

**Revisión documental del uso de las terapias de tercera generación desde el enfoque
cognitivo conductual en el manejo del dolor crónico**

Devora Cruz Alfonso

Martha Carolina Santos Rivas

Asesor

Natalia Andrea Galvis Andrade

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades – ECSAH

Psicología

2024

Agradecimientos

Por la fortuna de haber podido llegar hasta este momento; Gracias John, mi compañero de vida, por estar conmigo y para mí durante este todo este tiempo, y demostrarme lo que se puede llegar a hacer con mucho amor y voluntad, a mi princesa Sara “Mayuya” por ser la fuerza que me inspira a ser mejor cada día, por sus enseñanzas y amor incondicional así este en mis peores momentos. A mi mamá y mi papá que, con su anhelo de verme aquí, me dieron el valor suficiente para luchar por cumplir el objetivo. A mi tía Pili que cada vez que me sentía cansada y sin ganas de seguir, en una llamada me reconfortaba. A Carolina que sin saberlo ha dejado de ser una compañera de trabajos en la U, y se ha convertido en una amiga.

Devora

Honro a Dios por permitirme cumplir mi sueño de ser profesional. Agradezco a Natalia y a Valeria por ser mi pulsión tanto de vida como de muerte, por enseñarme que en la vida está llena de matices y que los grises también son una opción, a aceptar que el ser y el estar no implica doctrina y que el amor es incondicional cuando se trata de la persona correcta. Agradezco al universo tener un espíritu impetuoso y ávido de conocimiento, así mismo al grupo docente que acompañó mi proceso educativo.

...Y por último a Devora por dejarse contagiar de mi locura, que como bien lo dice Freud “es inherente a la experiencia del sentido y del sinsentido del ser en el lenguaje”.

Carolina

Resumen

El manejo de patologías que generan dolor crónico y la manera de afrontarlo son determinantes de la evolución de la sintomatología y de la cronificación de este, es por esto por lo que se ha hecho hincapié en diversas investigaciones para establecer modelos adecuados del afrontamiento del dolor crónico y de estrategias para su control. El resultado de esta investigación apunta a identificar terapias basadas en evidencia de tercera generación del enfoque cognitivo – conductual de los pacientes mediante el cambio de conductas desadaptativas que permean la evolución de la enfermedad.

La siguiente revisión documental tiene como objetivo identificar la efectividad de las terapias de tercera generación para el manejo del dolor crónico. Para esto, se realizará la búsqueda en diferentes fuentes referenciales para comprobar la eficacia y eficiencia de la terapia cognitiva – conductual en el manejo de este tipo de dolencia.

Palabras Claves: Dolor crónico tercera generación terapia efectividad

Abstrac

The management of pathologies that generate chronic pain and the way of coping with it are determinants of the evolution of the symptomatology and its chronification, which is why emphasis has been placed on various investigations to establish adequate models of coping with chronic pain and strategies for its control. The result of this research aims to identify therapies based on third generation evidence of the cognitive-behavioral approach of patients by changing maladaptive behaviors that permeate the evolution of the disease.

The following documentary review aims to identify the effectiveness of third generation therapies for the management of chronic pain. For this, a search will be made in different referential sources to verify the efficacy and efficiency of cognitive-behavioral therapy in the management of this type of ailment.

Keywords: Chronic pain third generation therapy effectiveness

Tabla de Contenido

Introducción	10
Planteamiento del Problema	11
Justificación	13
Objetivos	14
General	14
Específicos	14
Marco Teórico.....	15
Aportaciones de la Tercera Generación	17
Manejo Básico del Dolor Agudo y Crónico	29
Los Factores Psicosociales en el Dolor Crónico.....	31
Dimensión Sensorial-Discriminativa	32
Dimensión Motivacional-Afectiva.....	32
Dimensión Cognitivo-Evaluativa.....	32
Diseño Metodológico.....	38
Metodología	40
Tipo de Estudio y Diseño.....	41
Métodos y Técnicas para la Recolección de Información	44
Fase 1.....	46
Fase 2.....	46
Fase 3.....	47
Resultados	48
Fase 4.....	48

Fase 5.....	48
Consideraciones Éticas	49
Resultados.....	50
Análisis de Tabulación.....	55
Discusión.....	56
Conclusiones	59
Referencias Bibliográficas	60

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Enfoque Cualitativo</i>	42
Figura 2 <i>Imagen Referente a las Bases de Datos Consultadas</i>	44
Figura 3 <i>Procedimiento</i>	46

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Clasificación de las terapias Cognitivo</i>	15
Tabla 2 <i>Descripción de Las Tterapias de Tercera Generación</i>	18
Tabla 3 <i>Definiciones del Dolor Crónico</i>	29
Tabla 4 <i>Alteraciones Conductuales a Consecuencia del Dolor Crónico</i>	35
Tabla 5 <i>Clasificación de Categorías y Subcategorías</i>	51
Tabla 6 <i>Categorías Emergentes</i>	52

Lista de Apéndices

Apéndice A *Matriz de Rejilla*..... 65

Apéndice B *Subcategorías ATLAS.TI* 66

Introducción

El dolor crónico es un padecimiento que se ha convertido en una enfermedad de salud pública, no solo en nuestro país, sino en el mundo, la búsqueda de soluciones que permitan mitigar el dolor y generar pautas para mejorar la calidad de vida se han vuelto imperiosas. Desde la psicología y sus diferentes enfoques multidisciplinarios, se pretende dar una luz a partir del componente cognitivo conductual y las terapias de tercera generación basadas en estudios científicos que den una oportunidad a las personas con este padecimiento.

La revisión documental que sigue se origina de la necesidad de evaluar la eficacia de las terapias de tercera generación del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor crónico, abordando el siguiente interrogante. ¿Las terapias de tercera generación pueden proporcionar beneficios significativos en el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición? Esta revisión se llevará a cabo mediante un análisis descriptivo, basado en la elaboración de una matriz documental tipo rejilla que permitirá recolectar información detallada, disponible y que dará respuesta a la pregunta de investigación planteada. El propósito de la presente monografía es explorar artículos científicos que demuestren la efectividad de las diferentes terapias de tercera generación utilizadas en el manejo del dolor crónico revisando su eficacia, técnicas y herramientas.

El presente documento busca contribuir con las nuevas generaciones de investigadores, recopilando valiosa información para docentes, estudiantes, profesionales, y personas que lo necesiten.

Planteamiento del Problema

En nuestro país las enfermedades asociadas a dolor crónico han venido de menor a mayor afectando significativamente la calidad de vida y la salud mental de quienes la padecen; diversos estudios han demostrado que factores biopsicosociales juegan un papel importante en su desarrollo y mantenimiento. El dolor crónico es uno de los síntomas más debilitantes y desafiantes de manejar para los pacientes que padecen patologías asociadas a dolor crónico. Merskey, (2008) citado en Moix et al., (2011). Se considera dolor crónico aquel que persiste más de tres meses. Bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, en las que la psicología actual está trabajando de forma importante para la determinación de los factores psicológicos implicados en su desarrollo, mantenimiento, cronificación, tratamiento y/o recuperación Casado et al., (2008, p.1). Aunque existen enfoques terapéuticos tradicionales, como la terapia cognitivo-conductual y los medicamentos analgésicos, se requiere una mayor investigación sobre alternativas de tratamiento más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de estos pacientes.

En Colombia a pesar de los avances en el conocimiento sobre el dolor crónico, y las opciones de tratamiento disponibles, muchos pacientes continúan experimentando dolor crónico persistente que afecta significativamente su salud mental. Es importante recalcar que desde el enfoque tradicional el tratamiento ha estado centrado en el uso de medicamentos analgésicos y antiinflamatorios lo que puede no ser suficiente para abordar la complejidad y la naturaleza crónica del dolor asociado a esta condición. Según Soriano et al, (2006, p. 5). Los enfoques terapéuticos de tercera generación, que incluyen terapias basadas en la terapia de aceptación y compromiso (TAC), y la terapia de conducta dialéctica (DBT), han mostrado resultados prometedores en el tratamiento de otros trastornos de dolor crónico. Sin embargo, la aplicación y

la eficacia de estas terapias en pacientes con este tipo de padecimientos no se han explorado en profundidad. A pesar de los avances en la investigación y tratamiento del dolor crónico existe una falta de estudios rigurosos que evalúen la efectividad de las terapias de tercera generación en pacientes con patologías asociadas a este padecimiento.

Por lo tanto, en la presente revisión documental se requiere dar respuesta a la pregunta de investigación. ¿Las terapias de tercera generación pueden proporcionar beneficios significativos en el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición?

Justificación

Esta revisión documental pretende exponer las evidencias de los resultados de las terapias psicológicas de tercera generación bajo el enfoque cognitivo – conductual para comprobar su idoneidad en el manejo del dolor crónico a través de un juicio crítico y con fundamento teórico y conceptual.

Las patologías que generan dolor disminuyen la calidad de vida, limitan el funcionamiento físico y emocional de quien las padecen y condicionan la percepción del medio ambiente que lo rodea. En la actualidad son innumerables las investigaciones sobre salud mental permitiendo una proximidad a lo que es el manejo del dolor crónico, razón por la cual esta revisión ofrece fundamentación metodológica y análisis de información que será de utilidad para apoyar las intervenciones psicológicas que están enfocadas en el cambio de conductas que influyen en el desarrollo de la enfermedad por comportamientos adaptativos que optimicen la calidad de vida y permitan un mejor afrontamiento del dolor.

Objetivos

General

Analizar la evidencia disponible del uso de las terapias de tercera generación para el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición.

Específicos

Identificar artículos científicos sobre la efectividad del uso de terapias de tercera generación para la reducción del dolor percibido en personas que padecen de dolor crónico.

Identificar artículos científicos sobre la efectividad del uso de terapias de tercera generación para, la mejora en su estado de salud, físico y mental en personas que padecen de dolor crónico.

Identificar artículos científicos sobre la efectividad del uso de terapias de tercera generación para la aceptación y la adaptación a la condición en personas que padecen de dolor crónico.

Describir la evidencia disponible para las categorías de la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición en personas con dolor crónico.

Marco Teórico

La Terapia Cognitiva- Conductual (TCC), es un enfoque de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas. (Polo et al., 2011, p. 3).

Tabla 1

Clasificación de las Terapias Cognitivo

Terapia Cognitiva – Conductual de Primera Generación	<p>Según Álvarez, (2006). La TCC de primera generación se sitúa en el año 1950 y presume la restauración de una terapia sustentada en principios científicos ofrecidos por la psicología de aprendizaje y atendía casos individuales y tenía un corte ambientalista. Trataban problemas clínicos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones entre las que se encuentra la depresión. (p. 3)</p> <p>Se considera en esta primera generación dos tendencias la de terapia de conducta: la terapia de conducta y el análisis aplicado, cada una con sus sociedades, revistas y demás señas de identidad. Álvarez, (2006. p. 3)</p>
Terapia Cognitiva – Conductual de Segunda Generación	<p>Se sitúa en el año 1970, de acuerdo con Álvarez (2006). Se trataba de dos terapias disidentes del psicoanálisis, como lo eran en su origen la terapia racional-emotiva de A. Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de A. T. Beck, que se avendría con la terapia de conducta en curso. Estas terapias empezaron por ganar prestigio al evaluar sus resultados como demandada la terapia de la conducta. (p, 3). Adoptó un modelo médico de psicoterapia internalista, mecanicista y nosológico. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual presenta dos problemas: por un lado, puede estar limitada debido a su propia tendencia a estandarizar los casos y por otro tal eficacia puede que se deba más bien a lo que tiene de</p>

	conductual de manera que quizá estaría desenfocada. Álvarez, (2006, p. 4)
Terapia Cognitiva – Conductual de Tercera Generación	Situada en la década de 1990 y según Álvarez, (2006) la necesidad de esta generación se debe al adelanto del análisis de la conducta y del conductismo radical y a sus limitaciones. La tercera generación es el desarrollo del análisis funcional, el cual estaba en los comienzos de la terapia de conducta subdesarrollada en lo que concierne a la conducta más frecuente y relevante en la situación clínica. (p. 6). La emergencia de esta nueva generación se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia cognitivo conductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones, sin olvidar, en todo caso, lo que tenga de lanzamiento en el sentido apuntado.

Nota. En esta tabla se presenta el resumen de la clasificación de la terapia cognitivo conductual a través de la historia.

Aportaciones de la Tercera Generación

Según Vulnerables, (2023). Las terapias denominadas de la tercera ola toman como un elemento importante el contexto y la función de la conducta de los individuos considerando la función y propósito de la conducta, la experiencia sensorial y de lenguaje, así como la capacidad adquirida para obtener el resultado deseado y operar en forma efectiva en el medio ambiente. Este conjunto de terapias apuesta a la despatologización de los problemas conductuales y al apuntalamiento de procesos transdiagnóstico que permitan dirigir estrategias nucleares útiles para diversos contextos, esto es, la regulación de las emociones, la flexibilidad cognitiva, aprendizaje de habilidades, etc. (p. 35)

Entre las terapias de tercera generación se encuentran, a) los enfoques integrativos como la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan; b) las terapias basadas en mindfulness, entre las que encontramos Mindfulness Basado en la Reducción del Estrés (MBSR), Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP) y Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la Depresión (MBCT); c) las terapias con foco en las relaciones, como la Terapia Analítica Funcional (FAP), y la Terapia Conductual Integrativa de Pareja (IBCT); d) las terapias enfocadas en la activación y motivación, Activación Conductual (BA) y Entrevista Motivacional (MI); e) las terapias con foco atencional, como lo es la Terapia Meta Cognitiva (MCT) de Adrián Wells Maero, (2013, p. 33)

De acuerdo con Álvarez, (2006) Generar cambios en la conducta de forma integral de tal manera que durante la intervención terapéutica se tiene en cuenta todos los posibles factores que intervienen en la vida del paciente y que generan conductas disruptivas generando patrones desadaptativos Hayes (2004) explica que el nombre de “Tercera Generación” o “Nueva Ola” se debe al surgimiento de abordajes psicológicos diferentes a los tradicionalmente manejados en las terapias cognoscitivas, conductuales y cognoscitivo conductuales.

La Nueva Ola se separará del enfoque cognoscitivo-comportamental, en que no se trata principalmente de cambiar los contenidos de los pensamientos, sino la relación que tiene el

consultante con sus pensamientos y su experiencia como un todo Claessens, (2010), Álvarez, (2006).

La Terapia Cognitiva con base en Mindfulness Segal, et al, (2004) citado por Álvarez, (2006) y variantes de la terapia cognitivo-conductual que se han movido en la dirección de la aceptación y de los valores (Borkovec y Sharpless, 2004; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Roemer y Orsillo, 2002).

En resumen, éstas serían las terapias de conducta de tercera generación:

- Terapia de Aceptación y Compromiso
- Psicoterapia Analítica Funcional
- Terapia de Conducta Dialéctica
- Terapia Conductual Integrada de Pareja
- Terapia de Activación Conductual
- Terapia Cognitiva con base en Mindfulness
- Otras variantes de la Terapia Cognitivo-Conductual. (p. 10)

Dentro del gran grupo de las Terapias de Tercera Generación TTG y para lo concerniente a este proyecto tendremos en cuenta.

Tabla 2

Descripción de Las Terapias de Tercera Generación

Nombre	Año	Autor	Descripción
Terapia de Aceptación y Compromiso	2006	Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V.	ACT pretende generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia metas u objetivos inscritos en direcciones personalmente valiosas, y no por la presencia o ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como

negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.).

La ACT a): es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno; (b) contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales; (c) define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico; (d) promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento. El mensaje es “¿qué te dice tu experiencia al hacer eso?, ¿qué obtienes, de verdadera importancia?, ¿qué estarías haciendo cada día si pudieras dedicarte a otra cosa que no fuera tratar de quitarte el sufrimiento?”; (e) tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección.

El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir; (f) implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible; y (g) implica aprender a “caer y a levantarse”, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

			Soriano & Salas (2006 p. 9 - 10).
Terapia Analítico Funcional	2022	Carmen ORTIZ-FUNE María MARÍN VILA	<p>La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) es una terapia de conducta de tercera generación que emplea el análisis funcional de la conducta bajo la premisa de que el comportamiento del paciente en el contexto psicoterapéutico será funcionalmente equivalente a su conducta en su entorno natural. Kohlenberg y Tsai crearon este modelo terapéutico para abordar problemas relacionales de una forma experiencial, valiéndose de la operativización de aspectos de otros modelos, tales como las dinámicas transferenciales tradicionalmente descritas en el psicoanálisis.</p> <p>A lo largo de las décadas, FAP ha acumulado un amplio número de publicaciones que muestran su utilidad a la hora de abordar múltiples problemas clínicos, ya sea como terapia única o complementada con otras técnicas. En los últimos años han proliferado nuevos modelos y herramientas terapéuticas con el objetivo de solventar algunas de sus limitaciones. Asimismo, se ha ampliado el uso de FAP en el análisis e intervención de otras problemáticas, así como para enriquecer la formación de nuevos terapeutas gracias a la definición de metas</p>

terapéuticas específicas. Ortiz & Marín (2022, p. 87).

Terapia de Conducta Dialéctica	2006	Palacios, A. G.	<p>La terapia dialéctico-comportamental es un programa de tratamiento que se enmarca en la terapia de conducta. El objetivo fundamental del tratamiento es que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema, reduciéndose las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo y que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.</p> <p>Este programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente: 1. Conductas suicidas y parasuicidas; 2. Conductas que interfieran con el curso de la terapia; 3. Conductas que afecten a la calidad de vida; 4. Aumentar habilidades comportamentales. Esta estructura permite un abordaje flexible en función de las necesidades de cada paciente.</p> <p>Otro aspecto importante de la terapia dialéctico- comportamental es que establece que la intervención se realice por un equipo de terapeutas, no por terapeutas aislados. La terapia dialéctico-</p>
--------------------------------	------	-----------------	--

comportamental es, pues, una intervención de un equipo de terapeutas que trata a un grupo de pacientes. En definitiva, la terapia dialéctico comportamental constituye un programa de tratamiento que, manteniendo una perspectiva de terapia de conducta, ha incorporado nuevos elementos técnicos y relativos al enfoque y al proceso terapéutico para abordar aspectos específicos de los trastornos de la personalidad como son los patrones de funcionamiento inflexibles y disfuncionales en el área emocional y comportamental. La terapia dialéctico-comportamental contribuye a enriquecer y hacer avanzar a la Terapia de Conducta haciéndola eficaz en el tratamiento de un trastorno tan grave como el trastorno límite de la personalidad. Palacios (2006, p.13-14).

Terapia Conductual Integrada de Pareja.	2013	Luis Francisco Varga Madriz. Ronald Ramírez Henderson.	La Terapia Conductual Integrativa de Pareja (TCIP) es una propuesta de intervención psicoterapéutica, la cual hace hincapié en que las personas acepten patrones de comportamiento considerados como inadmisibles en sus parejas (Atkins, Eldridge, Baucom y Christensen, 2005; Barrero, 2008; Cano y Leonard, 2006; Christensen, Atkins, Baucom y Yi, 2010;
---	------	---	--

Christensen y Jacobson, 2000; Cordova, Cautilli, Simon y Sabag, 2006; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000; South, Doss y Christensen, 2010).

La TCIP es una postura del conductismo radical (Baum, 1994; Skinner, 1969 y 1974) y se enmarca dentro de las terapias de conducta de la tercera generación debido a que retoma el contextualismo (Hayes, 1987). Empero, la aproximación práctica está intrínsecamente marcada por la Terapia de Pareja Conductual Tradicional (TPCT) (Barrero, 2008; Baucom, Sevier, Eldridge, Doss y Christensen, 2011; Cordova et ál., 2006; Cordova, Jacobson y Christensen, 1998; Doss, Meng, Sevier, Atkins y Christensen, 2005; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson et ál., 2000; Jacobson y Margolin, 1979). Vargas & Ramírez (2013, p.54.)

Terapia de Activación Conductual	2014	Salguero, J. M. B., & Martínez, A. M. M.	La terapia de activación conductual se ha centrado de manera importante en promover el cambio a través de la modificación directa de las contingencias, por lo que no enfoca su intervención en las relaciones derivadas, como lo hacen otras de las intervenciones enmarcadas dentro de este tipo de terapias, mostrando
----------------------------------	------	--	---

que es probable generar cambios en los consultantes ambulatorios acudiendo al establecimiento de relaciones novedosas entre el comportamiento y las consecuencias directas de diferente naturaleza, en los ambientes en los que estos se encuentran, sin que las relaciones verbales sean el elemento central en las intervenciones psicoterapéuticas.

El amplio campo de acción de la AC, su impacto y las posibilidades de desarrollo muestran cómo la activación conductual se ha convertido en una alternativa útil para el manejo de los problemas psicológicos en comparación con otras estrategias terapéuticas, lo que la ha llevado a posicionarse no solo como una intervención basada en la evidencia empírica, al alcanzar los criterios propuestos por la comisión Chambless, sino también en una intervención válida clínicamente (Carrascoso & Valdivia, 2007), sobre todo en la intervención de la depresión, que como ha mostrado la Organización Mundial de la Salud es uno de los principales problemas en salud pública en la actualidad. WHO, 2001, p.7-10).

Terapia Cognitiva 2012
con Base en
Mindfulness

Ana Moreno
Coutiño.

Mindfulness es la acepción inglesa del concepto castellano de “atención plena”, “estar atento” “conciencia plena” o “presencia plena” el cual implica que el sujeto se concentre en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado y sin sensación de apego o rechazo provocando en esté energía claridad de mente y alegría (Brown y Ryan 2003). Sí se define a la mente como el proceso que regula el flujo de energía y de información la técnica del mindfulness consiste en estar atento a varios aspectos de la propia mente. Es una forma concreta de atender a las experiencias del aquí y el ahora y a la propia naturaleza de la mente desarrollando una forma especial de atención. Siegel (2010).
Kabat–Zinn (2003) ofrece una clara definición de dicha técnica, al especificar que ésta surge al atender intencionalmente a la experiencia propia, momento a momento, aceptándose y sin juzgarla. Desarrollando así una nueva perspectiva sobre los pensamientos y los sentimientos, en la que se les reconoce como eventos mentales y no cómo aspectos del cero reflejos exactos de la realidad. (p .4).

El Enfoque Psicoterapéutico Integrativo Multidimensional.	2015	Psychotherapy, M. I., & Cronic, M. B. I. I.	<p>El enfoque psicoterapéutico integrativo-multidimensional tiene como objetivo fundamental la mirada ecológica multisistémica del problema a ser tratado, por tanto, se comporta como un tratamiento psicosocial intenso, con importante componente individual, relacional-familiar, relacional-social y ecológico.</p> <p>El enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional se desarrolla inicialmente en los años 70 en EE.UU. y Canadá, por el Dr. Richard Erskine; integrando las psicoterapias afectivas, cognitivas, conductuales y de orientación corporal, dentro de la perspectiva de sistemas relacionales. Los conceptos centrales de la psicoterapia integrativa proporcionan la base para una teoría sistemática de la personalidad y de los métodos, y para el abordaje de distintas enfermedades médicas, especialmente de carácter crónico y con componentes multidimensionales.</p> <p>La psicoterapia integrativa adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de manera apropiada y eficaz a la persona en el plano</p>
--	------	---	---

afectivo, conductual cognitivo y fisiológico de su funcionamiento, con sus aspectos sociales, sistémicos y transpersonales, pues también trata la dimensión espiritual de la vida. El término integrativo se refiere al proceso de integrar aspectos de la personalidad en el individuo en tratamiento; proceso de crear totalidad. Se alude, en este sentido, a la flexibilidad del terapeuta en la utilización de distintas técnicas y recursos de los distintos enfoques de la psicoterapia, para individualizar, luego, el tratamiento del paciente.

Desde la psicoterapia, el modelo ecológico multidimensional propuesto por Corsi (2005), en una evolución de la psicoterapia integrativa multidimensional, distingue 4 dimensiones psicológicas interdependientes dentro del microsistema del individuo: a) Dimensión cognitiva: estructuras y esquemas cognitivos, formas de percibir y conceptuar el mundo. b) Dimensión conductual: repertorio conductual en el ambiente. c) Dimensión psicodinámica: dinámica intrapsíquica en distintos niveles de profundidad. d) Dimensión interaccional: pautas de comunicación y relación interpersonal, incluye la corporalidad (4). La integración

en la terapia surge como una interacción entre las dimensiones y por la reciprocidad de la influencia.

Psychotherapy & Cronic (2015, p.2).

Nota. En esta tabla se presenta la descripción de las diferentes Terapias de Tercera Generación (TTG).

Manejo Básico del Dolor Agudo y Crónico

De acuerdo con García-Andreu, J. (2017). La IASP Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. Esta definición subraya que no solamente se involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores, sino que abarca también un componente afectivo importante. El dolor es la principal causa de consulta, trayendo consigo una serie de comorbilidades que terminan afectando por completo la calidad de vida. Entre estas comorbilidades se incluyen depresión, trastornos del sueño, inmunosupresión y falta de socialización. El dolor crónico se convierte en una enfermedad “per se”, más que un síntoma. Además, es la principal causa de ausentismo laboral y discapacidad, lo que genera enormes costos secundarios (p. 2).

Tabla 3

Definiciones del Dolor Crónico

Autor	Fecha	Definición
Asociación Internacional para el Estudio del Dolor Crónico (IASP)	1979	La IASP (1979) propuso el concepto de dolor crónico como una “experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión”. (p.357-358)
(Chapman &Turner, Gala, Lupiani, Guillén, Gómez Sanabria, & Lupiani	1986 2003	Esta definición se desvincula del hecho de que el dolor es simplemente sensorial y otorga un papel esencial a la subjetividad del paciente. (p.357-358)
Belloch	1989	Cobrando una mayor importancia los factores psicológicos, como, por ejemplo, los mediadores de la percepción, del mantenimiento, y de la exacerbación del dolor, que pueden estar desencadenados, o no, por procesos biológicos. (p.357-358).

Pérez-Pareja et al.	2004	Más recientemente, se conceptuó el dolor como un hecho complejo que se presenta conjuntamente con una gran cantidad de emociones asociadas. (p.357-358).
Melzack y Wall	1965	Las primeras nuevas líneas de investigación las empezaron a desarrollar cuando formularon la Teoría de la Compuerta en las que iniciaron un modelo teórico que proporcionó una explicación del dolor. Estos estudios pioneros son la base de los tratamientos actuales y en ellos se tienen en cuenta no sólo los aspectos clínicos, anatómicos y fisiológicos, sino también los aspectos psicológicos y su repercusión social. (p.357-358).
Merskey y Spear, Fordyce, Brena, Holcomb, De Lateur, & Loeser.	1967 1978	La Psicología y la terapia cognitiva conductual (TCC) actual tiene un papel trascendental en relación con el dolor, puesto que trata de conceptualizarlo a través de las distintas perspectivas teóricas. Por ejemplo, el Conductismo, plantea el dolor crónico como “conductas de dolor”. (p.357-358).
Turk, Turk, Meichenbaum y Genest.	1978 1983	El Cognitivismo insiste en el significado y la experiencia del dolor, comprobando la influencia de los componentes motivacionales y las variables mediadoras como los pensamientos, las creencias, las expectativas, el autocontrol, el afrontamiento, y la resolución de problemas. (p.357-358).

Nota. En esta tabla se presentan las definiciones más relevantes del Dolor Crónico

Los Factores Psicosociales en el Dolor Crónico

De acuerdo con Fernández et, al (2019, p. 357). La Psicología y la terapia cognitiva conductual (TCC) actual tiene un papel trascendental en relación con el dolor, puesto que trata de conceptualizarlo a través de las distintas perspectivas teóricas. Por ejemplo, el Conductismo, plantea el dolor crónico como “conductas de dolor” (Merskey y Spear, 1967; Fordyce, Brena, holcomb, De Lateur, & Loeser, 1978); mientras, el Cognitivismo insiste en el significado y la experiencia del dolor, comprobando la influencia de los componentes motivacionales y las variables mediadoras como los pensamientos, las creencias, las expectativas, el autocontrol, el afrontamiento, y la resolución de problemas (Turk, 1978; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Además, la psicología ha profundizado en los factores emocionales implicados en el desarrollo y mantenimiento del dolor, así como en su cronificación y en la posible recuperación (Casado Morales & urbano López Nuño, 2001; Moix Queraltó, 2005).

Según Fernández et, al (2019, p. 357). La Psicología ha ido progresivamente desarrollando técnicas de evaluación diagnóstica y aplicando nuevos instrumentos psicológicos como, por ejemplo, relajación, biofeedback, hipnosis o terapias cognitivas de tercera generación, para tratar a personas aquejadas de dolor crónico. Estas terapias han resultado en una mejor calidad de vida del individuo y una mayor tolerancia ante su experiencia de dolor Lumley et al (2011). Para Vallejo Pareja (2008) evitar que el dolor se adueñe de la vida del individuo pasa por reconocer y aceptar su existencia y recuperar las actividades que la persona considera valiosas en su vida. La evitación de situaciones sociales, la ausencia de actividad ocupacional y de ocio junto al aislamiento contribuyen a una mayor intensidad de la vivencia de dolor.

Según Martín, et al (2018, p. 2). Las tres dimensiones que conforman la experiencia de dolor son:

Dimensión Sensorial-Discriminativa

Reconoce las cualidades estrictamente sensoriales del dolor como localización, intensidad, cualidad, características espaciales y temporales. Incluye los mecanismos anatomo fisiológicos para la transmisión del estímulo nociceptivo desde la región de la lesión hasta centros superiores.

Dimensión Motivacional-Afectiva

Incluye cambios emocionales y reacciones en relación con el dolor (desagrado, sufrimiento, ansiedad, depresión...). Están implicadas estructuras tronco-encefálicas y límbicas.

Dimensión Cognitivo-Evaluativa

Hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas. Valora no sólo la percepción, sino también el significado de lo que está ocurriendo y de lo que pueda ocurrir.

La exploración sobre la analogía entre emoción y salud se ha adelantado y se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. En primer lugar, en instaurar la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, pretendiendo concernir la visión de concluyentes emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, del sistema inmunológico, alteraciones gastrointestinales o DC, por ejemplo). En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud. Martín, et al (2018, p.5)

El miedo y la ansiedad concernientes con el dolor conllevan a la evitación de actividades. Influye sobre la ampliación de la percepción de la experiencia dolorosa y puede inducir más discapacidad. Se trata de una contestación adaptativa en que estímulos neutros predictores de la aparición del dolor abordan a incitar respuestas de miedo por el avance al dolor inclusive en abandono del dolor. (Martín, et al 2018, p.6)

La capacidad de ejecutar las actividades deseadas en presencia de dolor también se ha relacionado con el concepto de aceptación. La aceptación no significa dejar de

luchar por la eliminación del dolor, sino ser capaz de realizar actividades que están en línea con los propios objetivos de la vida cotidiana a pesar del dolor. Así, el propósito central de las acciones de los individuos no es disminuir el dolor, sino realizar actividades cotidianas. (Martín, et al 2018, p.7).

La Asociación colombiana Contra el dolor (Asociación Colombia para el Estudio del Dolor ACED, 2014) dio a conocer el octavo Estudio Nacional de dolor, que se realizó en 11 ciudades del país y, que buscaba en primera medida determinar la prevalencia del dolor en Colombia.

Además de las patologías más frecuentes que se asocian con el dolor crónico en Colombia, las zonas del cuerpo más afectadas por el dolor, las tendencias con el manejo del dolor en los colombianos y, el impacto en la calidad de vida de la población.

De las 1583 personas encuestadas el 76% respondió que sí ha sufrido algún tipo de dolor en los últimos seis meses y tan sólo el 24% dijo que no. Los dolores más frecuentes en los colombianos son osteomusculares (64.5%), craneofacial (23,3%), abdomen (7.8%) y, pecho y tórax (3.3%).

Los dolores osteomusculares son más frecuentes en los miembros inferiores (28.8%), Espalda (23.6%), miembros superiores (13.2%) y cuello (11,9). Por su parte, las personas que respondieron sentir dolores craneofaciales, el 97.3% afirmaron que son en la cabeza, de los cuales, el 2,8% sintieron dolor crónico.

En los niveles de intensidad del dolor, el 41% de los encuestados aseguraron sentir dolor severo, el 39% moderado y el 20% leve.

Las características del dolor fueron clasificados como somático, neuropático y visceral. De los somáticos el 63.7% respondió que se incrementa al moverse o realizar actividad física, seguido de los punzantes (52.5%), presión (50.5%) y pulsátil (41.1%).

Los neuropáticos están encabezados por algún tipo de corrientazo con un 39.5%, sensación de alfileres o agujas (34.5%), ardor o quemazón (27.9%) y con el roce (22%). En los viscerales el 14% respondieron que el principal causante es por cólicos.

Cuando se les preguntó si han recibido tratamiento para controlar el dolor, el 70% dijo si y el 30% no. La mayoría fueron tratados con medicamentos (94.5%), seguido por lo que optaron por remedios caseros (46.6%), fisioterapia (40.9%), medicina alternativa (29.7%), cirugía (17%) y bloqueos (12.6%).

Según los encuestados estas dolencias han afectado en varios aspectos de la vida, la mayoría de los pacientes respondieron que fueron afectados en su trabajo (36%), seguido de las emociones (34.1%), sueño (33.3%), vida social (27.3%) y vida sexual (21.9%).

De acuerdo con Ortiz et, al (2017, p. 3) hay dos factores esenciales que deben considerarse cuando tratamos de entender el procesamiento psicológico en dolor, desde una aproximación basada en sistemas cerebrales:

Experimentar dolor puede desencadenar una cascada de eventos neurológicos, sensoriales inicialmente, que llevan a un estado psicológico alterado.

Estados psicológicos previos pueden determinar un alto riesgo para la cronificación del dolor, debido a procesos como sensibilización cruzada, donde la exposición a un estrés en el pasado confiere mayor sensibilidad a otros estímulos aparentemente no relacionados, como un trauma infantil, pérdida de uno de los progenitores o una adicción.

Según Laura Simons y Cols (2014) citada por Ortiz et, al (2017) las alteraciones conductuales en relación con circuitos neurales y cómo estos se alterarían a consecuencia del dolor crónico son:

Tabla 4

Alteraciones Conductuales a Consecuencia del Dolor Crónico

Concepto	Alteración
Circuitos Neurales y Cambios Desadaptativos	<p>Neurocircuitos y conducta: La evolución de un dolor agudo a crónico, no siempre es tan obvia. Muchas veces esto ocurre a consecuencia de una injuria específica, como neuropatía diabética, neuralgia post herpética, o aparece espontáneamente.</p> <p>Conducta de dolor: Esta puede ser adaptativa o desadaptativa. La evitación de un estímulo doloroso, o potencialmente doloroso, es una reacción normal, frente a una amenaza aguda, sin embargo, en el dolor crónico esta conducta ya no es adaptativa. Por ejemplo, en un paciente con síndrome de dolor regional complejo, la inmovilidad de la extremidad para evitar el estímulo doloroso lleva al empeoramiento de su cuadro. (p.4).</p>
Alteraciones del Procesamiento Psicológico en Dolor Crónico.	<p>Cognición y Atención: La cognición, definida como el acto de conocer incluye alerta, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio. La evidencia sugiere que el dolor tendría un efecto negativo en el desempeño cognitivo y en el procesamiento atencional y este afectaría las regiones cerebrales involucradas en la cognición.</p> <p>Alteración en la Percepción: Un buen ejemplo de la importancia de la interpretación corporal en dolor crónico, es la percepción del miembro fantasma, en que la terapia en espejo y la estimulación sensorial, proveen de inputs visuales o propioceptivos al cerebro, que van a corregir estas anomalías perceptuales, generando un importante alivio del dolor.</p> <p>Interocepción: La percepción individual de la condición fisiológica del propio cuerpo, va a depender del estado emocional y los niveles</p>

de estrés a que esté sometido ese individuo. La ínsula anterior tendría un importante rol en este proceso evaluativo. La sensibilidad interoceptiva, además de intensificar la sensibilidad al dolor agudo y disminuir la tolerancia al dolor, sería uno de los mecanismos de desarrollo del temor aprendido en los pacientes de dolor crónico.

Refuerzo, Aversión y Motivación: Los estímulos de refuerzo y aversivos tienen gran capacidad de modificar conductas. Estudios recientes sugieren que, aún en sujetos sanos, existe gran variabilidad en la actividad de los circuitos de recompensa, que predice directamente la respuesta analgésica a los opioides.

Aprendizaje y Memoria: El dolor es un prominente estresor emocional que puede facilitar la consolidación amnésica y el aprendizaje. Procesos de aprendizaje, tanto implícitos como explícitos, han sido vinculados a la mantención del dolor crónico, donde los procesos implícitos son predominantes, los que, debido a su naturaleza inconsciente, son más difíciles de extinguir; entre estos está el condicionamiento operante, el aprendizaje social y el condicionamiento clásico. (p. 3-4).

Factores De Riesgo Pre Mórbido Y Dolor	<p>Trauma Físico o Psicológico Previo: Ya a finales de los años 50 se planteó la relación existente entre el abuso físico y psicológico y el posterior desarrollo de dolor crónico. Entre los tipos de abuso, el abuso sexual, tanto en hombres como en mujeres, parece conferir la mayor predisposición para la cronificación del dolor (28-34). -</p> <p>Disfunción social: Se ha visto que la exclusión social o bullying, el aislamiento y la pérdida de redes de apoyo, contribuirían a una sensibilización cruzada, afectando la percepción del dolor físico.</p> <p>Catastrofización: Es un estado cognitivo caracterizado por un pensamiento negativo, magnificación y rumiación acerca del dolor. La catastrofización es un factor cognitivo de vulnerabilidad, que puede precipitar síntomas depresivos.</p>
---	---

Estatus Social: El nivel social bajo, habitualmente tiene un efecto negativo en la epidemiología del dolor crónico. Algunos factores relacionados con el bajo estatus social son obesidad, bajo nivel educacional e inequidades en el acceso a la atención en salud.

Género: Niñas post púberes tienen mayor prevalencia de dolor crónico que niños. Habría varios factores fisiológicos, como las hormonas y la menopausia, que contribuirían a estas diferencias.

También influye el que las mujeres son más proclives a reportar su dolor (p.4).

Nota. En esta tabla se presentan las alteraciones conductuales en relación con circuitos neurales y cómo estos se alterarían a consecuencia del dolor crónico.

Diseño Metodológico

Título del Proyecto de Grado	Tipo de Investigación	Pregunta Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos
Revisión Documental Del Uso De Las Terapias De Tercera Generación Desde El Enfoque Cognitivo Conductual En El Manejo Del Dolor Crónico.	Enfoque cualitativo descriptivo	¿Las terapias de tercera generación pueden proporcionar beneficios significativos en el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición?	Analizar la evidencia disponible del uso de las terapias de tercera generación para el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición.	<p>Identificar artículos científicos sobre la efectividad del uso de terapias de tercera generación para la reducción del dolor percibido en personas que padecen de dolor crónico.</p> <p>Identificar artículos científicos sobre la efectividad del uso de terapias de tercera generación para, la mejora en su estado de salud, físico y mental en personas que padecen de dolor crónico.</p> <p>Identificar artículos científicos sobre la efectividad del uso de terapias de tercera generación para la aceptación y la adaptación a la</p>

condición en personas que padecen de dolor crónico.

Describir la evidencia disponible para las categorías de la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición en personas con dolor crónico

Metodología

Desde el paradigma constructivista y el enfoque cualitativo se sustentará esta investigación que tiene como objetivo comprobar si el uso de las terapias de tercera generación desde el enfoque cognitivo conductual en el manejo del dolor crónico es efectivo. Hernández et al. (2010) citado por Ramos, C. (2015, p. 14) afirman que el constructivismo es un sustento para la investigación cualitativa, e indican las siguientes afirmaciones como aportaciones principales de este paradigma:

- La realidad se la construye socialmente desde diversas formas de percibirla.
- El saber se construye de forma social por los participantes en el proceso investigativo.
- La investigación no es ajena a los valores del investigador.
- Los resultados no pueden ser generalizados en forma ajena al contexto y el tiempo.

Siguiendo con Ramos, C. (2015 p. 15). Ante la pregunta metodológica el paradigma constructivista considera que “las construcciones individuales son derivadas y refinadas. Los paradigmas de la investigación científica hermenéuticamente, y comparadas y contrastadas dialécticamente, con la meta de generar una (o pocas) construcciones sobre las cuales hay un consenso substancial” (Flores 2004, p.5). Esta hermenéutica consiste en la descripción e interpretación precisa de lo que los individuos construyen, lo dialéctico es comparar la construcción de la realidad de todos los actores, tanto participantes como el investigador, ambos inmersos en la interacción, de forma que esta confrontación permitirá la construcción de una nueva realidad acordada por los individuos inmersos en el fenómeno de estudio (Flores, 2004).

Tipo de Estudio y Diseño

La presente revisión documental se lleva a cabo desde un enfoque cualitativo que permite recolectar, analizar datos de manera descriptiva, estructurada y basada en criterios de inclusión y exclusión. Para Sautu, (2003) citado en Cuenya & Ruetti, (2010). En la metodología cualitativa se incluyen estudios centrados en el lenguaje como el interaccionismo simbólico y la etnometodología, estudios centrados en patrones o regularidades como la teoría fundamentada y los trabajos focalizados en los significados de textos o acciones basados en la fenomenología y la hermenéutica. Ramos, C. (2015, p. 15).

Hernández et al. (2010) proponen las siguientes características del proceso de investigación cualitativa:

La pregunta de investigación no es definida en su totalidad, el investigador tiene la posibilidad de plantear un problema sin, necesariamente, seguir un proceso definitivo.

Mediante el proceso inductivo el investigador explora y genera una teoría sustantiva.

En el estudio cualitativo, por lo general, no se comprueban hipótesis, éstas se van reestructurando a medida que se avanza con el proceso investigativo o son el resultado final de dicho proceso.

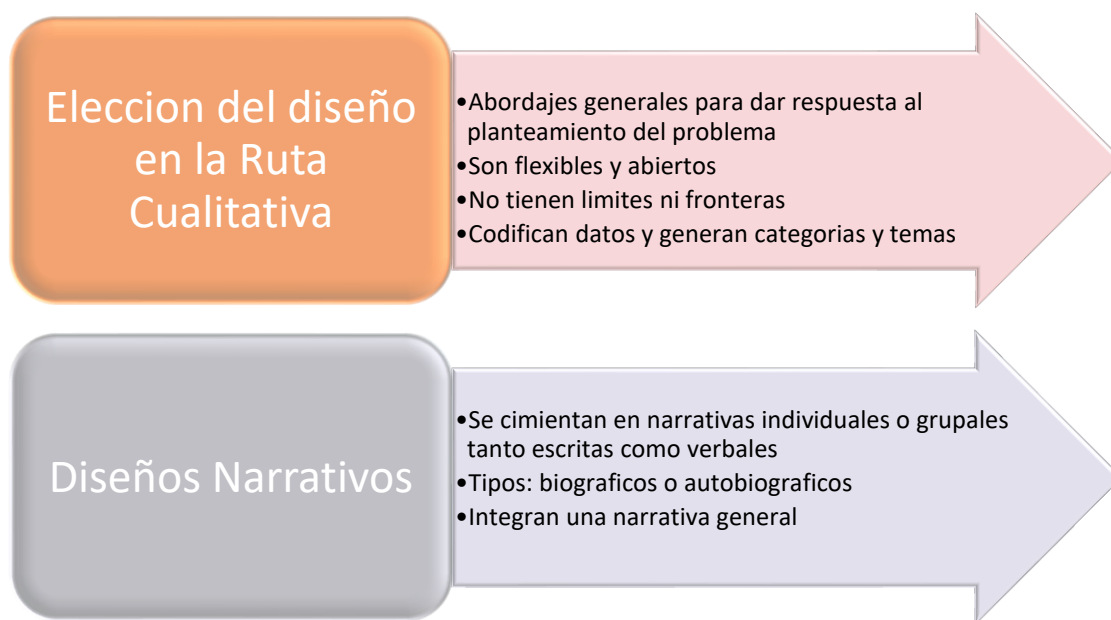
El investigador emplea técnicas como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión de grupo, evaluación de experiencias personales o registro de historias de vida.

Los resultados del proceso investigativo cualitativo no tienen un fin de generalizar lo encontrado a toda la población, por tanto, los hallazgos conforman una teoría sustantiva, más que una teoría formal. Ramos, C. (2015, p. 16).

De acuerdo con el paradigma constructivista, el método utilizado es el hermenéutico - descriptivo que supone la interpretación de hechos a través de la documentación y análisis de fenómenos en un tiempo y espacio determinado, teniendo como premisa que la realidad es una construcción social en la que converge la ciencia. Babativa J. (2023).

Figura 1

Enfoque Cualitativo



Nota. Adaptado de *Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, Hernández, R. H. S., & Mendoza, C. P. T. (2018). (3.a ed., Vol. 3). Mc Graw Hill.

Fuente. Autoría propia.

El alcance de la investigación es descriptivo. De acuerdo con Nieto (2018) el objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales. Así mismo R. Gay (1996) citado por Nieto (2018) nos dice: “La investigación descriptiva, comprende la colección de datos para probar hipótesis o responder a preguntas concernientes a la situación corriente de

los sujetos del estudio. Un estudio descriptivo determina e informa los modos de ser de los objetos.”. (p. 2).

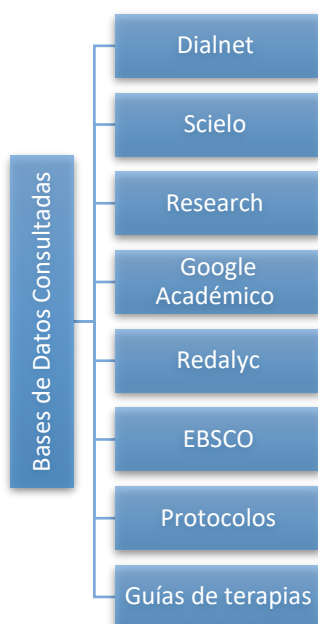
La recolección de información expuesta en esta revisión documental pretende analizar la efectividad de las intervenciones psicológicas basadas en las terapias de tercera generación del modelo cognitivo conductual en el manejo del dolor crónico, con el fin de ampliar la visión del abordaje de este tipo de terapias en el campo de la salud mental para alcanzar un bienestar biopsicosocial.

Métodos y Técnicas para la Recolección de Información

Para la presente revisión documental se realizará una investigación exhaustiva en diferentes bases de datos, este abordaje está basado en la recolección de información relevante de revistas y artículos científicos indexados, trabajos de grado y otros documentos que hagan parte de las unidades de análisis que se tendrán en cuenta para esta investigación las cuales son:

Figura 2

Imagen Referente a las Bases de Datos Consultadas



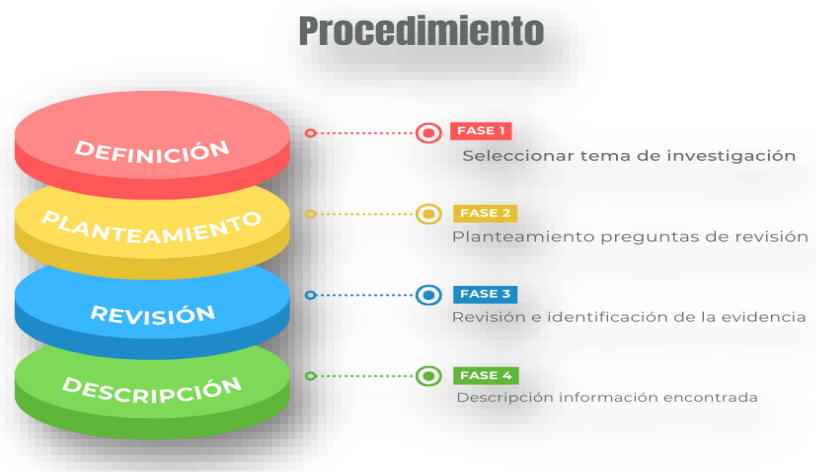
Nota. Relación de las fuentes consultadas para el análisis de información

Para procesar la información de manera óptima, se utilizará la herramienta digital ATLAS.TI en su demo de prueba gratuita. Esto permitirá clasificar los datos obtenidos y brindar respuestas a la pregunta de investigación planteada. Dado que la metodología de estudio es cualitativa, se llevará a cabo una selección de criterios para la inclusión y exclusión de datos, adaptados a las necesidades académicas en torno a las terapias de tercera generación. Se recopilará información correspondiente a un periodo de 10 años, desde 2013 hasta la fecha actual.

Palabras claves: Dolor crónico tercera generación terapia efectividad

Con respecto a los criterios de selección del análisis documental y dado que la investigación se centró en la evidencia disponible del uso de las terapias de tercera generación para el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición, uno de los requisitos de inclusión consistió en el período de tiempo especificado inicialmente, que abarca desde el año 2013 hasta la presente fecha. Además, la revisión documental se centró en evaluar la eficacia de las terapias de tercera generación con componente cognitivo conductual, por lo tanto, otro criterio de inclusión fue la efectividad de estas terapias en el manejo del dolor crónico. Igualmente, se consideró el origen de los artículos, limitando la selección a aquellos de origen Iberoamericano.

Se consideraron como criterios de exclusión los artículos escritos en idiomas distintos al español y que abordaran temas específicos como el dolor crónico, patologías concretas y terapias de primera y segunda generación.

Figura 3*Procedimiento***Fase 1**

Teniendo en cuenta que los recientes estudios advierten el dolor crónico como una problemática de salud pública, que su impacto es totalmente negativo y que en la actualidad no se reportan tratamientos cien por ciento (100%) efectivos para quienes lo padecen; se precisa llevar a cabo esta revisión documental para corroborar la efectividad de las terapias de tercera generación del modelo cognitivo conductual en el manejo de esta condición, procurando dar respuesta a la pregunta de investigación expuesta en el planteamiento del problema y orientada a obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación.

Fase 2

Dando seguimiento a la pregunta de investigación. ¿Las terapias de tercera generación pueden proporcionar beneficios significativos en el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en su estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición? Se lleva a cabo una revisión documental de corte descriptivo y enfoque cualitativo a través de un análisis exhaustivo de 50 artículos de bases de datos

indexados, para hallar evidencia disponible del uso y efectividad de las terapias de tercera generación en el manejo del dolor crónico.

Revisión de evidencia: Se realiza una primera selección de 50 artículos relacionados con las palabras claves de la investigación las cuales son: Dolor crónico, Tercera Generación, Terapia, Efectividad.

Fase 3

Para el desarrollo de esta revisión documental se hará uso una matriz de rejilla como herramienta para organizar las fuentes bibliográficas consultadas teniendo en cuenta las siguientes referencias:

País autor

Año de publicación

Referencia Handle, DOI, enlace

Base de datos (revista o repositorio)

Tipo de documento (trabajo de grado, artículo, etc.)

Título documento

Autores (res)

Tema tratado (tema central y definición)

Resumen

Objetivos

Tipo de diseño investigación (cualitativa, cuantitativa)

Variables / categorías (identificación y definición)

Resultados

La estrategia de esta revisión documental corresponde al análisis de la matriz de rejilla la cual está organizada por columnas que conciernen a las referencias anteriormente mencionadas y que servirán de base para la categorización de la información que facilitara el proceso de acopiar, analizar e interpretar la información recolectada y serán el eje central del marco teórico, los objetivos y pregunta de investigación.

Fase 4

Para asegurar el cumplimiento del plazo designado de la revisión de documentos, se procede a realizar un segundo análisis rechazando aquellos artículos que no cumplen con los criterios establecidos en cuanto al periodo de investigación el cual es de 10 años (2013 a la actualidad) lo que resulta en la exclusión de 15 artículos. El análisis de los hallazgos encontrados involucrara examinar detalladamente cada artículo revisado con el fin de respaldar los parámetros conceptuales del proceso de investigación para corroborar la eficacia de las terapias de tercera generación en el tratamiento del dolor crónico. Este minucioso y reflexivo análisis nos permitirá expresar nuestra perspectiva sobre las visiones de distintos autores y su relevancia dentro del marco conceptual del estudio.

Fase 5

Finalmente, se dispone la información de 50 artículos en la matriz de rejilla, sustituyendo adecuadamente los 15 artículos excluidos por motivos de tiempo de publicación, utilizando la herramienta digital ATLAS. TI. A partir de la pregunta de investigación, los descubrimientos obtenidos se estructuraron en categorías, subcategorías y categorías emergentes que permitirán abordar los objetivos establecidos en la revisión documental. Además, cuenta con un menú contextual.

Consideraciones Éticas

Esta revisión documental se apegará a lo señalado por el código deontológico y bioético del psicólogo en Colombia dispuesto por la ley 1090. (Ley 1090, 2006). Gestor Normativo, Función Pública (Colombia). La cual establece:

CAPÍTULO VII

De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones

ARTÍCULO 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

ARTÍCULO 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Así mismo se considera la política de ética, bioética e integridad científica para Colombia, dispuesto por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación la cual establece:

La ética de la investigación, como objeto de estudio y campo de aplicación específico, es resultado de un proceso que comenzó, entre otras, con las inquietudes planteadas acerca de los usos y las investigaciones desarrolladas en seres humanos por el nacionalsocialismo. Desde entonces, se han ido estableciendo y actualizando pautas y normas tendientes a garantizar el respeto de las personas que participan en investigaciones biomédicas. (*consideraciones éticas minciencias - Buscar con Google*. (n.d.), p 14).

Resultados

Para encausar, ordenar y analizar la información compilada se emplearon categorías, subcategorías y categorías emergentes. Como lo señala Guevara et al (2020) “No basta con presentar las características del fenómeno que se obtuvieron a través de los métodos de recolección de datos. También es necesario que estas sean organizadas y analizadas a la luz de un marco teórico apropiado, el cual servirá de sustento a la investigación. Se pueden establecer relaciones entre los datos obtenidos”. (p. 166)

Para cumplir con los objetivos planteados en la investigación se utilizó como unidad de análisis las categorías, tal como lo expresan Rico de Alfonso et al (2005). Las categorías de análisis representan en investigación un elemento tanto teórico como operativo y gran parte del éxito en el análisis, estructuración y claridad en una investigación, depende de que se establezcan categorías claras a lo largo de todo el proceso. Responden a la necesidad de crear unos parámetros conceptuales que faciliten el proceso de recoger, analizar e interpretar la información. En efecto, las categorías se establecen desde la formulación del problema ya que las principales categorías que definen el objeto propio de estudio están allí contenidas. (p. 23).

De acuerdo con la pesquisa de información y teniendo como base la pregunta de investigación se plantearon las siguientes categorías: reducción del dolor percibido, mejora en el estado de la física, mejora en el estado de la salud mental, aceptación y adaptación a la condición. Cada una de estas categorías, a su vez, se dividen en subcategorías y categorías emergentes como se muestra a continuación en las Tablas N° 6 y 7.

Tabla 5*Clasificación de Categorías y Subcategorías*

Categoría	Subcategorías
Reducción del Dolor Percibido	Dolor Intervención Salud
Mejora en el Estado de la Salud Física	Mindfulness Tratamiento Regulación
Mejora en el Estado de la Salud Mental	Conciencia Habilidad Apoyar
Aceptación	Calidad de vida Mejora Abordaje
Adaptación a la Condición	Dolor crónico Compromiso Resultado

En la tabla 6 se ordenan los datos recolectados en categorías basadas en la pregunta de investigación, con el objetivo de adecuar el marco conceptual y de estudio para facilitar la interpretación de la información. Además, al utilizar la herramienta ATLAS. TI, emergen diversas subcategorías (ver en imagen 2 – anexos) que facilitan la exploración de los conceptos importantes presentes en la matriz de análisis, contribuyendo así a enriquecer los resultados de manera precisa

Tabla 6*Categorías Emergentes*

Categorías Emergentes	Sustento teórico
Evidencia de Terapias de Tercera Generación para el Dolor Crónico	<p>Los resultados mostraron que el Mindfulness basado en Intervenciones redujo significativamente la sintomatología y este efecto fue mediado por las dimensiones reguladoras y relacionadas con las creencias de la conciencia corporal. Córdova Depaz, et al. (2023, p. 2).</p> <p>En un estudio de caso de inflexibilidad psicológica en un paciente con dolor crónico abordado desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), cuya eficacia quedó demostrada tanto en la entrega de Identificar las diferentes técnicas y herramientas utilizadas en las terapias de tercera generación para el manejo del dolor crónico que han dejado aportes significativos al manejo de este padecimiento. Comparar los diferentes estudios de la literatura científica con el fin de analizar si las terapias de tercera generación y sus técnicas como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) mindfulness y la Psicología Positiva (PP) son efectivas en un proceso terapéutico. Tratamientos en formato presencial como online. Judit, T. M. (2023).</p> <p>Según Rezk et, al (2021). Los pacientes que llevan a cabo intervenciones basadas en mindfulness presentan cambios en amígdala, corteza orbitofrontal cingulada posterior, hipocampo y cerebelo, así como cambios funcionales en la ínsula, asociados con aumento de la atención, disminución de sentimientos, emociones y juicios (8,9).</p>
Relación de las Terapias de Tercera Generación y Reducción del Dolor Crónico	Según Vallejo en 2006, observó también una mejora significativa en salud mental, intensidad del dolor e intervención de la salud física en actividades diarias de aquellos pacientes tratados con la TCBCP

(terapia cognitiva basada en la conciencia plena) citado por Casanova, I. (2016 p. 41).

La Terapia de aceptación y compromiso, tiene como objetivo aceptar el sufrimiento como parte de la vida (en este caso el dolor) y, a pesar de ello, orientarse hacia las metas y valores que son importantes para uno mismo, es decir, no dejarse llevar por el dolor ni centrar todos nuestros esfuerzos en controlarlo, sino aceptarlo y continuar haciendo lo que es importante para nosotros, a pesar del dolor. Muñoz Ranchel (2015).

Impacto de las Terapias de Tercera Generación en Dolor Crónico

“La Psicología Positiva (PP) propone la creación de una visión centrada en lo positivo y enfocada en la prevención; en el proceso salud enfermedad ya que se enfoca en el bienestar del individuo a través del trabajo de las fortalezas individuales, la vivencia de experiencias subjetivas valiosas y la autoeficacia en el desarrollo de conductas de salud que promuevan una adaptación adecuada a los procesos con el objetivo de alcanzar una vida plena.

Csikszentmihalyi y Seligman (2000) citado por Güiza Malaver, et al (2023).

Según Fredrickson 1998; Seligman 2008; Pressman & Cohen 2005. Las emociones positivas forjan adaptabilidad y pueden prevenir la aparición de enfermedad, así como, complicaciones de enfermedades graves, además que producen efectos analgésicos secundarios a la liberación de opiáceos endógenos asociados a las emociones positivas. Castelán, E (2018, p 45).

Influencia de las Terapias de Tercera Generación en Aceptación y Compromiso

El entrenamiento de la conciencia en las descritas intervenciones mente-cuerpo presenta eficacia en aliviar malestar psicológico, síntomas depresivos, síntomas ansiosos, dolor crónico y mejoría bienestar general. Las intervenciones mente-cuerpo tienen cierta semejanza con las terapias enfocadas en la aceptación y el compromiso; buscando incrementar la flexibilidad psicológica entendida como la capacidad de contactar con el momento presente

de modo más completo, como ser humano consciente, para así facilitar cambios en su conducta. Psicoterapia, MI y Crónica, MBII (2015, p. 30).

Según Alejandra, G. M. C et al. (2023). Refiere que se reconoce que el objetivo del mindfulness aplicado al manejo del dolor crónico no es eliminar completamente el dolor, sino brindarle habilidades al paciente para responder de manera más adaptativa ante los pensamientos y estados de ánimo negativos al aceptar las dificultades con las que convive, retomar actividades para mejorar su CV y vivir activamente aun en la presencia del dolor Majeed, et al (2018).

En la tabla 6 se detallan las categorías emergentes que, debido a su precisión e importancia, se incluyen en la pregunta de investigación para enriquecer, ampliar y explicar las categorías y subcategorías que mejoran los resultados del estudio. Estas están relacionadas con los conceptos claves presentes en la matriz de análisis, confirmando así la efectividad de las terapias de tercera generación en el tratamiento del dolor crónico.

Análisis de Tabulación

El examen de 50 artículos sobre el empleo de terapias de tercera generación en la gestión del dolor crónico, usando la herramienta digital ATLAS.TI para categorizarlos, validó su eficacia y contribuciones importantes. La descripción minuciosa demuestra la viabilidad de adaptar y flexibilizar el análisis de datos cualitativos mediante categorías. Asimismo, demuestra la posibilidad y utilidad de simplificar datos para facilitar la identificación de temas y la organización de conceptos.

Respecto al empleo de herramientas digitales como ATLAS.TI, se puede argumentar que agilizan los procesos de investigación en enfoques cualitativos, son eficaces para organizar datos particulares que concuerden con la teoría, ofreciendo una perspectiva detallada y comprobable de los resultados del análisis, lo cual simplifica la labor investigativa.

De acuerdo al estudio realizado se logra evidenciar que las terapias de tercera de generación si muestran efectividad en el manejo del dolor crónico en patologías asociadas a enfermedades osteomusculares y osteoarticulares como (fibromialgia, procesos reumatoideos y dolor crónico asociado a patologías oncológicas), lo que reafirma y justifica la utilización de la investigación cualitativa desde la evidencia científica que deja por sentado que aunque hay exploración significativa que demuestra efectividad, no es totalmente concluyente debido a sus limitaciones a nivel teórico y experimental.

Así mismo se reconoce que herramientas que hacen parte de las terapias de tercera generación como la aceptación y el compromiso, mindfulness y la psicología positiva como estrategia complementaria de estas terapias, tienen como objetivo brindar habilidades al consultante para adaptarse a su condición por medio del cambio de pensamiento, estados de ánimos negativos y aceptación de sus dificultades mas no eliminar el dolor por completo.

Discusión

El objetivo principal de esta revisión documental pretendió comprobar la efectividad de las terapias de tercera generación en el manejo del dolor crónico, partiendo de esto, se logró evidenciar que la terapia cognitivo – conductual (TCC) sigue siendo el enfoque más utilizado para el manejo del dolor y que sumado a éste, estrategias actuales como la aceptación y compromiso (ACT), la psicología positiva (PP) y Mindfulness tienen un aporte significativo para el manejo del dolor crónico ya que su abordaje se da desde una perspectiva integrativo - multidimensional. Según la revista del dolor *Psicoterapia, MI y Crónica*, MBII (2015). El enfoque psicoterapéutico integrativo-multidimensional tiene como objetivo fundamental la mirada ecológica multisistémica del problema a ser tratado, por tanto, se comporta como un tratamiento psicosocial intenso, con importante componente individual, relacional-familiar, relacional-social y ecológico. (p. 27).

Asimismo, en este estudio se destaca que las terapias de tercera generación han mostrado su eficacia en la mayoría de los casos examinados en individuos con dolor crónico al encaminarse hacia el manejo adecuado de pensamientos, emociones y conductas negativas relacionadas con el dolor. Según Schuler, et al (2021). Las terapias de tercera generación buscan el desarrollo de habilidades de afrontamiento, el dolor crónico es una condición física que limita la función motriz, mental y psicológica de quien la padece y su afrontamiento encierra la utilización de diferentes herramientas que permitan mejorar la calidad de vida, el bienestar biopsicosocial y disminuyan las limitaciones físicas que afectan la cotidianidad de la vida.

Esta revisión narrativa permitió identificar la (ACT) como la herramienta terapéutica de mayor utilización, con más investigaciones debido a su alcance, evidencia científica y que según Hayes et al, (2015, p. 9) Su objetivo consiste en promover los cambios de conducta y la mejora

del funcionamiento en la vida de la persona, aplicando el modelo de la flexibilidad psicológica, constituido por seis procesos centrales: aceptación, defusión cognitiva, valores, atención flexible al momento presente, desarrollo del “yo contexto” y acción comprometida.

Con respecto a la (PP) se encontró muy poca evidencia científica asociada al manejo del dolor crónico ya que es considerada como estrategia que complementa las terapias de tercera generación mas no como técnica del componente cognitivo conductual. De acuerdo con Seligman & Csikszentmihalyi, (2000) La psicología positiva aborda diferentes planos, uno de ellos es el de las experiencias subjetivas positivas, las cuales se refieren a temas como el bienestar subjetivo, la satisfacción vital, la fluidez (flow), el optimismo y la esperanza y los rasgos individuales positivos como el coraje, la capacidad de amar, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, el perdón, la originalidad, la visión del futuro, la perseverancia, la compasión, la sabiduría y el talente; y otro es el plano grupal el cual se enfoca en el conocimiento y desarrollo de las virtudes cívicas encaminado a ser mejores ciudadanos, las cuales son la responsabilidad, la tolerancia, el altruismo, la protección, el trabajo ético, el cuidado, el amparo, la moderación y el civismo, citado por Castelán, E., Medina, A. Y. G., & Roberto, E. (2018, p. 39).

Frente a las contribuciones halladas en Mindfulness se evidencia que su aporte en el manejo del dolor crónico a través de las terapias de tercera generación ha demostrado ser benéficas por evidencia cambios significativos en estructuras del cerebro, los resultados del análisis documental sugieren un impacto positivo sobre el dolor asociados a las diferentes representaciones que los pacientes hacen de este. La premisa del mindfulness para el manejo del dolor como lo menciona Schuler, (2021, p. 3). Se fundamenta en focalizar la atención en el dolor al tiempo que elimina cualquier juicio que surja para reinterpretarlo. El objetivo es que el

paciente suprima su deseo de que el dolor cese y dirija su atención hacia el dolor con curiosidad, sin juicios o pensamientos negativos. Ello logra disminuir su intensidad y los síntomas psicológicos asociados como ansiedad y depresión. Adicionalmente, se pretende que el paciente olvide las expectativas de la resolución del dolor y se enfoque en aceptarlo y convivir con él.

Por último, cabe mencionar que las intervenciones mencionadas en esta revisión narrativa constituyen la perspectiva multidisciplinar de diferentes enfoques que abordan el dolor desde todos sus ámbitos físico, social, mental, psicológico, entre otros, ofreciendo evidencia científica de técnicas y estrategias que dan fundamento a la utilización de las terapias de tercera generación.

Conclusiones

Esta revisión narrativa supone una contextualización teórica sobre la eficacia de las terapias de tercera generación en el manejo del dolor crónico, en donde se logró evidenciar que, si proporcionan beneficios significativos en el manejo del dolor crónico, la reducción del dolor percibido, la mejora en el estado de salud, físico y mental, así como la aceptación y la adaptación a la condición, mas no dan fe de datos estadísticos que garanticen la veracidad de la información suministrada en los diferentes artículos analizados.

Los documentos objeto de este estudio demuestran que para el manejo del dolor es necesario una injerencia fisiológica, psicológica y social, que este encaminada a la utilización de un modelo biopsicosocial que se centre en las alternativas terapéuticas que mejoren la calidad de vida del paciente y en donde el malestar generado por el dolor sea mínimo.

Igualmente, se acepta que las herramientas integradas en las terapias de tercera generación, como la aceptación y el compromiso, la atención plena y la psicología positiva como una estrategia complementaria, buscan proporcionar habilidades al paciente para ajustarse a su situación mediante la transformación de pensamientos, la negatividad emocional y la aceptación de sus desafíos en lugar de eliminar completamente el dolor.

Se sugiere ampliar la investigación desde el componente cuantitativo y mixto, de tal forma que por medio de análisis estadísticos se de profundidad al uso de las terapias de tercera generación para el manejo del dolor crónico.

Referencias Bibliográficas

- Alejandra, G. M. C., ADRIANA, C. A. L., & Felipe, A. R. D. (2023). *Estrategias de intervención en dolor crónico desde la terapia cognitivo conductual y la psicología positiva*. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/9764>
- Asociación Colombia para el Estudio del Dolor ACED. (2014). *VIII Estudio Nacional del Dolor 2014. Prevalencia del dolor crónico en Colombia. Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Pasto, Manizales, Neiva, Tunja y Villavicencio*. <https://dolor.org.co/biblioteca/encuestas/VIII%20Estudio%20Prevalencia%20dolor%20cronico%20en%20colombia%20publicacion%20pagina%20ACED%202014.pdf>.
- Álvarez, M. P. (2008). *Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia*. <https://lc.cx/oklhZa>
- Babativa J. (18, 03,2022). *Paradigmas y enfoques de investigación científica*. [Archivo de video]. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/47942>
- Casanova, I. (2016). *EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DOLOR CRÓNICO*. *Revista de Casos Clínicos de Salud Mental*, 2(2), 22-48.
- [Castelán, E., Medina, A. Y. G., & Roberto, E. \(2018\). *Propuesta de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para pacientes oncológicos*. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/bitstream/231104/2120/1/Propuesta%20de%20intervenci%c3%b3n%20cognitivoconductual%20con%20mindfulness%20y%20psicolog%c3%ada%20positiva%20para%20pacientes.pdf>.](http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/bitstream/231104/2120/1/Propuesta%20de%20intervenci%c3%b3n%20cognitivoconductual%20con%20mindfulness%20y%20psicolog%c3%ada%20positiva%20para%20pacientes.pdf)
- Consideraciones éticas minciencias - Buscar con Google. (n.d.). [POLÍTICA DE ÉTICA, BIOÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA \(minciencias.gov.co\)](https://www.minciencias.gov.co/politica-de-etica)

Cotan, A. H. (2016). *EL SENTIDO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. EL SENTIDO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*, 33-48.

Fernández-Martin, L. C., Fombellida-Velasco, C., Montero-Fernández, C., Fernandez-Lazaro, C. I., & Mirón-Canelo, J. A. (2019). *Caso De Aplicación De Un Protocolo Cognitivo-Conductual Para El Manejo Del Dolor Crónico*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 356–362.

<https://doi.org/bibliotecavirtual.unad.edu.co/10.24205/03276716.2019.1120>

Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación acción)*. *Recimundo*, 4 (3), 163-173. 10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173.

<https://files.pucp.education/facultad/educacion/wpcontent/uploads/2022/04/28145648/GUIA-INVESTIGACION-DESCRIPTIVA-20221.pdf>

Güiza Malaver, C. A., Camargo Arias, L. A., & Amado Rojas, D. F. (2023). *Estrategias de intervención en dolor crónico desde la terapia cognitivo conductual y la psicología positiva*. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/d9c7150a-698a-4c21-b31a-5e2e958a3cf3/content>

Hernández, R. H. S., & Mendoza, C. P. T. (2018). *Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (3.a ed., Vol. 3). Mc Graw Hill. [Metodología de la investigación. La ruta cuantitativa, cualitativa y mixta by Hernández-Sampieri, R. Mendoza, C \(z-lib.org\) \(2\).pdf](#)

Judit, T. M. (2023, 1 marzo). *Inflexibilidad psicológica en un caso de dolor crónico abordado desde la terapia de aceptación y compromiso*. Universidad Europea.

<https://hdl.handle.net/20.500.12880/4956>

Ley 1090 de 2006 - *Gestor Normativo*. (n.d.). Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). *Dolor crónico y psiquiatría*. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(6), 866-

873. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301438>

Palacios, A. G. (2006). *La terapia dialéctica comportamenta= Dialectical behavior therapy*. *Edpsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2).

<https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3785/2731>

Psychoteraphy, M. I., & Cronic, M. B. I. I. (2015). *Enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: un paso más allá de la terapia cognitivo-conductual*. Revista El Dolor, 63, 26-

31. https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/561ebb8bcb1be_original3_63.pdf.

Ramos, C. (2015). *LOS PARADIGMAS DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA. UNIFE*, 23(9), *Paradigma positivista, teorías | Apuntes de Investigación Cualitativa | Docsity*. (s. f.).

<https://www.docsity.com/es/paradigma-positivista-teorias/7632387/>.

Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. (s. f.).

<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X11003307>.

Rezk Schuler, G. S., & Badoui Rodriguez, N. (2021). *Intervenciones basadas en mindfulness para el manejo de pacientes con dolor*. *Universitas*

Medica, 62(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-4.mind>

Rico de Alonso, A., Alonso, J, Rodríguez, A., Díaz, A. y Castillo, S. (2005). *La Investigación social: diseños, componentes y experiencias*. Pontificia Universidad Javeriana.

<https://dokumen.tips/documents/la-investigacion-social-disenos-componentes-y-experiencias-ana-rico.html?page=1>

Rother, E. T. (2007). *Revisión sistemática X Revisión narrativa. Acta paulista de enfermagem*, 20, v-vi. <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZAZ4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=es>

Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>

Salguero, J. M. B., & Martínez, A. M. M. (2014). *Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. Psychologia*, 8(2), 83-93. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1223/1015>

Schuler, G. S. R., & Badoui, N. (2021). *Intervenciones basadas en mindfulness para el manejo de pacientes con dolor. Universitas Medica*, 62(4). <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.mind>

Vargas Madriz, L. F., & Ramírez Henderson, R. (2013). *TERAPIA CONDUCTUAL INTEGRATIVA DE PAREJA: DESCRIPCIÓN GENERAL DE UN MODELO CON ÉNFASIS EN LA ACEPTACIÓN EMOCIONAL. Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1(139), 53-63.

Vista de la psicoterapia analítica funcional. *Un recorrido desde su origen hasta la actualidad*. (s. f.). <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1321/1208>.

VULNERABLES, C. G. *ENTRE LA EVALUACIÓN Y LA INTERVENCIÓN* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Coahuila). https://www.researchgate.net/profile/Karla-Valdes-Garcia/publication/375289704_ENTRE_LA_EVALUACION_Y_LA_INTERVENCION

[CON GRUPOS VULNERABLES desde la Teoria Cognitivo Conductual/links/65463165b86a1d521bb538ce/ENTRE-LA-EVALUACION-Y-LA-INTERVENCION-CON-GRUPOS-VULNERABLES-desde-la-Teoria-Cognitivo-Conductual.pdf](#)

