externamente tuviera que demostrar que no se encuentra bien. Además, la enfermedad y los tratamientos pueden producir alteraciones físicas. Eso reduce la autoestima y el autoconcepto como persona atractiva y deseable, disminuyendo las posibilidades del encuentro sexual.
4. *Voy a fracasar en mis relaciones sexuales.* El catastrofismo y la anticipación negativa forman parte del círculo vicioso de miedo-evitación: evitando las relaciones sexuales se reducen el dolor y el miedo, esto incrementa el catastrofismo, la hipervigilancia, la anticipación, el miedo y la desesperanza, afectando a la percepción dolorosa y a la respuesta sexual (50).
5. *No pueden ayudarme.* El modelo PLISSIT facilita el abordaje de alteraciones de la sexualidad en consulta (51).
  - P (Permiso): un entorno de confianza y respeto a la intimidad y dignidad del paciente para tratar los problemas que hayan surgido.
  - LI (Información Limitada): proporcionar información anatómica y psicológica, corregir las ideas erróneas sobre los aspectos detectados en la fase anterior.
  - SS (Sugerencias Específicas): proporcionar sugerencias y recursos específicos para problemas concretos.
  - IT (Terapia Intensiva): derivación a un especialista cuando se detecta la necesidad.
6. *Solo me incumbe a mí.* La comunicación asertiva en las relaciones sexuales es básica: pensar qué se quiere tras-

mitir, de forma asertiva, teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal, elegir el momento y el lugar adecuado para hablarlo (52).

## Problemas en la familia. Terapia familiar (TF) y dolor crónico

(Luis Antonio Merayo Alonso)

El enfoque de la terapia familiar en personas con dolor crónico se centra en comprender y abordar las dinámicas familiares y relacionales que influyen en la experiencia del dolor del paciente.

La TF en el contexto de las enfermedades crónicas se ofrecen como un elemento de los programas multimodales que involucran atención médica, demostrando la importancia de intervención en contexto familiar (53) y en particular en el dolor crónico con las siguientes evidencias:

1. Se ha observado una disminución en la severidad de los síntomas y manifestaciones de dolor, así como una mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud individual y familiar como del impacto de la enfermedad (54).
2. La terapia familiar ha demostrado ser efectiva en disminuir el impacto de la enfermedad, interviniendo en mejorar la comunicación y las relaciones en las familias y parejas afectadas por el dolor crónico (55).
3. Al involucrar a la familia en el proceso de tratamiento, se fomenta el apoyo y la colaboración que permitan contribuir a la adherencia al tratamiento, cambios en el estilo de vida y la participación en terapias complementarias (56).
4. La terapia familiar ha demostrado ser efectiva en fortalecer la resiliencia familiar frente al dolor crónico. Ayuda a la familia a desarrollar estrategias de afrontamiento conjuntas, a encontrar nuevos significados y narrativas en torno al dolor crónico, y a fortalecer la cohesión y la adaptabilidad familiar (57).

Para un profesional sanitario que trabaja con personas que sufren de dolor crónico y desea incluir a la familia en su tratamiento, aquí hay algunas recomendaciones: evaluación del contexto familiar, psicoeducación sobre el dolor crónico y su impacto en la dinámica familiar y sus relaciones interpersonales, inclusión en



la toma de decisiones relacionadas con el manejo del dolor que promuevan la adherencia al tratamiento, orientación sobre estrategias de apoyo individual, comunitarios y derivación a servicios de asesoramiento psicológico (58).

Para un familiar que sufre de dolor crónico, pueden ser útiles algunas recomendaciones de apoyo: aprender sobre la enfermedad que cursa con dolor crónico, mejorar la escucha activa y empatía, fomentar una comunicación abierta y honesta y el apoyo social adecuado en la familia (59).

## Cómo gestionar el trabajo y el dolor

(Almudena Mateos y Encar Martín)

El área laboral se altera enormemente por el dolor. Se estima que más de un tercio de los pacientes se ven obligados a dejar su trabajo (60,61). Sin embargo, esto apenas se habla en consulta.

Tratar los aspectos psicológicos relacionados con esta área favorecerá el bienestar del paciente para aceptar la jubilación o sentir de nuevo motivación para volver a trabajar (62,63).

Algunos de los aspectos psicológicos más frecuentes son: miedos (no volver a trabajar, recaídas...), falta de motivación para la reincorporación, expectativas inalcanzables, incertidumbre acerca de sus capacidades para reinventarse y pérdida de la autoestima (64).

Algunas estrategias fundamentales para mejorar estos aspectos son las siguientes:

1. **Autoestima sana:** favorecer la recuperación de actividades gratificantes, analizar las creencias y miedos, como “ser un inútil”... Y rebatirlos basándose en la experiencia y enfocarse en objetivos centrados en valores.
2. **Vuelta al mismo puesto de trabajo:** evaluar aspectos del trabajo que incrementaban el dolor, como la gestión del estrés, la organización del propio trabajo, problemas relacionales... Y generar nuevas formas de afrontar la situación laboral para no volver al mismo punto y habilidades sociales para relacionarse.
3. **Reinventarse:** empezar por la reflexión, por el autoconocimiento enfocado a un aspecto profesional. Conocer y “re”conocer las fortalezas y las áreas que pueden necesitar mejora. Será importante hacer otra reflexión sobre lo que se desea en esa vida laboral. Un buen análisis ayuda-

rá a crear un currículum más adecuado, para encontrar ese trabajo que acompañe en una mejor calidad de vida.

**En base a estas reflexiones anteriores, el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR) ha realizado un decálogo de recomendaciones para un adecuado manejo del dolor persistente:**

1. **Planificación desde la multidisciplinariedad.** Trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, para ofrecer un enfoque integral y personalizado.
2. **Abordaje biopsicosocial.** Adoptar un enfoque que reconozca la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales en la experiencia del dolor crónico, facilitando la participación de la persona en su propio cuidado, ayudándole a establecer metas realistas y a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.
3. **Comunicación abierta y honesta.** Practicar una escucha atenta y empática para comprender la experiencia única de cada persona, brindando un espacio seguro para que pueda expresar sus emociones y preocupaciones sin juicio.
4. **Evaluación amplia y sistemática.** Partiendo del punto anterior, planificar y realizar una evaluación amplia que nos permita conocer la persona y su situación, establecer metas y evaluar los efectos de nuestras intervenciones.
5. **Educación sobre dolor.** Proporcionar información clara, precisa y actualizada sobre las causas y mecanismos del dolor crónico, ayudando a comprender cómo funciona y desmitificar posibles temores.
6. **Contar con diversas estrategias de afrontamiento activas.** Orientar sobre diversas técnicas de afrontamiento activas, como la relajación, la meditación y la atención plena, que puedan ayudar a la persona a manejar el estrés y la ansiedad asociados con el dolor crónico.
7. **Valorar la ayuda del terapeuta especializado.** Remitir a personas psicólogas especializadas en intervenciones como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de aceptación y compromiso, para abordar el manejo de pensamientos y conductas más adaptadas a sus necesidades.

8. **Abordaje de la sexualidad.** Reconocer la importancia de la sexualidad en la vida de las personas con dolor crónico y proporcionar orientación y apoyo para abordar cualquier dificultad en este aspecto.
9. **Abordaje de la situación laboral.** Evaluar cómo el dolor crónico impacta en el ámbito laboral de la persona y ofrecer orientaciones para la gestión de estas situaciones.
10. **Evaluación de la repercusión del dolor crónico en el ámbito familiar.** Valorar las consecuencias y proporcionar pautas para una comunicación asertiva y efectiva y asesorar para el apoyo mutuo en la familia.
11. **Enfoque en la calidad de vida y promoción del ejercicio físico.** Más allá de la reducción del dolor, centrarse en mejorar la calidad de vida general de la persona, incluyendo la promoción de actividades que brinden satisfacción y bienestar, así como la inclusión de la persona en programas de ejercicio físico programados de forma individualizada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Whitten CE, Cristobal K. Chronic Pain is a Chronic Condition, Not Just a Symptom. *Perm J*. 2005;9(3):43-51.
3. 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):287-333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
4. Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP Jr. Chronic Pain Among Adults - United States, 2019-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023;72(15):379-385. DOI: 10.15585/mmwr.mm7215a1.
5. Todd A, McNamara CL, Balaj M, Huijts T, Akhter N, Thomson K, Kasim A, Eikemo TA, Bambra C. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. *Eur J Pain*. 2019;23(8):1425-36. DOI: 10.1002/ejp.1409.
6. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T21-49. DOI: 10.1016/j.jpain.2016.02.006.
7. Martinez-Calderon J, Ho EK, Ferreira PH, Garcia-Muñoz C, Villar-Alises O, Matias-Soto J. A Call for Improving Research on Pain Neuroscience Education and Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2023 Jun;53(6):353-368. DOI: 10.2519/jospt.2023.11833.
8. Chou R, Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*. 2015;162(4):276-86. DOI: 10.7326/M14-2559.
9. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350:h444. DOI: 10.1136/bmj.h444.
10. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):19-25. DOI: 10.1093/bja/aet124.
11. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain*. 2008;9(2):105-21. DOI: 10.1016/j.jpain.2007.09.005.
12. Wandner LD, Prasad R, Ramezani A, Malcore SA, Kerns RD. Core competencies for the emerging specialty of pain psychology. *Am Psychol*. 2019;74(4):432-44. DOI: 10.1037/amp0000330. DOI: 10.1037/amp0000330.
13. Benito G, Nadador V, Fernández-Alcnaud J, Hernández-Salvan J, Ruiz-Castro M, Riquelme I. Intervenciones del psicólogo en las clínicas del dolor: Una propuesta desde la experiencia de la unidad del dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13(4):254-62.
14. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. Treatment of central sensitization in patients with 'unexplained' chronic

- pain: an update. *Expert Opin Pharmacother*. 2014;15(12):1671-83. DOI: 10.1517/14656566.2014.925446.
15. Serrat M, Coll-Omaña M, Albajes K, Solé S, Almirall M, Luciano JV, et al. Efficacy of the FIBROWALK Multicomponent Program Moved to a Virtual Setting for Patients with Fibromyalgia during the COVID-19 Pandemic: A Proof-of-Concept RCT Performed Alongside the State of Alarm in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10300. DOI: 10.3390/ijerph181910300.
  16. Moseley GL, Butler DS. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain*. 2015;16(9):807-13. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.05.005.
  17. Meulders A. From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: a state-of-the-art review. *Curr Opin Behav Sci*. 2019;26:130-6. DOI: 10.1016/j.cobeha.2018.12.007.
  18. Yang J, Lo WLA, Zheng F, Cheng X, Yu Q, Wang C. Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self-Efficacy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Res Manag*. 2022;2022:4276175. DOI: 10.1155/2022/4276175.
  19. Moix J, Kovacs FM. *Manual del dolor*. Madrid: Paidós; 2009.
  20. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11(11):CD007407. DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub3.
  21. Ankawi B, Kerns RD, Edmond SN. Enhancing Motivation for Change in the Management of Chronic Painful Conditions: a Review of Recent Literature. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(10):75. DOI: 10.1007/s11916-019-0813-x.
  22. McCracken LM, Yu L, Vowles KE. New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ*. 2022;376:e057212. DOI: 10.1136/bmj-2021-057212.
  23. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain*. 2014;15(3):221-34. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.10.014.
  24. López-Roig S, Peñacoba C, Martínez-Zaragoza F, Abad E, Catalá P, Suso-Ribera C, Pastor-Mira MÁ. The Activity Patterns Scale: An Analysis of its Construct Validity in Women With Fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2021;37(12):887-97. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000980.
  25. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med*. 2011;17(1):83-93. DOI: 10.1089/acm.2009.0546.
  26. Adler-Neal AL, Zeidan F. Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Curr Rheumatol Rep*. 2017;19(9):59. DOI: 10.1007/s11926-017-0686-0.
  27. Martín-Asuero A, García-Banda G. The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J Psychol*. 2010;13(2):897-905. DOI: 10.1017/S1138741600002547.
  28. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4(1):33-47. DOI: 10.1016/0163-8343(82)90026-3.
  29. Kishita N, Takei Y, Stewart I. A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(12):1352-61. DOI: 10.1002/gps.4621.
  30. Pei JH, Ma T, Nan RL, Chen HX, Zhang YB, Gou L, Dou XM. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Chronic Pain A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2021;26(3):333-46. DOI: 10.1080/13548506.2020.1849746.
  31. Nascimento SS, Oliveira LR, DeSantana JM. Correlations between brain changes and pain management after cognitive and meditative therapies: A systematic review of neuroimaging studies. *Complement Ther Med*. 2018;39:137-45. DOI: 10.1016/j.ctim.2018.06.006.
  32. Elomaa MM, de C Williams AC, Kalso EA. Attention management as a treatment for chronic pain. *Eur J Pain*. 2009;13(10):1062-7. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.12.002.
  33. Johnson MH. How does distraction work in the management of pain? *Curr Pain Headache Rep*. 2005;9(2):90-5. DOI: 10.1007/s11916-005-0044-1.
  34. Abudoush AN, Noureen A, Panagioti M, Poliakoff E, Van Ryckeghem DML, Hodkinson A, Husain N. What can we learn

- about selective attention processes in individuals with chronic pain using reaction time tasks? A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2023;164(8):1677-92. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002885.
35. Posadzki P, Ernst E. Guided imagery for musculoskeletal pain: a systematic review. *Clin J Pain*. 2011;27(7):648-53. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31821124a5.
  36. Fors EA, Sexton H, Göttestam KG. The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2002;36(3):179-87. DOI: 10.1016/S0022-3956(02)00003-1.
  37. Baird CL, Sands L. A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis. *Pain Manag Nurs*. 2004;5(3):97-104. DOI: 10.1016/j.pmn.2004.01.003.
  38. De Almeida-Marques FX, Sánchez-Blanco J, Sanduvete-Chaves S, Cano-García FJ. Causal attributions of potentially traumatic life events in fibromyalgia patients. *Int J Rheum Dis*. 2019;22(12):2170-7. DOI: 10.1111/1756-185X.13739.
  39. Kekecs Z, Szekely A, Varga K. Alterations in electrodermal activity and cardiac parasympathetic tone during hypnosis. *Psychophysiology*. 2016;53(2):268-77. DOI: 10.1111/psyp.12570.
  40. Pastor-Mira MA, López-Roig S, Peñacoba C, Sanz-Baños Y, Lledó A, Velasco L. Predicting walking as exercise in women with fibromyalgia from the perspective of the theory of planned behavior. *Women Health*. 2020;60(4):412-25. DOI: 10.1080/03630242.2019.1662869.
  41. Lucini D, Malacarne M, Gatzemeier W, Pagani M. A Simple Home-Based Lifestyle Intervention Program to Improve Cardiac Autonomic Regulation in Patients with Increased Cardiometabolic Risk. *Sustainability*. 2020;12(18):7671. DOI: 10.3390/su12187671.
  42. Shaw JF, Pilon S, Vierula M, Mclsaac DI. Predictors of adherence to prescribed exercise programs for older adults with medical or surgical indications for exercise: a systematic review. *Syst Rev*. 2022;11(1):80. DOI: 10.1186/s13643-022-01966-9.
  43. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):CD011279.
  44. McKeon G, Mastrogiovanni C, Chapman J, Stanton R, Matthews E, Steel Z, et al. The experiences of peer-facilitators delivering a physical activity intervention for emergency service workers and their families. *Ment Health Phys Act*. 2021;21:100414. DOI: 10.1016/j.mhpa.2021.100414.
  45. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):2023. DOI: 10.3390/ijerph18042023.
  46. Katz H, Newton-John TRO, Shires A. Sexual Difficulties in the Population with Musculoskeletal Chronic Pain: A Systematic Review. *Pain Med*. 2021;22(9):1982-92. DOI: 10.1093/pm/pnaa451.
  47. Gallach E, De Juan A, Garcia-Blanco A, Izquierdo RM, Robledo-Algarra R, Fenollosa P, et al. Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(3):145-54. DOI: 10.20986/resed.2018.3600/2017. DOI: 10.20986/resed.2018.3600/2017.
  48. Rovner GS, Sunnerhagen KS, Björkdahl A, Gerdle B, Börso B, Johansson F, Gillanders D. Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. *PLoS One*. 2017;12(4):e0175737. DOI: 10.1371/journal.pone.0175737.
  49. Brody S. The relative health benefits of different sexual activities. *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1336-61. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x.
  50. Thomtén J, Lundahl R, Stigenberg K, Linton S. Fear avoidance and pain catastrophizing among women with sexual pain. *Womens Health (Lond)*. 2014;10(6):571-81. DOI: 10.2217/WHE.14.51.
  51. Tuncer M, Oskay ÜY. Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*. 2022;48(3):309-18. DOI: 10.1080/0092623X.2021.1998270.
  52. López Alvarado SL, Van Parys H, Jerves E, Enzlin P. Development of sexual assertiveness and its function for human sexuality: a literature review. *Rev Int Psicol*.

- 2020;54(2):e948. DOI: 10.30849/ripijp.v54i2.948. DOI: 10.30849/ripijp.v54i2.948.
53. Doherty WJ, McDaniel SH, Hepworth J. Contributions of medical family therapy to the changing health care system. *Fam Process*. 2014;53(3):529-43. DOI: 10.1111/famp.12092.
54. Martín Pérez IM, Martín Pérez SE, Martínez Rampérez R, Vaswani Vaswani SS, Dorta Borges MF. Conocimientos, actitudes y creencias hacia la enfermedad en mujeres con Fibromialgia. Un estudio cualitativo basado en un grupo focal. *Rev Soc Esp Dolor*. 2023;30(2):79-94. DOI: 10.20986/resed.2023.4022/2022.
55. Lewandowski AS, Palermo TM, Stinson J, Handley S, Chambers CT. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *J Pain*. 2010;11(11):1027-38. DOI: 10.1016/j.jpain.2010.04.005.
56. Smith TE, Sheridan SM, Kim EM, Park S, Beretvas SN. The Effects of Family-School Partnership Interventions on Academic and Social-Emotional Functioning: a Meta-Analysis Exploring What Works for Whom. *Educ Psychol Rev*. 2020;32(2):511-44. DOI: 10.1007/s10648-019-09509-w.
57. Walsh F. A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*. 2002;51(2):130-7. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2002.00130.x.
58. McDaniel S H, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems. Basic Books; 1992.
59. McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*. 2005;118(1-2):164-9. DOI: 10.1016/j.pain.2005.08.015.
60. de Sola H, Salazar A, Dueñas M, Ojeda B, Failde I. Nationwide cross-sectional study of the impact of chronic pain on an individual's employment: relationship with the family and the social support. *BMJ Open*. 2016;6(12):e012246. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012246.
61. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
62. Vicente Pardo JM. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Med Segur Trab*. 2016;62(242):49-65.
63. Oakman J, Kinsman N, Briggs AM. Working with Persistent Pain: An Exploration of Strategies Utilised to Stay Productive at Work. *J Occup Rehabil*. 2017;27(1):4-14. DOI: 10.1007/s10926-016-9626-5.
64. LoMartire R, Dahlström Ö, Björk M, Vixner L, Frumento P, Constan L, Gerdle B, Ång BO. Predictors of Sickness Absence in a Clinical Population With Chronic Pain. *J Pain*. 2021;22(10):1180-94. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.03.145.