

PERCEPCIÓN DE DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA POBLACIONAL DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Esther Secanilla Campo
UNIR (Universidad Internacional de la Rioja)
esther.secanilla@unir.net

Received: 13 abril 2025
Revised: 17 abril 2025
Evaluator 1 report: 23 abril 2025
Evaluator 2 report: 27 abril 2025
Accepted: 20 mayo 2025
Published: mayo 2025

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se pretende profundizar sobre la percepción de dolor en pacientes adultos, y cómo el dolor afecta en su calidad de vida. Se ha realizado una encuesta online participando una muestra de 173 personas. Se han recogido datos sobre la percepción de dolor de la Escala numérica de dolor (EN, González et al, 1995) y sobre la calidad de vida con la escala WHOQOL-BRIEF (Lucas, 1998), incluyendo otras variables destacables como las emociones, el ejercicio físico y la satisfacción con la sanidad pública. Los resultados obtenidos demuestran la hipótesis inicial, asociando una peor calidad de vida a las personas que sufren dolor, constituyendo un alto coste de recursos sanitarios, y siendo las emociones puntuadas más altas la frustración y la ansiedad. Todo ello arroja luz para proponer intervenciones psicoterapéuticas específicas desde la psicología general sanitaria como alternativa y/o complemento al uso de medicación farmacéutica.

Palabras clave: dolor; calidad de vida; intervención psicológica; salud; emociones; EMDR

ABSTRACT

Perception of pain in the quality of life of the population from the perspective of health psychology. This research work aims to investigate the perception of pain in adult patients, and how pain affects their quality of life. An online survey was conducted with a sample of 173 participants. Data was collected on pain perception with the Numerical Pain Scale (EN, González et al, 1995) and on quality of life with the WHOQOL-BRIEF scale (Lucas, 1998), including other important variables such as emotions, physical exercise and satisfaction with public health care. The results obtained demonstrate the initial hypothesis, associating a worse quality of life to people suffering from pain, constituting a high cost of health resources, and with the highest rated emotions being frustration and anxiety. All this sheds light on the need to propose specific psychotherapeutic interventions from general health psychology as an alternative and/or complement to the use of pharmaceutical medication.

Keywords: pain; quality of life; psychological intervention; health; emotions; EMDR

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), en un estudio del grupo EPISER sobre la prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (2001)¹, se concluyó que las enfermedades musculoesqueléticas tienen una alta prevalencia en territorio español, destacando la artrosis, la FM (fibromialgia) y la lumbalgia. A todas ellas van asociadas un empeoramiento de la calidad de vida de la persona que las padece. Además, las enfermedades relacionadas con el dolor tienen un alto coste a nivel sanitario y social, por lo que se hace imprescindible evaluar un tratamiento de soporte psicoemocional desde la psicología comunitaria para ofrecer recursos a lo largo del tiempo a estas personas y paliar el coste que ello implica a nivel de recursos de salud pública y el alto consumo de medicación de forma prolongada, además de las implicaciones que conlleva a nivel de incapacidad laboral con repercusiones en la salud mental de la población con dolor. A pesar de haber numerosos estudios sobre dolor, habitualmente se realizan desde una perspectiva sanitaria médica y de enfermería, pero no hay tantos desde el ámbito sanitario que tengan en cuenta el rol del psicólogo clínico en estos casos. Esta investigación pretende aportar nuevas directrices de actuación a otros trabajos que existen en la actualidad, pero desde la psicología de la salud, proponiendo algunas estrategias para abordar el dolor, tanto desde la prevención en población general como desde el tratamiento en población afectada de dolor crónico y/o agudo, desde un modelo biopsicosocial adoptando una perspectiva interdisciplinaria, donde es necesaria la implicación de todos los profesionales de la salud.

Los últimos datos de diferentes estudios (Episer, 2001, Valero de Bernabe, 2015) consideran que en la población española habrá en los próximos años entre un 80% y 85% que padecerá dolor lumbar a lo largo de su vida, convirtiéndose en dolor lumbar crónico en un 7,7%. Es un grave problema de salud que afecta a la mayoría de la población occidental, habiendo países como Reino Unido que considera el dolor lumbar como el causante del mayor gasto en salud, más que otro tipo de enfermedades como las cardiovasculares y en segundo lugar después de los problemas de las vías respiratorias superiores (Deyo y Weinstein, 2001). Así mismo, la OMS, en su informe del 2023² detectó que el número de casos por dolor lumbar en 2020 fue de 619 millones de personas en todo el mundo previendo que en 2050 aumentaría en 843 a causa del alza del envejecimiento de la población (GBD, 2023). Este hecho implica un problema grave de salud pública a nivel económico para la sociedad en su conjunto y para las personas que padecen de dolor, puesto que genera una clara pérdida de productividad en el ámbito laboral de la población, y a nivel emocional al sufrir la imposibilidad de una participación activa en actividades físicas y sociales, disminuyendo la calidad de vida de las personas que sufren de dolor. En el caso de dolor lumbar, afecta tanto a la población adulta como a la población infantojuvenil (Maher et al, 2017), teniendo en cuenta que es más frecuente en mujeres (GBD, 2019). Han existido acciones para favorecer un envejecimiento saludable, habiendo sido designada la década de 2020-2030 como <<década de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable>>, proporcionando una sólida plataforma para promocionar las iniciativas de salud nacionales, regionales y globales para afrontar a través de campañas de concienciación pública las recomendaciones para mantenerse activo y disminuir las cargas que implica el padecer dolor (GBD, 2023). Este hecho, además de conocer las implicaciones de lo que se conoce como dolor, junto con la necesidad de velar por una buena calidad de vida, merecen una atención específica, por lo que a continuación se abordan una serie de premisas necesarias para abordar esta investigación.

Evaluación del dolor

Más allá de las teorías médicas donde tan solo tenían en cuenta el dolor como una consecuencia de daño tisular, una de las teorías más aceptadas para explicar la percepción del dolor es la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (1965), donde se constatan los factores que tienen influencia en la sensación y mantenimiento del dolor. Se tienen en cuenta aquellos aspectos emocionales, atencionales y conductuales como el hecho de reforzar el dolor y las motivaciones para mantenerlo. Estas funciones están alteradas en el paciente con dolor y permiten su

percepción. Así, además del dolor tisular en sí (sensorial discriminativa, nocioceptores que señalan la localización, frecuencia e intensidad del dolor), existe la posibilidad de modular la respuesta al dolor percibido, haciendo que aumente, disminuya o se neutralice, siendo los aspectos psicológicos (afectivos emocionales, como la respuesta de evitación o la ansiedad que se produce) del paciente los significantes en cuanto a la percepción y respuesta al dolor sentido (evaluativa cognitiva). Más allá del daño tisular, para abordar el dolor, deben tenerse en cuenta los síntomas emocionales (muchas veces a través de ansiedad, tristeza, ira, frustración, miedo, depresión), síntomas cognitivos y síntomas conductuales. Esa misma definición reciente sobre dolor crónico que aporta la IASP y que es desarrollada por Williams y Craig (2016) equivale no solo a una simple sensación, sino en un proceso que implica una experiencia compleja donde se asocia a un dolor que contiene aspectos cognitivos, emocionales y aspectos conductuales según el estudio de Cano (2000), incidiendo en los aspectos sensoriales de dolor (duración, frecuencia e intensidad). En el estudio, se tuvo en cuenta las expectativas de autoeficacia percibida, las estrategias cognitivas del paciente, las creencias de locus de control y su lenguaje interno (incluyendo aspectos emocionales como la ansiedad y la tristeza). Algunas de las conclusiones fueron que tanto la intensidad como la frecuencia del dolor tienen alto porcentaje de varianza según sea la percepción y afrontamiento del dolor de los pacientes estudiados.

La calidad de vida y el dolor

A pesar de la escasa literatura referente a la relación entre dolor y calidad de vida desde un punto de vista psicológico, hay consenso en cuanto a considerar que el hecho de sufrir dolor en diferentes momentos y situaciones del ciclo vital implica una alteración en la calidad de vida a nivel personal, físico, social y/o profesional, relacionando el concepto de calidad de vida con el término de salud –CVRS– al abarcar diferentes facetas de la persona. En este sentido, parece que la población que acude a la consulta médica por temas de dolor, tiene una peor calidad de vida que otras personas que consultan por otra tipología (López-Silva et al, 2007), siendo el género femenino el que sufre más dolor agudo y crónico.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la influencia de la percepción de dolor en la calidad de vida de población adulta.

Objetivos específicos

Profundizar en la percepción del dolor de la población general adulta a través de la muestra analizada.

Valorar cómo afecta la percepción de dolor en la calidad de vida de la población estudiada.

Identificar qué emociones están relacionadas con la experiencia de dolor.

Conocer la satisfacción de atención sanitaria pública recibida por la población con percepción de dolor.

Proponer estrategias de intervención psicoterapéuticas para abordar el dolor en la comunidad.

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por población adulta general, a partir de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

PERCEPCIÓN DE DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA POBLACIONAL DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión en la investigación.

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
CI1: Adultos de entre 20 y 60 años de población general	CE1: Población infanto-juvenil
CI2: Población general que pudiera comprender el contenido de las preguntas	CE2: Personas que cognitiva o atencionalmente no tenga la capacidad para entender el enunciado de las preguntas
CI3: Población de asociaciones de dolor	CE3: No estar de acuerdo con el consentimiento informado
CI4: Cualquier nivel socioeconómico	
CI5: De cualquier cultura	
CI6: Cualquier género	

Criterios para escoger a la muestra (Elaboración propia)

Se incluyeron los subgrupos de edad teniendo en cuenta los CI y los CE. El período de respuesta fue de quince días, y se distribuyó a través de las redes sociales al azar y a diferentes asociaciones de dolor. Participó un total de n= 221 personas entre 20 y 60 años, de las que se excluyó las que no coincidía con los criterios de inclusión, así como a 27 participantes menor de 40 años al ser muy poco significativa, analizando finalmente un total del n=173.

METODOLOGÍA

En esta investigación se estudió la percepción del dolor en población genera, así la forma en que afecta en su calidad de vida. Se recogieron los datos solicitando de forma voluntaria la participación de personas entre 20 y 60 años, al azar, respondiendo a una encuesta elaborada en *Google forms* conteniendo variables sociodemográficas, dos instrumentos validados y preguntas abiertas sobre la percepción de dolor.

Diseño

Para la investigación se escogió un diseño no experimental transversal correlacional causal. La variable independiente es el impacto del dolor físico, la causa que supuestamente afectará a la calidad de vida de las personas encuestadas (VD). Ambas variables fueron medidas a través de los resultados obtenidos en las escalas validadas. Se añadieron variables de control, sociodemográficas: edad, género, nivel de estudios, población, profesión, estado civil. Y otras variables independientes que se tuvieron en cuenta como: ejercicio físico, satisfacción de atención recibida en la red de salud pública, bajas laborales, tipos de dolor y emociones que surgen ante la experiencia de dolor (ansiedad, depresión, tristeza, ira, frustración, miedo).

Instrumentos

Se detallan los dos cuestionarios validados utilizados para esta investigación.

Tabla 2. Operacionalización del dolor físico y de la calidad de vida de la población

Variable	Definición operacional de medida
Sensación de dolor	NRS (Downie et al, 1978), se utilizará la Versión española, EN/ENA (González et al, 1995). Escala numérica analógica del dolor, que contiene varias dimensiones entre ausencia de dolor y máximo dolor. El paciente/encuestado puntúa su sensación de dolor entre el 0 al 10, en el que 0 es ausencia de dolor y 10 es la máxima intensidad y peor dolor imaginable.
Calidad de vida	WHOQOL- BREF (WHO, 1996), se utilizará la versión española: Escala de Calidad de Vida abreviada (Lucas, 1998). Contiene 26 ítems de diferentes áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las respuestas se realizan en una escala tipo Likert de 5 puntos. Se obtiene una puntuación sobre su percepción de calidad de vida global y salud en general. No hay puntos de corte, siendo el análisis a partir de la puntuación directa, por tanto, a mayor puntuación, el resultado es una mayor calidad de vida.

Definición operacional de medida en esta investigación (Elaboración propia)

Procedimiento

Se recogieron los datos en forma de bola de nieve, a través de un llamamiento online distribuido por redes sociales, pacientes, asociaciones y otros profesionales del ámbito sanitario, educativo y social. El formulario incluía una primera parte en la que se hacía alusión al consentimiento informado de la participación de la población, donde se indicaba el nombre y datos de la investigadora, y se explicaba el tipo y objetivo de estudio, así como la forma de rellenar los cuestionarios, indicando a los participantes su anonimato aportando el consentimiento informado. En la segunda parte se incluyeron los cuestionarios validados de calidad de vida y escala de dolor. En un tercer apartado se realizaron preguntas abiertas. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo durante el mes de abril de 2024.

Análisis de los datos

Se utilizó el software estadístico de IBM SPSS, versión 20.0, con el que se analizaron los descriptivos de las variables, teniendo en cuenta los valores obtenidos de la media, la desviación típica de la muestra y los puntajes mínimos y máximos obtenidos. Previamente se comprobó la confiabilidad de la muestra del test de calidad de vida, determinando la consistencia interna calculando el coeficiente de Alpha de Cronbach. A continuación, se cruzaron diferentes variables, realizando una estadística inferencial correlacionando la VD y la VI y entre otras variables establecidas, trabajando con un nivel de significancia de 0,05. En la tabla 3 se muestran las variables, sus escalas de medida y las pruebas aplicadas.

PERCEPCIÓN DE DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA POBLACIONAL DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Tabla 3. Análisis de estadística inferencial

Variable	Escala	Prueba
Calidad de vida y dolor	Ordinal (Cuantitativa no paramétrica)	Rho de Spearman (estadísticos de correlación)
Género y dolor	Ordinal (Cuantitativa no paramétrica)	Rho de Spearman (estadísticos de correlación)
Calidad de vida y actividad física	Ordinal (Cuantitativa no paramétrica)	Rho de Spearman (estadísticos de correlación)
Baja laboral y dolor	Ordinal (Cualitativa no paramétrica)	Rho de Spearman (estadísticos de correlación)
Satisfacción Sanidad pública vs mutua	Nominal (Cualitativa)	Chi-cuadrado (estadísticos diferencia de medias)

Definición de estadísticos utilizados por variable en esta investigación (Elaboración propia)

RESULTADOS ALCANZADOS

La consistencia interna de la escala global de Calidad de Vida es de 0.939, obteniendo una fiabilidad excelente del WHOQOL-BREF, índice Alpha de Cronbach más de .90, existiendo una consistencia interna de los datos recogidos en la muestra en la escala de calidad de vida altamente fiable. En el análisis descriptivo de las variables en las respuestas a la escala de dolor, se obtiene mayor porcentaje de respuesta las englobadas en la categoría de dolor intenso, según se observa en la tabla 4. En la respuesta global de la muestra, la mediana de 7,00 ±2,6 indica poca dispersión de los datos, estando los datos con una varianza = σ^2 6,79 entorno a la media= \bar{X} 6,23, por lo que resulta representativa.

Tabla 4. Descriptivos VI. Escala de dolor.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA	MEDIANA	SD	VARIANZA	MÍNIMO	MÁXIMO
Escala de dolor	173	100	6.23	7.00	2.606	6.793	0	10
· Sin dolor								
0	12	6.9						
1	3	1.7						
· Dolor suave								
2	2	1.2						
3	8	4.6						
· Dolor moderado								
4	11	6.4						
5	15	8.7						
6	23	13.3						
· Dolor intenso								
7	28	16.2						
8	39	22.5						
9	26	15.0						
10	6	3.5						

Respuesta de la muestra a la escala de dolor (elaboración propia)

En la tabla 5 se observa el alto porcentaje de muestra de género femenino (83.8%). Contrasta con la poca muestra (16.2%) de población con género masculino. Por otra parte, ningún participante ha marcado las otras posibilidades de género que aparecían en la encuesta: no binario y género fluido. La mayoría de las personas que responden, respecto sus actividades laborales, son empleados (32.4%), no obstante, resulta significativo el porcentaje de personas con baja laboral, un 23.1%, pudiéndolo relacionar con esas bajas laborales que en alguna ocasión ha realizado la muestra por dolor en tan alto porcentaje (86.1%), siendo un porcentaje muy elevado. En los extremos, es muy poco representativo el nivel socioeconómico medio alto y el bajo, frente al mayor número de participantes que han respondido de nivel socioeconómico medio, siendo la mayor parte población casada. Un 66.5% muestra poca satisfacción con la sanidad pública, lo que apunta a realizar valoraciones en este sentido. No obstante, no se observa que haya más muestra (37.8%) que decide tener una mutua privada a pesar de la insatisfacción con la pública. Pero sí existe más población sin tanto dolor que son los que puntúan mejor a la atención recibida en la sanidad pública (33.5%). Sorprende que la mayoría de la muestra dice realizar ejercicio físico, a pesar del alto porcentaje de dolor que se muestra en la tabla 5. En este sentido, el tipo de dolor más común es el de extremidades, dolor lumbar, de espalda y otros (en los que se engloban de forma cualitativa mayoritariamente dolor lumbar y de espalda). En cuanto a las emociones que obtienen mayores porcentajes a partes iguales es la frustración (poco estudiada en investigaciones sobre dolor) y la ansiedad (27.2%), seguidas de la tristeza (16.2%) y de la opción varios –16.2%– (que incluyen precisamente estas tres emociones –frustración, ansiedad y tristeza– que han obtenido mayor puntuación de respuesta, además de la ira). Resaltar que la ira como dimensión específica (6.4%) fue escogida en gran medida por la muestra de género masculino.

PERCEPCIÓN DE DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA POBLACIONAL DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Tabla 5. Descriptivos VI Secundarias.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Género		
· Femenino	145	83.8
· Masculino	28	16.2
Edad		
· 40 - 45 años	39	22.5
· 46 - 50 años	48	27.8
· 51 - 55 años	46	26.6
· 56 - 60 años	40	23.1
Situación laboral		
· Estudiante	1	0.6
· Autónomo/a	12	6.9
· Empleado/a	56	32.4
· De baja laboral	40	23.1
· Prejubilado/a o jubilado/a	9	5.2
· En situación de paro	36	20.8
· En situación de invalidez provisional o	19	11.0
Nivel socioeconómico		
· Medio - Alto	16	9.2
· Medio	89	51.4
· Medio - Bajo	44	25.4
· Bajo	24	13.9
Estado civil		
· Soltero/a	19	11.0
· Casado/a	103	59.5
· Pareja estable	27	15.6
· Separado/a	7	4.0
· Divorciado/a	17	9.8
Satisfacción salud pública		
· Si	58	33.5
· No	115	66.5
Mutua privada		
· Si	74	42.8
· No	99	57.2
Deporte		
· Si	101	58.4
· No	72	41.6

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ubicación del dolor		
· Dolor de espalda	34	19.7
· Dolor de cabeza	11	6.4
· En extremidades	40	23.1
· En hombros	4	2.3
· Dolor lumbar	31	17.9
· Otros	32	18.5
· Varios	17	9.8
· Sin dolor	4	2.3
Emociones		
· Ansiedad	47	27.2
· Tristeza	28	16.2
· Ira	11	6.4
· Frustración	47	27.2
· Miedo	3	1.7
· Otros	9	5.2
· Varios	28	16.2
Baja laboral por dolor		
· Si	149	86.1
· No	24	13.9

Respuesta de la muestra a las diferentes variables secundarias (elaboración propia)

En cuanto a las respuestas recogidas por los participantes en cuanto a las preguntas abiertas formuladas en la encuesta, se distribuyeron en categorías en función del tipo de respuesta, mostrando a continuación las más significativas.

Tabla 6. Respuestas a las preguntas abiertas.

Categorías según el tipo de respuesta		
Sobre el dolor y situaciones/emociones derivadas (80%)	Apoyo social (24%)	Atención sanitaria y profesional recibidas (95%)
El dolor es limitante, implica falta de energía y esfuerzo, agotamiento mental (10%)	Incomprensión por parte de la sociedad ante el dolor (12%)	Necesidad de equipos multidisciplinares de atención a pacientes con dolor crónico (30%)
Es necesaria una lucha constante para seguir adelante (3%)	Invisibilidad del dolor y de la persona que lo padece (5%)	Priorizar la calidad de vida de los enfermos de dolor por encima de las farmacéuticas(25%)
La apariencia física no refleja el dolor interior. El dolor no se ve pero se padece (2%)	El apoyo de familiares y amigos, cuando existe, es muy bien recibido y necesario (6%)	Dignificar la vida de los enfermos (22%)
Se debe tener una actitud de aceptación (2%)	Necesidad de informar a las familias que conviven con personas con dolor (10%)	Deshumanización de las administraciones públicas (12%)
Cuesta mucho vivir con dolor (4%)		Falta de información de algunos médicos (43%)
Afecta a la calidad de vida y al estado de ánimo y percepción de las cosas (5%)		Tendencia a sobremedicar (20%)
En función de cómo es el dolor se van mezclando varias emociones (11%)		Sentimiento de ser maltratados por los servicios médicos (32%)
Duelo de una forma de vida que ya no se tiene, dificultad de aceptación (2%)		Necesidad de apoyo psicológico especializado (72%)
Limitaciones para poder tener una calidad de vida normal (9%)		Necesidad de ofrecer recursos públicos (72%)

Respuesta de la muestra a las preguntas abiertas por categorías (elaboración propia)

DISCUSIÓN

Esta investigación se propuso estudiar la percepción del impacto del dolor de la población adulta y su influencia en la calidad de vida, encontrando un alto porcentaje de la muestra que afirma padecer dolor de diferente tipo siendo las mujeres las que parece ser que sufren de más dolor, a pesar de tener una muestra reducida del género masculino, habiendo una correlación entre dolor y empeoramiento en la calidad de vida, encontrando una relación negativa implícita. El hecho de tener experiencia de dolor disminuye además el bienestar emocional, encontrándose un porcentaje alto de emociones como la frustración y la ansiedad, seguidas de la tristeza y la ira. Así mismo, la población estudiada se considera muy poco satisfecha con la salud pública, habiendo la necesidad de encontrar otras vías de actuación para atender el alto porcentaje de población con dolor crónico o agudo, implicando un alto porcentaje de gasto sanitario, bajas laborales y abuso de medicación, siendo la intervención psicológica una herramienta que permitiría aminorar esta situación, manejando la educación del paciente utilizando terapias no agresivas reduciendo las quirúrgicas y farmacológicas (Maher et al, 2017). Hay que considerar que el dolor va más allá de lo percibido, valorando la historia de vida del paciente, su historia traumática, el estrés crónico que tiene mecanismos biológicos y que produce estas situaciones repercutiendo psicosomáticamente en el cuerpo, y por ende produciendo más dolor (Marín, 2024)³, permitiría abordar los contenidos traumáticos desde la psicoterapia, ofreciendo otra mirada sobre el problema del paciente y su tratamiento. Desde la psicoterapia EMDR, que considera que el dolor queda estancado en el sistema nervioso del paciente por lo que pretende estimularlo, desensibilizarlo y reprocesarlo, centrándose en el trauma de la persona, comprobándose como herramienta eficaz y eficiente para reducir los síntomas percibidos por el paciente (Gardoki-Souto et al, 2021) facilitando la regulación psicoemocional. A partir de la psicoeducación en neurociencia del dolor, se posibilitaría al mismo tiempo la reducción del gasto sanitario, desde la atención primaria, según muestran los resultados del estudio de Barrengoa-Cuadra et al (2010). Además, sería preciso abordar el trabajo psicoterapéutico en las estrategias de afrontamiento de los pacientes y en las redes de apoyo más que en los síntomas producidos por el dolor, ya que el impacto en la calidad de vida de enfermedades como la fibromialgia vendría definido por estas estrategias de afrontamiento (Sanabria y Gers, 2018). Por otra parte, desde la neurociencia moderna, se reconoce que la activación y regulación de las emociones se produce como una reacción a las experiencias que se están viviendo o vividas, de forma independiente, más allá del pensamiento y de la voluntad consciente, repercutiendo la experiencia emocional en los componentes racionales, cognitivos y emocionales de la persona, aportando contenido a las propias experiencias (Le Doux, 2002). En esta investigación, se observa que la emoción menos escogida por la población encuestada ha sido el miedo (1,7%), en cambio, la frustración, ansiedad, tristeza e ira han

PERCEPCIÓN DE DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA POBLACIONAL DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

sido las emociones más escogidas, emociones que implican un procesamiento del dolor más duradero e intenso en el tiempo. Así mismo, se hace necesario apostar por la reeducación del dolor con el objetivo de recuperar una mejor calidad de vida, ya que sufrir de dolor no debiera asumirse como algo a lo que habituarse sin otro tipo de solución, pues el paciente no se inventa el dolor ni se autosugestiona voluntariamente, es real, tal y como ocurre con el miembro fantasma (Serrat y Nieto, 2022). Desde el ámbito de la psicología, y a pesar de los mitos sociales que surgen, es preciso acompañar al paciente en sus emociones y ofreciendo estrategias de confrontación, a través de la psicoeducación en neurociencia del dolor, la PNE (Pain Neuroscience Education), que aporta evidencia de su efectividad y permite realizar la reconceptualización del dolor desde el afrontamiento (Moseley, 2004; 2007), modificando las creencias negativas y erróneas sobre la experiencia de dolor (Nijs et al, 2014). La propuesta de Moseley y Butler (2015) ofrece así mismo un cambio de paradigma en la comprensión del dolor desde un enfoque biopsicosocial de la rehabilitación, que podría evitar prevenir la cronicidad de los episodios agudos. Este abordaje multicomponente del dolor que incluye esta triple estrategia, a saber, psicoeducación, terapia cognitivo conductual combinada con mindfulness y ejercicio físico de forma terapéutica con exposición gradual es una herramienta efectiva (Serrat et al, 2024) para que los pacientes puedan afrontar su sufrimiento empoderándose y mejorando su calidad de vida. Por otra parte, actividades como el Yoga o el Método Pilates podrían ser eficaces para contribuir a mejorar aspectos poco estudiados como son la postura corporal y el equilibrio (Sobrín et al, 2013). Otros estudios corroboran la eficacia de la hipnosis para abordar la experiencia de dolor, obteniendo buenos resultados en el tratamiento del dolor agudo y crónico (Montgomery et al, 2000; Pellicer, 2016), aliviando el dolor en un 75% de pacientes, reduciendo la medicación.

CONCLUSIONES

En la muestra obtenida, la mayoría de las participantes han sido mujeres, por lo que la comparativa por género queda algo sesgada si se afirmara considerar que hay más mujeres que hombres que sufren dolor, por lo que no se puede generalizar a toda la población. En este sentido, el hecho de afirmar que el dolor y en especial la Fibromialgia es una enfermedad de mujeres parece no tener ninguna consistencia, pues esa prevalencia entre géneros podría verse aumentada en el porcentaje de hombres (Wolfe y Wallitt, 2013, Wolfe et al, 2018). Abordar la perspectiva de género se hace necesario, para valorar este infradiagnóstico que parece darse en el género masculino y para evitar esa estigmatización social de las enfermedades de dolor asociándolas a las mujeres, así como ese estereotipo masculino que parece coexistir en la sociedad actual considerándose más fuerte ante las experiencias de dolor. Otra limitación de la investigación se sitúa en la franja de edad, teniendo en cuenta que el diseño de la encuesta podría haber contemplado participantes mayores de 60 años, y al mismo tiempo valorar participantes menores infanto-juveniles, puesto que hay investigaciones que consideran que la experiencia de dolor en esta población es cada vez más frecuente, estando infradiagnosticada, requiriendo formación y tratamiento en su abordaje por parte de los profesionales sanitarios (Mozo et al, 2022). Así mismo, en la escala de calidad de vida, se cuenta con un ítem que se refiere a la calidad del sueño, habiendo conseguido elevadas respuestas por parte de la población estudiada que se asocia al dolor (Mencías y Rodríguez, 2012). En futuras investigaciones es necesario realizar un análisis con mayor profundidad en este sentido dada la repercusión de la mala calidad de sueño en la calidad de vida, como ocurre también con la variable ejercicio físico, y especialmente realizando estudios comparativos entre población con un nivel socioeconómico alto frente a población no nivel socioeconómico medio o bajo. En este sentido se propone realizar futuras investigaciones encaminadas a realizar estudios con perspectiva de género con mayor muestra masculina que permitan comprobar el aumento de porcentaje de hombres con enfermedades de dolor, especialmente con fibromialgia puesto que no se tiene en cuenta la magnitud clínica en cuanto a su prevalencia (Wolfe et al, 2018). Por ende, explorar sobre las emociones que producen el hecho de tener dolor en el género masculino, también en el femenino se presenta como un interesante estudio. Según los resultados obtenidos, la emoción más escogida por los hombres ha sido la ira, siendo ésta uno de los correlatos emocionales más destacados del dolor, aunque no existen muchos estudios en este campo, siendo la

ansiedad y la depresión las emociones más estudiadas en estudios poco recientes (Fernández y Turk, 1995). Algunos estudios, afirman que el hecho de percibir ira provoca mayor intensidad de dolor y una peor calidad de vida (Burns et al, 2008), así como la interferencia del dolor percibido y el nivel de actividad física (Kerns et al, 1994). Otra emoción que ha obtenido mayor respuesta por parte de los encuestado es la frustración, no habiéndose explorado y siendo fundamental acompañar por parte de los profesionales al paciente en su detención e identificación. Por último, sería necesario estudiar estrategias psicoterapéuticas complementarias más allá de la medicación para reducir la experiencia de dolor apostando por la psicoeducación sobre neurociencia del dolor dotando al paciente de estrategias de afrontamiento, el trabajo en grupos, psicoterapia EMDR, hipnosis, escritura emocional, Pilates y Yoga, entre otros, que permitirían ofrecer mejor atención al paciente en instituciones públicas a partir de planes de formación de los profesionales sanitarios dotando de estrategias de intervención psicológica, donde el rol del psicólogo sea considerada como parte del equipo multidisciplinar, que podrían contribuir a reducir el costo de la sanidad pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrenengoa-Cuadra, M.J., Angón-Puras, L.A., Moscosio-Cuevas, J.I., González-Lama, J., Fernández-Luco, M., Gracia-Ballarín, R. (2020). Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria. *Atención Primaria*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.007>
- Burns, J.W., Quartana, P., Bruehl, S. (2008). Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions. *J Behav Med.*, 31(3), 259-279. doi: 10.1007/s10865-008-9154-7
- Cano, F. (2000). Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico. [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla. doi: <http://hdl.handle.net/11441/15985>
- Fernández, E., Turk, D. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61(2), 165-175. doi: 10.1016/0304-3959(95)00192-U
- Gardoki-Souto, I., Martín, O., Hogg, B., Redolar-Ripoll, D., Valiente, A., Martínez, L., Blanch, J.M., Lupo, W., Pérez, V., Radua, J., Aman, B., Moreno, A. (2021). Augmentation of EMDR with multifocal transcranial current stimulation (MtCS) in the treatment of fibromyalgia: study protocol of a double-blind randomized controlled exploratory and pragmatic trial. *Trials*, 22(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05042-w>
- GBD (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet* October, 396, 1004-22. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- GBD (2023). Global, regional and national burden of Low Back Pain Collaborators, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* 2023 May 22, 5(6), e316-e329. doi: 10.1016/S2665-9913(23)00098-X
- González, V.M., Stewart, A., Ritter, P.L., Loring, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum*, 38(10), 1429-1446. Doi: 10.1002/art.1780381010
- Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *J Behav Med.*, 17(1), 57-67. doi: 10.1007/BF01856882
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. Penguin.
- López-Silva, M.C., Sánchez de Enciso, M., Rodríguez-Fernández, M.C., Vázquez-Seijas, E. (2007). Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1). ISSN 1134-8046.
- Lucas, C. (1998). Versión española de WHOQOL. Majadahonda: Ergón.
- Maier, Ch., Underwood, M., Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *Lancet*, Feb 18, 389(10070). 736-747. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9

- Melzack, R., Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150, 971-979. doi: 10.1126/science.150.3699.971
- Mencías, A.B., Rodríguez, J.L. (2012). Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(6). ISSN 1134-8046.
- Montgomery, G., DuHamel, K., Redd, W. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*, 48(2), 138-53. doi: 10.1080/00207140008410045.
- Moseley, G.L. (2004). Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during and education intervention in people with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-289.
- Moseley, G.L. (2007). Reconceptualising pain according to modern pain science. *Physical Therapy Reviews*, 12(3), 169-178. doi: <https://doi.org/10.1179.108331907X223010>
- Moseley, G.L., Butler, D.S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 16(9), 807-813. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
- Mozo, Y., Toledo, B., Navarro, L., Leyva, M., Monfort, L., Míguez, M.C., Marsinyach, I. (2022). Situación actual y retos de los pediatras españoles en el manejo del dolor infantil. *Anales de pediatría*, 97, 3(207.e1-207.e8).
- Nijs, J., Malfliet, A., Ickmans, K., Baert, I., Meeus, M. (2014). Treatment of central sensitization in patients with 'unexplained' chronic pain: an update. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 15(12), 1671-1683. doi: <https://doi.org/10.1517/14656566.2014.925446>
- Pellicer, X. (2016). La hipnosis en el tratamiento del dolor. Artículo de revisión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, Revista Iberoamericana de Psicología*, 120, 42-47. ISSN 1695-4238.
- Sanabria, J.P., Gers, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. *Psicología em Estudo*, 23, 81-91. doi: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e38447>
- Serrat, M., Nieto, R., Luciano, J.V., Feliu-Soler, A. (2024). Definition of Fibromyalgia. *Psicosomática y Psiquiatría*, 28(1), 45-51. doi: 10.60940/PsicosomPsiquiatrnum2808
- Sobrín, C., Montil, M., Óscar, G. (2013). Mejoras del Método Pilates en el equilibrio. *Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte*, 12(2), 56-62.
- Valero de Bernabe, M.E. (2015). Lumbalgia crónica en la población española. Factores asociados y calidad de vida según la Encuesta Nacional de Salud 2011 [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. <https://docta.ucm.es/entities/publication/84ad56ca-ce10-4402-8c2c-b6a02fc50bdd>
- Williams, A.C., Craig, K.D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2432. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613
- Wolfe, F., Walitt, B. (2013). Culture, science and the changing nature of fibromyalgia. *Nat Rev Rheumatol*, 9(12), 751-5. Doi: 10.1038/nrrheum.2013.96
- Wolfe, F., Walitt, B., Perrot, S., Rasker, J., Häuser, W. (2018). Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS One*, 13(9). Doi: 10.1371/journal.pone.0203755

REFERENCIAS

1. https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/06/Monografia_EPISER.pdf
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
3. <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/salud-mental/2024/03/02/jose-luis-marin- psiquiatra-medicina-psicosomatica-convierte-veterinaria/00031709385524708400218.htm>