



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES

Escuela de Psicología

**Asociación entre Emociones y Dolor Crónico en Adultos Jóvenes y
de Mediana Edad en Santiago de Chile.**

**Tesina para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título Profesional de
Psicólogo**

Profesor Guía: Fátima Nevado

Estudiante: Cristian Nicolás Valenzuela Silva

Santiago – Chile, 2024

Índice de contenidos

Índice de contenidos.	iii
<i>Resumen.</i>	iv
<i>Abstract.</i>	v
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.	5
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
2.1 Antecedentes teóricos y empíricos.	8
2.2 Justificación.	32
2.3 Pregunta de investigación .	33
2.4 Objetivos.	33
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.	35
3.1 Enfoque de investigación	35
3.2 Alcance y Diseño de investigación.	35
3.3 Definición operacional y conceptual de variables.	37
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	39
3.5 Procedimiento de muestreo.	44
3.6 Criterios de Inclusion y Exclusion.	44
3.7 Plan de análisis / Técnicas de análisis de datos.	45
3.8 Aspectos éticos.	68
CAPÍTULO IV. REFERENCIAS	69
CAPÍTULO V. ANEXOS	81

Resumen

A través de esta investigación, se quiere dar cuenta de la relación existente entre el dolor crónico y las emociones, como el miedo, la ira o la felicidad y como están influyen en la perpetuación de estos síntomas, y como la regulación de las emociones da cuenta de la ayuda en el tratamiento del dolor. Se describen los distintos tipos de dolor crónico al igual que un pequeño resumen de las teorías de las emociones. El objetivo de la presente tesina es poder identificar qué papel juegan las emociones sobre el dolor crónico y saber las vivencias en torno a este tipo de patología. La muestra estará compuesta por 50 pacientes sobre los 22 años y hasta los 45 años, quienes sufran de dolor crónico no oncológico, en específico dolor musculoesquelético por sobre los 2 años, los cuales residan dentro de la Región Metropolitana de Santiago. Se aplicará escala de dificultades de la regulación emocional (DERS-E) estandarizado para Chile, seguida de una entrevista semiestructurada de tipo cualitativa en base a preguntas abiertas y cerradas.

Summary

Through this research, we want to account for the relationship between chronic pain and emotions, such as fear, anger, or happiness, and how they influence the perpetuation of this disease, and how the regulation of emotions help account in

the treatment of pain. The different types of chronic pain are described and a brief summary of the theories of emotions. The objective of this thesis is to identify the role emotions play in chronic pain and to know the experiences around this disease. The sample will be composed of 100 patients between the ages of 22 and up to 60, who suffer from chronic non-cancer, and musculoskeletal pain for over two years and who reside within the metropolitan region of Santiago. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-E) standardized for Chile will be applied, followed by a qualitative semi-structured interview based on open and closed questions.

CAPÍTULO I.

Introducción.

El dolor es una de experiencia de tono desagradable la cual advierte que algo no anda bien con el organismo. Este puede vivirse de forma punzante, quemante, lacerante o de forma de electricidad. Además, se puede vivir de forma temporal, prolongado o intermitente, pudiendo ser agudo o suave. Uno de los tipos de dolor que más problemas causa a las personas es aquel que se clasifica como el dolor crónico. Este tipo de dolor según la clasificación que aparece en CIE-11 es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (Bilbeny, N. 2019). El dolor crónico es persistente y recurrente teniendo una duración mayor a 3 meses. Este tipo de dolor es complejo y se ve influenciado por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Este componente psicológico que acompaña al dolor crónico es muy importante, por ejemplo, el sufrir emocionalmente nos puede llevar a incrementar el dolor a precipitar los síntomas, a ser un factor que amplifica o inhibe la intensidad de éste, a ser una consecuencia del dolor crónico o un factor que lo transforme en algo continuo (Gatchel et al., 2007).

Es así como el reconocimiento del factor psicosocial es un gran avance y hace a un lado la mirada biomédica que sigue imperante dentro de los servicios de salud al momento de diagnosticar y entregar tratamientos y diagnósticos adecuados para abordar este tipo de dolor.

CAPÍTULO II

Planteamiento del Problema.

La experiencia dolorosa, a saber, está integrada por tres componentes o áreas, las cuales están divididas en el componente sensitivo-discriminativo, donde entran aspectos sensoriales como la localización o la intensidad. Luego viene el componente afectivo-emocional en donde se reúnen deseos, temores o esperanzas del sujeto y finalmente el componente cognitivo-evaluativo donde además de evaluar la percepción tal cual es, se considera el significado de lo que ocurre o puede ocurrir (Pedrajas y Molino, 2008). Es así que conociendo las diferentes esferas asociadas al dolor es que

se puede decir que la cronificación del dolor es la perpetuación de éste con el consiguiente aumento, que se acompaña en la mayoría de los casos, junto a una respuesta afectivo-emocional ligada al dolor.

Se puede ver que el dolor crónico es un factor precipitante negativo el cual genera un gran impacto en las personas que lo padecen, desde el estado de ánimo a la calidad de vida (Molina et al. 2013). A esto debe sumarse el deterioro que se desarrolla a lo largo del tiempo, influenciado por los determinantes sociales en salud (Dorner et al. 2011), además de la estigmatización de las cuales son víctimas aquellos que padecen de dolor crónico (De Ruddere et al. 2012).

Para entender mejor el dolor crónico se dará una pequeña revisión a los conceptos teóricos del dolor y el dolor crónico, luego se abordará el concepto de las emociones así como a la regulación emocional. La primera será la Teoría de la Compuerta propuesta por Melzack y Wall, que dio paso al entendimiento del dolor, luego para entender las emociones se dará una revisión a la Teoría de las Valoraciones corporeizadas de Jesse Prinz y un pequeño repaso por las teorías más validadas de las emociones. Finalmente hablaremos sobre la regulación emocional y cómo esta influye de manera positiva o negativa respecto a la salud del paciente.

Antecedentes teóricos y empíricos.

Algunos datos sobre el dolor crónico.

El dolor crónico es una experiencia angustiosa asociada con daño tisular real o potencial con componentes sensitivos, emocionales, cognitivos y sociales. En Chile la prevalencia del dolor crónico no oncológico es de 32% en la población mayor de 18 años (Bilbeny et al., 2018), mientras que de forma global la población aproximada que sufre de este tipo de dolor es de 30,3% (Elzahaf et al., 2012).

En las personas con dolor crónico influyen una infinidad de aspectos respecto de cómo vivirán la experiencia de dolor, donde se pueden distinguir entre ellos el aspecto emocional, la cognición y aspectos conductuales. Esta conjunción de aspectos del sujeto es posible visualizarla en la literatura relacionada con la depresión, la calidad de vida del sujeto y la ansiedad, sin olvidar también la calidad y alteración del sueño (Boschen et al., 2016)

La prevalencia del dolor crónico es algo que llama la atención, ya que por lo menos en Chile estudios que se hallan dedicado a reportar información sobre el dolor crónico no son muy numerosos, sino más bien escasos (Miranda et al., 2013). Sin embargo, en los últimos años se ha podido ver un pequeño aumento en la producción de investigaciones con las que se da a conocer datos sobre el dolor crónico en Chile. Estos estudios muestran información tales como la incidencia de la enfermedad en la población (Bilbeny, N. 2019).

Este afecta no solo al individuo que las padece, sino que además afecta dimensiones del sujeto tales como la esfera familiar, la cual indudablemente repercute en las emociones, la esfera económica por la incapacidad de poder trabajar debido al dolor padecido, además de la esfera social y tal como se indicó antes la laboral debido a la incapacidad generada (Rivas Y Escudero, 2020). Es en esta línea como se plantea que el 50 % de aquellos sujetos que viven la cronicidad del dolor sufren de estados depresivos (Bistre S. 2007; Díaz et al. 2009) y toda aquella actividad que antes era parte del diario vivir se ve afectada en su totalidad o parcialmente (Díaz et al. 2009). La esfera familiar se ve afectada a un nivel tal que se deterioran las relaciones intrafamiliares y las relaciones de pareja; igualmente en el ambiente laboral y económico; el mayor deterioro se produce a causa de la falta de asistencia al trabajo, la cual va en directo detrimento económico a causa del ausentismo no solo afectando a quien lo padece, sino que también repercutiendo en la esfera económica del país.

Por otra parte, el sistema de salud se ve afectado igualmente debido a la cronicidad de esta enfermedad, ya que la atención médica especializada, los tratamientos extensos debido a la duración de la enfermedad, las hospitalizaciones y las incapacidades causadas por la cronicidad, son de un enorme costo para, por ejemplo, países como Estados Unidos donde se estima un costo anual por este tipo de enfermedad en 150 billones de dólares (McWilliams et al., 2003). En Chile los costos asociados a esta enfermedad superan los 1400 millones de dólares asociados a seis patologías de dolor músculo-esquelético (Vargas et al., 2015).

Dolor.

Tal como se dijo anteriormente el dolor es una experiencia desagradable y a la vez es una experiencia subjetiva porque, aunque el dolor se puede “medir” bajo una escala objetiva, la intensidad del dolor que pueda sentir un sujeto X puede ser la misma que tiene un sujeto Y, pero valorarla de un modo muy distinto, es por esto que su valoración muchas veces puede ser inequívoca o difícil de evaluar, aunque para facilitar esto existen escalas tales como la analógica, la escala verbal, la escala numérica, etc. (Vicente-Herrero, M.T. et al., 2018).

Para facilitar la comprensión del dolor es que la **Organización Mundial de la Salud** propuso una clasificación de los tipos de dolor que se detalla a continuación:

Según su **Duración** puede ser **Agudo** y limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico o **Crónico** el cual no tiene duración definida y tiene un componente psicológico; Según su **Patogenia** puede ser **Neuropático** que se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia, **Nociceptivo**: siendo este el tipo de dolor más frecuente que a su vez se divide en **Somático o Visceral** y **Psicógeno** con un gran componente psicosocial, donde los analgésicos casi no tienen eficacia; según donde se **Localiza** puede ser somático o visceral siendo el primero el más común el de piel o músculo-esquelético y

es punzante y localizado y el visceral siendo el más común el de las metástasis hepáticas y páncreas. (Puebla, F. 2003)

También se puede clasificar según su **Curso** que puede ser **Continúo** estando presente todo el día o **Discontinuo** el cual se produce al generar movimientos, su **Intensidad** puede ser **Leve, Moderado o Severo** pudiendo llegar a interferir o no con la cotidianeidad del sujeto; según su **Pronóstico de Control del Dolor** y por último según como **Responda a los Fármacos**. (Puebla, F. 2003)

El **dolor crónico** al igual que los tipos de dolor tiene clasificación la cual se detalla a continuación:

Dolor crónico primario: se caracteriza por la alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa. El dolor crónico primario es multifactorial: factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome y este a su vez se subdivide en a) Dolor crónico primario visceral, b) Dolor crónico generalizado, C) Dolor crónico primario músculo-esquelético y d) Dolor crónico primario orofacial y cefalea. (Dolor.com, 2020.)

Dolor crónico oncológico: es el dolor causado por el propio cáncer o la metástasis; o por su tratamiento y se divide en: a) Dolor crónico por cáncer o metástasis, b) Dolor crónico posterior al tratamiento del cáncer, b1) Poli-neuropatía crónica dolorosa inducida por quimioterapia y b2) Dolor crónico posterior a la radioterapia. (Dolor.com, 2020.)

Dolor crónico postquirúrgico o postraumático: es el dolor que se desarrolla o aumenta de intensidad después de un procedimiento quirúrgico o una lesión tisular y que persiste más allá del proceso de curación: a) Dolor crónico postraumático y b) Dolor crónico postquirúrgico. (Dolor.com, 2020.)

Dolor crónico neuropático: es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial: a) Dolor crónico neuropático central y b) Dolor crónico neuropático periférico. (Dolor.com, 2020.)

Dolor orofacial secundario y cefalea: este tipo de dolor comprende todos los trastornos de dolor orofacial y cefalea que tienen causas subyacentes y ocurren al menos en el 50% de los días durante al menos tres meses, este se divide en: a) Cefalea o dolor orofacial atribuido a trastornos temporo-mandibulares crónicos, b) Dolor crónico orofacial neuropático, c) Dolor crónico dental y d) Dolor crónico orofacial. (Dolor.com, 2020.)

Dolor crónico visceral secundario: es el dolor que se origina en los órganos internos de la región de la cabeza / cuello y las cavidades torácica, abdominal y pélvica. Dolor crónico visceral secundario procedente de: a) Inflamación persistente, b) Mecanismos vasculares y c) Factores mecánicos. (Dolor.com, 2020.)

Dolor crónico músculo-esquelético secundario: es el dolor que surge de los huesos, articulaciones, músculos, columna vertebral, tendones o tejidos blandos relacionados. Dolor crónico músculo-esquelético secundario procedente de: a) Inflamación persistente, b) Cambios estructurales y c) Enfermedad del sistema nervioso. (Dolor.com, 2020.)

La clasificación del dolor varía dependiendo de su localización, su duración y otros aspectos como su complejidad de tratamiento. Es así que gracias a esta nueva clasificación del dolor entregada por la OMS es posible lograr avances en cuanto al estudio, a la atención y al seguimiento de aquellas personas que sufren de dolor crónico.

Ahora para entender cómo funciona el dolor se dará un breve paso por 2 teorías anteriores a la Teoría de la Compuerta que propusieron Melzack y Wall en 1965, la Teoría de Especificidad de Von Frey entre 1894 y 1896 y la Teoría de Patrones o de Codificación de la actividad neuronal de Sherrington del año 1900.

La primera teoría es postulada por varios autores entre ellos Descartes, Beecher, Pavlov, la cual indica que existen vías exclusivas para que el dolor se transmita hasta los receptores del dolor y puedan ser llevados directamente a la corteza somatosensorial (Acevedo, J. 2013). De la misma manera en que la vibración de una cuerda tensada viaja de un extremo a otro esta teoría explicaría como es que el dolor viaja de un lugar hacia otro y se pueda codificar en dolor.

El problema de esta teoría, según Melzack y Wall (1965) es que no explica ciertos problemas referentes a patologías asociadas al dolor, a saber, síndrome doloroso regional complejo, dolor del miembro fantasma y las neuralgias periféricas.

Por ejemplo, si esa “cuerda” que transmite el dolor se cortase sería suficiente para evitar el estímulo doloroso, sin embargo, incluso cortando fibras nerviosas este no remite. En estos pacientes el dolor aparece de forma espontánea incluso sin estímulo alguno para que este aparezca. En pacientes con hiperpatía se produce un estímulo para luego retirarlo y dolor sigue aun cuando este se retiró. (Melzack y Wall, 1965).

Existe evidencia psicológica y fisiológica también para refutar esta teoría, pero no ahondaremos más allá porque solo es una pequeña revisión para entender el dolor.

La segunda teoría, la Teoría de la Especificidad postulada por Sherrington en el año 1900, nos indica que no existe especificidad en la recepción del dolor postulando que la sensación de dolor solamente se debe a la intensidad del dolor y a la calidad del mismo. Eso quiere decir que mientras más intenso es el estímulo mayor será la sensación de dolor. El estímulo es doloroso por su cualidad y no por su intensidad (Acevedo, J. 2013). Goldshire más adelante añadió a la teoría de Sherrington que no solo era por la intensidad de los estímulos que se producía el dolor, sino que por la sumatoria de impulsos que se producían a nivel central (Acevedo, J. 2013).

Ahora bien, la Teoría de la Compuerta del dolor de Melzack y Wall fue la que abrió literalmente las puertas hacia nuevos descubrimientos para entender los mecanismos del dolor y los tipos de este. Esta teoría fue publicada en el año 1965 en la revista científica Science y revoluciono el mundo científico y en especial el entendimiento del dolor. Ésta postula que “Un sistema de control de puerta modula la información sensorial de la piel antes de que evoque la percepción y la respuesta al dolor.” Esto quiere decir que el sistema nervioso central es quien modifica de alguna manera la sensación de dolor y no se transmite tal cual es (Melzack y Wall, 1965). La teoría postula que existen 2 tipos de vías para el dolor, unos nervios o fibras finas que pueden transmitir señales dolorosas y otras fibras gruesas que si transmiten señales dolorosas. Cuando hay una mayor actividad en las fibras gruesas, como las responsables del tacto y la presión, éstas tienen el efecto de cerrar las compuertas del dolor. En cambio, si esta actividad disminuye, las compuertas se abren y el dolor puede ser experimentado más intensamente.

Es así como gracias a esta teoría sabemos que muchos sistemas neuronales y muchos neurotransmisores existen para los diferentes tipos de dolor y que a pesar de que algunos comparten ciertos mecanismos también estos los hacen diferentes.

Emociones

Las emociones son aquellas respuestas que se tienen cuando algún desencadenante logra despertarnos, estos desencadenantes pueden ser, una persona un recuerdo, un lugar e incluso un objeto. Por ejemplo, un ruido extraño en la noche cuando estamos acostados con la luz apagada, nos daría una respuesta tal como la aceleración del ritmo cardiaco, la sudoración y la dilatación de las pupilas.

Antes de pasar a la teoría de Jesse Prinz (2004), se nombrará diferentes teorías para poner en contexto la historia de las emociones, a saber, en tres categorías: fisiológicas, neurológicas y cognitivas.

La primera teoría es la de las emociones evolutivas de Charles Darwin, en la que este exponía que las emociones eran adaptativas y estas evolucionaron para permitir que el ser humano pudiese adaptarse y así poder sobrevivir y reproducirse. Estas también son compartidas con ciertos animales y nos sirven para poder reconocer en ellos estas mismas emociones. (Velásquez y Rojas, 2009). Darwin logró postular esta teoría a través de las anotaciones y observaciones que realizó durante 30 años a sujetos de diferentes culturas y animales, y las cuales fueron publicadas en su libro “Expresión de las Emociones en Animales y el Hombre” (1872)

La teoría de James-Lang (1884) dice que

- 1) Existe una “percepción” inmediata de los cambios viscerales (somáticos) que median, a su vez, entre dicha percepción y la percepción de los cambios ambientales;
 - 2) Los cambios viscerales son necesarios para que se dé la emoción. Sin embargo, no solo es importante la “reacción” visceral, sino la totalidad de los cambios corporales
 - 3) Existen 3 patrones viscerales específicos para las distintas emociones y
 - 4) La activación inducida de los cambios viscerales correspondientes a una emoción concreta debe producir esa emoción
- (Rosselló y Revert, 2008, pp. 3)

Esta teoría la publicarían a través de un artículo llamado ¿Qué es una emoción? de la revista Mind en 1884. Es así que la teoría de James-Lang propone que por ejemplo se siente ira porque se golpea un objeto o se es capaz de sentir felicidad porque existe la posibilidad de reír. En resumen, la teoría dice que percibimos algo, actuamos fisiológicamente y luego somos capaces de poder sentir la emoción.

La tercera teoría es la de Cannon (1927)-Bard (1938) en la cual Cannon afirmaba que las personas pueden sentir las reacciones fisiológicas que se manifiestan en el cuerpo sin la necesidad de tener que estar sintiendo una emoción, por lo tanto, no estaba de acuerdo con la teoría anterior. Además, también indico que las emociones se pueden

sentir con las reacciones fisiológicas. Es entonces que Bard un fisiólogo en los años 20 propuso lo siguiente; el tálamo envía una respuesta al cerebro provocando así una reacción fisiológica, lo que hace que al mismo tiempo y simultáneamente ocurra que el cerebro reciba un mensaje sobre aquella emoción (Palmero, F. 1996).

La siguiente es una de las teorías que pertenece a las de cognición de las emociones. Esta teoría perteneciente a Schachter-Singer (1962) nos indica que la respuesta que nace en el cuerpo, la reacción fisiológica, es la que sucede primero para luego dar paso a que el sujeto logre identificar el por qué ocurre esa reacción fisiológica y así poder identificar la emoción correspondiente. (García et al., 2010).

Finalmente, antes de pasar a la teoría que se profundizará un poco más, se nombrará la teoría de la evaluación cognitiva de Lazarus (1984), la cual en simples palabras nos indica que ante un hecho que provoque la respuesta fisiológica de la emoción, primero se piensa en la situación la cual es evaluada, luego surge la emoción y finalmente el cuerpo activa la respuesta a tal emoción. Un ejemplo simple para esto sería caminar de noche por un parque y se ve un perro corriendo hacia ti, esto provoca pensar que se puede estar en peligro. Esto provoca que surja la emoción del miedo y finalmente la respuesta del cuerpo, que podría terminar en escapar del perro (Rossello y Revert, 2008).

Para terminar, se dará paso a la teoría de Jesse Prinz (2004) de las emociones como valoraciones corporeizadas, pero para poder entender un poco esta haremos definición de 2 conceptos claves en la teoría las cuales son intencionalidad y racionalidad.

El término de intencionalidad nace en la filosofía del siglo XIX de mano de Husserl, el cual toma el término inexistencia intencional de su maestro Franz Brentano, donde este se refería a que el objeto que se pensaba existe en el mismo acto de pensar. En este sentido la intencionalidad, se debe entender como un rasgo que poseen ciertos estados mentales, ser sobre algo o dirigirse sobre algo. Para entenderlo mejor es más fácil tomar como ejemplo lo siguiente, creer que el sol es caliente es intencional porque es sobre el sol y la característica térmica que se le atribuye. El sol se convierte en el objeto intencional de aquella convicción de creer que el sol es caliente.

Ahora, el termino racionalidad tiene 2 sentidos que se relacionan entre sí, la racionalidad teórica y la racionalidad práctica, pero por cuestiones de simpleza nos dirigiremos solo con una, la racionalidad práctica. Esta dice primero, de lo que es racional hacer o intentar hacer o desear hacer y segundo, la articulación de los deseos intenciones y acciones de manera coherente con estos. Esto quiere decir que, por ejemplo, si un individuo se levanta de su silla va hasta la frutera y toma una manzana para comer esto es racional, ya que le gustan las manzanas y tiene la certeza de que tiene manzanas o siquiera tiene una frutera con manzanas. Por el contrario, no sería racional que el sujeto se levantara para sacar y comer una manzana de su frutera si no le gustasen estas o siquiera estuviese seguro de que tiene una frutera o siquiera una manzana (Reyes, R., 2017).

Ahora entendiendo estos términos, en esta teoría las emociones se activan y tienen como características lo siguiente:

1. Ocurre un evento emocionalmente relevante.
2. Ese evento es percibido por la mente.
3. La percepción del evento dispara una constelación de cambios corporales (fisiológicos).
4. La percepción corporal es causada directamente por los cambios corporales, e indirectamente por el evento emocionalmente relevante.
5. La percepción corporal porta información sobre el evento emocionalmente relevante a través de los cambios corporales (Prinz, 2004, p. 69).

Entonces sabiendo es correcto decir que existen ciertos enunciados respecto de la teoría de Prinz: primero, las emociones contienen intencionalidad porque son valoraciones corporeizadas, ya que son representaciones del cuerpo o son sobre propiedades del cuerpo y no porque involucren evaluaciones o juicios como tal.

Segundo: estas representan solo una característica general de una situación en particular, la que se puede entender como el objeto intencional de la emoción. Por ejemplo, el miedo se puede sentir como estar al borde de un precipicio, pero los cambios corporales solo representan una característica de este la cual sería su peligrosidad.

Para Prinz la situación de 'estar al borde del precipicio' puede ser representada perceptualmente o por medio de una evaluación o juicio y, en ese sentido, puede iniciar una emoción, pero no se representa por medio de un estado fisiológico (Prinz, 2004, p. 60-63). Esto va más allá y es solo por una confusión que se produce en las teorías

evaluativas. Las emociones así representan al objeto formal en muchas situaciones, en el miedo, es el peligro. Y así sucede con las otras emociones cuya abstracción son la pérdida, ofensa y placer para la tristeza, el enojo y la alegría. (Prinz, 2010, p. 24)

Tercero: esta teoría considera que todas las emociones son valoraciones corporeizadas. Esto quiere decir que cada emoción se define en términos de la percepción de los patrones de cambio que se suscitan en el cuerpo que, a su vez, representan o tienen como su objeto intencional una propiedad general instanciada por una situación (Prinz, 2010). En simples palabras dividir las emociones en básicas o superiores no se justifica, solo dependerá de que las gatilla, por ejemplo, una percepción o cómo asociamos un hecho agradable a un escenario en particular o a un prejuicio. Para hacerlo más simple el miedo a la oscuridad o que algún candidato del partido opositor a la presidencia, causarían la misma sensación de peligro y, por tanto, los cambios en el cuerpo correspondientes al miedo.

Cuarto: las emociones siguen unas determinadas normas para las cuales deben activarse, esto es cuando el objeto formal de la representación, ya sea objeto o situación aparezca en el momento adecuado y por la causa adecuada.

Como se puede ver las emociones han sido foco de investigación desde hace mucho tiempo. La complejidad radica en la dificultad de definir las y entender cómo funcionan resultando en cambios en el cuerpo o mente que influyen sobre el pensamiento y la conducta. Es así como además éstas están vinculadas a distintos fenómenos, como

la personalidad, el humor o la motivación siendo esta una de las causas por la que existen una gran cantidad de teorías que intentan explicarlas en la actualidad.

Debemos entender que éstas influyen en el comportamiento y el pensamiento, y por tal motivo son tanto foco de estudio para la psicología desde hace tanto.

Regulación Emocional

El termino regulación emocional ha sido fuertemente utilizado en los últimos años en la psicología y las diferentes áreas en las que esta se puede aplicar, pero, ¿sabemos qué es la regulación emocional y qué podemos hacer con ella? Existen diferentes autores que intentan entregar una definición de ella. Ante esta situación la definición entregada por Thompson (1994) es la más aceptada hasta el momento siendo una especie de base para lo que se entiende por regulación emocional, siendo esta el “proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta” (p. 106).

La regulación emocional se puede definir como una forma de adaptación, un proceso por el cual los humanos ejercen control sobre las emociones ante ciertos escenarios que los desencadenen, siendo emociones positivas tanto como negativas las que podrían ser afectadas ante el ejercicio de la regulación emocional resultando ser eficaces o, por el contrario, insuficientes. (Hervás y Vásquez, 2006).

La regulación emocional es un fuerte componente a la hora de hablar de emociones, ya que están en todas las etapas del desarrollo del ser humano. El enfoque más utilizado a la hora de hablar de la regulación emocional es el cognitivo-conductual por la que será la mirada planteada en este trabajo. Como se mencionó anteriormente, ayuda a utilizar los recursos que se tiene para modular la conducta. Es así como Gross (1999) dice que la misma funciona de manera tal que ayuda al organismo preparándolo para entregar una respuesta veloz y oportuna ante acontecimientos que de alguna manera alteran y desencadenan ciertas repuestas fisiológicas y emocionales para así poder inhibir, evitar, mantener o emitir la frecuencia intensidad o duración de aquellos estados emocionales que pudiesen ocurrir, ya sea consciente o inconscientemente.

Al realizar búsquedas del término de regulación emocional se encontró que está ligado y es un sinónimo de la inteligencia emocional, como lo describen algunos autores como Goleman (1996). En otras ocasiones se describe la inteligencia emocional y la regulación emocional como una parte de la otra y otras más, como términos y conceptos totalmente diferentes. Claro está que estos términos son sinónimos desde el paradigma cognitivo-conductual es por esto que más adelante nos podremos referir a esta como regulación emocional o inteligencia emocional que para fines de este estudio aplican en el mismo sentido (Ribero-Marulanda y Gutiérrez, 2013).

A continuación, se presenta un resumen de las teorías sobre la regulación y su contraparte, la desregulación emocional que pueden ayudar a comprenderlas:

Teorías sobre la regulación emocional:

- Modelo de Procesamiento Afectivo (Gross, 1998) El modelo de procesamiento afectivo propuesto por James J. Gross (1998) sugiere que la regulación emocional implica dos procesos principales: la regulación antecedente y la regulación consecuente. La regulación antecedente se refiere a las estrategias que se utilizan para influir en la generación, modificación o selección de estímulos emocionales. Por otro lado, la regulación consecuente se refiere a las estrategias que se utilizan para influir en la respuesta emocional una vez que la emoción ha sido generada.
- La Teoría del Proceso de Regulación Emocional propuesta por Thompson (1994) sostiene que la regulación emocional es un proceso dinámico que implica la interacción entre las experiencias emocionales, los procesos cognitivos y las estrategias de regulación utilizadas para modificar la experiencia emocional.

Según Thompson (1994), la regulación emocional implica un proceso de autorregulación en el cual las personas utilizan estrategias cognitivas, conductuales y contextuales para influenciar la experiencia, expresión y respuesta emocional en situaciones específicas. Thompson (1994) sugiere que la regulación emocional es un proceso multidimensional que implica varios componentes. Primero, implica la conciencia emocional, que es la capacidad de reconocer, identificar y etiquetar las emociones propias y ajenas. Segundo, implica la

evaluación emocional, que es el proceso de evaluar la valencia y la intensidad de las emociones experimentadas. Tercero, implica la selección y aplicación de estrategias de regulación emocional, que son los procesos cognitivos y conductuales utilizados para modificar la experiencia emocional. Estas estrategias pueden ser de dos tipos: estrategias de cambio situacional, que implican la modificación del ambiente externo, y estrategias de cambio cognitivo, que implican la modificación de los procesos cognitivos internos. Por último, la regulación emocional implica la evaluación y retroalimentación del éxito de las estrategias de regulación utilizadas, lo que permite a las personas ajustar y modificar sus estrategias en situaciones emocionales futuras.

Esta teoría también destaca la importancia del contexto en la regulación emocional. Thompson (1994) sostiene que las estrategias de regulación emocional utilizadas por las personas son influenciadas por factores contextuales, como la cultura, el entorno social, las normas sociales y las demandas situacionales. Además, la regulación emocional puede tener efectos importantes en la calidad de las relaciones interpersonales, la salud mental y física, y el bienestar general de las personas.

- Modelo Bidimensional de Regulación Emocional de Gratz y Roemer: El Modelo Bidimensional de Regulación Emocional propuesto por Gratz y Roemer (2004) es un enfoque teórico que conceptualiza la regulación emocional como un proceso

multidimensional que involucra dos dimensiones principales: la regulación emocional disfuncional y la regulación emocional funcional. La regulación emocional disfuncional se refiere a las estrategias y patrones de comportamiento que son ineficaces o perjudiciales para manejar las emociones de manera saludable. Estas estrategias suelen incluir la evitación de las emociones, la supresión emocional, la rumiación, la impulsividad emocional y la negación, entre otros. Gratz y Roemer (2004) sugieren que la regulación emocional disfuncional puede conducir a una mayor intensificación de las emociones, dificultades en el manejo de situaciones estresantes y problemas emocionales, como la ansiedad, la depresión y otros trastornos psicopatológicos. Por otro lado, la regulación emocional funcional se refiere a las estrategias y patrones de comportamiento que son adaptativas y efectivas para manejar las emociones de manera saludable. Estas estrategias suelen incluir la conciencia emocional, la aceptación emocional, la expresión emocional adecuada, la búsqueda de apoyo social y la resolución de problemas, entre otros. Gratz y Roemer (2004) sugieren que la regulación emocional funcional está asociada con un mejor bienestar emocional, una mayor adaptación psicológica y una mejor calidad de vida. El Modelo Bidimensional de Regulación Emocional de Gratz y Roemer también destaca la interacción entre las experiencias emocionales, las estrategias de regulación utilizadas y los contextos situacionales. Según este modelo, las estrategias de regulación emocional empleadas por una persona pueden variar dependiendo de las demandas situacionales y contextuales, así como de la historia de aprendizaje y las características individuales de la persona.

Factores que influyen en la regulación emocional:

La regulación emocional es un proceso complejo que puede estar influenciado por una serie de factores. A continuación, se describen algunos de los factores que pueden tener un impacto en la capacidad de una persona para regular sus emociones:

- Factores biológicos: Los procesos biológicos, como la genética, la neurobiología y la química cerebral, pueden influir en la regulación emocional. Por ejemplo, se ha demostrado que la predisposición genética y las diferencias individuales en la actividad cerebral están relacionadas con la regulación emocional y la vulnerabilidad a los trastornos emocionales (Davidson, 2003).
- Factores cognitivos: Los procesos cognitivos, como las creencias, los pensamientos, las interpretaciones y las estrategias cognitivas, también pueden influir en la regulación emocional. Por ejemplo, la capacidad de “reappraisal”, consiste en modificar la manera en la que interpretamos una situación para tratar de cambiar el impacto que ejerce sobre nuestro estado emocional, se ha relacionado con una regulación emocional efectiva (Gross, 1998). Asimismo, las creencias y los pensamientos disfuncionales pueden dificultar la regulación emocional adecuada, como en el caso de la rumiación y los sesgos cognitivos presentes en la depresión (Nolen-Hoeksema, 2000).

- Factores ambientales: El entorno social y cultural en el que una persona se encuentra también puede influir en su regulación emocional. Por ejemplo, las normas culturales, las expectativas sociales, el apoyo social y el ambiente familiar pueden afectar la forma en que una persona aprende a regular sus emociones (Eisenberg et al., 2005). Además, las experiencias traumáticas y el estrés crónico en el entorno pueden tener un impacto negativo en la regulación emocional (McEwen, 2007).

Desregulación emocional:

La desregulación emocional se refiere a la incapacidad o dificultad para manejar o regular adecuadamente las emociones. Esto puede implicar la falta de habilidades o estrategias para gestionar las emociones de manera adaptativa, lo que resulta en respuestas emocionales intensas, inapropiadas o desproporcionadas en diversas situaciones.

Es así como existen varias teorías que han surgido para explicar la desregulación emocional. Una teoría prominente es la teoría del modelo bidireccional de la desregulación emocional, propuesta por Gross (1998). Esta teoría sugiere que la desregulación emocional puede ser el resultado tanto de una sobreexpresión como de una supresión excesiva de las emociones. Por ejemplo, la sobreexpresión de emociones

puede implicar la falta de control sobre la intensidad o duración de las emociones, mientras que la supresión excesiva puede implicar el rechazo o negación de las emociones, lo que puede tener efectos negativos en la salud mental y el bienestar emocional.

Factores asociados a la desregulación emocional: Varios factores pueden contribuir a la desregulación emocional. Algunos de los factores más comunes incluyen antecedentes genéticos, experiencias tempranas de trauma o abuso, factores ambientales y culturales, así como la falta de habilidades de regulación emocional aprendidas durante el desarrollo. La desregulación emocional también puede estar presente en trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Consecuencias de la desregulación emocional: La desregulación emocional puede tener una serie de consecuencias negativas en la vida de una persona. Puede afectar la capacidad de una persona para establecer y mantener relaciones saludables, manejar el estrés, tomar decisiones adecuadas, cumplir con responsabilidades laborales y académicas, y mantener un estado de ánimo equilibrado y saludable. La desregulación emocional también puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos mentales y físicos, como la depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño y otros problemas de salud relacionados con el estrés crónico.

Estrategias de regulación emocional: Existen diversas estrategias de regulación emocional que pueden ser útiles para manejar la desregulación emocional. Algunas de estas estrategias incluyen la conciencia emocional, la identificación y etiquetado de

emociones, la expresión emocional adecuada, la reevaluación cognitiva, la búsqueda de apoyo social, la práctica de la atención plena, la actividad física, la gestión del estrés y la adopción de un estilo de vida saludable en términos de sueño, alimentación y ejercicio.

Las siguientes son algunas de las estrategias que más se utilizan en la regulación emocional:

- Estrategias de regulación emocional cognitivas: Las estrategias cognitivas implican procesos mentales, como la reevaluación cognitiva, que consiste en reinterpretar una situación para cambiar la valoración emocional, y la reestructuración cognitiva, que implica cambiar los patrones de pensamiento que contribuyen a la emoción disfuncional (Gross, 1998).
- Estrategias de regulación emocional comportamentales: Estas estrategias implican acciones o comportamientos que buscan modificar la emoción experimentada. Algunas de estas estrategias incluyen la expresión emocional, la distracción, la búsqueda de apoyo social, la actividad física, entre otros (Aldao et al., 2010).
- Estrategias de regulación emocional fisiológicas: Estas estrategias se enfocan en la modificación de las respuestas fisiológicas asociadas a las emociones, como la respiración profunda, la relajación muscular y la atención plena, que buscan reducir la intensidad de la emoción experimentada (Gross, 1998).

Además, la regulación emocional tiene importantes consecuencias en la salud y el bienestar de las personas. Un adecuado manejo de las emociones se ha asociado con

diversos beneficios, mientras que una regulación emocional deficiente puede tener efectos negativos en diferentes áreas de la vida.

- Bienestar psicológico: La regulación emocional efectiva está relacionada con un mayor bienestar psicológico. Las personas que son capaces de manejar sus emociones de manera adaptativa suelen experimentar menos síntomas de ansiedad y depresión, y reportan una mayor satisfacción con la vida (Gross, 2015).
- B. Relaciones interpersonales: La forma en que una persona regula sus emociones también puede afectar sus relaciones interpersonales. Una regulación emocional adecuada puede favorecer la calidad de las relaciones, ya que permite expresar las emociones de manera apropiada, comprender y manejar las emociones de los demás, y resolver conflictos de manera constructiva (Campos et al., 2004).
- C. Salud física: La regulación emocional también se ha relacionado con la salud física. La acumulación crónica de emociones negativas o la falta de regulación emocional puede tener un impacto negativo en la salud cardiovascular, inmunológica y gastrointestinal, entre otras (Tugade & Fredrickson, 2007).
- D. Rendimiento cognitivo: La forma en que una persona regula sus emociones también puede influir en su rendimiento cognitivo. Una regulación emocional adecuada se ha asociado con un mejor rendimiento en tareas cognitivas, como la toma de decisiones, la memoria y la resolución de problemas (Schmeichel & Demaree, 2010).

Es así que podemos decir que la regulación emocional es un proceso complejo y fundamental para el bienestar y funcionamiento adecuado de las personas. La capacidad de manejar adecuadamente las emociones, tanto positivas como negativas, se ha asociado con numerosos beneficios, incluyendo un mayor bienestar psicológico, mejores relaciones interpersonales, mejor salud física y mejor rendimiento cognitivo. Por el contrario, la desregulación emocional se ha relacionado con diversos problemas de salud mental, comportamentales y de relación.

Es importante destacar que la regulación emocional no es un proceso estático, sino que puede ser aprendido, desarrollado y mejorado a lo largo de la vida. La identificación y aplicación de estrategias de regulación emocional adecuadas puede ser beneficioso para aquellos que enfrentan desafíos en este ámbito.

Justificación

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP por sus siglas en inglés, nos entrega una definición del dolor que incluye los términos emocional y desagradable, con la cual pone de manifiesto entonces que la experiencia del dolor, en la cual el paciente/persona, no solo sufre de daño físico en una o varias áreas del cuerpo, sino que también indica que junto a esa lesión quien este afectado por esta puede tener daño emocional causado por el dolor.

Es así como las áreas que se ven más afectadas para quien padece de dolor crónico son la calidad de vida, la capacidad de trabajo, las actividades diarias, el estado de ánimo, el sueño, la dependencia farmacológica y la seguridad física.

Es por esto que el propósito de este trabajo de tesina es revisar el papel que juegan las emociones ante el afrontamiento del dolor crónico en las personas que lo padecen y como la identificación de estas puede ser de gran ayuda en la mejora de la calidad de vida de estos. La cantidad de estudios o investigación respecto al dolor no son muchos en nuestro país y en el extranjero, por lo que este trabajo pretende ser un aporte a la comprensión del dolor y las emociones, ayudando a identificar qué tipo de emociones son las que más inciden en el dolor, sean de connotación negativa o positiva. Junto a esto, la motivación intrínseca de los investigadores nace sobre la experiencia personal del dolor crónico padecido y poder entender más esta enfermedad y lograr ser un aporte dentro de la psicología.

Pregunta de investigación

La pregunta de investigación se guía en torno al dolor crónico por lo tanto es la siguiente: ¿Cómo se asocia el dolor crónico y las emociones en personas mayores de 22 años y menores de 45 años de la ciudad de Santiago de Chile?

Objetivos.

De acuerdo a la pregunta de estudio es que se plantea el siguiente objetivo general:

Determinar cómo las emociones están asociadas al dolor crónico en personas mayores de 22 años y menores de 45 años de la ciudad de Santiago de Chile

Los objetivos específicos son:

- Identificar qué tipo de emociones son las que predominan en los sujetos entre 22 y 45 años de edad que padecen de dolor crónico musculoesquelético.
- Conocer cómo los sujetos entre 22 y 45 años de edad, describen y caracterizan sus vivencias y experiencias con respecto al dolor crónico que sienten.

Limitaciones del Estudio.

Las limitaciones del estudio a tener en cuenta son variadas, como por ejemplo el tamaño y características de la muestra, el tipo de diseño aplicado al estudio en este caso transversal tomando datos en un momento único. Parte de las limitaciones también es el contexto ya que los datos y la investigación en general fueron solo de una región específica, siendo esta Santiago de Chile. Por último, los posibles sesgos del investigador, sobre todo en la interpretación subjetiva de los temas.

CAPÍTULO III.

Enfoque de investigación.

El enfoque de esta investigación será de carácter mixto, dada las limitaciones que se pueden obtener desde un punto cualitativo o cuantitativo solamente, ambos métodos ocupados de forma conjunta entregan una mayor comprensión del objeto de estudio y puede entregar mejor entendimiento de los resultados obtenidos, al respecto:

Creswell (Creswell, 2013^a, como se citó en Sampieri et al, 2010) comenta que los métodos mixtos logran obtener una mayor variedad de perspectivas del *fenómeno*: frecuencia, amplitud y magnitud (cuantitativa), así como profundidad y complejidad (cualitativa); generalización (cuantitativa) y comprensión (cualitativa).

Alcance y diseño.

El alcance de esta investigación será **Descriptivo-Exploratorio**. Por una parte, será de corte descriptivo ya que Según Bernal (2010) En tales estudios se muestran, narran, reseñan o identifican, situaciones rasgos, características de un objeto de estudio, pero no se dan explicaciones o razones de las situaciones, los hechos, los fenómenos, etcétera...

Es así como en una primera parte solo se trabajará para poder obtener datos que puedan describir el fenómeno a través de estos. Luego el alcance exploratorio aportara mayores datos al fenómeno en estudio el cual ha sido relativamente estudiado.

Al respecto Sampieri comenta:

Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, indagar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados (p 91).

Para el apartado del diseño de esta investigación se eligió el modelo no experimental debido a que no se hará manipulación de las variables, ya que las observaciones sin intervención serán suficientes para poder obtener los datos necesarios para esta e igualmente será transversal ya que solo “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (es como “tomar una fotografía” de algo que sucede) (Hernández Sampieri, R. 2014, p154).

Definición Operacional y Conceptual de Variables.

La definición operacional es aquel conjunto de operaciones o procedimientos que deben realizarse para así poder obtener aquellos que debemos interpretar al momento de medir una variable en el tema de investigación. Es así que lo que se intenta buscar en esta es “obtener la mayor información posible de la variable seleccionada, a modo de captar su sentido y adecuación al contexto” (Espinoza, F., Eudaldo, E. 2019, p175).

Es así que la variable operacional para emoción y dolor crónico serán las siguientes:

La intensidad del dolor se medirá a través de la escala visual analógica (EVA) esta escala permite medir la intensidad del dolor de quien la observa para ello el sujeto debe mirar hacia una escala de 10 cm. en donde habrá en un extremo ausencia de dolor mientras en la otra existirá el dolor máximo. Luego este debe indicar en donde se encuentra apuntando hacia la escala (Vicente, M. T. et al, 2018).

Si el paciente indica un valor de 0 a 1 se dice que no tiene dolor, un valor de 2 es poco valor, de 3 a 4 quiere decir que el dolor que siente es moderado, una puntuación de 5 a 6 es indicador de un dolor grave, mientras que un valor de 7 a 9 significa un dolor muy grave, finalmente si el paciente indica tener una intensidad de 10 quiere decir que este está sintiendo un dolor muy intenso.

Esta escala permite realizar un relato verbal y consciente sobre la evaluación del dolor, su intensidad y su localización utilizando una escala adecuada para la edad y condición clínica del sujeto.

El dolor crónico por definición es aquel dolor que persiste más allá del tiempo de la recuperación de una lesión, o aquel dolor que persiste o recurre más allá de tres meses.

Mientras que para la variable emoción será el Cuestionario de Dificultades de Regulación Emocional El DERS es un cuestionario de auto-reporte que permite medir dificultades en la regulación emocional clínicamente relevantes, dada la importancia de este proceso en la explicación de síntomas y comportamientos desadaptativos (Coutinho, et al., 2010). La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) no solo permite evaluar la capacidad de autorregulación emocional de un individuo, sino que también proporciona información valiosa sobre la capacidad del sujeto para aceptar, identificar y ser consciente de sus emociones habituales. Esta herramienta es fundamental para comprender el grado en que una persona puede gestionar sus reacciones emocionales y cómo estas habilidades influyen en su bienestar psicológico. En el contexto de este estudio, la DERS nos ayuda a desentrañar las complejas relaciones entre la percepción del dolor y la regulación emocional, ofreciendo una visión integral de la salud emocional de los participantes.

Este cuestionario consta de 25 ítems subdividas en 5 factores el cuál difiere de la versión original la cual tiene 36 ítems subdividas en 6 factores y de la española la cual tiene 28 ítems subdividas en 5 factores.

En un estudio realizado en Chile se analizaron las propiedades psicométricas de la versión adaptada al español del Cuestionario de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E, Hervás y Jódar, 2008), en población chilena, en términos de su confiabilidad y validez (de constructo y de criterio). (Guzmán-González, M. et al, 2014, p 3).

Es así como la aplicación del cuestionario arrojó valores de consistencia interna, medidos mediante el alfa de Cronbach de .92 los cuales fueron satisfactorios tanto para la escala total como para las sub escalas. Dado los resultados obtenidos, es así que el DERS-E esta validada y puede ser una herramienta confiable que puede ser utilizada en las evaluaciones de la regulación de las emociones. El puntaje de corte para Chile es de 73 puntos (Guzmán-González, M. et al, 2020.) en donde bajo este puntaje el sujeto no posee dificultades en la regulación emocional.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para el caso de este estudio se utilizará el tipo de muestreo **no probabilístico**, al cual se recurre cuando no se quiere hacer generalizaciones, ni estimaciones con respecto a una población, pues en este muestreo se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios que ayuden a la investigación procurando, en la medida de lo posible, que la muestra sea representativa. **El método no probabilístico seleccionado para el estudio será el muestreo discrecional**, el cual está basado por el criterio del investigador, por ejemplo, que existan la misma cantidad de hombre y mujeres entre los

22 y 45 años de edad, que presenten dolor crónico músculo-esquelético por sobre los 2 años, acudan voluntariamente, entre otras.

Para esta investigación se ocupará como técnica de recolección de datos la entrevista semi-estructurada, en la cual el entrevistador puede seguir ciertas directrices con respecto a la conducción de la misma, como por ejemplo la flexibilidad a la hora de seguir la pauta de preguntas que se habían formulado con anticipación en pos de poder ajustarse al entrevistado. Además, se hará empleo de escalas y cuestionarios en sesiones previamente establecidas, para poder así tomar de primera fuente las vivencias y experiencias en torno al dolor crónico a personas quienes lo padezcan.

Es así que la entrevista estará compuesta por los siguientes tópicos en las preguntas:

- Edad
- Tiempo de padecimiento del dolor
- Origen o causa del dolor padecido
- Tiempo que lleva en controles médicos
- Atención multidisciplinaria de salud
- Significancia del padecimiento de dolor crónico
- Situación socio-laboral
- Sentir emocional respecto al dolor crónico

Las preguntas que se realizaran en la entrevista (ver Anexo IV) se han formulado bajo los criterios que el investigador a considerado como esenciales en un estudio de estas características como, por ejemplo, la temporalidad de la enfermedad o el tipo de asistencia de salud que ha tenido el sujeto ya sea médica, kinesiológica, psiquiátrica o psicológica.

Cabe señalar que dada la naturaleza de la enfermedad la entrevista podría tomar de una a 2 sesiones, ya que como se ha mencionado anteriormente esta es incapacitante y se encuentra en todo momento del sujeto, por lo que de requerirse esta se retomará en otro momento acordado.

Para el caso de la escala se aplicará la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) estandarizado y validado para su uso en Chile (ver Anexo II), el cual consta de las siguientes preguntas:

- Percibo con claridad mis sentimientos
- Presto atención a cómo me siento
- Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control
- No tengo ni idea de cómo me siento
- Tengo dificultades para comprender mis sentimientos
- Estoy atento a mis sentimientos
- Doy importancia a lo que estoy sintiendo
- Estoy confuso sobre lo que siento

- Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones
- Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera
- Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera
- Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos
- Cuando me encuentro mal, pierdo el control
- Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas
- Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control
- Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado conmigo mismo por sentirme de esa manera
- Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil
- Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera
- Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme
- Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento
- Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo por sentirme de esa manera
- Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo
- Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento
- Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa
- Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarme

Esta escala fue desarrollada por Gratz y Roemer (2004) como una forma de poder obtener algún tipo de conceptualización al momento de tener dificultades en la regulación emocional está formada por 25 ítems en formato Likert de 5 puntos en donde 1 = casi y 5 = casi siempre. Obtener un alto puntaje significaría problemas en la regulación de las emociones y por el contrario un puntaje bajo significaría una buena regulación emocional.

Finalmente, para poder medir el dolor se utilizará la escala visual analógica (EVA) el cual es una escala numerada del 0 al 10 donde 0 es ausencia de dolor y 10 del dolor de máxima intensidad que el sujeto pudiese sentir en el mismo momento de la evaluación (ver Anexo III).

En esta escala se representa el dolor en una línea de 10 cm. en los cuales en un extremo está la frase no dolor y en otro extremo el peor dolor imaginable (Pardo, C. et al, 2006).

En el EVA un valor entre 0 y 3 significa un dolor de tipo leve, mientras que una valoración entre 4 y 6 significa un dolor moderado. Finalmente, un valor que implique desde 7 hacia arriba significa que se está sintiendo un dolor muy intenso. El sujeto debe indicar verbalmente o apuntar a la escala misma cuál es el dolor que siente en el instante mismo en el que se realiza la consulta.

Toda aquella información recolectada por medio de los instrumentos antes nombrados, fue posible obtenerla en la primera sesión de entrevista, salvo contados casos en los cuales se concertó una segunda sesión principalmente para poder realizar la aplicación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

Procedimiento de muestreo.

Como muestreo se tomará sujetos de estudio 25 hombre y 25 mujeres, todos mayores de 22 años y hasta los 45 años de edad, quienes hayan padecido de dolor crónico músculo esquelético y dolor crónico generalizado por al menos 2 años. Parte de la muestra será de pacientes que padecen de esta enfermedad y los cuales se encuentran en atención en la Asociación Chilena de Seguridad (Achs) como parte de su tratamiento en el recinto ubicado en Ramón Carnicer 185 ubicado en la comuna de Providencia de la Región Metropolitana de Santiago. La otra parte de la muestra fue tomada en el centro del instituto de seguridad del trabajo (IST) ubicado en Merced 472, 3er piso en la comuna de Santiago Centro.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión.

- Hombres y Mujeres con dolor crónico musculo-esquelético.
- Edad de los Participantes de 22 años hasta 45 años de edad.
- Enfermedad por sobre los 2 años desde su diagnóstico y padecimiento.
- Residentes de la Región Metropolitana de Santiago.

Criterios de Exclusión.

- Que padezcan de alguna comorbilidad física.
- Enfermedad diagnosticada hace menos de 2 años
- Participantes que no hubiesen leído y firmado el consentimiento informado.
- Residentes dentro de la Región Metropolitana que sean extranjeros.

Plan de Análisis.

Para la siguiente investigación se considera tomar como método el análisis de caso, ya que nuestro interés es sobre una situación en específico, en este caso el dolor crónico y su relación con las emociones en un momento y espacio ya definido, es este caso el clínico. Las herramientas a utilizar son la entrevista semi-estructurada del Anexo IV, la Escala Visual Análoga (EVA) del Anexo II y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E) del Anexo III en conjunto. El enfoque mixto nos dará una mirada más amplia para poder describir el fenómeno del dolor y poder analizar los datos obtenidos a través de la metodología cuantitativa. Se transcribirán las entrevistas para generar un registro que se pueda utilizar en futuros proyectos que puedan tener igual interés que el presente.

Técnicas de Análisis de Datos

Análisis Cuantitativo

Para analizar la relación entre el dolor crónico y la regulación emocional, utilizamos el programa SPSS, una herramienta estadística avanzada que facilita la interpretación de datos complejos. En primer lugar, recopilamos los datos a través de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor. Además, se incluyeron variables demográficas como género, edad, y el tiempo que los participantes han experimentado dolor crónico.

Una vez ingresados los datos en SPSS, realizamos un análisis descriptivo para obtener medidas de tendencia central y de dispersión, lo que nos permitió entender la distribución y las características básicas de nuestras variables. Posteriormente, utilizamos la correlación de Pearson para evaluar la relación entre las puntuaciones de DERS y EVA, identificando una correlación positiva moderada y significativa entre la desregulación emocional y la intensidad del dolor.

Para profundizar en estos hallazgos, llevamos a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, incorporando variables independientes como el género y el tiempo de dolor. Este análisis nos permitió determinar que, aunque estas variables contribuyen al modelo, la relación principal entre la desregulación emocional y la intensidad del dolor sigue siendo significativa. Además, realizamos un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las diferencias en la regulación emocional entre diferentes grupos de tiempo de dolor, aunque los resultados no mostraron diferencias significativas.

Análisis de Frecuencia

Análisis de Frecuencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cansancio	10	20,0	20,0	20,0
	Depresión	4	8,0	8,0	28,0
	Confusión	4	8,0	8,0	36,0
	Rabia	4	8,0	8,0	44,0
	Pena	2	4,0	4,0	48,0
	Decaimiento	2	4,0	4,0	52,0
	Resignación	3	6,0	6,0	58,0
	Incertidumbre	4	8,0	8,0	66,0
	Angustia	2	4,0	4,0	70,0
	Frustración	2	4,0	4,0	74,0
	Sin motivación	1	2,0	2,0	76,0
	Agotamiento	5	10,0	10,0	86,0
	Molestia	4	8,0	8,0	94,0
	Enojo	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Figura 1. Análisis de frecuencia. Propia (2024).

Interpretación de Resultados

Emoción Predominante:

La emoción más reportada entre los sujetos es el cansancio, con una frecuencia de 10 sujetos, lo que representa el 20% del total (figura 1). Esto indica que uno de cada cinco sujetos experimenta cansancio emocional, como la emoción predominante en relación con su dolor crónico. Es así, que podemos relacionar este cansancio bajo la teoría de las Valoraciones Corporeizadas de Prinz, ya que el cansancio emocional que experimentan los sujetos con dolor crónico puede ser entendido como una valoración corporeizada, donde los cambios corporales (sensación de cansancio) representan la respuesta emocional a la condición de dolor crónico. Esto refleja cómo la teoría de Prinz

se alinea con la observación de que uno de cada cinco sujetos siente el cansancio emocional como la emoción predominante.

El agotamiento es la segunda emoción más común, con un 10% de frecuencia. Emociones como la depresión, la confusión, la rabia, la incertidumbre, y la molestia también son significativas, cada una representando el 8% del total. Las emociones de pena, decaimiento, angustia, y frustración tienen una menor frecuencia, cada una con un 4%. La emoción menos reportada es la falta de motivación, con solo un 2%.

Distribución General:

Las emociones se distribuyen de manera relativamente uniforme, con una ligera preponderancia hacia emociones relacionadas con la fatiga (cansancio y agotamiento). La suma acumulada de emociones relacionadas con la fatiga (cansancio y agotamiento) representa el 30% de las respuestas, lo que sugiere un fuerte vínculo entre la fatiga y la experiencia del dolor crónico. Según la teoría de Prinz, las emociones se entienden como valoraciones corporales que son desencadenadas por eventos relevantes, en este caso, el dolor crónico. Esta teoría postula que:

1. Ocurre un evento emocionalmente relevante (dolor crónico).
2. Este evento es percibido por la mente.
3. La percepción del evento desencadena una constelación de cambios corporales.
4. La percepción de estos cambios corporales porta información sobre el evento emocionalmente relevante.

En este contexto, la preponderancia de emociones relacionadas con la fatiga (cansancio y agotamiento) entre los sujetos con dolor crónico puede ser vista como una valoración corporeizada de su condición de dolor crónico. La experiencia del dolor crónico desencadena una serie de cambios corporales específicos que los individuos perciben como fatiga emocional.

Relación con la Distribución de Emociones

- Eventos Emocionalmente Relevantes: El dolor crónico actúa como el evento relevante que desencadena las emociones.
- Percepción del Evento: Los sujetos con dolor crónico perciben su condición, lo que activa una respuesta emocional.
- Cambios Corporales: La percepción de estos cambios se manifiesta predominantemente como fatiga emocional (cansancio y agotamiento).
- Información sobre el Evento: La alta prevalencia de emociones de fatiga sugiere que estos cambios corporales son una respuesta directa al dolor crónico, representando el cuerpo y la mente del sujeto que lidia con el dolor constante.

La distribución uniforme de las emociones con una preponderancia hacia la fatiga indica que el dolor crónico no solo afecta a los individuos físicamente, sino también emocionalmente. La teoría de las emociones como valoraciones corporeizadas nos ayuda a entender que el cansancio y el agotamiento son respuestas emocionales integrales al dolor crónico, reflejando cómo el cuerpo y la mente de los sujetos perciben y responden a su condición de manera global. La acumulación de emociones relacionadas con la fatiga (30%) refuerza la idea de un vínculo fuerte entre el dolor crónico y la experiencia emocional de la fatiga, tal como sugiere la teoría de Prinz.

Interpretación.

El análisis de frecuencias muestra que las emociones más comunes asociadas con el dolor crónico músculo esquelético son el cansancio y el agotamiento. Este hallazgo sugiere que la experiencia del dolor crónico está fuertemente vinculada a la fatiga física y mental. Emociones como la depresión, la rabia y la incertidumbre también son prevalentes, indicando que el dolor crónico tiene un impacto significativo en el bienestar emocional de los individuos. Estos resultados destacan la importancia de abordar tanto el manejo del dolor físico como el apoyo emocional en el tratamiento de pacientes con dolor crónico para mejorar su calidad de vida.

Pruebas de Chi Cuadrado

Se realizaron pruebas de Chi Cuadrado tomando como variables el género, la edad y el tiempo de padecimiento de dolor en contraste con las emociones para así poder evidenciar y poder conocer cómo los sujetos describen y caracterizan sus vivencias y experiencias con respecto al dolor crónico que sienten. Las pruebas de Chi Cuadrado se realizaron para determinar si existen asociaciones significativas entre variables categóricas, como género, tiempo de dolor y emociones reportadas (cansancio, agotamiento, etc.), en relación con el dolor crónico proporcionando una comprensión más

profunda de cómo factores como el género y el tiempo de dolor pueden influir en la experiencia emocional de los sujetos.

1. Frecuencia de Emociones:

La emoción predominante entre los sujetos que padecen de dolor crónico músculo esquelético es el cansancio (20%), seguido del agotamiento (10%) y la molestia (8%). Emociones como la depresión y la resignación también tienen una presencia notable, con un 8% cada una. Esto indica que las emociones relacionadas con la fatiga y el agotamiento son las más comunes en este grupo. (Figura 2)

Frecuencia Emociones					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cansancio	10	20,0	20,0	20,0
	Depresión	4	8,0	8,0	28,0
	Confusión	4	8,0	8,0	36,0
	Rabia	4	8,0	8,0	44,0
	Pena	2	4,0	4,0	48,0
	Decaimiento	2	4,0	4,0	52,0
	Resignación	3	6,0	6,0	58,0
	Incertidumbre	4	8,0	8,0	66,0
	Angustia	2	4,0	4,0	70,0
	Frustración	2	4,0	4,0	74,0
	Sin motivación	1	2,0	2,0	76,0
	Agotamiento	5	10,0	10,0	86,0
	Molestia	4	8,0	8,0	94,0
	Enojo	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Figura 2. Frecuencia de Emociones. Propia (2024).

2. Asociación entre Emociones y Género:

Las tablas cruzadas y la prueba de Chi Cuadrado muestran que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el género y las emociones ($p = 0.062$).

(figura 3). Sin embargo, es notable que el cansancio es reportado tanto por hombres como por mujeres (6 hombres y 4 mujeres), mientras que emociones como la rabia son en su mayoría hombres (3 hombres y una mujer) y el enojo son reportadas por mujeres (0 hombres y 3 mujeres). Esto sugiere que, aunque no hay una diferencia significativa, puede haber tendencias de género en la experiencia emocional del dolor crónico. (figura 4)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,600 ^a	13	,062
Razón de verosimilitud	29,037	13	,006
Asociación lineal por lineal	7,338	1	,007
N de casos válidos	50		

a. 26 casillas (92,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

Figura 3. Chi-Cuadrado. Propia (2024).

Asociación entre Emoción y Género

Recuento

		sexo del sujeto		Total
		1,00	2,00	
Sensacion_Emocion_Sentimiento	Cansancio	6	4	10
	Depresión	2	2	4
	Confusión	2	2	4
	Rabia	3	1	4
	Pena	2	0	2
	Decaimiento	2	0	2
	Resignación	3	0	3
	Incertidumbre	3	1	4
	Angustia	0	2	2
	Frustración	0	2	2
	Sin motivación	0	1	1
	Agotamiento	2	3	5
	Molestia	0	4	4
	Enojo	0	3	3
Total		25	25	50

Figura 4. Asociación entre Emoción y Género. Propia (2024).

3. Asociación entre Emociones y Edad:

Las tablas cruzadas y la prueba de chi-cuadrado no muestran una asociación significativa entre la edad y las emociones reportadas ($p = 0.570$). (figura 5). Sin embargo, algunas emociones como el cansancio y el agotamiento parecen estar distribuidas a través de diferentes edades, mientras que otras como la depresión y la molestia están más dispersas. (figura 6)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	242,417 ^a	247	,570
Razón de verosimilitud	149,048	247	1,000
Asociación lineal por lineal	,007	1	,932
N de casos válidos	50		

a. 280 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,02.

Figura 5. Chi Cuadrado. Propia (2024).

		Asociación entre Emoción y Edad																				
Recuento		edad del sujeto																				
		23,00	24,00	25,00	26,00	27,00	28,00	29,00	32,00	33,00	34,00	35,00	36,00	37,00	38,00	39,00	40,00	41,00	42,00	44,00	45,00	Total
Cod_Sensacion_Emocion	Cansancio	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	10
	Depresión	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
	Confusión	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
	Rabia	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
	Peña	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Decaimiento	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	Resignación	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3
	Incertidumbre	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	Angustia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	Frustración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	Sin motivación	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Agotamiento	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
	Molestia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4
	Enojo	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Total	1	1	5	2	4	3	5	5	2	2	4	2	1	2	1	2	1	2	3	2	50

Figura 6. Asociación entre Emoción y Genero. Propia (2024).

4. Asociación entre Emociones y Tiempo de Dolor:

Las tablas cruzadas y la prueba de chi-cuadrado no muestran una asociación significativa entre el tiempo padeciendo dolor y las emociones reportadas ($p = 0.161$). (figura 7). Sin embargo, el cansancio es reportado con mayor frecuencia en aquellos que han padecido dolor durante 5 años. Las emociones de depresión y molestia también aparecen en aquellos con dolor de larga duración, lo que sugiere que el tiempo de dolor puede influir en la intensidad y tipo de emociones experimentadas, aunque no de manera estadísticamente significativa en este conjunto de datos. (figura 8). Aunque no hay una relación estadística significativa, los datos sugieren que la duración del dolor puede tener un impacto en el tipo e intensidad de las emociones experimentadas. Los individuos que han experimentado dolor crónico durante más tiempo parecen reportar emociones más negativas como cansancio, tristeza y molestia. Esto podría indicar que el dolor crónico prolongado contribuye a una acumulación de estrés emocional y desgaste físico, que se manifiestan en estas emociones negativas.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,049 ^a	26	,161
Razón de verosimilitud	38,948	26	,049
Asociación lineal por lineal	,605	1	,437
N de casos válidos	50		

a. 41 casillas (97,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Figura 7. Asociación entre Emoción y Genero. Propia (2024).

Asociación entre Emociones y Tiempo de Dolor

Recuento		tiempo padeciendo dolor			Total
		2,00	5,00	10,00	
Sensacion_Emocion_Sentimiento	Cansancio	1	7	2	10
	Depresión	0	4	0	4
	Confusión	1	2	1	4
	Rabia	0	4	0	4
	Pena	1	1	0	2
	Decaimiento	0	1	1	2
	Resignación	1	1	1	3
	Incertidumbre	3	0	1	4
	Angustia	0	2	0	2
	Frustración	1	0	1	2
	Sin motivación	0	1	0	1
	Agotamiento	1	3	1	5
	Molestia	0	3	1	4
	Enojo	3	0	0	3
Total		12	29	9	50

Figura 8. Asociación entre Emoción y Género. Propia (2024).

Análisis de Frecuencias: Las emociones más predominantes entre los sujetos que padecen de dolor crónico músculo esquelético fueron el cansancio (20%) y el agotamiento (10%). Esto sugiere que la mayoría de los participantes experimentan una sensación de fatiga constante asociada con su dolor crónico.

Asociación entre Emociones y Género: Los resultados de las tablas cruzadas mostraron que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el género y las emociones reportadas. Sin embargo, se observó que el cansancio es una emoción común tanto en hombres como en mujeres, mientras que las emociones de rabia y enojo son reportadas principalmente por hombres. Esto sugiere que, aunque no hay diferencias significativas, las experiencias emocionales del dolor crónico pueden variar según el género.

Asociación entre Emociones y Edad: No se encontró una asociación significativa entre la edad y las emociones reportadas. Las emociones como el cansancio y el agotamiento fueron comunes entre diferentes grupos de edad, lo que indica que el impacto emocional del dolor crónico es consistente en todo el rango de edades estudiado.

Asociación entre Emociones y Tiempo de Dolor: Aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo padeciendo dolor y las emociones reportadas, se observó que el cansancio es reportado con mayor frecuencia en aquellos que han padecido dolor durante 5 años. Emociones como la tristeza (expresada como depresión por los sujetos) y la molestia también se reportaron en aquellos con dolor de larga duración, sugiriendo que el tiempo de dolor puede influir en la intensidad y tipo de emociones experimentadas.

Los resultados de este estudio sugieren que el dolor crónico tiene un impacto significativo en el estado emocional de los individuos, siendo el cansancio y el agotamiento, las emociones más prevalentes. Aunque no se encontraron asociaciones significativas con el género, la edad, o el tiempo de dolor, las tendencias observadas indican que debe ser necesario el manejo del dolor físico, así como el apoyo emocional en el tratamiento de este tipo de patologías para mejorar la salud general de los pacientes.

Análisis Cualitativo.

Se realizó un análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas a 50 personas, 25 hombres y 25 mujeres, con edades comprendidas entre 22 y 45 años, residentes en Santiago de Chile y que padecen de dolor crónico músculo-esquelético. Las entrevistas se transcribieron y se analizaron utilizando un enfoque de análisis temático (Braun & Clarke, 2006). Este método permitió identificar y analizar patrones temáticos en los datos cualitativos.

Emociones Predominantes

Cansancio: La sensación de cansancio constante fue mencionada por la mayoría de los participantes. Este cansancio no solo es físico, sino también mental, debido a la lucha constante contra el dolor. El agotamiento se describe como un factor limitante para llevar a cabo tareas diarias y laborales. Investigaciones previas han mostrado que el cansancio es una queja común entre los pacientes con dolor crónico, lo que afecta negativamente su calidad de vida.

Resignación: Muchos participantes expresaron una sensación de resignación, habiendo probado múltiples tratamientos sin éxito significativo. Esta resignación se traduce en una aceptación del dolor como una parte inevitable de sus vidas pudiendo

estar relacionado con una menor motivación a la hora de buscar nuevos tratamientos y posible baja en la calidad de vida.

Frustración: La incapacidad para realizar actividades que solían disfrutar y la desesperanza de encontrar alivio fue una emoción recurrente. La frustración surge de la percepción de pérdida de control sobre sus vidas y sus cuerpos. Estudios han demostrado que la frustración puede aumentar la percepción del dolor y llevar a un ciclo vicioso de dolor y emoción negativa (Keefe et al., 2004).

Agotamiento: El agotamiento físico y mental limita la participación en actividades sociales y laborales. Los participantes describieron sentirse exhaustos al final del día, con poca energía para interactuar con familiares y amigos. Este agotamiento crónico se alinea con hallazgos previos que indican que el dolor crónico está asociado con niveles altos de fatiga y agotamiento (Arnold et al., 2008).

Molestia: La irritabilidad y la frustración constante debido al dolor persistente afectan negativamente las relaciones interpersonales. La literatura indica que el dolor crónico puede llevar a cambios de humor y comportamientos irritables, lo que complica las interacciones sociales y familiares (Smith & Zautra, 2008).

Confusión: Los participantes describieron dificultades para manejar el dolor y el estrés asociado, afectando su capacidad para tomar decisiones. La confusión y la incapacidad para concentrarse son síntomas comunes en pacientes con dolor crónico y pueden ser exacerbados por el estrés emocional (Ojeda et al., 2014).

Depresión: Sentimientos de desesperanza y falta de interés en actividades diarias fueron mencionados por varios participantes. La depresión es una comorbilidad común

en pacientes con dolor crónico y puede agravar la percepción del dolor (Gureje et al., 2008).

Rabia: Enojo e impotencia debido a la incapacidad de controlar el dolor fueron emociones mencionadas frecuentemente. La rabia y la ira pueden surgir de la frustración y la impotencia, y están asociadas con una mayor percepción del dolor (Lumley et al., 2011).

Incertidumbre: La ansiedad sobre el futuro y la progresión del dolor fue una preocupación común. La incertidumbre sobre la condición de salud puede aumentar los niveles de estrés y ansiedad, afectando negativamente la salud mental y física (Bair et al., 2003).

Angustia: Alta ansiedad y preocupación constante fueron emociones predominantes. La angustia y la ansiedad son respuestas comunes al dolor crónico y pueden intensificar la percepción del dolor y las dificultades emocionales (Edwards et al., 2016).

Análisis temático

Los siguientes datos se obtuvieron a través del análisis de la transcripción de las entrevistas tomando como referencia la Teoría de las Valoraciones Corporeizadas de Prinz, obteniendo así un esquema con el cual poder codificar los datos obtenidos.

Identificación de los Temas Principales

Cansancio y Agotamiento

Descripción: Sensación persistente de fatiga física y mental que limita la capacidad para realizar actividades diarias y laborales. El agotamiento también afecta la interacción social y el bienestar general.

Datos: La mayoría de los participantes mencionan un cansancio constante y una reducción significativa en sus niveles de energía, tanto en el trabajo como en actividades personales.

Frustración y Molestia

Descripción: Sentimientos de impotencia y pérdida de control debido a la incapacidad de encontrar alivio significativo del dolor. La frustración también está relacionada con la limitación en las actividades que solían disfrutar.

Datos: Los participantes expresan frustración por la falta de resultados positivos en los tratamientos y la imposibilidad de realizar actividades placenteras.

Confusión y Dificultad para Tomar Decisiones

Descripción: Problemas para concentrarse y tomar decisiones debido al dolor y el estrés asociado. La confusión afecta la capacidad de manejar el dolor y las responsabilidades diarias.

Datos: La confusión es reportada frecuentemente por los participantes, afectando su capacidad para tomar decisiones efectivas y manejar su vida cotidiana.

Depresión (tristeza) y Falta de Motivación

Descripción: Sentimientos de desesperanza y falta de interés en actividades diarias, que contribuyen a la depresión y disminuyen la motivación para buscar soluciones o participar en actividades.

Datos: Los participantes describen una apatía general y sentimientos de desesperanza que afectan su capacidad para disfrutar de la vida y mantenerse activos.

Rabia e Impotencia

Descripción: Enojo e impotencia frente a la persistencia del dolor y la falta de control sobre la propia salud. La rabia afecta la relación con los demás y contribuye a una mayor percepción del dolor.

Datos: La rabia y la impotencia son emociones recurrentes que afectan las interacciones sociales y la percepción del dolor.

Incertidumbre y Angustia

Descripción: Ansiedad sobre el futuro y la progresión del dolor, que contribuye a una alta carga emocional y estrés.

Datos: Los participantes muestran preocupación constante sobre el futuro y el impacto a largo plazo del dolor.

Análisis de las Relaciones entre los Temas

El Cansancio y el Agotamiento se relacionan estrechamente con la Frustración y Molestia, ya que el agotamiento físico y mental contribuye a la frustración por la incapacidad de realizar actividades y encontrar alivio. Ambos temas influyen directamente en la Depresión (tristeza) y Falta de Motivación, ya que el cansancio y la frustración disminuyen la motivación para participar en actividades y buscar tratamientos.

La Confusión y la Dificultad para Tomar Decisiones están relacionados con Cansancio y Agotamiento, ya que la fatiga y el estrés contribuyen a la confusión y la dificultad para concentrarse, afectando la capacidad de tomar decisiones efectivas.

Rabia e Impotencia se relaciona con Frustración y Molestia, ya que la frustración por la falta de alivio del dolor puede convertirse en rabia y sentimientos de impotencia.

Incertidumbre y Angustia están vinculados a Depresión (tristeza) y Falta de Motivación. La ansiedad sobre el futuro contribuye a la depresión y disminuye la motivación, afectando la capacidad de los participantes para manejar el dolor y mantenerse activos.

Patrones Comunes

Relación entre Cansancio y Agotamiento con Frustración y Depresión: El cansancio y el agotamiento recurrentes están vinculados a una mayor frustración y depresión, creando un ciclo de desmotivación y agotamiento.

Impacto de la Confusión en la Vida Diaria: La confusión y la dificultad para tomar decisiones afectan la vida diaria y la capacidad de manejar el dolor, contribuyendo a una sensación general de impotencia.

Influencia de la Rabia en la Percepción del Dolor: La rabia y la impotencia amplifican la percepción del dolor y afectan la relación con los demás, exacerbando la frustración y el agotamiento.

Efecto de la Incertidumbre en el Bienestar Emocional: La incertidumbre sobre el futuro y la progresión del dolor contribuye a la angustia y la depresión, afectando negativamente el bienestar emocional y la capacidad de participar en actividades diarias.

Caracterización de vivencias y experiencias

Descripción emocional:

Los participantes expresan sentirse emocionalmente agotados, resignados, y frustrados con frecuencia. Estas emociones reflejan una lucha constante con el dolor y la búsqueda de alivio. La confusión y la incertidumbre afectan su capacidad para tomar decisiones y planificar el futuro. Emociones como la rabia y la molestia se reflejan en una mayor irritabilidad y dificultad en las interacciones sociales. Las emociones negativas pueden agravar la percepción del dolor y dificultar las relaciones interpersonales (Smith & Zautra, 2008).

El análisis cualitativo de las entrevistas revela que las emociones están intrínsecamente ligadas al dolor crónico en los participantes del estudio. Las emociones predominantes como el cansancio, la resignación, y la frustración, muestran un patrón consistente de cómo el dolor crónico afecta tanto la esfera emocional, como la funcionalidad diaria de los individuos. Estas emociones no solo exacerban la percepción del dolor, sino que también limitan la capacidad de los individuos para manejar su condición y mantener una calidad de vida aceptable.

Las estrategias de manejo del dolor mencionadas por los participantes, como el descanso, las actividades relajantes y el apoyo social, proporcionan alivio temporal, pero no abordan completamente el impacto emocional del dolor crónico. La necesidad de

intervenciones más efectivas que consideren tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor es evidente.

Conclusión

El estudio logro identificar cómo el dolor crónico musculoesquelético asocia predominantemente con emociones negativas lo que hace que este impacte significativamente en su calidad de vida. Las estrategias de manejo del dolor suelen centrarse en el descanso y la búsqueda de apoyo social, aunque estas no siempre resultan completamente efectivas.

La comprensión de las emociones relacionadas con el dolor crónico es crucial para desarrollar intervenciones más efectivas que aborden tanto el aspecto físico como emocional del dolor, mejorando así la calidad de vida de estos individuos. La comprensión de las emociones relacionadas con el dolor crónico es crucial para desarrollar intervenciones más efectivas que aborden tanto el aspecto físico como emocional del dolor, mejorando así la calidad de vida de estos individuos.

Integración de Resultados Cuantitativos y Cualitativos y Reflexión Final

La convergencia de los datos cuantitativos y cualitativos proporciona una visión integral del impacto emocional del dolor crónico. Ambos conjuntos de datos subrayan que el cansancio y el agotamiento son las emociones predominantes, lo cual es consistente con la literatura existente que vincula la fatiga con condiciones de dolor

crónico (Smith et al., 2020). El análisis cualitativo profundiza en cómo estas emociones afectan la vida diaria de los sujetos. Las descripciones de los participantes revelan que la fatiga no es solo física, sino también mental, afectando su capacidad para concentrarse y mantener relaciones sociales.

Consideraciones Adicionales

Pese a que se puede observar una falta de asociaciones que pudiesen ser estadísticamente significativas entre las emociones y las variables de género, edad y tiempo de dolor, igualmente estas indican que los factores mencionados pueden influir en la experiencia emocional de los sujetos. Por ejemplo, emociones como la rabia y el enojo entre los hombres sugiere que el género puede desempeñar un papel en cómo se experimenta y se expresa el dolor crónico. Del mismo modo, la distribución uniforme de emociones como el cansancio y el agotamiento a través de diferentes grupos de edad indica que el impacto emocional del dolor crónico es consistente en todo el rango de edades estudiado.

La observación de que el cansancio es más frecuente entre aquellos que han padecido dolor durante 5 años destaca la importancia de considerar la duración del dolor en el tratamiento y manejo de los pacientes. Aquellos sujetos con dolor crónico de larga duración pueden requerir intervenciones más intensivas y prolongadas para abordar tanto el componente físico como emocional de su condición.

Limitaciones del Estudio

Es importante reconocer algunas limitaciones del estudio que podrían haber influido en los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a una población más amplia. Además, el uso de entrevistas cualitativas, aunque proporciona una rica comprensión de las experiencias individuales, puede introducir sesgos subjetivos en la interpretación de los datos. Otra limitación es la falta de una medición objetiva del dolor y las emociones, lo cual podría complementarse en futuros estudios con el uso de herramientas estandarizadas como cuestionarios de auto-reporte validados y evaluaciones clínicas. Finalmente, la mayoría de los participantes eran de una misma región geográfica (Santiago de Chile), lo que podría no reflejar completamente la diversidad de experiencias en diferentes contextos culturales y socioeconómicos.

Conclusiones Finales

En conclusión, este estudio destaca la profunda conexión entre las emociones y el dolor crónico musculoesquelético. La predominancia del cansancio y el agotamiento entre los participantes sugiere que la fatiga es un componente central de la experiencia del dolor crónico. A pesar de la falta de asociaciones estadísticamente significativas con

el género, la edad y el tiempo de dolor, las tendencias observadas indican que estos factores pueden influir en la experiencia emocional de los sujetos.

Los resultados subrayan la necesidad de enfoques de tratamiento que integren el manejo del dolor físico y el apoyo emocional. Abordar tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor crónico puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Futuros estudios deberían considerar el uso de muestras más grandes y diversas, así como la incorporación de mediciones objetivas para enriquecer la comprensión de esta compleja interacción entre el dolor y las emociones.

Aspectos Éticos.

La presente investigación se ha realizado siguiendo los principios y normas éticas establecidos por el Colegio de Psicólogos de Chile. Se ha buscado en todo momento proteger los derechos y la dignidad de los participantes, asegurando la integridad y objetividad del estudio. Las áreas de mejora identificadas han sido abordadas para garantizar un cumplimiento ético riguroso. La confidencialidad de la información se encontrará resguardada en la condición preliminar de presentación de instrumento de entrevista, donde no solo se firmará un consentimiento, sino que además existe un compromiso ético e institucional del uso adecuado de las preguntas e información obtenida, asegurando la protección de datos personales e información sensible de las personas que participen.

CAPÍTULO IV

Bibliografía

Acevedo González, J. C. (2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta: más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20(4), 191-202.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120.

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.

Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación; administración, economía, Humanidades y ciencias sociales (3a. Ed.). Santafé de Bogotá: Pearson educación

Bilbeny, N., Miranda, J. P., Eberhard, M. E., Ahumada, M., Méndez, L., Orellana, M. E., Cid, L., Ritter, P., & Fernández, R. (2018). Survey of chronic pain in Chile - prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. *Scandinavian journal of pain*, 18(3), 449–456. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0076>.

Bilbeny, N. DOLOR CRÓNICO EN CHILE, Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 30, Issue6, 2019, Pages 397-406, ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.002>.

Bistre S. El dolor crónico en América Latina. *Rev Iberoamericana del Dolor*. 2007;3:7-9.

Boschen, K. A., Robinson, E., Campbell, K. A., Muir, S., Oey, E., Janes, K., Katz, J. (2016). Results from 10 years of a CBT Pain Self-Management Outpatient Program for Complex Chronic Conditions. *Pain Research and Management*, 2016, 1-10. [Http://dx.doi.org/10.1155/2016/4678083](http://dx.doi.org/10.1155/2016/4678083)

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75(2), 377-394.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., y Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 145-151. doi: 10.1590/S0101-60832010000400001

Davidson, R. J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis. *Psychophysiology*, 40(5), 655-665.

De Ruddere, L., Goubert, L., Vervoort, T., Prkachin, K. M., & Crombez, G. (2012). We discount the pain of others when pain has no medical explanation. *The Journal of Pain*, 13(12), 1198-1205. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.09.002>.

Díaz R, Marulanda F, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Med Colomb*. 2009;34(3):96-102.

Dorner, T., Muckenhuber, J., Stronegger, W., Ràsky, É., Gustorff, B., & Freidl, W. (2011). The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *European Journal Of Pain*, 15(1), 103-109.

Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233-236

Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), T70-T92.

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (2005). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 16(3), 241-273.

Elzahaf, R. A., Tashani, O. A., Unsworth, B. A., & Johnson, M. I. (2012). The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. *Current Medical Research And Opinion*, 28(7), 1221-1229.

Espinoza, F., Eudaldo, E. (2019). Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Segunda parte. *Conrado*, 15(69), 171-180. Epub 02 de septiembre de 2019. Recuperado en 05 de diciembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442019000400171&lng=es&tlng=es

García, E., García, B., Jiménez, M., Martín, M., Domínguez, F. (2010) *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, España.

Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. y Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 13(4), 581-624.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

Gross, J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.

Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (2008). Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2), 147-151.

Guzmán-González, Mónica, Trabucco, Caterina, Urzúa M, Alfonso, Garrido, Lusmenia, & Leiva, José. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia psicológica*, 32(1), 19-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>

Guzmán-González, Mónica, Mendoza-Llanos, Rodolfo, Garrido-Rojas, Lusmenia, Barrientos, Jaime, & Urzúa, Alfonso. (2020). Propuesta de valores de referencia para la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población adulta chilena. *Revista médica de Chile*, 148(5), 644-652. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500644>

Hernández Sampieri, R et al (2014). *Metodología de la investigación* (6a. Ed. --.). México D.F.: mcgraw-Hill.

Hervás, G., Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Recuperado en 05 de diciembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tlng=es

Hervás, G. & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, 59(1-2), 9-36. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/235428353_La_regulacin_afectiva_Modelos_investigacin_e_implicaciones_para_la_salud_mental_y_fisica

International Classification of Diseases - Mortality and Morbidity Statistics. Chapter 21. Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified. [Internet] Organización Mundial de la Salud (OMS) [citado el 19 de septiembre de 2019] Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.

La Nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). (2020, September 01). Retrieved from <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-clasificacion-internacional-enfermedades>

López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9(4), 373-379.

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.

McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127–133. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00301-4)

Melzack, R. Wall, P. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory, *Science*, 150 (3699), 971-979. [10.1126/science.150.3699.971](https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971),
<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.150.3699.971>

Miranda, J. P., Quezada, P., Caballero, P., Jiménez, L., Morales, A., Bilbeny, N., & Vega, J. C. (2013). Revisión Sistemática: Epidemiología de dolor crónico no oncológico en Chile. *Revista El Dolor*, 59, 10-17.

Molina, V., García, M. (2021) Afrontamiento psicológico del dolor crónico: depresión y ansiedad. *NPunto*, Vol. IV (41), 34-58.

Molina Linde, J. M., Figueroa Rodríguez, J., & Uribe Rodríguez, A. F. (2012). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55–62. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.dicv>

Moreno, R. R. (2017). Intencionalidad y racionalidad: Emociones como valoraciones corporeizadas. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(40), 19-30.

Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M., & Failde, I.. (2011). El deterioro cognitivo: un factor a tener en cuenta en la evaluación e intervención de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(5), 291-296. Recuperado en 05 de junio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000500005&lng=es&tlng=es.

Palmero, F. (1996) Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de Psicología*, vol. 12, núm. 1, 1996, pp. 61-86 Universidad de Murcia. Murcia, España.

Pedrajas, J., Molino, A. (2008) Bases neurológicas del dolor. *Clínica y Salud*, 2008, vol. 19 n.º 3 - Págs. 277-293. ISSN: 1135-0806

Prinz, J. (2004). *Gut reactions: A perceptual theory of emotion*. Oxford university Press

Prinz, J. (2010). ¿Cuáles son las emociones básicas? *Cuadernos de Crítica UNAM-IIF*, 55.

Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Recuperado en 05 de junio de 2024,

de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es.

Ribero-Marulanda, S., & Gutiérrez, R. M. V. (2013). Bibliometric analysis on the concept of emotional regulation from cognitive behavioral approach. *Psicología desde el Caribe*, 30(3).

Rivas, V. M., & Escudero, M. G. (2020). *Afrontamiento psicológico del dolor crónico: depresión y ansiedad*. (pp. 35-58). RCA Grupo Editor.

Roselló, J., Revert, X. (2008) MODELOS TEÓRICOS EN EL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA EMOCIÓN, Grup d'Evolució i Cognició Humana (www.evocog.com) Universitat de les Illes Balears.

Schmeichel, B. J., & Demaree, H. A. (2010). Emotional working memory: The role of emotion in cognitive processing. In *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 81-99). Oxford University Press.

Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 799.

Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Morganstein, D., & Lipton, R. (2003). Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA*, 290(18), 2443-2454.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 311-333.

Turk, D. C., Swanson, K. S., & Gatchel, R. J. (2011). Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *The Clinical Journal of Pain*, 27(9), 777-792.

Vargas, C., Bilbeny, N., Balmaceda, C., Rodríguez, M. F., Zitko, P., Rojas, R., Eberhard, M. E., Ahumada, M., & Espinoza, M. A. (2018). Costs and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. *Pain reports*, 3(5), e656. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000656>

Velásquez, A., Rojas, Y. (2009). Neuropsicología de las emociones: el aporte de Charles Darwin. *Cuadernos de neuropsicología*, 3(2), 225-233. Recuperado el 04 de diciembre

de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0718-41232009000200007&lng=pt&tlng=pt

Vicente-Herrero, M.T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M.V., & Capdevilla-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

CAPÍTULO V

Anexos

ANEXO I

Yo _____
_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación de tesina “Emociones, Regulación emocional y Dolor Crónico”, éste es un proyecto de investigación del estudiante Cristian Valenzuela, quien cursa la carrera de Psicología en la Universidad Miguel de Cervantes.

Entiendo que este estudio busca conocer la relación y vivencias de las personas que padecen de dolor crónico musculoesquelético y sus emociones consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 10 a 15 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

En caso de necesitar mayor información puede dirigirse a la profesora Fatima Nevado Olivares, quien es la profesora guía del estudio de investigación, al correo fnevado@corp.umc.cl.

Así mismo si desea o requiere antecedentes puede dirigirse al correo de la directora de la escuela de psicología prof. Carolina Hernández, al correo chernandez@corp.umc.cl

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante

firma estudiante

Fecha:

ANEXO II

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

Instrucciones: por favor, indique con una "x" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

1	2	3	4	5			
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre			
1. Percibo con claridad mis sentimientos			1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento			1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control			1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento			1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos			1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos			1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo			1	2	3	4	5
8. Estoy confuso sobre lo que siento			1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones			1	2	3	4	5
10. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera			1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera			1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos			1	2	3	4	5
13. Cuando me encuentro mal, pierdo el control			1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas			1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control			1	2	3	4	5
16. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado conmigo mismo por sentirme de esa manera			1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil			1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera			1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme			1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento			1	2	3	4	5
21. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo por sentirme de esa manera			1	2	3	4	5
22. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo			1	2	3	4	5
23. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento			1	2	3	4	5

24. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa	1	2	3	4	5
25. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarme	1	2	3	4	5

ANEXO III

La Escala Análoga Visual permite al paciente poder expresar por medio de esta la intensidad del dolor que se siente al momento de la consulta siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso que se pueda sentir.

Escala Análoga Visual EVA
Elaboraron: Saucedo Victoria ME. Diseño: Peralta Flores MC. (2019)

EVA, mide la intensidad del dolor, representada en una línea de 10 cm, en el extremo izquierdo (cero) "no dolor" y en el extremo derecho (diez) "dolor muy intenso".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Dolor 10
Sin dolor Poco dolor Dolor moderado Dolor grave Dolor muy grave muy intenso

DOLOR

Es una sensación sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular o potencial, que se describe en términos de dicha lesión.

TIPOS

- Agudo**: Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce. Generalmente por lesión tisular o afectación orgánica.
- Crónico**: Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos en sistema musculoesquelético.

FASES

- Fase 1**: Aparece tras un estímulo breve por lesión tisular.
- Fase 2**: Aparece posterior a estímulos prolongados que producen lesión tisular y procesos inflamatorios.
- Fase 3**: Estados dolorosos anormales debido a lesiones en nervios periféricos o SNC.

ANEXO IV

La entrevista estará constituida de 7 preguntas las cuales recaban información acerca del padecimiento del dolor crónico.

Datos de identificación

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Lugar de residencia:

1.- ¿desde cuándo padece de dolor crónico?

2 años

5 años

10 años

10 años o más

2.- ¿cuál es el origen o causa medica del dolor que experimenta?

3.- ¿hace cuánto tiempo se encuentra con tratamiento y control médico?

4.- ¿ha recibido otro tipo de asistencia médica en el área de la salud?

Psicólogo

Terapia Ocupacional

Kinesiólogo

Fisiatra

5.- ¿qué ha significado para usted el padecer de dolor crónico?

6.- ¿continúa con su actividad laboral, si responde si desde cuándo?

7.- ¿cómo se siente emocionalmente desde que padece de dolor crónico?