

 PAIDÓS

# MANUAL DEL DOLOR

Tratamiento cognitivo  
conductual del dolor crónico

JENNY MOIX  
FRANCISCO M. KOVACS  
(Coordinadores)

## Índice

Portada

Agradecimientos

Introducción

Capítulo 1. Sesión grupal 1: Introducción a la terapia cognitivo-conductual

Capítulo 2. Sesión grupal 2: Entrenamiento en respiración y relajación

Capítulo 3. Sesión grupal 3: Manejo de la atención

Capítulo 4. Sesión individual 1

Capítulo 5. Sesión grupal 4: Reestructuración cognitiva (sesión 1)

Capítulo 6. Sesión grupal 5: Reestructuración cognitiva (sesión 2)

Capítulo 7. Sesión grupal 6: Solución de problemas

Capítulo 8. Sesión grupal 7: Manejo de emociones y asertividad

Capítulo 9. Sesión grupal 8: Valores vitales y establecimiento

Capítulo 10. Sesión grupal 9: Organización del tiempo y actividades de refuerzo

Capítulo 11. Sesión grupal 10: Ejercicio físico, higiene postural y del sueño y prevención de recaídas

Capítulo 12. Sesión Individual 2

Capítulo 13. Dossier para el paciente. Resumen y material de las sesiones y tareas para casa

Sesión grupal 1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual

Sesión grupal 2. Entrenamiento en respiración y relajación

Sesión grupal 3. Manejo de la atención

Sesión grupal 4. Reestructuración cognitiva (sesión 1)

Sesión grupal 5. Reestructuración cognitiva (sesión 2)

Sesión grupal 6. Solución de problemas

Sesión grupal 7. Manejo de emociones y asertividad

Sesión grupal 8. Valores vitales y establecimiento de objetivos

Sesión grupal 9. Organización del tiempo y actividades de refuerzo

Sesión grupal 10. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño y prevención de recaídas

Recomendaciones de libros y páginas web sobre dolor crónico

Anexo. Transcripción de las instrucciones del CD de relajación

Notas

Créditos

Te damos las gracias por adquirir este EBOOK

Visita [Planetadelibros.com](http://Planetadelibros.com) y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

---

**¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!**

Próximos lanzamientos  
Clubs de lectura con autores  
Concursos y promociones  
Áreas temáticas  
Presentaciones de libros  
Noticias destacadas

[PlanetadeLibros.com](http://PlanetadeLibros.com)

---

**Comparte tu opinión en la ficha del libro  
y en nuestras redes sociales:**



**Explora Descubre Comparte**

*Los beneficios del presente libro irán destinados a Sine Dolore, una asociación cuyos objetivos consisten en tratar el dolor, aliviar el sufrimiento y aumentar la calidad de vida de las personas aquejadas de dolor crónico.*

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente manual es el resultado de un proyecto de investigación que no se podría haber llevado a cabo sin la cofinanciación del Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante el Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud (expediente PI051963) y la Fundación Kovacs.

## INTRODUCCIÓN

*Jenny Moix, Francisco M. Kovacs y Malén Oliver-Frontera*

En nuestro país, según las estadísticas, entre el 10 y el 23% de las personas sufre dolor crónico, cuyos motivos más frecuentes son la lumbalgia, la fibromialgia, la artrosis y las cefaleas (Catala, 2002; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006). El impacto económico que ello supone, tanto por el coste de los tratamientos como por las bajas laborales, es altísimo. En Europa, sólo los costes asociados al dolor lumbar suponen aproximadamente entre el 1,7 y el 2,1% del Producto Interior Bruto cada año (Ekman, Johnell y Lidgren, 2001; Ekman, Jonhagen, Hunsche y Jonsson, 2005; Van Tulder, Koes y Bouter, 1995). Y debemos tener en cuenta que más del 70% de estos costes globales son producidos por el 20% de los pacientes crónicos (Anderson, 1997).

Sin embargo, más preocupante que sus repercusiones económicas es el impacto del dolor crónico en las vidas de los millones de personas que lo padecen y de sus familiares. Muchas de estas personas pierden su trabajo y sufren por no sentirse útiles. En muchos casos, no pueden continuar con sus aficiones y van perdiendo la ilusión. Las relaciones sociales y personales, la vida en pareja y la esfera sexual, obviamente, también se ven afectadas negativamente. En definitiva, el dolor puede mermar la mayoría, incluso todas, las áreas de la vida. Por ello, no nos debe extrañar que el 29% de quienes lo sufren acaben por padecer depresión (Breivik *et al.*, 2006).

Actualmente, ningún profesional de la salud discutiría que el dolor es un fenómeno biopsicosocial (Anand y Craig, 1996), pero desafortunadamente la forma de tratarlo en la mayoría de las ocasiones no se corresponde con la concepción que tenemos del mismo, pues todavía son pocos los casos que se tratan de manera auténticamente multidisciplinar. Concretamente, los tratamientos cognitivo-conductuales están muy lejos de implantarse oficialmente en las clínicas y hospitales de nuestro país, pese a que han demostrado ser eficaces en múltiples investigaciones (Chou y Hoyt, 2007; Hoffman, Papas, Chatkoff y Kerns, 2006; Morley, Eccleston y Williams, 1999).

A pesar de ello, por iniciativa propia de algunos profesionales, el tratamiento cognitivo-conductual está entrando en algunos hospitales. Este libro ha sido escrito principalmente por una representación de estos pioneros: 24 psicólogos que colaboran en clínicas del dolor de hospitales públicos españoles. Un equipo integrado tanto por psicólogos clínicos con mucha experiencia práctica como por profesores universitarios

muy versados en las teorías del dolor, cuya mutua colaboración ha permitido diseñar un protocolo de acuerdo con la teoría, pero con la indispensable y valiosísima confirmación que aporta la práctica.

El objetivo de estas páginas es presentar un protocolo que pueda resultar útil para los psicólogos que tratan a pacientes aquejados de dolor crónico y para estudiantes interesados en adentrarse en este campo en un futuro. Nuestra pretensión es que este manual sea como un «libro de instrucciones» que sirva de referencia para el terapeuta y resulte un manual realmente práctico.

Hemos considerado necesario publicar este libro en nuestro país porque actualmente no existe en nuestro mercado editorial ninguno con estas características, por lo que los psicólogos que están trabajando en este ámbito han tenido que confeccionarse su propio protocolo terapéutico.

De hecho, cuando creamos el equipo que ha desarrollado el presente protocolo, la mayoría de los profesionales integrantes confesaba sentirse «muy solo», sin ningún punto de apoyo, ante una tarea tan ardua como es tratar a pacientes con dolor crónico. Así que esperamos que el presente manual contribuya a aportar ese punto de apoyo, así como a acabar con la sensación de soledad de los profesionales de la psicología que trabajan en este área.

Este libro describe las doce sesiones de las que consta la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor crónico. Se compone de diez sesiones grupales y dos individuales que se detallan en el orden en el que deben realizarse. La duración aproximada de las sesiones es de noventa minutos para las grupales y de sesenta para las individuales.

En cada una de las sesiones se realiza:

- una revisión de las tareas para casa que se prescribieron en la sesión anterior;
- una descripción de los objetivos, las explicaciones y los ejercicios que se aplicarán durante la sesión;
- una explicación de las tareas para casa que debe llevar a cabo el paciente, y
- un listado de las referencias bibliográficas.

Al final de este protocolo se encuentra el dossier que debería entregarse al paciente para ir siguiendo las sesiones. Este dossier incluye el resumen y el material de las sesiones, así como las tareas para casa.

Dentro de este protocolo se incluye la entrega de un CD con una relajación guiada. En el anexo se encuentra la transcripción de las instrucciones de este CD.

Esperamos haber conseguido nuestra meta y que este manual de orientación cognitivo-conductual se convierta en un instrumento útil para los terapeutas que lo apliquen y beneficioso para sus pacientes.

## Bibliografía

- Anand, K. J. S. y K. D. Craig, «New perspectives in the definition of pain», *Pain*, 1996, n.º 67, págs. 3-6.
- Andersson G. B. J., «The epidemiology of spinal disorders», en J.W. Frymoyer (ed.), *The adult spine: Principles and Practice*, Nueva York, Raven Press, 1997, págs. 93-141.
- Breivik H., B. Collett, V. Ventafridda, R. Cohen y A. Gallacher, «Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment», *European Journal of Pain*, 2006, n.º 10, págs. 287-333.
- Catala, E., «Prevalence of pain in the Spanish population. Telephone survey in 5.000 homes», *European Journal of Pain*, 2002, vol. 68, n.º 2, págs. 133-140.
- Chou, R. y L. Hoyt, «Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an american pain society/american college of physicians clinical practice guideline», *Annals of Internal Medicine*, 2007, n.º 147, págs. 492-504.
- Ekman, M., O. Johnell y L. Lidgren, «The economic cost of low back pain in Sweden in 2001», *Acta Orthopaedica*, 2005, vol. 76, n.º 2, págs. 275-284.
- Ekman M., S. Jonhagen, E. Hunsche y L. Jönsson, «Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross-sectional, retrospective study in primary care setting», *Spine*, 2005, vol. 30, n.º 15, págs. 1.777-1.785.
- Hoffman, B. M., R. K. Papas, D. K. Chatkoff y R. D. Kerns, «Meta-Analysis of psychological interventions for chronic low back pain», *Health Psychology*, 2006, vol. 26, n.º 1, págs. 1-9.
- Morley, S., C. Eccleston y A. Williams, «Systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache», 1999, *Pain*, n.º 80, págs. 1-13.
- Van Tulder M.W., B.W. Koes y L.M. Bouter, «A cost of illness study of back pain in The Netherlands», *Pain*, 1995, n.º 62, págs. 233-240.

# CAPÍTULO 1

## SESIÓN GRUPAL 1: INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

*Mar Arcos Pros y María José Martín*

### 1. Objetivos

1. Presentación del grupo y entrega del material.
2. Explicar la influencia de los factores psicológicos sobre el dolor.
3. Introducir la terapia cognitivo-conductual y sus beneficios.
4. Comentar las normas del grupo.

### 2. Contenido

#### 2.1. PRESENTACIÓN

Con el fin de conocer a todos los miembros del grupo y al equipo de terapeutas, así como para lograr un buen ambiente de trabajo, se inicia la sesión con la presentación de todos los asistentes.

Para ello, se propone a los pacientes que formen pareja con el compañero que tengan a su lado y se les deja establecer un breve contacto para que se vayan conociendo personalmente. Se les sugiere que se centren en preguntar sus preferencias, sus aficiones y las actividades que más les agradan.

Pasados unos minutos, el terapeuta abre la rueda de presentaciones que, además de su nombre, debe hacer referencia a su experiencia relacionada con el tratamiento del dolor y a la función que cumplirá en el grupo a lo largo de la terapia.

Se da paso a continuación a la presentación de cada uno de los participantes. Se les solicita que presenten a su compañero, informando principalmente sobre su nombre y sus aficiones.

Se les entrega el dossier (cuyo contenido se encuentra al final del presente protocolo) junto con un CD de relajación y se les explica que, para cada sesión, encontrarán el material necesario para hacer los ejercicios durante la sesión y también un resumen de lo tratado para que lo lean en casa, así como la explicación detallada de las tareas para casa.

Igualmente, se les comenta que el CD de relajación que viene adjunto al dossier no deben utilizarlo hasta que en la próxima sesión se les explique detalladamente cómo deben emplearlo. Es importante puntualizar que es necesario traer el dossier en cada sesión.

## 2.2. INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS SOBRE EL DOLOR

Se inicia la sesión haciendo referencia a la principal característica que une a todos los miembros del grupo: el dolor.

En esta segunda parte, se pretende explicar el porqué del tratamiento psicológico en un problema que parece, en principio, físico. Se comienza, por tanto, haciendo referencia a los distintos enfoques que han surgido a lo largo del tiempo sobre el tratamiento del dolor.

Así, se inicia con una referencia a los primeros modelos, enfoques tradicionales puramente médicos, donde se considera el dolor un mero síntoma de enfermedad, directamente proporcional al daño o lesión física existente («a mayor lesión, más dolor»). En este punto, se introduce la siguiente reflexión:

Como habrá observado, su dolor es algo físico, le duele una parte de su cuerpo, de forma que acude al médico para intentar solucionarlo. Pero se encuentra con que, después de que su médico le haya practicado uno o varios tratamientos para aliviar o eliminar su dolencia, usted sigue teniendo dolor. ¿A qué cree usted que esto puede ser debido?

Se deja un espacio para que los pacientes, libremente, den alguna de sus opiniones al respecto. En caso de no aportar ninguna idea, pueden plantearse algunas preguntas a modo de reflexión:

- ¿Diría usted que la intensidad de su dolor es siempre la misma?
- ¿Se ha fijado si su dolor puede ser más intenso cuando tiene un mal día, está nervioso o ha discutido con un familiar?
- Y, por el contrario, ¿ha detectado si su dolor ha disminuido cuando está distraído en otras tareas, lo está pasando bien o se siente feliz?

Se explica entonces que el papel de la Psicología en el ámbito del dolor crónico no es casual, pero que no se debe a que las personas que lo sufren estén inventando su dolencia o padeciendo un trastorno mental.

Se plantea el siguiente ejemplo:

Todos hemos podido experimentar cómo un simple dolor de cabeza ha ido en aumento el día en que nos encontramos cansados o nerviosos y, por el contrario, ha podido pasar incluso desapercibido si hemos estado compartiendo un rato con alguna persona agradable.

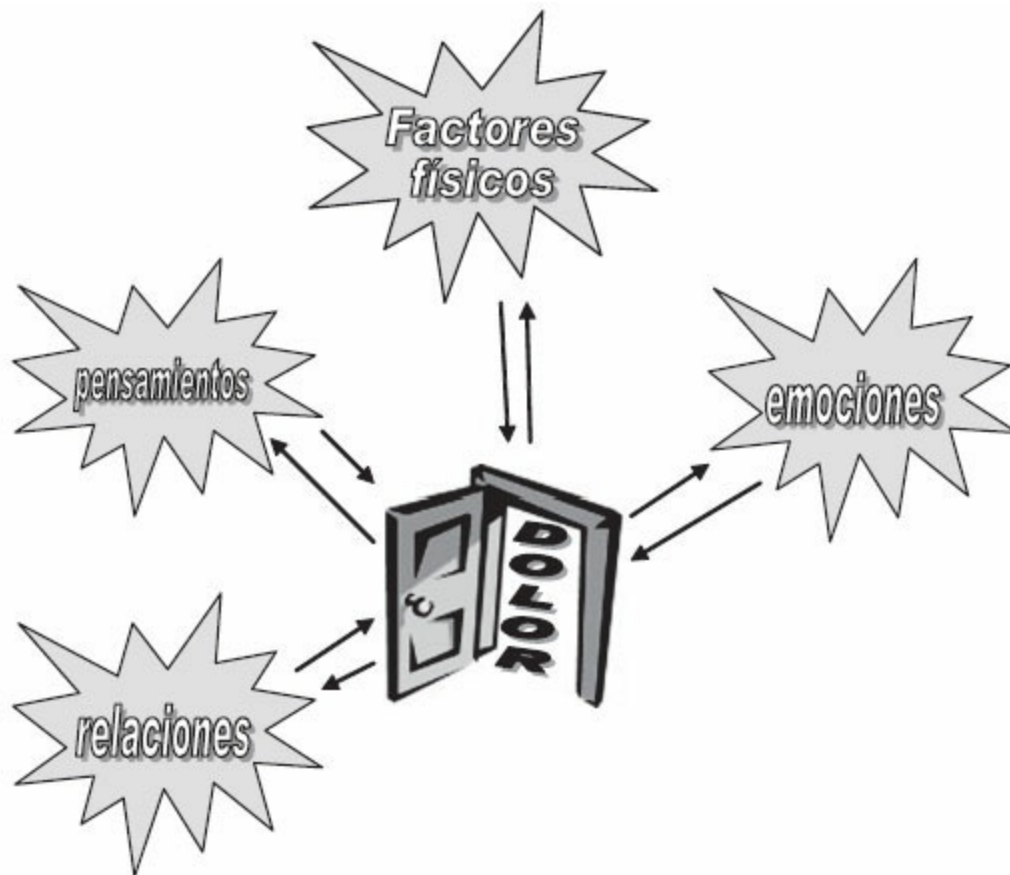
Así pues, se introduce el concepto de los factores psicológicos como moduladores de la experiencia subjetiva del dolor (algo que incide sobre el dolor, no que lo crea o lo genera).

En este punto, puede exponerse la «teoría de la puerta» de Melzack, en la que se postula la existencia de unos mecanismos de modulación del dolor que están situados en la médula espinal y que tienen la capacidad de «abrir la puerta», dejando paso al dolor, o «cerrar la puerta», impidiendo el paso de los impulsos dolorosos.

Se introducen en este punto los diferentes factores que pueden actuar como moduladores:

- físicos (como la tensión muscular);
- emocionales (como la ansiedad o el enojo);
- cognitivos (como pensar que no vamos a poder superarlo jamás), y
- sociales (como no disponer de familiares que nos apoyen).

Proyectar la diapositiva 1.



DIPOSITIVA 1. «Teoría de la puerta»

Para que los pacientes puedan participar en la elaboración de un listado acerca de todos los factores moduladores de la experiencia de dolor, se les dice:

Ahora entre todos vamos a elaborar una lista de lo que ustedes creen que les puede influir negativamente para que «su puerta» se abra y el dolor se intensifique.

Se van anotando en la pizarra los elementos aportados por los pacientes, clasificándolos según cierran o abran la puerta (negativos o positivos) y según su naturaleza: físicos, emocionales, cognitivos y sociales, como aparecen en la tabla 1.

TABLA 1. Ejemplos de elementos que pueden afectar la percepción del dolor.

<i>Factores que abren la puerta y aumentan el dolor</i>			
<i>Factores físicos</i>	<i>Factores emocionales</i>	<i>Factores cognitivos</i>	<i>Factores sociales</i>
Tensión muscular.	Ansiedad.	Pensamientos tipo: «Jamás lo voy a superar».	Falta de apoyo familiar.
Nivel de actividad inapropiado.	Depresión.	Centrarse en el dolor.	Falta de actividades sociales.
Posturas inadecuadas.	Ira.		Falta de confianza con el médico.
...	Aburrimiento.		
...	...	...	...
<i>Factores que cierran la puerta y disminuyen el dolor</i>			
<i>Factores físicos</i>	<i>Factores emocionales</i>	<i>Factores cognitivos</i>	<i>Factores sociales</i>
Medicación.	Relajación.	Centrarse en proyectos placenteros.	Sentirse comprendido por los demás.
Nivel de actividad apropiado.	Alegría.	Distracción.	Actividades sociales.
...	Ilusiones.	Pensamientos positivos.	
...	...	...	...

Esta tarea nos permite, por una parte, profundizar en la relación entre dolor y psicología y, por otra, da pie a introducir la base teórica de la psicología cognitivo-conductual.

### 2.3. LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

El objetivo de esta tercera parte consiste en transmitir la esencia del tratamiento que los pacientes van a recibir a lo largo de la terapia que acaban de iniciar. A modo introductorio se puntualiza que la intervención psicológica en el tratamiento del dolor se centra precisamente en ayudar a cerrar «la puerta», ofreciendo recursos para manejar mejor su dolor.

Se explica cuál es el principio de la Psicología Cognitivo-Conductual, disciplina que se basa en el hecho de que cualquier experiencia es vivenciada de forma distinta en función de cómo la interprete cada individuo. Así se especifica que, ante una situación determinada, se ponen en marcha determinados pensamientos, pensamientos o creencias que condicionarán sus sentimientos, emociones que le guiarán hacia un tipo concreto de comportamiento.

Para que los pacientes comprendan esta explicación, se ejemplifica con el siguiente relato:

Imagine que es medianoche, usted está durmiendo plácidamente en su cama y, bruscamente, se despierta a causa de un fuerte ruido de cristales rotos. ¿Qué es lo primero que pensaría?

Se debe dejar que se planteen diferentes hipótesis («ha entrado alguien a robar, ha caído un vaso en la cocina, sólo era un sueño...»). A continuación, se debe preguntar cómo se sentirían con cada uno de los pensamientos surgidos («asustado, contrariado, aliviado...»). Y, para acabar, se debe plantear cómo se comportarían en relación con cada una de estas emociones («llamaría a la policía, me levantaría para comprobar qué es lo que sucede, seguiría durmiendo...»).

Proyectar la diapositiva 2.

«Imagine que es de noche. Está durmiendo en su cama y se despierta con un fuerte ruido de cristales rotos...»

<i>Si piensa que...</i>	<i>Sentirá...</i>	<i>Y hará...</i>
«Han entrado a robar.»	Miedo, angustia...	Llamar a la policía.
«Se ha roto un vaso.»	Contrariedad.	Levantarme a recoger.
«Estaba soñando.»	Alivio.	Seguir durmiendo.
OTRAS INTERPRETACIONES...		
...	...	...
...	...	...

DIPOSITIVA 2

Se explica entonces que las cadenas de pensamientos-emociones-conductas, propias de cada uno de nosotros, son las que influirán en el modo de afrontar las situaciones cotidianas, incluida la experiencia del dolor.

A partir de todo lo comentado, se especifican los elementos sobre los que actúa el tratamiento cognitivo-conductual, ofreciendo una breve explicación sobre ellos (diapositiva 3):

*Tratamiento psicológico del dolor*

La terapia cognitivo-conductual actúa sobre las distintas áreas:

- *Elementos físicos.* Si los músculos están tensos, duelen más que si están relajados. Gracias al entrenamiento en relajación los músculos se destensan, ayudando así a disminuir la intensidad del dolor.
- *Emociones.* Cuando se está triste, enfadado, angustiado..., el dolor es más intenso. Aprender a utilizar técnicas de autocontrol emocional puede servir para disminuir el dolor.
- *Cogniciones.* Existen pensamientos erróneos que influyen directamente en el estado anímico, provocando reacciones negativas. Mediante la reestructuración cognitiva pueden detectarse esas cogniciones y cambiarlas por otras más saludables y positivas para nuestro bienestar.
- *Relaciones sociales.* El apoyo de los otros es necesario siempre, sobre todo en las situaciones difíciles como es el caso del sufrimiento por dolor. Existen técnicas capaces de aumentar las interacciones personales, optimizando la comunicación a través del aprendizaje de respuestas asertivas.

DIPOSITIVA 3

Se les explica que estas técnicas, utilizadas en otros países, consiguen beneficios en la mayoría de los pacientes, no sólo disminuyendo el dolor sino también reduciendo otras emociones negativas como la tristeza, la ansiedad o la ira. Igualmente, la calidad de vida mejora en muchísimos casos.

Se cierra este apartado proponiendo la siguiente tarea, que tendrán que realizar en sus casas y traerla para revisar el próximo día: elaborar un listado sobre los factores que cada paciente cree que afectan negativamente sobre su experiencia personal del dolor, basándose en la tabla que encontrarán en su dossier.

## 2.4. NORMAS DEL GRUPO

Para promover un funcionamiento óptimo del grupo, respetando a todos los miembros y buscando la consecución de los máximos beneficios de la terapia, se van a pactar las siguientes normas:

### *Normas del grupo*

1. **Puntualidad.** Se comienza a la hora en punto, no cinco o diez minutos más tarde.
2. **Asistencia a todas las sesiones,** salvo causa de fuerza mayor. En cualquier caso, se debe avisar siempre que sea posible.
3. **Confidencialidad.** En el caso de los grupos, cada uno es libre de discutir sus cosas con quien desee, pero no se puede hablar fuera del grupo sobre los problemas ni sobre la información personal proporcionada por los demás miembros participantes.
4. **Tareas entre sesiones.** Es imprescindible la realización de las tareas propuestas, con el fin de avanzar en el tratamiento y no perjudicar el ritmo del grupo. Para facilitar su realización se entregarán por escrito la información y el material necesarios.
5. **Dossier.** Es necesario traer el dossier en cada sesión.

DIAPPOSITIVA 4

## 3. Tareas para casa

Se propone a los pacientes que sigan reflexionando sobre los factores que inciden en su dolor y los continúe anotando en la tabla que se ha utilizado durante la sesión.

Y, por último, se sugiere que el próximo día es conveniente acudir con ropa cómoda, pues la siguiente sesión se dedicará a la práctica de la relajación.

## 4. Bibliografía

Bados López, A., *Agorafobia y ataques de pánico*, Madrid, Pirámide, 2000.

Bazako, E., «Intervención psicológica en una unidad de dolor», en Remor, E., P. Arranz y S. Ulla (eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, Bilbao, Desclée De Brouwer, 2003, págs. 569-590.

Díaz, M. I., M. I. Comeche y M. A. Vallejo, «Guía de tratamientos eficaces en el dolor crónico», en M. Pérez, J. R. Fernández (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*, Madrid, Pirámide, 2003, págs. 123-135. Penzo, W., *El dolor crónico*, Barcelona, Martínez Roca, 1989.

Pérez Álvarez, M., J. R. Fernández Hermida y C. Fernández Rodríguez, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Psicología de la salud*, Madrid, Pirámide, 2003, vol. II.



## **CAPÍTULO 2**

### **SESIÓN GRUPAL 2: ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN**

*Carlos Peña y Carla Casals*

#### **1. Revisión de las tareas para casa**

Se pide el listado elaborado por cada paciente para comprobar si han identificado algunos de los factores que influyen negativamente sobre la percepción subjetiva de su dolor.

Se revisan las posibles dudas al respecto y se recuerda que estos factores son los que van a intentar modificarse a lo largo de la terapia, mediante el tratamiento cognitivo-conductual, para mejorar su respuesta al dolor.

#### **2. Objetivos**

1. Presentar el modelo del círculo vicioso dolor-tensión-dolor para facilitar la comprensión del propio dolor.
2. Resaltar los beneficios de la respiración en la práctica de la relajación.
3. Facilitar la incorporación de la relajación muscular como estrategia para romper dicho círculo.

#### **3. Contenido**

Al paciente se le explica que:

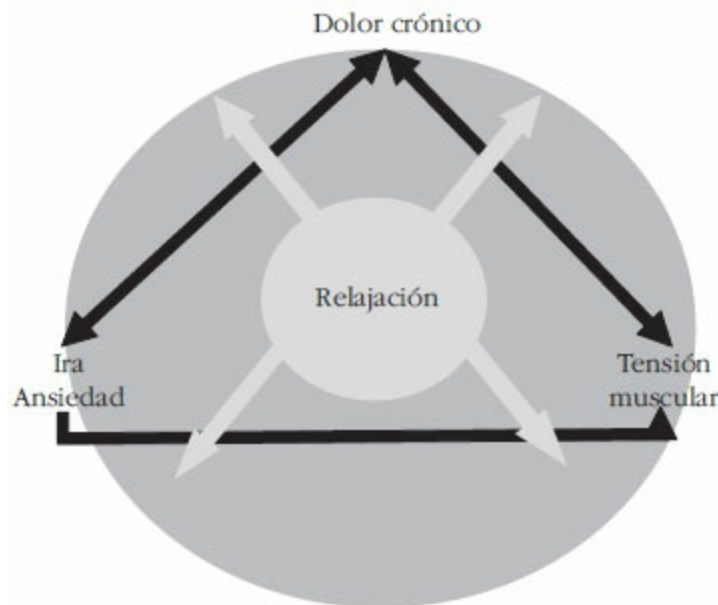
El entrenamiento en relajación es una de las estrategias habituales cuando se diseñan programas multicomponentes para el tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico en general y del dolor de espalda en particular.

Se parte de considerar el dolor crónico como un trastorno que se puede agravar por la inadecuada adaptación a situaciones estresantes o que en sí mismo produce tensión y estrés. La relajación actuaría combatiendo la hipercontracción muscular, pues crea una respuesta o un estado incompatible con la misma y, por otra parte, resulta una técnica muy bien recibida por los pacientes.

El entrenamiento en respiración profunda diafragmática constituye un primer paso para entrenarse en relajación y su objetivo fundamental es lograr que los pacientes aprendan a realizar aspiraciones profundas, estables y espaciadas como ayuda a su relajación.

Respiración y relajación deben entrenarse en las primeras sesiones del tratamiento, entre otras razones, porque adquirir la habilidad puede resultar algo costoso y al realizarse al inicio puede incorporarse como parte de las tareas para casa durante varias semanas, con la consiguiente posibilidad de supervisar su práctica.

Al llegar a esta sesión, el paciente ya ha sido introducido en el modelo biopsicosocial del dolor. Sin embargo, en esta sesión se le vuelve a recordar este modelo y se enfatiza el papel que la respiración-relajación puede desempeñar para romper ese círculo. Apoyándose en gráficos como el de la diapositiva 1, se explica cómo la respuesta más común al daño agudo es tensar los músculos, tensión que actúa limitando el movimiento y facilitando la curación, pero cuando, por los motivos que sean, el dolor empieza a ser un problema crónico, la tensión muscular no reduce los niveles de dolor y es probable que incremente o amplifique el dolor que se siente en un doble sentido: por una parte, la elevación permanente de la tensión de ciertos músculos puede ser un intento de prevenir cualquier incremento del dolor y también es una respuesta instintiva ante los dolores que se experimentan. Evitar el movimiento para reducir el dolor favorece la inmovilidad y esto, a su vez, incrementará la tensión muscular, que inevitablemente provocará más dolor; por otra parte, cuando una persona comienza a estar molesta, enfadada, frustrada o ansiosa (respuestas todas ellas muy comunes ante el dolor persistente), los niveles de tensión muscular se elevan y amplifican el dolor. De esta manera se perpetuaría el círculo vicioso.



DIPOSITIVA 1. «Teoría de la puerta»  
Basado en Phillips (1988).

Se invita a los pacientes a discutir sobre el modelo y a expresar su propia experiencia. El terapeuta apoya y facilita estas intervenciones. Con las anotaciones iniciales como referente, se profundiza en aspectos como la tendencia a focalizar la

atención continuamente en el dolor, la anticipación del mismo que determina posturas protectoras y el no uso de las zonas doloridas, las reacciones asociadas de frustración, ansiedad o desánimo, etc. y cómo todo ello sólo sirve para perpetuar el problema.

Es el momento de saber cuál es el papel esperable del entrenamiento en respiración y en relajación para romper ese círculo tensión-dolor-tensión.

Se aclara a los pacientes lo siguiente:

Muchas personas respiran mal, ya que utilizan una respiración pectoral. Esta respiración se considera superficial y consiste en llenar de aire el pecho, olvidando el abdomen. Sería la respiración que se da en situaciones de estrés, ansiedad y fatiga. Cuando hablamos de una buena respiración, ¿a qué nos estamos refiriendo? Nos referimos a la respiración diafragmática. Esta respiración es la que podemos observar en los bebés y en el movimiento de su abdomen al respirar. Consiste en llenar de aire todo el abdomen permitiendo al diafragma su expansión dejando pasar el aire en la inspiración y dejándolo en su posición natural en la exhalación. Esta forma de respirar contribuye a la sensación de calma y relajación.

Una buena respiración aumenta la capacidad pulmonar y perfecciona el proceso respiratorio. A la vez, purifica las vías respiratorias previniendo enfermedades como el asma, la bronquitis y los trastornos respiratorios en general. Además, tiene efectos en la circulación y en el sistema nervioso. En este último tiene, fundamentalmente, un efecto relajante que a la vez actúa sobre la mente dejándola más serena y tranquila como efecto de una respiración prolongada lenta y apacible.

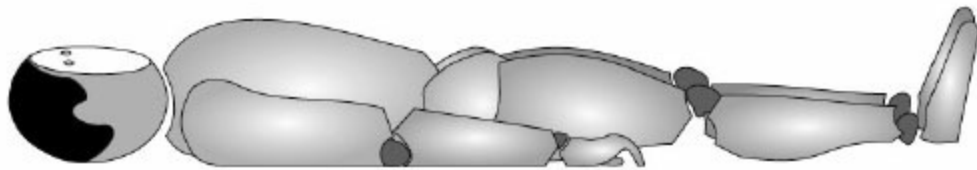
En todos los ejercicios de respiración hay tres pasos fundamentales: la inspiración, la retención y la exhalación. Estos tres pasos marcarían el ritmo de la respiración, que es individual. Pero ¿cuál es la forma correcta de inspirar y espirar? En cuanto a la inspiración, podemos decir que preferiblemente se tiene que realizar a través de la nariz y con la boca cerrada. La razón es que la nariz se ocupa de calentar, humedecer y desinfectar el aire inspirado, evitando que se reseque y enfríe la garganta a la vez que reduce el riesgo de padecer infecciones respiratorias, pues evita que se ensucien los bronquios. En cuanto a la espiración, también es preferible realizarla por la nariz exceptuando aquellos casos en que no sea compatible con una actividad, como puede ser la realización de ejercicios físicos más bien duros. En estos casos, se realizará a través de la boca.

La relajación, por su parte, incidiría en la base psicofisiológica del dolor a través del aprendizaje de respuesta al desactivar la hiperreactividad muscular, desactivación autonómica y somática. Aprender a relajar zonas específicas de nuestro cuerpo suele ser la técnica de elección para romper el círculo tensión-dolor-tensión. Relajar la musculatura incide directa y específicamente en los componentes físicos de la sensación de dolor, ayuda a cerrar la puerta. Además, esa desactivación es incompatible con las respuestas de ansiedad asociadas, disminuyendo estas sensaciones. De esta manera, se incrementaría también la percepción de autocontrol y autoeficacia, se facilitarían nuevas estrategias de afrontamiento del dolor y, en algunos casos, el entrenamiento en relajación regula el sueño facilitándolo.

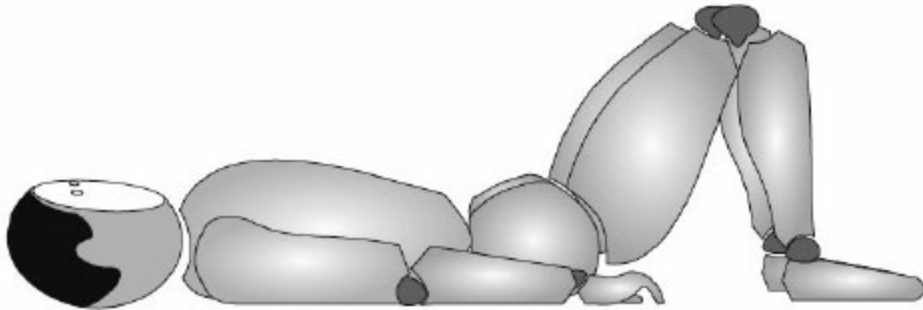
Una vez asentados los conceptos, se pasa a explicar detalladamente en qué consiste y cómo se va a realizar el entrenamiento. Se comenta a los pacientes que la mejor manera de aprender una habilidad es practicándola y que la sesión tendrá dos partes diferenciadas: una para la respiración y otra para la relajación, siguiendo en ambos casos las instrucciones de un CD pregrabado (el que tienen adjunto a su dossier).

Con el dossier se facilita un CD\* grabado que contiene un formato de las sesiones de respiración; un segundo, de relajación tipo Jacobson, y el tercero, de relajación por concentración.

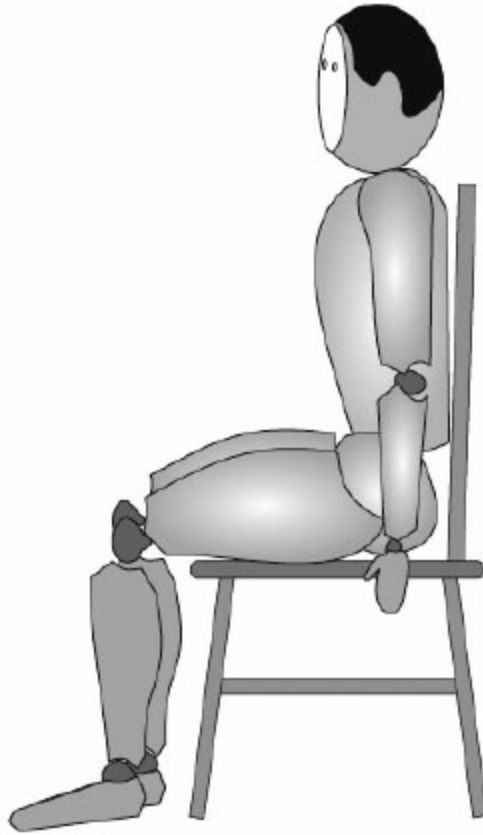
Es el momento de pasar al ensayo de entrenamiento en la sesión. El ambiente de la sala debe ser tranquilo, sin ruidos y con luz tenue, los pacientes deben utilizar una ropa ligera, cómoda, sin prendas que opriman. La posición ideal sería tumbado en el suelo, sobre una manta o colchoneta, boca arriba, piernas extendidas y ligeramente separadas, la punta de los pies ligeramente hacia afuera, los brazos algo abiertos a los lados del cuerpo pero sin tocarlo y una leve almohada a la altura del cuello. Alternativamente, si resulta una posición difícil o dolorosa, se puede optar por la postura de tumbado en el suelo, similar a la anterior, pero con las rodillas levantadas y dobladas y los pies apoyados en el suelo cerca de las nalgas o, en última instancia, por la posición de sentado en una silla de respaldo recto y duro, manteniendo la espalda recta y las piernas formando un ángulo de 90° (diapositivas 2-4).



a. *Tumbado con las piernas extendidas.*



b. *Tumbado con las piernas flexionadas.*



*c. Sentado, espalda recta y piernas en ángulo de 90°.*

DIPOSITIVAS 2-4. 1. Posturas.

### 3.1. ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN

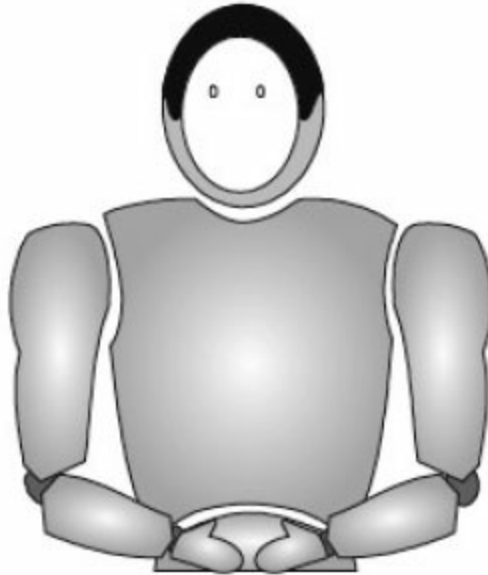
En la posición elegida por cada paciente, se puede comenzar con instrucciones como las siguientes:

Cierren los ojos, sitúen una de sus manos a la altura del pecho y la otra en el abdomen, por debajo del ombligo. (El terapeuta controla que se coloquen adecuadamente.) Vamos a realizar ahora un ejercicio que es muy útil para tomar conciencia de qué partes de nuestro cuerpo utilizamos en la respiración. Respirando tranquila y suavemente, siempre por la nariz, observen qué pasa con sus manos cuando toman aire (inspiran) y cuando lo expulsan (espiran). Eso es. Muy bien.

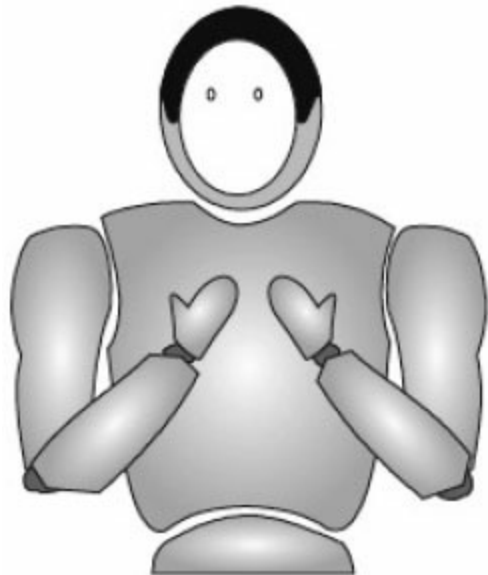
El terapeuta dirige durante unos dos o tres minutos el ejercicio de inspirar y espirar y, posteriormente, pide a los pacientes que sentados en el suelo o en la silla comenten su observación. Se trata de clarificar que con frecuencia se realizan respiraciones superiores y superficiales en las que al inspirar la mano del abdomen se mete hacia adentro y se eleva la del pecho.

Vamos ahora a practicar lo que serían los tres tipos de respiración y al final una respiración completa, profunda. Para ello nos ayudaremos de las instrucciones del CD pregrabado. Podemos imaginar que nuestra respiración va a ser como el movimiento de una ola. Cuando tomamos el aire, al inspirar, la ola sube, se hace grande; al soltar, espirar, la ola cae y baja.

Fíjense en las imágenes que nos muestran la postura adecuada para realizar los ejercicios (diapositivas 5-7).



a. Zona baja abdominal.



b. Zona media pecho.



*c. Zona superior.*

DIAPOSITIVAS 5-7. 2. Para la respiración.

Comenzaremos por la parte baja, poniendo las manos cruzadas sobre el abdomen, por debajo del ombligo. Al inspirar, al tomar aire, el abdomen se ensancha, se abre... como cuando sube la ola. Al soltarlo, al espirar, la ola baja, el abdomen se retrae.

Después practicaremos con la zona media de los pulmones. Con las manos a la altura del pecho al tomar aire, ola creciendo, el pecho se ensancha, se hace grande, las manos se abren... Al soltarlo, las manos se aproximan, el pecho se estrecha, la ola decrece.

Por último, haremos la respiración alta: con las manos cruzadas en las clavículas, observaremos cómo al inspirar suben hacia la cabeza y, al soltar, vuelven a la posición anterior.

Al final, con los brazos a los lados del cuerpo, haremos una secuencia completa de empezar a tomar aire con la parte baja de los pulmones hasta la parte superior y soltando desde arriba hacia abajo.

Una vez explicado el procedimiento, se invita a los pacientes a volver a la postura inicial y se pone en marcha el CD para realizar los ejercicios de respiración que el terapeuta supervisa para su correcta ejecución. Finalizados éstos se destinan unos minutos para comentar la experiencia.

### 3.2. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

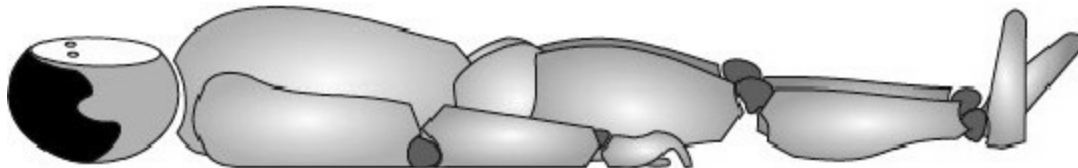
La sesión continúa con el entrenamiento en relajación. Se informa a los pacientes que los ejercicios incluidos en el CD que escucharán durarán unos veinticinco minutos y que se realizarán en grupo para familiarizarse con la técnica y clarificar posibles dudas. Después, ellos deberán practicarlo en su casa.

Antes de la audición del CD, se pasa a presentar la secuencia de grupos musculares que se irán movilizandoy sus correspondientes ejercicios de tensión (diapositiva 8).

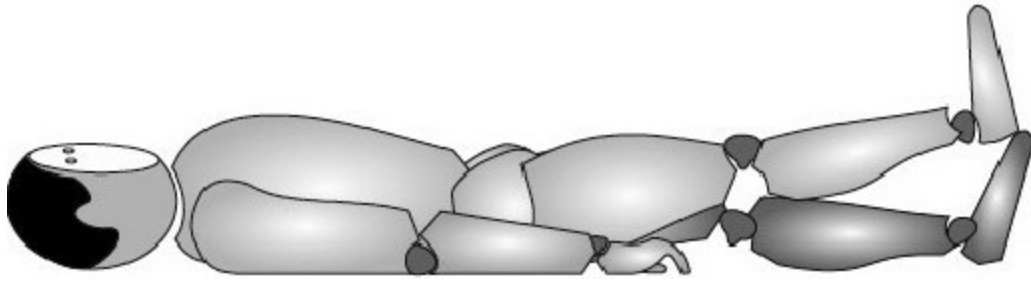
<i>Sugerencia de ejercicios de tensión para cada grupo muscular del CD pregrabado</i>	
Grupo.	Ejercicio.
Pies.	Llevar el pie hacia atrás, manteniendo el apoyo como si quisiera tocar la rodilla con la punta del pie.
Piernas.	Levantar la pierna extendida unos 45° del suelo.
Estómago.	Como si quisiera tocar con la pared exterior la zona de la columna. (En este caso es importante aclarar que se trata de tensar estómago y no hombros, tórax o retener respiración.)
Brazos.	Levantar el brazo a posición perpendicular, cerrar el puño y tensar desde la mano hasta el hombro.
Manos.	Doblar la mano a la altura de la muñeca, manteniendo apoyado el brazo y llevando la mano hacia atrás.
Cuello.	Girar a la derecha, ir al centro, girar a la izquierda.
Boca-labios.	Arrugar los labios llevándolos hacia delante como si se fuera a silbar o soplar fuertemente.
Carrillos-nariz.	Elevar carrillos hacia arriba y arrugar la nariz como frunciendo el ceño.
Ojos.	Apretar fuertemente los ojos manteniéndolos cerrados.
Frente.	Arrugar la frente elevándola hacia arriba, hacia el techo.

DIPOSITIVA 8

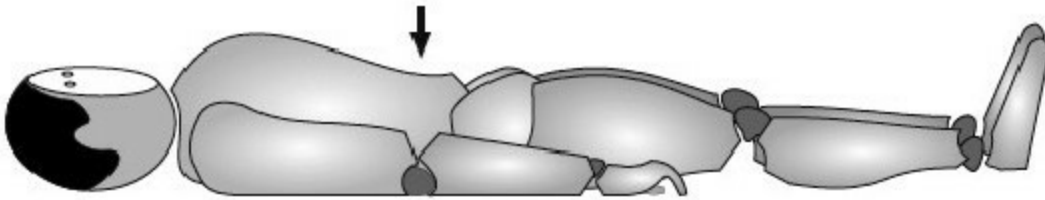
Para esta explicación previa es bueno utilizar apoyos gráficos como los que se proponen en las diapositivas 9-18 y/o que el terapeuta vaya realizando el ejercicio sobre sí mismo.



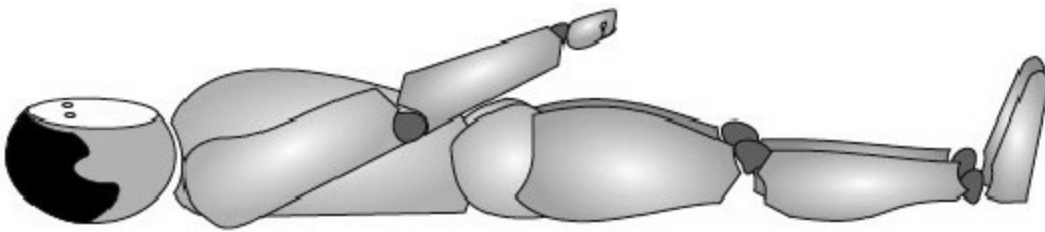
a. Tensión del pie.



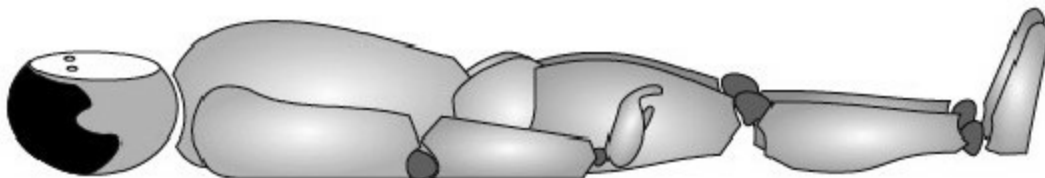
b. *Tensión de la pierna.*



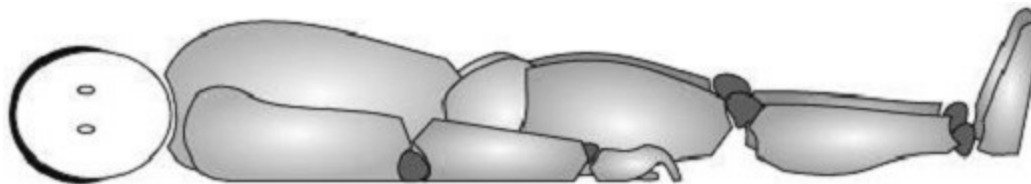
c. *Tensión del estómago.*



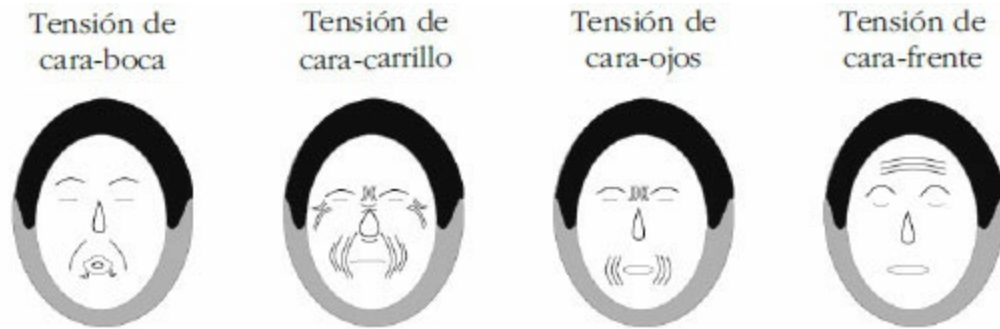
d. *Tensión del brazo.*



e. *Tensión de la mano.*



f. *Tensión del cuello.*



DIAPOSITIVAS 9-18. 3. Para la relajación.

Para transmitir la «filosofía», los objetivos y la técnica del entrenamiento, se pueden dar instrucciones como las siguientes:

Vamos a utilizar un formato llamado relajación muscular progresiva basada en el modelo de Jacobson, muy extendido entre los profesionales de la Psicología, que resulta especialmente útil porque es muy didáctico y fácil de aprender. A lo largo de la sesión, que haremos en una postura cómoda (la misma que hemos utilizado para los ejercicios de respiración) y con los ojos cerrados para facilitar la concentración, iremos recorriendo determinados músculos de nuestro cuerpo y en cada grupo muscular realizaremos primero un ejercicio de tensión y después, lentamente, la relajación de esa zona volviendo a la posición anterior.

Comenzaremos por el pie derecho. Cuando el CD nos lo indique, llevaremos la punta del pie hacia la rodilla, mientras el talón permanece apoyado. Mantendremos la tensión, llevaremos nuestra atención a ese pie y procuraremos percibir dónde y cómo notamos el malestar, la tensión. Después, lentamente, relajaremos, volviendo el pie a la posición original y tratando de percibir la diferencia, la nueva sensación del pie derecho relajado. Después pasaremos al pie izquierdo...

Se continúa indicando cada ejercicio de tensión-relajación en el mismo orden en que se van a realizar. Al comenzar la tensión de las piernas (elevar hacia arriba en un ángulo de unos 45°), se comenta que puede ser un ejercicio difícil o muy molesto, en cuyo caso pueden sustituirlo por tensar fuertemente los músculos del muslo y la pierna. Después de explicar el ejercicio final, tensión-relajación de la frente, es conveniente matizar algunos aspectos como los siguientes:

Es importante que mientras tensamos y relajamos una parte de nuestros músculos procuremos que el resto del cuerpo no intervenga, se mantenga en reposo. (Es útil mostrar cómo para tensar el brazo no hace falta tensar la cara o los hombros...) El CD les irá dirigiendo en el proceso. Conviene estar atentos y tratar de «meterse» en la sesión. Si se distraen, no pasa nada: cuando se den cuenta, vuelven a centrarse en los ejercicios. No se preocupen si al principio no sale bien. Con la práctica lo irán consiguiendo.

Más que hacer bien los ejercicios, lo interesante es que se vayan introduciendo en percibir y diferenciar las sensaciones asociadas a los estados de tensión-relajación muscular y cómo pueden inducir ésta voluntariamente.

En la última parte de la sesión, les vamos a pedir que lleven la atención al centro de la frente procurando no pensar en nada. Esto puede resultar difícil. En ese caso, traten de pensar en su cuerpo. Traten de percibir cómo en ese momento su cuerpo posiblemente está más suelto, más relajado, más a gusto, dejándose llevar.

En este momento, el grupo se sitúa en posición de relajación, la misma que había utilizado para los ejercicios de respiración, se ambienta adecuadamente la sala y se inicia esta primera sesión del entrenamiento (pista 2 del CD), estando el terapeuta atento a

posibles incidencias. Terminada la sesión, se dan unos minutos para comentar la experiencia y aclarar posibles dudas y se pasa a orientar las tareas para casa.

#### 4. Tareas para casa

Las tareas para casa consisten en la práctica de los ejercicios siguiendo las instrucciones del CD, como se ha realizado en la sesión, rellenando el autorregistro.

##### 4.1. AUTORREGISTRO DEL ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN

Para valorar la «sensación» piense que «0» indica «ninguna relajación» y «10» indica «el nivel máximo de relajación posible».

<i>Semana 1</i>			
Día	Hora	Sensación de relajación al finalizar 0 – 10	Observaciones

<i>Semana 2</i>			
Día	Hora	Sensación de relajación al finalizar 0 – 10	Observaciones

Semana 3			
Día	Hora	Sensación de relajación al finalizar 0 – 10	Observaciones

## 5. Bibliografía

- Calle, R., *El libro de la relajación, la respiración y el estiramiento*, Madrid, Alianza, 1992.
- Calvo, R. y A. Ruiz, *Técnicas de relajación. Relajación muscular*, Madrid, UNED, 1993.
- Cautela, J. R. y J. Groden, *Relaxation*, Illinois, Research Press, 1978 [trad. cast.: *Técnicas de relajación*, Barcelona, Martínez Roca, 1985].
- Díaz García, M. I., M. I. Comeche Moreno y M. A. Vallejo Pareja, «Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico» , en: Pérez Álvarez, M., J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II, psicología de la salud*, Madrid, Pirámide, 2003, págs. 123-135.
- Lodes, H., *Aprende a respirar: la guía más eficaz para vivir a pleno pulmón*, Barcelona, Integral, 1990.
- Lodes, H., *Aprende a respirar: ejercicios prácticos para respirar bien y vivir a pleno pulmón*, Barcelona, Integral, 2002.
- Melzack, R. y K. L. Casey, «Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model», en D. Kenshauto (ed.), *The skin senses*, Springfield, Thomas, 1968, págs. 423-443.
- Philips, H. C., *The Psychological Management of Chronic Pain*, New York, Springer, 1988 [trad. cast.: *El tratamiento psicológico del dolor crónico*, Barcelona, Pirámide, 1991].
- Speads, C., *ABC de la respiración*, Madrid, EDAF, 1980.
- Weller, S., *Respirar bien para vivir mejor: aprenda a combatir definitivamente el estrés, ansiedad y cansancio*, Barcelona, Oniro, 2000.



## **CAPÍTULO 3**

### **SESIÓN GRUPAL 3: MANEJO DE LA ATENCIÓN**

*Luis Antonio Merayo Alonso y Francisco Javier Cano García*

#### **1. Revisión de las tareas para casa**

Se revisa la práctica de la respiración y de la relajación por tensión-relajación muscular. Se analizan los registros y se comentan posibles dificultades y dudas.

#### **2. Objetivos**

1. Comprender la naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor.
2. Valorar el manejo de la atención por los pacientes en su vida cotidiana.
3. Practicar técnicas de manejo de la atención basadas en la distracción y la imaginación.

#### **3. Contenido**

##### **3.1. COMPRENDER LA NATURALEZA DE LA ATENCIÓN Y SU PAPEL EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR**

Para conseguir el primer objetivo de la sesión se desarrollan dos breves explicaciones sobre el funcionamiento de la atención y sobre cómo dicho proceso psicológico es relevante en la experiencia dolorosa, seguidas de un ejercicio que permite practicar con el proceso atencional.

*Explicación: cómo funciona la atención*

La atención es la capacidad que nos permite atender a estímulos específicos sin ser distraídos por otros estímulos, internos o externos. La atención implica focalizar la actividad mental: no podemos atender a dos estímulos al mismo tiempo. En cierta forma es lo que ocurre con los retratos: al fotografiar un rostro, el paisaje de fondo aparece desenfocado. O con el foco de luz de un escenario: dirige nuestra atención hacia el personaje que ilumina, desviándola del resto.

Las características fundamentales de la atención son las siguientes:

- Es selectiva, es decir, «elige» a qué estímulos atender, que suelen ser los más nuevos, los más intensos, los que emocionan, los que perturban, etc. Piénsese, por ejemplo, respectivamente, en ese moderno modelo de teléfono móvil, en el molesto coche-discoteca que circula a nuestro lado, en los latidos del corazón de su bebé que la embarazada escucha, en la espalda de una persona con lumbalgia crónica...

- Es limitada, pues como se comentó en el párrafo anterior, no podemos atender en condiciones óptimas a más de un estímulo al mismo tiempo. ¿Ha probado a ver dos películas simultáneamente?

- Es controlable, pues aunque habitualmente funcione con el «piloto automático», basta con proponérselo para darle órdenes incluso en situaciones desfavorables: recuerde aquellas interminables clases de matemáticas en una espléndida mañana primaveral.

*Explicación: cómo la atención influye en el dolor*

Por lo tratado en otras sesiones, ya sabemos cómo funciona el dolor: es un estímulo tan poderoso (intenso, emotivo, perturbador, etc.) que prácticamente monopoliza nuestra atención. Y como nuestra capacidad de atención es limitada, toda ella es acaparada, arrebatándonos la oportunidad de aplicarla en otras cosas más agradables.

Es como si no pudiéramos ni concentrarnos en otra cosa (se proyecta la diapositiva 1 para ilustrar cómo el foco atencional magnifica la percepción del dolor). Pareciera que incluso la propia identidad se diluye en el dolor. Sin embargo, como sabemos, la señal de alarma que supone nuestro dolor no es nueva, ya es antigua y poco útil: más bien genera sufrimiento.



DIAPPOSITIVA 1. Magnificación del dolor.

Por fortuna, podemos tomar el control de nuestra atención: el dolor está ahí, pero somos capaces de ponerle límites para que no nos inunde por completo. Sin embargo, en las vivencias como el dolor, es contraproducente el control directo de la atención, pues cuanto menos queremos, más conscientes nos hacemos. En este caso, «la mano izquierda puede sernos más útil que la derecha»: mejor que el enfrentamiento directo, disponemos de estrategias más sutiles para «controlar sin controlar», como veremos en los siguientes apartados.

### 3.2. VALORAR EL MANEJO DE LA ATENCIÓN POR LOS PACIENTES EN SU VIDA COTIDIANA

Para conseguir el segundo objetivo de la sesión se desarrolla una breve evaluación de las estrategias de manejo de la atención que efectúan cotidianamente los pacientes, con el propósito de introducir una sencilla explicación y una clasificación del manejo atencional en el dolor.

Se inicia esta fase preguntando a los pacientes: «Actualmente, ¿qué les ayuda a controlar el dolor?». La pregunta nos ayuda a conocer qué estrategias utilizan los pacientes para afrontar y reconducir su dolor. Se reproduce en la pizarra la tabla 1. En la primera columna se anotan las respuestas sin discutir u opinar. Pueden utilizarse los ejemplos que aparecen al principio de la tabla.

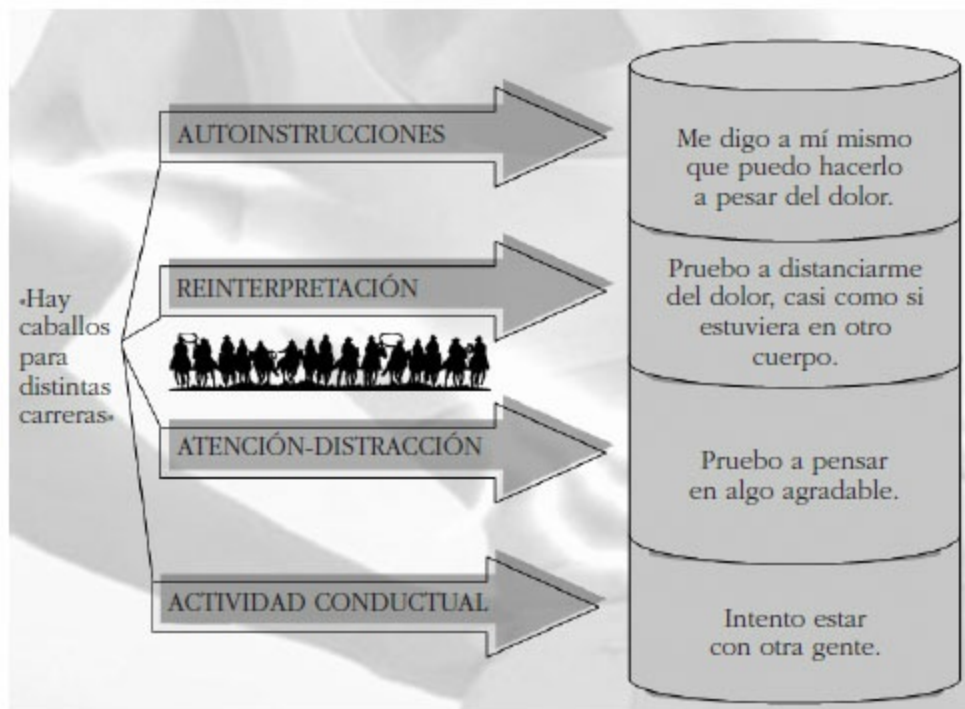
TABLA 1. Evaluación de las estrategias de manejo del dolor.

<i>Describir cómo manejamos el dolor</i>	<i>Pensar o hacer</i>	<i>Distraerse, imaginar u otras actividades</i>
Ejemplo. Salgo a dar un paseo para despejarme.	Hacer.	Distraerse.
Ejemplo. Pienso que estoy en la playa con la espalda sobre la arena tibia que me alivia.	Pensar.	Imaginar.

Una vez concluida la enumeración, se realiza una pequeña clasificación haciendo partícipes a los pacientes. Se trata de determinar si cada estrategia de manejo consiste en hacer o en pensar algo; en distraerse, en imaginar o en otra actividad.

La información resultante del anterior proceso debe ayudar al terapeuta a justificar:

- El uso y la utilidad de las dos estrategias de manejo de la atención que se entrenarán después: distracción e imaginación.
- Que el dolor pueda modularse manejando la atención no significa que no sea real.
- Que el manejo de la atención no elimina el dolor definitivamente ni es la única forma de afrontar el dolor sino que es un componente más del programa de tratamiento.
- Que, en cualquier caso, el manejo de la atención siempre requiere exploración y práctica.
- Que el manejo de la atención es diverso para cada paciente y para cada situación. Éste debe elegir las que le resulten más beneficiosas. «Hay caballos para distintas carreras» (ilustrar con la diapositiva 2). Es absolutamente necesario personalizar el manejo de la atención.
- Que, considerando los dos últimos puntos, es conveniente que los pacientes conozcan diversas técnicas de manejo de la atención.



DIAPPOSITIVA 2: Diversas estrategias de manejo del dolor.

### 3.3. PRACTICAR TÉCNICAS DE MANEJO DE LA ATENCIÓN BASADAS EN LA DISTRACCIÓN Y LA IMAGINACIÓN

Como procedimiento de intervención, el manejo de la atención puede definirse como la limitación del impacto del dolor bien mediante el desvío de la atención hacia otro estímulo, bien redirigiendo la atención al dolor para hacerlo menos estresante y disruptivo.

Para conseguir el último objetivo de la sesión se proponen dos ejercicios que representan las dos grandes vertientes del manejo atencional del dolor. El primero de ellos se fundamenta en la distracción, mientras que el segundo aborda la transformación imaginativa del dolor.

#### *Ejercicio de distracción: los puntos focales*

Un punto focal es un objeto, pensamiento o sensación que domina la atención. Con este ejercicio se introduce la idea de que al focalizar la atención en un punto, los estímulos que se quedan fuera del foco de atención: de alguna manera, están «en un segundo plano».

Un punto focal externo se sitúa en el ambiente: puede ser un objeto, un sonido, etc. Un punto focal mental consiste en pensamientos, ideas o imágenes. Un punto focal somático se refiere a sensaciones corporales **distintas del dolor**, procedentes de órganos o funciones fisiológicas.

La práctica consiste en centrar la atención en un objeto específico, en un pensamiento o en una sensación física. La secuencia del ejercicio se describe a continuación.

Ejercicio de focalización (tomado de Morley *et al.*, 1999).

1. Realizar una breve relajación.
2. «Fije su atención hacia un punto focal **externo**. Si es un estímulo visual, con los ojos abiertos; de lo contrario, con los ojos cerrados...» Duración: dos minutos.
3. «Libere su atención y deje que se centre en lo que desee.» Duración: un momento breve.
4. «Ahora dirija su atención hacia un punto focal de tipo **mental**, con los ojos cerrados.» Duración: dos minutos.
5. «Libere su atención y deje que se centre en lo que desee.» Duración: un momento breve.
6. «Dirija su atención hacia un punto focal **somático**, con los ojos cerrados.» Duración: dos minutos.
7. Abra los ojos. **Libere** su atención.

Al finalizar el ejercicio, se discute con los pacientes acerca de la eficacia de los puntos focales, de las características de los estímulos para atraer su atención, del esfuerzo que han tenido que realizar para centrar su atención, de la necesidad de exploración y práctica para dominar la técnica, de lo abierta que tiene que ser su actitud para manejar la atención y, en general, de las cuestiones que ellos planteen.

Las dificultades más habituales que suelen plantearse son las siguientes:

- Interferencia de pensamientos o imágenes mientras se intenta focalizar la atención. Esta dificultad puede manejarse dejando claro que es un fenómeno normal, que simplemente hay que dejar marchar la interferencia y volver al foco y, en última instancia, cambiando el punto focal.
- Resistencia a dejarse llevar por fantasías o imágenes como puntos focales. Puede manejarse argumentando lo normal y útil de la imaginación como arma terapéutica o, en última instancia, cambiar de foco.
- El punto focal es estresante. Puede manejarse tranquilizando a los pacientes con la idea de «experiencia segura», que no se pierde el control por dejarse llevar y experimentar. En última instancia, puede cambiarse de foco.

*Ejercicio de imaginación: transformar la imagen del dolor*

La gran ventaja de la imaginación es que siempre viaja con nosotros. El objetivo de este ejercicio es animar a los pacientes a conocer, explorar y usar las técnicas de transformación imaginativa del dolor. Es improbable que muchos las utilicen actualmente,

aunque algunos pueden hacerlo y tener sugerencias útiles para el grupo. Los puntos introductorios podrían ser los siguientes:

- La imaginación puede ser utilizada para transformar la experiencia del dolor, bien para reducir el dolor experimentado o bien para hacer el dolor menos angustiante.
- Estas técnicas pueden ser utilizadas en cualquier momento, pero pueden ser particularmente útiles cuando no funciona la distracción: por ejemplo, cuando el dolor es intenso.
- Estas técnicas son poderosas al máximo una vez que los individuos han desarrollado sus propios métodos. El desarrollo de estas técnicas es prácticamente ilimitado y depende ampliamente de su imaginación (y la del terapeuta).

Antes de realizar el ejercicio se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- El terapeuta debe conseguir un clima de seguridad y libertad para dar rienda suelta a la creatividad y a la experimentación por los pacientes.
- Debe promoverse la personalización del ejercicio, dando el control a los pacientes del proceso: por ejemplo, haciendo que construyan un relato incluyendo objetos y personas en él.

Ejercicio de transformar la imagen del dolor (tomado de Morley *et al.*, 1999). Este ejercicio consta de los siguientes pasos:

1. Realizar una breve relajación.
2. Pedir a los pacientes que encuentren el color de su dolor (o que le encuentren un tono).
3. Sugerir que cambien el color (o el tono) de su dolor.
4. Proponer que noten cualquier diferencia que experimenten en la calidad del dolor.

Se termina el ejercicio con: «*Abran sus ojos y estírense suavemente*».

Al finalizar el ejercicio, se discute con los pacientes acerca de la eficacia de la imaginación, del esfuerzo que han tenido que realizar para centrar su atención, de la necesidad de exploración y práctica para dominar la técnica, de lo abierta que tiene que ser su actitud para manejar la atención y, en general, de las cuestiones que ellos planteen.

Las dificultades más habituales que suelen plantearse son las siguientes:

- Imaginación sólo en blanco y negro. Debe manejarse tranquilizando a los sujetos, pues no es algo inhabitual.
- Dificultad para imaginar. Si persiste, hay que reformular el ejercicio para estos pacientes, haciéndolo más simple.

- Resistencia a dejarse llevar por imágenes. Quizá se deba a que el paciente se muestra incrédulo respecto a la técnica y, en este caso, puede manejarse poniendo ejemplos de la imaginación como arma terapéutica. Quizá se deba también a suspicacias: debe reafirmarse que «jugar con la imaginación» no supone que su dolor no es real. Y también puede tener raíces psicopatológicas: entonces debería profundizarse en el caso particular.

#### 4. Tareas para casa

A los pacientes se les explica que:

Para consolidar las habilidades adquiridas en esta sesión, elija uno de los dos ejercicios que encontrará a continuación (A o B) y realícelo diariamente.

Los ejercicios deben hacerse cuando haya niveles tolerables de dolor.

##### a. Práctica de la distracción y de la atención plena

1. Escoja una de las rutinas listadas abajo o piense en alguna de las suyas.
2. Atiéndala conscientemente cada vez que emprenda esta actividad en ese día particular.
3. Registre la realización de las rutinas en la tabla que aparece a continuación, indicando el grado de dolor y el éxito en la consecución de la atención en la rutina.
4. Rutinas:
  - DUCHÁNDOSE: sienta el agua golpeando varias partes de su cuerpo, su temperatura y fuerza, la sensación del jabón sobre la mano y el proceso de secado posterior.
  - DESAYUNANDO: saboree cada mordisco o sorbo, sienta los diversos sabores, texturas y olores.
  - PASEAR POR UNA RUTA FAMILIAR: observe cuidadosamente una característica específica o novedosa del medio ambiente.
  - Elija la suya propia.

<i>Fecha</i>	<i>Rutina</i>	<i>Dolor</i>	- Éxito +
10-12-06	Duchándome.	Leve-moderado-severo.	0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4

b. Práctica de la imaginación transformadora

1. Ponga una imagen a su dolor. Una manera de hacerlo es aplicar una imagen que concuerde con la sensación que tenga, como los nervios siendo estirados o atados en nudos; picahielos, dagas o rayos eléctricos penetrando en su cuerpo; tornillos pinzando o apretando varias partes de su cuerpo; martillos golpeando el cráneo; llamas ardiendo, etc.

2. Ahora transforme la imagen para reducir la sensación: por ejemplo, soltando los nudos, extrayendo los picahielos y dagas, aflojando los tornillos, suavizando los golpes del martillo, enviando aire gélido sobre las llamas, etc.

3. Puede preferir el uso de una imagen neutral para asociarla con el dolor transformándola después. Por ejemplo, podría imaginar el dolor como una neblina que se mantiene alrededor de usted pero que comienza a disiparse, o encontrar el «color» del dolor y después cambiarlo.

4. Realice este ejercicio dos veces al día.

5. Registre la realización del ejercicio en la tabla que aparece a continuación.



- Morley, S., J. Biggs y D. Shapiro, *Attention Management in Chronic Pain: A Treatment Manual*, 1999. <<http://www.leeds.ac.uk>> Acceso en junio de 2006.
- Morley, S., D. A. Shapiro y J. Biggs, «Developing a treatment manual for attention management in chronic pain», *Cognitive Behaviour Therapy*, 2004, vol. 33, n.º 1, págs. 1-11.
- Rodríguez L., F. J. Cano y A. Blanco, «Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico», *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2004, vol. 32, n.º 2, págs. 82-91.

## **CAPÍTULO 4**

### **SESIÓN INDIVIDUAL 1**

#### **1. Objetivos**

1. Comprobar la comprensión de la terapia y la adhesión terapéutica (realización de tareas en casa).
2. Tratar los problemas idiosincrásicos del paciente.

#### **2. Contenido**

Esta sesión no tiene contenido como tal, puesto que no se le da nueva información al paciente.

Se trata de contar aproximadamente con una hora para tratar los objetivos propuestos.

En primer lugar, se pregunta al paciente sobre las sesiones grupales previas. Concretamente, si las ha entendido, si tiene preguntas al respecto y, en general, se dejará tiempo para que el paciente nos comente todo lo que crea conveniente sobre el tema. La misión del terapeuta en este momento consiste en limitarse a escuchar y en contestar las preguntas y aclarar los puntos de las sesiones anteriores que el paciente no haya entendido con claridad.

Seguidamente, se le pregunta por las tareas realizadas en casa. Obviamente, no se trata de que el paciente se sienta controlado sino, muy al contrario, se le refuerza cualquier tarea que haya realizado. Y se enfatiza la importancia, para que la terapia sea efectiva, de su práctica diaria en casa.

Por último, se deja un espacio totalmente abierto para que el paciente nos hable de sus preocupaciones. Dado que el tema de la sexualidad no se trata en ninguna de las sesiones grupales, sería conveniente explorar si es un tema problemático para el paciente.

## **CAPÍTULO 5**

### **SESIÓN GRUPAL 4: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (SESIÓN 1)**

*María Isabel Casado, María del Carmen Martínez y María Ángeles Pastor*

#### **1. Revisión de tareas para casa**

Se pregunta al grupo sobre la realización de las tareas propuestas la semana anterior:

- ¿Cuáles han realizado? ¿Por qué motivo?
- ¿Las han realizado con la frecuencia prevista?
- ¿Les han resultado eficaces? ¿Por qué?
- En el caso de la distracción/atención plena, ¿qué rutinas han utilizado?
- En el caso de la imaginación transformadora, ¿qué imágenes han empleado?

Igualmente, se pregunta a los pacientes respecto a la práctica de la respiración y la relajación. Se comentan las posibles dificultades y se les refuerza su práctica.

#### **2. Objetivos**

La técnica de reestructuración cognitiva se desarrollará en dos sesiones.  
A continuación se especifican los objetivos de la primera sesión.

1. Instruir al paciente en el modelo cognitivo. Subrayar el papel de los pensamientos en nuestras emociones y conductas.
2. Aprender a diferenciar entre pensamientos negativos irracionales y preocupaciones racionales.
3. Entrenar a los pacientes en la observación, la identificación y el registro de pensamientos negativos irracionales.

#### **3. Contenido**

##### **3.1. EXPLICACIÓN COGNITIVA DEL MALESTAR EMOCIONAL**

Esta primera parte está diseñada con el objetivo de explicar al paciente el modelo cognitivo y la relación entre sus pensamientos y el malestar emocional.

Al paciente se le da la siguiente explicación:

A la hora de vivir una situación como estresante, tiene una gran importancia la valoración que la persona hace de la situación y de los recursos de que dispone para su correcto afrontamiento. El punto de partida de la técnica que se va a desarrollar es el supuesto de que aquello que nos decimos, es decir, nuestro diálogo interno, nuestros pensamientos, determinan nuestras respuestas emocionales, es decir, determinan cómo nos sentimos, e incluso el comportamiento con que reaccionamos ante las distintas situaciones.

Se pone el siguiente ejemplo:

Recordemos esas veces en que pensamos que todo nos sale mal; ¿no es cierto que nos sentimos deprimidos y reaccionamos de una forma negativa con quienes nos rodean?

Se sigue con la explicación:

Ante una situación o circunstancia determinada, las personas experimentamos consecuencias afectivas o conductuales, ya sean de alivio, satisfacción o malestar. Entre la situación y sus consecuencias, median nuestros pensamientos, creencias o evaluaciones de la situación. Esto es lo que conocemos como el modelo A-B-C.

Al llegar a este punto, se explicará el modelo A-B-C:

En este modelo **A** es el acontecimiento activador, un suceso real que se le presenta a la persona; **B** es el conjunto de pensamientos que se disparan en la persona como consecuencia de **A**, las valoraciones que la persona hace del acontecimiento, y **C** es el conjunto de consecuencias emocionales y conductuales que se producen en la persona.

*Ejemplo: entendiendo el modelo A-B-C*

Se comienza con un ejemplo, explicando a los pacientes:

Los pensamientos, las opiniones y las creencias que tengamos sobre lo que nos sucede, nuestra enfermedad y sus consecuencias, pueden influir de manera negativa o positiva sobre la percepción del dolor y sobre nuestras reacciones emocionales y nuestro comportamiento.

Proyectar como ejemplo la diapositiva 1:

<i>Acontecimiento A</i>	<i>Creencias B</i>	<i>Consecuencias C</i>
Preparando la cena siento un gran dolor en el brazo.	«¿Por qué tengo siempre este dolor?»; «Soy inútil»; «No sirvo ni para hacer la cena a mi familia»; «Esto no va a cambiar nunca»...	Emocional: tristeza. Conductual: no hacer la cena (abandono de la actividad).
	«Otra vez el dolor»; «Ya me ha pasado otras veces»; «Pararé un momento a ver si se pasa»; «Voy a pedir ayuda a mis hijos»...	Emocional: disgusto y tranquilidad. Conductual: búsqueda de soluciones.

DIPOSITIVA 1

Como vemos en el ejemplo, es posible que la forma en que se evalúa o se percibe una situación y los pensamientos que se generan al respecto sean incorrectos. En ese caso, las conductas con las que la persona reaccionará a esa situación y las emociones que experimentará serán desadaptativas. Así pues, aprenderemos a modificar esta forma inadecuada de interpretar las situaciones para que se den conductas y emociones adaptativas, que nos permitan seguir funcionando saludablemente.

Finalizaremos esta primera parte señalando la importancia de estos pensamientos:

Raras veces nos damos cuenta de ello, pero estos pensamientos son lo suficientemente poderosos como para crear las emociones más intensas. Por eso, es importante que aprendamos a identificar y trabajar con ellos. Con este fin, vamos a señalar una serie de características que nos ayuden a descubrirlos.

### 3.2. LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

Se comienza diciendo a los pacientes:

Hay muchos pensamientos que pueden incrementar el dolor y disminuir su tolerancia. Estos pensamientos se suelen disparar con mucha rapidez y en ocasiones resulta difícil ser consciente de ellos. Pueden ser una simple palabra o una breve frase, como «¿Por qué a mí?». Este tipo de pensamientos se conocen como pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son aquellos que se disparan rápidamente ante una situación o circunstancia determinada. Constituyen el diálogo, la charla que mantenemos con nosotros mismos. Se tiende a denominarlos automáticos dado que dicho término describe más adecuadamente la forma en que se experimentan, sin reflexión ni razonamiento previo.

Empezamos explicando a los pacientes las características de los pensamientos automáticos:

Una de las características es su **espontaneidad**, es decir, aparecen de repente en nuestra mente y, en ocasiones, los vivimos como intrusivos.

Nuestros pensamientos automáticos son de carácter emocional, no racional. Ahora bien, independientemente de su irracionalidad, los pensamientos automáticos son casi siempre **creídos** por la persona. Son tan válidos y creíbles porque, debido a su carácter automático, no se cuestionan. De esta forma, no permiten ser probados ni ser sometidos a un análisis lógico que nos hagan reflexionar sobre sus implicaciones y sus consecuencias.

A menudo, los pensamientos automáticos parecen un telegrama, compuestos de unas pocas palabras o frases esenciales o por una imagen visual breve. En este sentido, una palabra o frase funciona como disparador de un conjunto de recuerdos, miedos o reproches a uno mismo. A estas características hay que sumar que, por a su carácter automático, son **difíciles de desviar**, de forma que se entremezclan con otros pensamientos, yendo y viniendo sin que nos demos cuenta de ello.

Otra de sus características es su **idiosincrasia**, pues son propios y característicos de cada persona, que les da un significado específico. Por otro lado, los pensamientos automáticos suelen ser **negativos**, es decir, tienden a dramatizar, a predecir catástrofes y siempre suponen lo peor. Por ello, anteceden a emociones negativas como la ansiedad.

Por último, tengamos en cuenta que los pensamientos automáticos son **aprendidos** y, por ello, también pueden desaprenderse y sustituirse por otros pensamientos alternativos más positivos y ajustados a la realidad.

En este momento, es conveniente resumir y ejemplificar las características de los pensamientos automáticos a fin de que para los pacientes resulte más sencilla su identificación.

Resumiendo, las características fundamentales de estos pensamientos automáticos serían las siguientes:

- **Específicos, discretos**, pues aparecen en nuestra mente casi sin darnos cuenta.

Por ejemplo, es frecuente que una persona al empezar a sentir más dolor en la espalda, de repente piense: «Otra vez... Soy una inútil».

- **Taquigrafiados**, compuestos de pocas palabras o frases o incluso por una representación visual breve.

- **Creídos** a pesar de ser irracionales y no basarse en ninguna evidencia suficiente.

- **Espontáneos**, difíciles de controlar, aparecen de repente en nuestra mente.

- Aparecen como **obligaciones** que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias. Se expresan en términos de «habría de», «tendría que» o «debería».

Por ejemplo, es frecuente que cuando una persona empieza a sentir más dolor en la espalda, piense: «Debería ser capaz de hacer mi trabajo como siempre lo he hecho».

- **Dramatizan** o **exageran** las cosas, suponiendo siempre lo peor.

Por ejemplo, una persona sale de casa para ir al trabajo y piensa: «Seguro que hoy empieza a dolerme otra vez en cuanto empiece a trabajar. No podré soportarlo».

- Son propios y **característicos de cada persona**, pues ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo «tener la razón», sin atender a otros datos o valoraciones distintas.

Por ejemplo, una persona a la que varios compañeros de trabajo se le adelantan camino de la cafetería y piensa: «Me tratan como a un inútil».

- Son **difíciles de desviar**, se mezclan en nuestra mente con otros pensamientos, sin que nos demos cuenta de ellos.
- Son **aprendidos**, por tanto pueden también desaprenderse y sustituirse por otros más positivos y ajustados a la realidad.

Una vez finalizada la explicación de los pensamientos automáticos, es conveniente cerrar este apartado subrayando la importancia de conocer e identificar este tipo de pensamientos. Así, diremos a los pacientes:

Recordemos que existen pensamientos que hacen que suframos sin motivo alguno. Son las interpretaciones, lo que la gente se dice a sí misma sobre su experiencia, las que generan ansiedad o estrés. Por eso, es importante identificar cómo nos hablamos a nosotros mismos, para luego poder trabajar.

A continuación, se expone un símil para comprender de otra manera este tipo de pensamientos.

Imagínese una gárgola en su hombro; como las gárgolas son de piedra, esta gárgola le hunde y le dificulta moverse para realizar cualquier tipo de actividad. Además, le está constantemente susurrando al oído. Los mensajes son negativos, humillantes, le culpabilizan por todo. Si se encuentra mal, la gárgola le afirma rotundamente que así se sentirá siempre. Y lo peor es que usted cree todo lo que le susurra. Son mensajes rápidos, cortos, negativos, que aparecen en el momento menos esperado, a veces son tan rápidos que casi ni se da cuenta de lo que le dice la gárgola, pero siempre le deja una sensación pésima en el cuerpo. En las próximas semanas, deberá aprender a identificar cuáles son estos mensajes y ser consciente que vienen de la gárgola.

### 3.3. TIPOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS O ERRORES DE PENSAMIENTO

Una vez que se ha explicado qué son los pensamientos automáticos y se han enumerado y explicado sus características, se comienza con la explicación de las distorsiones cognitivas.

Los pensamientos automáticos contienen a menudo distorsiones cognitivas que es preciso identificar y corregir. Las distorsiones cognitivas son errores que cometemos cuando procesamos la información. Estos errores dan lugar a respuestas no adaptativas.

En este punto, se enumeran y se explican mediante ejemplos los tipos de distorsiones cognitivas más frecuentes.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes son las siguientes:

- *Filtraje*. Se caracteriza por una especie de visión de túnel: sólo se ve un elemento de la situación y se omite el resto. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Este tipo de distorsión cognitiva es la que se da, por ejemplo, cuando una persona piensa: «Pudo ser un estupendo día de trabajo, si no hubiera sido por este dolor».

- *Pensamiento polarizado*. En este tipo de distorsión, todo es blanco o negro, bueno o malo, no hay términos medios. Si aplicamos este tipo de pensamiento a nosotros mismos, seremos fracasados o estúpidos cuando no seamos perfectos. Este tipo de distorsión es la que aparece cuando, ante la dificultad para hacer las cosas con la misma rapidez que antes, la persona piensa: «No sirvo para nada, ya no puedo hacer nada bien», sin considerar que puede seguir haciendo cosas a otro ritmo.

- *Maximización o dramatización*. Se exagera la importancia de un hecho o situación o de sus consecuencias. Cuando una persona afirma «He tenido que dejar este trabajo por culpa del dolor, ya no voy a poder trabajar nunca», está cometiendo el error de maximización o dramatización.

- *Generalización (absolutos)*. Se extrae una conclusión general de un simple incidente. Si ocurre algo malo en alguna ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez. Se detecta a partir de palabras como *todo, nada, siempre, nunca, nadie...* Una persona comete el error cognitivo de generalización cuando piensa «Siempre este horrible dolor», «Nunca voy a poder librarme de él» o «Nadie puede entender cómo me duele», etc.

- *Falacias de control*. Existen dos polos en este tipo de distorsión. Por un lado, la persona puede verse con una falta absoluta de control que la lleva a verse desamparada, como una víctima del destino. Por ejemplo, cuando la persona dice «Si los demás cambiasen su actitud hacia mí, yo me sentiría mejor». Y, por otro lado, la persona puede tener una sensación de control y responsabilidad sobre todo lo que ocurre a su alrededor. Esta falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean. Se da cuando una persona cree, por ejemplo, que tiene la culpa de que los demás sufran por estar siempre quejándose.

- *Deberían...* La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que no siguen esas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma. Un ejemplo de este tipo de distorsión sería cuando una persona piensa «Debo llevar a mis hijas a la piscina aunque me duela mucho la espalda, tengo que ser una buena madre».

- *Culpabilidad*. La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los problemas. Este tipo de distorsión se observa en frases como las siguientes: «Todos los días ocurre algún problema por mi culpa», «La culpa de este insoportable dolor es de lo nerviosa que me ha puesto mi familia».

- *Anticipación de catástrofe*. La persona espera el desastre: a partir de un pequeño signo se presienten consecuencias catastróficas. Estos pensamientos suelen empezar con un «¿Y si...?». Una persona comete el error cognitivo de anticipación de catástrofe cuando, ante un par de días con dolor de cabeza, se pregunta «¿Y si además tuviera un tumor?».

- *Interpretación del pensamiento.* Sin mediar palabra, la persona cree saber qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. Una persona estaría cometiendo este tipo de error cognitivo al pensar «Me pregunta cómo estoy porque le doy pena».

### 3.4. IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS QUE GENERAN EMOCIONES NEGATIVAS

Una vez se ha explicado a los pacientes qué son los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas y las características de ambos conceptos, llega el momento de practicar la identificación y el registro de los pensamientos que provocan emociones negativas en nuestros pacientes.

Se comienza esta fase de la terapia diciendo a los pacientes:

El primer paso para cambiar un pensamiento es detectarlo, tarea que requiere un entrenamiento. La mejor señal de que se está usando un estilo de pensamiento inadecuado es la presencia de emociones negativas e intensas: sentirse nervioso, angustiado, ansioso, enfadado, triste. Por otro lado, los conflictos con familiares, compañeros de trabajo, superiores o personal sanitario, entre otros, también pueden ser un indicio de tales pensamientos. En estos casos, debemos fijarnos en lo que nos decimos a nosotros mismos y en cómo justificamos nuestro punto de vista sobre el conflicto.

Por tanto, el primer paso para detectar la aparición de un pensamiento automático es ser conscientes de que estamos experimentando una emoción que no nos hace sentir bien. Una vez detectada la emoción debemos identificar los pensamientos propiamente dichos. Dado su carácter automático, hemos de prestar atención a la emoción e intentar recoger en ese instante los pensamientos que se están teniendo. Una vez que sepamos realizar esta tarea en el momento, también podemos intentarlo yendo «hacia atrás», es decir, hacer un repaso del día al final del mismo: identificaremos emociones negativas, la situación asociada, describiremos los pensamientos que tuvimos previos a la emoción (identificar su «frase clave»: «¿Y si...?», «Nunca...») y desarrollarlos de forma completa.

### 3.5. EJEMPLO: IDENTIFICANDO PENSAMIENTOS

Antes de realizar el ejercicio se pone un ejemplo (diapositiva 2).

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Emoción</i>
	Situación o recuerdo que le hace sentir mal.	Pensamientos automáticos que vienen a la mente y grado de credibilidad que le damos a los mismos.	Emociones que experimenta e intensidad de las mismas.
Martes, 12:00	Estoy en casa planchando, y me empieza a doler el hombro.	Soy una inútil, no sirvo para nada, ni para las tareas más sencillas.	Ira.

DIPOSITIVA 2. Autorregistro. Diario de pensamientos automáticos.

Se propone en este punto un ejercicio para asegurarnos de que la explicación ha llegado a los pacientes:

Hagamos un pequeño ejercicio a modo de ejemplo.

(Se utiliza el siguiente registro que los pacientes tienen en su dossier.)

Proyectar la diapositiva 3:

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Emoción</i>
	¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	Tipo de distorsión.	¿Qué he sentido? ¿Con qué intensidad?

DIPOSITIVA 3. Diario de pensamientos automáticos.

- Piensen en la última vez en que se sintieron mal (ansiosos, irritados, desesperados, deprimidos...). Escribanlo en el apartado «Emoción».

- ¿Dónde estábamos?, ¿qué estábamos haciendo?, ¿con quién estábamos? Escribanlo en el apartado «Situación».

- Ahora, intenten identificar qué estaban pensando antes de sentirse de ese modo. Seguro que, con calma, identificamos alguna frase, palabra que, si la completamos, nos llevará a un pensamiento entero.

- Una vez que tienen identificados los pensamientos automáticos que surgen en una determinada situación y que les provocan malestar emocional, pasen a identificar el tipo de distorsión cognitiva, *o error de pensamiento, que estamos cometiendo* (filtraje, generalización, culpabilidad, etc.).

Se pedirán voluntarios para comentar sus anotaciones. Después de poner en común las opiniones de los pacientes, se continuará con nuestra explicación sobre el registro de los pensamientos automáticos.

Conocer las características de los pensamientos automáticos nos va a ayudar a poder percibirlos e identificarlos. Para ello, durante un tiempo (por ejemplo una semana), cada vez que experimente una emoción desagradable, busque el pensamiento que la acompaña. Ya que, como sabemos, las emociones negativas que experimentamos dependen de nuestros pensamientos automáticos, es fundamental que conozcamos bien esos pensamientos que disparan las emociones.

Para ello, cada vez que experimentemos una emoción desagradable, rellenen el formulario del dossier.

Hay que usar el diario de pensamientos durante una semana, insertando las anotaciones sólo cuando se sienta una emoción negativa y recogiendo los pensamientos que aparecen unidos a ésta.

A modo de resumen, se comenta en la diapositiva de la página siguiente (diapositiva 4).

#### **4. Tareas para casa**

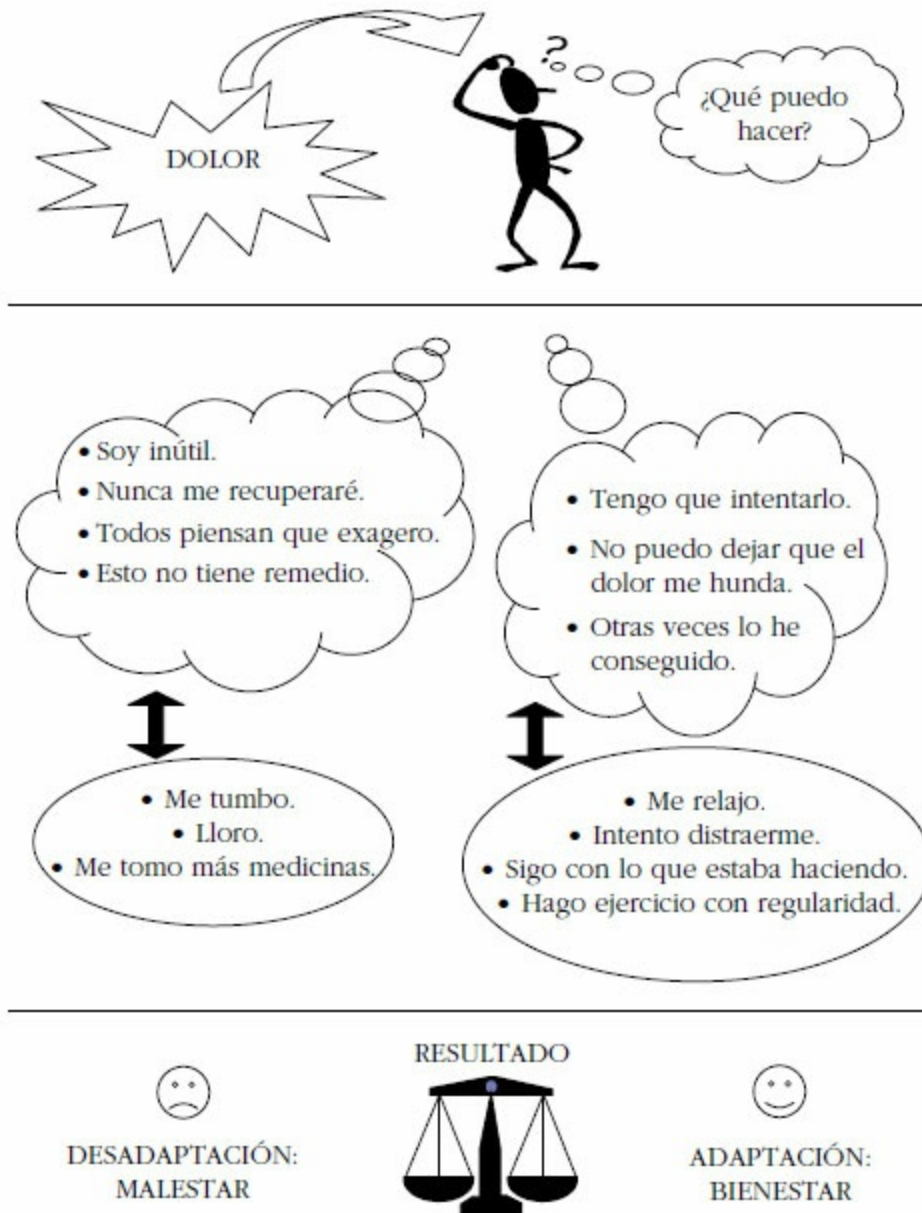
Las instrucciones que se les da a los pacientes para las tareas para casa son las siguientes:

Identificar los pensamientos automáticos cumplimentando el diario de pensamientos que encontrará a continuación. Esta tarea debe hacerla a lo largo del día, intentando rellenar el registro de forma inmediata a la aparición del pensamiento.

Respecto a la relajación, la próxima semana, en lugar de practicar el tipo de relajación que ha practicado hasta ahora, deberá realizar la llamada relajación por concentración. Aprenderá una nueva manera de relajarse consistente en ir centrando la atención en diversos grupos musculares y sin hacer ninguna tensión previa, se irá relajando centrándose en esas zonas, percibiendo distintas sensaciones asociadas y dándose ordenes de aflojar, soltar, abandonar. Este tipo de relajación la encontrará en el CD (pista 3) y únicamente debe seguir las instrucciones.

##### **4.1. DIARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

La tabla siguiente le servirá como modelo para anotar las emociones que le hacen sentir mal durante el día, los pensamientos que provocan esas emociones y las situaciones concretas en las que tienen lugar los pensamientos y las emociones.



DIAPPOSITIVA 4. Resumen del proceso de reestructuración cognitiva.

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Emoción</i>
	¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	Tipo de distorsión.	¿Qué he sentido?

## 5. Bibliografía

- Beck, A. T., *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, Nueva York, International Universities Press, 1976.
- Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983.
- Boureau, F., *Controla tu propio dolor: aprender a hacer frente a un dolor rebelde*, Bilbao, Mensajero, 1989.
- Ellis, A. y R. Grieger, *Manual de terapia racional-emotiva*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981.
- McKay, M., M. Davis y P. Fanning, *Thoughts & feelings: The art of cognitive stress intervention*, Richmond, New Harbinger Publications, 1981.
- Méndez, F. X., J. Olivares y P. Moreno, «Técnicas de reestructuración cognitiva», en Olivares J. y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004 págs. 409-442.
- Rodríguez-Naranjo, C. «Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones», en Gavino A. (coord.), *Técnicas de terapia de conducta*, Barcelona, Martínez Roca, 1997, págs. 126-143.

## **CAPÍTULO 6**

### **SESIÓN GRUPAL 5: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (SESIÓN 2)**

*María Isabel Casado, María del Carmen Martínez y María Ángeles Pastor*

#### **1. Revisión de las tareas para casa**

Se pregunta al paciente sobre la práctica de la relajación por concentración. Se comentan las posibles dificultades y se refuerzan los avances.

Se explica al paciente:

El proceso de eliminar las distorsiones cognitivas consta de cuatro pasos. De los cuatro, ya hemos trabajado los tres primeros. Antes de trabajar el último paso, vamos a revisar las tareas que habéis hecho en casa y que tienen que ver con el entrenamiento en la identificación de la distorsión cognitiva.

Una vez revisadas y comentadas las tareas para casa de la primera sesión, pasamos a enumerar y explicar los pasos del proceso por el cual se van a combatir las distorsiones cognitivas.

#### **2. Objetivos**

1. Ofrecer estrategias de reestructuración cognitiva para aquellas preocupaciones negativas no basadas en la realidad.
2. Aplicar las estrategias mostradas para la sustitución de los pensamientos negativos.

#### **3. Contenido**

##### **3.1. ESTRATEGIAS PARA SUSTITUIR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS O DISTORSIONES COGNITIVAS POR RESPUESTAS RACIONALES**

Se comienza esta fase de la terapia diciendo a los pacientes:

Cuando tenemos identificadas las distorsiones cognitivas, llega el momento de modificar esos pensamientos automáticos que nos provocan malestar y sustituirlos por otros que nos hagan sentir bien. Para combatir las distorsiones, utilizaremos una técnica que iremos simplificando a medida que vayamos ganando habilidad.

Se comienza diciendo a los pacientes que los pasos para combatir las distorsiones son los siguientes:

1. Nombrar la emoción. Cuando somos conscientes de que experimentamos una emoción que nos hace sentir mal, el primer paso es nombrarla, describirla: enfado, tristeza, nerviosismo...

2. Describir la situación o suceso. Una vez que se tiene identificada la emoción que nos hace sentir mal, se debe especificar la situación concreta en la que nos encontramos al sentir esta emoción desagradable. Así, primero haremos una descripción detallada de la situación por la que se siente malestar, como si se contara a un amigo.

3. Identificar las distorsiones. Una vez que tenemos identificada la emoción desagradable y el pensamiento que la acompaña, utilizaremos el listado de distorsiones cognitivas para asociar nuestro pensamiento a un tipo de distorsión concreta.

4. Eliminar las distorsiones. Cuando tenemos asociado el pensamiento que nos hace sentir mal con un tipo determinado de distorsión llega el momento de eliminar dicha distorsión, que es la causa de nuestro malestar. Para ello, seguiremos los siguientes pasos:

4.1. *Criticar estos pensamientos*. Aplicar criterios de racionalidad:

Objetividad:

- Qué soporte real existe para esta idea: ¿es objetiva?, ¿se ajusta a la realidad?

- De qué datos reales dispongo para concluir que es verdadera o falsa: ¿pueden respaldarse con datos y ser comprobadas?

Utilidad:

- ¿Este pensamiento sirve para algo?: ¿ayuda a conseguir metas?, ¿a ser más feliz?, ¿a cambiar la situación?, ¿a eliminar conflictos?

4.2. *Discusión cognitiva*. Asumir temporalmente la posibilidad de que la idea sea real y discutirla.

- ¿Qué es lo peor que puede pasar si esta idea fuera correcta?, ¿hasta qué punto es tan malo?

- ¿Qué consecuencias tiene que sea real?, ¿son tan catastróficas?, ¿qué cosas buenas podrían ocurrirme?, ¿qué alternativas habría si la idea fuera real?

4.3. *Sustituir los pensamientos distorsionados* por otros pensamientos que generen respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas (recordar el esquema ABC).

Todos estos pasos se realizarán como tareas para casa anotándolo en un registro (enseñar el registro en la diapositiva 1).

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Pensamiento adaptativo</i>
¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	¿Qué he sentido?	Tipo de distorsión.	Crítica del pensamiento irracional. Sustituir por un pensamiento más adaptativo.

DIAPPOSITIVA 1. Autorregistro: reestructuración cognitiva.

La tabla de la diapositiva 1 es una ampliación de las que usó en la sesión anterior, lo único que usted tendrá que añadir es un pensamiento que sustituya al pensamiento que le ha provocado emociones desagradables y que le ha hecho sentir mal.

Para sustituir el pensamiento irracional por un pensamiento adaptativo puede consultar los criterios de racionalidad. Recuerde: objetividad, utilidad...

### 3.2. RESPUESTAS RACIONALES PARA SUSTITUIR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

A continuación, se presenta el listado de reacciones racionales correspondientes a los pensamientos distorsionados comentados con anterioridad. La importancia de esta técnica no radica sólo en identificar los pensamientos irracionales sino en poder transformarlos y adaptarlos a nuestro objetivo. Las pautas que a continuación se describen pueden guiarnos a la hora de refutar el pensamiento distorsionado (se comenta la tabla de la diapositiva 2).

<i>Distorsiones</i>	<i>Estrategias</i>
<p><b>Filtraje.</b>            «Pudo ser un estupendo día de trabajo si no hubiera sido por el dolor.»</p>	<p><b>Fijarse en otros elementos.</b>            «Hubo cosas buenas y otras molestas.»</p>
<p><b>Pensamiento polarizado.</b>            «No sirvo para nada, ya no puedo hacer nada bien.»</p>	<p><b>Las cosas no son blancas o negras.</b>  <b>Pensar en porcentajes.</b>            «Lo haré pero más despacio. EL 60% de las veces lo consigo.»</p>
<p><b>Maximización o dramatización.</b>            «He tenido que dejar este trabajo por culpa del dolor, ya no voy a poder trabajar nunca.»</p>	<p><b>Evaluar las consecuencias reales de la situación. Valorar las implicaciones para la vida.</b>            «Quizá no pueda volver a trabajar en lo mismo, pero hay otras posibilidades;»            «Dejar este trabajo me servirá para no sufrir tanto dolor.»</p>
<p><b>Generalización.</b>            «Siempre este horrible dolor. Nunca voy a poder librarme de él.»</p>	<p><b>Cuantificar:</b> «¿Qué significa "siempre"?, ¿las veinticuatro horas del día?»  <b>¿Hay pruebas para las conclusiones?:</b> «¿Qué pruebas me dicen que no me libraré "nunca" del dolor?», «¿nunca es ni siquiera cinco minutos al día?»  <b>No existen absolutos:</b> <i>Siempre, nunca, todo, nada...</i> son términos absolutos que no existen en la vida. «A veces», «con frecuencia», «rara vez»... son expresiones que se ajustan más a la realidad.</p>
<p><b>Falacia de control.</b>            «Yo tengo la culpa de que los demás sufran por estar siempre quejándome.»</p>	<p><b>Cada uno es responsable de sí mismo.</b>  <b>Valorar cuál es la parte que realmente controla y cómo se ejerce ese control.</b>            «Soy responsable de mis propios problemas y reacciones.»</p>

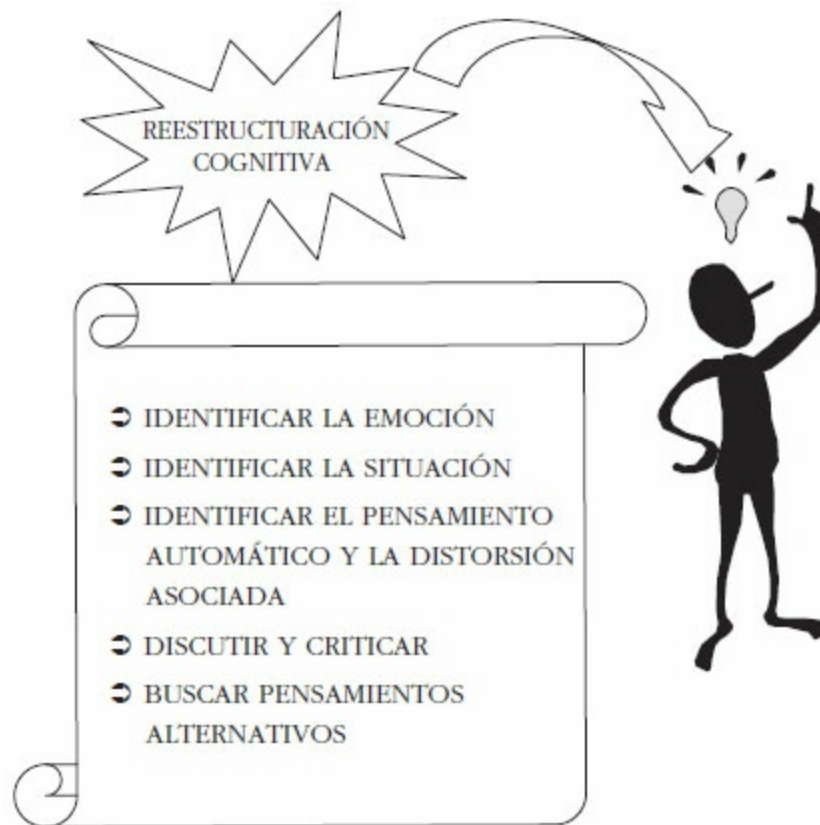
<p><b>Debería.</b> «Debo llevar a mis hijas a la piscina aunque me duela mucho la espalda, tengo que ser una buena madre.»</p>	<p>«Debo», «Tengo»... implican obligación y, por tanto, presión. <b>Sin embargo, «Quiero», «He decidido»... implican motivación para hacer algo.</b> «He decidido llevar a mis hijas a la piscina.»</p>
<p><b>Culpabilidad.</b> «Todos los días ocurre algún problema por mi culpa.»</p>	<p><b>Responsabilidad es diferente de culpabilidad.</b> «Existe una diferencia entre sentirse responsable y culparse. Sentirse responsable significa asumir las consecuencias de nuestros actos; culparse significa atacarse a sí mismo deliberadamente, sin buscar soluciones a los posibles errores cometidos.»</p>
<p><b>Anticipación de catástrofe.</b> Tras un par de días con dolor de cabeza: «¿y si además tuviera un tumor?»</p>	<p><b>Buscar probabilidades reales de consecuencias catastróficas. Analizar objetivamente la situación y soluciones.</b> «Este tipo de pensamientos generan altos niveles de ansiedad», «Conviene reflexionar cuáles son las probabilidades reales de que dos días con dolor de cabeza signifiquen la existencia de un tumor.»</p>
<p><b>Interpretación del pensamiento.</b> «Me pregunta cómo estoy porque le doy pena.»</p>	<p><b>Poner a prueba los pensamientos que «creemos» que tienen los demás.</b> «¿Qué pruebas tengo para creer que piensa así?»</p>

DIPOSITIVA 2

*Ejercicio-ejemplo de sustitución de pensamientos automáticos*

Se escogerá algún ejemplo de los registros que los pacientes hayan realizado en casa y entre todos se criticará el pensamiento siguiendo las pautas anteriormente dadas y se sustituirá por uno positivo.

A modo de resumen, se explicará la diapositiva 3.



DIAPPOSITIVA 3. Resumen del proceso de reestructuración cognitiva.

#### 4. Tareas para casa

Las explicaciones para las tareas para casa son las siguientes:

Identificar los pensamientos automáticos, identificar las distorsiones cognitivas asociadas a cada pensamiento y sustituir los pensamientos distorsionados por pensamientos adaptativos que generen respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas. Esta tarea debe hacerla a lo largo del día, intentando rellenar el autorregistro de reestructuración cognitiva de forma inmediata a la aparición del pensamiento. El autorregistro se encuentra en la parte inferior de la página. Si no es posible en ese momento, al final del día, se deben dedicar unos minutos a trabajar sobre los pensamientos irracionales tratando de criticarlos, discutirlos y buscar pensamientos alternativos.

Respecto a la relajación, la próxima semana practique la que usted prefiera (relajación por tensión o por concentración). Es muy importante que también practique la respiración y la relajación en su vida diaria. En cualquier momento (en el trabajo, en el coche, mientras lee o ve la tele...), realice dos o tres respiraciones diafragmáticas y un breve recorrido corporal intentando identificar qué parte del cuerpo tiene tensada y relajarla.

La siguiente tabla es una ampliación de las que usó en la sesión anterior, lo único que usted tendrá que añadir es un pensamiento que sustituya al pensamiento que le ha provocado emociones desagradables y que le ha hecho sentir mal.

Para sustituir el pensamiento irracional por un pensamiento adaptativo puede consultar los criterios de racionalidad, recuerde: objetividad, utilidad...

*Autorregistro de reestructuración cognitiva*

<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Emoción</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Pensamiento adaptativo</i>
¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	¿Qué he sentido?	Tipo de distorsión.	Sustituir por un pensamiento más adaptativo.

**5. Bibliografía**

Beck, A. T., *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, Nueva York, International Universities Press, 1976.

Beck, A. T.; A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983.

Boureau, F., *Controla tu propio dolor: Aprender a hacer frente a un dolor rebelde*, Bilbao, Mensajero, 1989.

Ellis, A. y R. Grieger, *Manual de terapia racional-emotiva*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981.

McKay, M., M. Davis y P. Fanning, *Thoughts & feelings: The art of cognitive stress intervention*, Richmond, New Harbinger Publications, 1981.

Méndez, F. X., J. Olivares y P. Moreno, «Técnicas de reestructuración cognitiva», en Olivares, J. y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004, págs. 409-442.

Rodríguez-Naranjo, C., «Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones», en Gavino, A. (coord.), *Técnicas de terapia de conducta*, Barcelona, Martínez Roca, 1997, págs. 126-143.



## **CAPÍTULO 7**

### **SESIÓN GRUPAL 6: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

*María Isabel Casado, María del Carmen Martínez y María Ángeles Pastor*

#### **1. Revisión de tareas para casa**

Respecto a la relajación, se pregunta a los pacientes qué modalidad (por tensión o por concentración) han elegido practicar, los posibles problemas y si han intentado generalizarla a su vida diaria.

Se les pregunta si han tenido dificultades al rellenar el autorregistro de reestructuración cognitiva, sobre todo la columna de pensamientos alternativos.

#### **2. Objetivos**

1. Instruir al paciente en los principios de la técnica de solución de problemas.
2. Mostrar y explicar las diferentes fases de la técnica.
3. Aplicar el procedimiento a un problema seleccionado por el paciente.

#### **3. Contenido**

##### **3.1. EXPLICACIÓN SOBRE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Se comienza la sesión diciendo a los pacientes:

Las personas tenemos que enfrentarnos todos los días a multitud de conflictos: unos, insignificantes, como qué comida preparo mañana; otros, más complejos, como encontrar empleo o resolver asuntos familiares.

Tener problemas es algo natural en la vida de todas las personas. Ahora bien, lo que diferencia a unas personas de otras es el modo en que resuelven esas situaciones conflictivas.

Se continúa explicando a los pacientes:

La forma en la que las personas se enfrentan a sus problemas depende de muchos factores: por un lado, influye la amenaza que cada uno percibe ante el conflicto; por otro, influyen las habilidades con las que se cuenta para superarlo, la experiencia previa o el tiempo de que se disponga para tomar la decisión.

Tras esta breve introducción, se explica la finalidad de la técnica de solución de problemas:

El entrenamiento en solución de problemas pretende enseñar un método eficaz para la solución de los problemas. Es un procedimiento que ayuda a las personas a identificar un problema, a crear varias alternativas de solución y a seleccionar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas.

Antes de describir los diferentes componentes del proceso, conviene que el terapeuta explique a los pacientes algunas ideas clave. Se dice a los pacientes:

Antes de pasar a ver uno por uno los pasos de esta técnica, conviene que reflexionemos sobre algunas ideas que nos ayudarán a comprender esta técnica.

Proyectar la diapositiva 1.

*Ejercicio: comprendiendo los objetivos de la solución de problemas*

Antes de pasar al siguiente punto, se hace una ronda de preguntas sobre el grado de acuerdo o de desacuerdo con el planteamiento realizado:

¿Están de acuerdo en que cuando una persona se encuentra triste o enfadada por un problema, se bloquea y le cuesta más pensar en las posibles soluciones? ¿Creen que cualquier respuesta puede ser una solución válida? ¿Están de acuerdo con que una misma situación puede ser un problema para una persona y no para otra?

- *Las situaciones no son el problema.* El problema es no responder o no encontrar la solución a la situación que nos preocupa.
- *Ninguna situación es por sí misma problemática.* Hay que aprender a definir los problemas no como situaciones imposibles sino como soluciones inapropiadas.
- **PROBLEMA** es el fracaso para encontrar una respuesta eficaz.
- **SOLUCIÓN** es una respuesta que es efectiva para alterar o modificar la situación problemática.
- **SOLUCIÓN DE PROBLEMAS** es el proceso a través del cual una persona descubre medios efectivos para enfrentarse a los problemas que aparecen en el día a día.
- Las **EMOCIONES** juegan un papel importante, facilitando o dificultando la solución de problemas. Las emociones negativas (ansiedad, ira, tristeza) dificultan el reconocimiento de los problemas e impiden ver las soluciones, ya que complican la búsqueda de alternativas y dificultan el pensar con claridad.

DIAPPOSITIVA 1

El terapeuta pide ejemplos de problemas cotidianos y se intenta aplicar lo explicado con preguntas dirigidas al paciente.

### 3.2. COMPONENTES DEL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

#### *Explicación de las fases del proceso de solución de problemas*

Se inicia la explicación diciendo a los pacientes:

El proceso de solución de problemas que vamos a ver consta de cinco fases que vamos a ir explicando detalladamente y que, posteriormente, pondremos en práctica.

Las fases de esta técnica son las siguientes:

#### 1. Orientación hacia el problema

El terapeuta comienza explicando a los pacientes:

La actitud que muestra una persona ante un problema influye en su manera de responder al mismo. Normalmente, la actitud que mostramos ante una dificultad es negativa. Solemos decirnos cosas como «Esto sólo me ocurre a mí», «No voy a ser capaz de solucionarlo», «Se me va de las manos, no voy a poder con ello», etc. Sin embargo, hay otros acercamientos a los problemas que favorecen su resolución eficaz, como aceptar los problemas como parte de la vida, reconocer las situaciones problemáticas cuando se presentan y procurar no responder de manera impulsiva. Recordemos que nuestra habla interna influye en nuestras reacciones emocionales y en nuestros comportamientos.

Conviene que se clarifique el objetivo que se persigue en esta primera fase, diciendo lo siguiente:

El principal objetivo de esta fase es desarrollar una actitud positiva a la hora de enfrentarnos a las situaciones problemáticas, es decir, aumentar nuestra creencia de que somos capaces de enfrentarnos a los problemas de una forma eficaz, ya que esto influirá en la puesta en marcha de las habilidades para la solución del problema.

Se debe fomentar la creencia de que los problemas son algo normal, pero que se pueden afrontar y resolver de forma eficaz.

#### 2. Definición y formulación del problema

Se continúa con el siguiente planteamiento:

Después de reconocer la existencia de un problema y alcanzada una orientación positiva hacia el mismo, es el momento de definir la situación problemática en términos concretos, ya que una correcta definición del problema será decisiva para poder buscar soluciones apropiadas.

El objetivo que se persigue en esta segunda fase es llegar a identificar y comprender bien nuestro problema. Habrá que intentar llegar a las causas que han provocado la aparición y el mantenimiento del problema. Ese proceso nos permitirá formular soluciones y metas realistas.

#### 3. Generación de soluciones alternativas

Para seguir con el tercer punto en el proceso de resolución de problemas, se expone lo siguiente:

Llegados a este punto, es el momento de que cada persona establezca metas realistas para la situación problemática a la que se enfrenta. En esta etapa hay que tener claro qué objetivos se quieren conseguir, qué obstáculos se tendrán que superar y cómo se puede conseguir.

Conviene que se señale la finalidad de esta fase de la técnica:

El objetivo que se persigue en esta etapa de la técnica es que la persona sea capaz de buscar posibles soluciones a los problemas formulados y de nombrar el mayor número posible de soluciones alternativas, sin detenerse a juzgar su validez por el momento; eso se hará en el siguiente paso.

#### 4. Toma de decisiones

Ésta es una fase decisiva dentro del proceso y así debe transmitirse:

Estamos llegando al final del proceso y nos encontramos en una fase decisiva de la técnica. Para que la resolución de problemas resulte eficaz, en esta fase es importante que se analice y se valore lo adecuada que es cada una de las alternativas que se han planteado en la fase anterior, es decir, el objetivo fundamental de esta fase es seleccionar la alternativa o las alternativas más apropiadas para la solución del problema, pensando en las ventajas y los inconvenientes de cada una de las alternativas.

#### 5. Ejecución y verificación

El terapeuta se dirige a los pacientes diciendo a continuación:

Nos encontramos en la última fase, la que requiere el mayor esfuerzo por su parte, ya que se trata de la puesta en práctica de la alternativa elegida como mejor solución para el problema. Ésta es una etapa difícil, ya que al poner en práctica la solución elegida podemos encontrarnos con resultados inesperados. Quizá el problema se resuelva, pero quizá no se resuelva o sólo se resuelva a medias. En estos casos, se deberá pensar en qué ha podido pasar, para volver a intentarlo y llegar a solucionarlo.

*Ejercicio: Aplicando las fases de la técnica de solución de problemas*

Siguiendo las fases de la diapositiva 2, se ejemplificarán todas las fases.

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Ejecución y verificación.

DIPOSITIVA 2

*Fase 1: Orientación hacia el problema*

Se comienza explicando al paciente lo siguiente:

Para poder afrontar un problema lo primero que se debe hacer es reconocer que se tiene dicho problema, se debe adoptar una actitud positiva aceptando que los problemas son normales en la vida de cualquier persona y éstos son aún más importantes y frecuentes cuando se padece una enfermedad crónica.

Algunas frases que nos decimos a nosotros mismos pueden ayudar a desarrollar esa actitud positiva y favorecedora ante los problemas.

Se dan los siguientes ejemplos:

«Tengo que reconocer los problemas y no evitarlos.»

«Creo que soy capaz de resolver los problemas de forma eficaz.»

«No me voy a precipitar al dar una respuesta.»

«Esto ya me ha pasado otras veces, si mantengo la calma podré pensar sobre ello.»

«Un problema es aquella situación que tiene una solución y debo ponerme en marcha para encontrarla.»

### *Fase 2: Definición y formulación del problema*

Se detalla el procedimiento que se sigue en la segunda fase de la técnica:

Una vez aceptada la existencia de un problema, llega el momento de especificar qué problema tenemos realmente, es decir, lo tenemos que definir de una forma concreta y operativa. Una buena definición excluye cualquier interpretación errónea acerca de cuál es la situación o situaciones que queremos solucionar. Para ello, habrá que recoger la mayor información sobre el mismo, marcar objetivos y metas, buscar las causas reales, subdividir el problema en otros más pequeños y, finalmente, reevaluar y definir el problema («El problema real no es... que mi dolor me hace un inútil»; «El problema real es... que no puedo planchar más de treinta minutos seguidos de pie»).

Una estrategia para conocer los problemas a los que se enfrentan las personas consiste en enseñarles a utilizar una serie de preguntas que pueden servirles para identificar cuál o cuáles son realmente los problemas a los que tienen que enfrentarse. Para ello, el terapeuta dice a los pacientes lo siguiente:

Una forma de analizar y definir concretamente cuáles son los problemas a los que tenemos que enfrentarnos es hacernos a nosotros mismos una serie de preguntas sobre el problema. Esto ayudará a reflexionar y a definir de una forma más concreta y detallada cuál es la situación que se quiere solucionar. Las siguientes preguntas nos pueden ayudar dado que nos pueden facilitar ver el problema con un poco más de distancia.

Proyectar diapositiva 3.

- ¿Quién tiene el problema?
- ¿En qué consiste?
- ¿Desde cuándo tengo el problema?
- ¿Dónde y cuándo aparece?
- ¿Por qué esta situación es un problema para mí?

- ¿A qué aspectos de mi vida afecta este problema?
- ¿Quién está implicado?
- ¿Cómo sucede?
- ¿Cuándo sucede?
- ¿Qué sucede?
- ¿Dónde sucede?
- ¿Por qué sucede?
- ¿Cómo me siento?

### DIPOSITIVA 3

A partir de aquí y como parte del procedimiento general de la sesión, se debería seleccionar un problema compartido por el mayor número de personas que asisten a la misma. Sería recomendable intentar que estuviera relacionado con la actividad funcional, como el tiempo de permanencia de pie, la realización de actividades diarias, tareas del trabajo, etc. Si no surge ningún problema, proponemos uno como ejemplo. Una vez seleccionado, se aplican las preguntas anteriores y se continúa con toda la secuencia de la técnica. (Volver a proyectar la diapositiva 2.)

#### *Fase 3: Generación de soluciones alternativas*

El terapeuta comienza a explicar el procedimiento que se sigue en la tercera fase de la técnica diciendo a los pacientes:

Nos encontramos en la tercera etapa de la solución de problemas. Recordemos que éste es el momento de buscar posibles soluciones a los problemas formulados y de exponer el mayor número posible de soluciones, sin detenernos a valorar lo buenas o malas que son esas alternativas.

Una estrategia para generar el mayor número de alternativas posibles consiste en utilizar la «tormenta de ideas». Así se informa a los pacientes:

Vamos a aprender a utilizar una técnica que nos ayudará a encontrar el mayor número de alternativas posibles para el problema que queremos solucionar. Esta técnica se llama «tormenta de ideas» y consiste básicamente en elaborar, para cada problema, una lista con todas las posibles soluciones que se nos pasen por la cabeza. Pero antes de empezar tenemos que tener en cuenta unas recomendaciones.

Proyectar la diapositiva 4.

En esta fase, es conveniente trabajar con el/los problema/s seleccionado/s por el grupo en el paso anterior. Entre todos, deben elaborar alternativas de solución en forma de tormenta de ideas siguiendo los pasos anteriormente descritos.

- *Principio de cantidad.* Cuantas más ideas dé la persona, más probable es que aumente la calidad de las alternativas. Entre muchas alternativas es más probable que haya soluciones eficaces. La cantidad genera calidad.
- *Principio de aplazamiento del juicio.* No hay que pensar en las consecuencias de las alternativas en este momento, cualquier alternativa es válida.

- *Principio de variedad.* Hay que proponer soluciones variadas y diferentes, haciendo combinaciones entre ellas si es posible, evitando centrarse en unas pocas ideas.

#### DIPOSITIVA 4

### *Fase 4: Toma de decisiones*

Se sigue con el cuarto paso de la técnica:

Nos encontramos casi al final del proceso de solución de problemas y, como ya apuntamos anteriormente, ésta es una fase decisiva, pues es el momento de escoger una alternativa como solución al problema.

Para reducir el tiempo que lleva valorar cada una de las alternativas propuestas, se pedirá a la persona que comience por descartar aquellas alternativas que no puedan llevarse a la práctica por falta de medios y aquellas que a simple vista puedan generar otros problemas o consecuencias negativas:

Ya que valorar las ventajas y los inconvenientes de todas las alternativas que han surgido de la tormenta de ideas llevaría mucho tiempo, vamos a empezar descartando aquellas alternativas que, a simple vista, nos parezcan difíciles de llevar a cabo o puedan generar otros problemas o consecuencias negativas. A partir de ahí, con las alternativas que queden, buscaremos las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas para tomar la decisión final.

Se propone que el paciente vaya tomándolas una a una y vaya valorando las ventajas y desventajas que tendría elegir esa alternativa como solución al problema:

Ahora, una a una, con las alternativas que nos quedan tenemos que ir valorando las ventajas y los inconvenientes que supondría llevarla a cabo como forma de solucionar nuestro problema. Se deben anticipar los costes y los beneficios de cada una de las alternativas, compararlas entre ellas y seleccionar aquella o aquellas con mayores probabilidades de éxito en relación con el problema planteado.

Para ello, es útil trabajar con la tabla que tienen los pacientes en su dossier (tabla 1). En ella, la persona anota las alternativas que va a valorar y, una a una, apunta las consecuencias de su elección. Además, se valorará de 0 a 10 cada una de las posibles consecuencias teniendo en cuenta el grado de impacto en las áreas de su vida a las que afectará cada una de las consecuencias. Tras esto, se elegirá como primera solución a tener en cuenta aquella que obtenga la mayor puntuación en «ventajas» y la menor en «desventajas».

TABLA 1. Valoración de alternativas.

<i>Solución 1</i>			
Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Puntuación total de ventajas:		Puntuación total de desventajas:	
<i>Solución 2</i>			
Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Puntuación total de ventajas:		Puntuación total de desventajas:	
<i>Solución 3</i>			
Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Puntuación total de ventajas:		Puntuación total de desventajas:	

### *Fase 5: Ejecución y verificación*

El terapeuta comienza recordando a los pacientes:

Nos encontramos en la última fase de la técnica y, como ya apuntamos anteriormente, es la que requiere el mayor esfuerzo por su parte, pues se trata de la puesta en práctica de la alternativa elegida como mejor solución para el problema.

Antes de poner en práctica la solución elegida, es conveniente anticipar las posibles dificultades que pueden aparecer. Es importante que se tenga en cuenta que pueden surgir imprevistos y también que puede ser que la alternativa elegida no solucione totalmente el problema. Ante esas dificultades no debemos rendirnos, ya que forman parte del proceso mismo.

Una vez que se ha puesto en marcha el plan, llega el momento de la verificación. Se debe valorar de forma realista y objetiva cuáles son las consecuencias o los resultados de la opción elegida. Si se está satisfecho con los resultados obtenidos, se da por finalizado el proceso. Si no se consiguen los objetivos, se repasa la puesta en marcha de la alternativa elegida, comprobando que se haya llevado a la práctica de forma correcta

para, en caso de que sea necesario, corregir la ejecución. Si la ejecución ha sido correcta pero la elección no resultó adecuada, se repasa la lista de alternativas y se puede elegir otra anteriormente desestimada o aumentar el número de alternativas propuestas inicialmente.

Es importante recordar que no hay alternativas correctas o incorrectas de forma absoluta:

*RECORDEMOS...*

La alternativa que es correcta para mí puede no ser la correcta para otro paciente; la alternativa que hoy es correcta puede no serlo mañana o en otras circunstancias; la alternativa que es correcta para este problema concreto y con unas personas implicadas puede no serlo para otro problema y con otras personas implicadas...

#### 4. Tareas para casa

A los pacientes se les explica lo siguiente:

Respecto a la relajación, ya no es necesario que la practique diariamente sino cuando crea que lo necesita o le apetece, aunque es importante no abandonar la práctica para afianzar la habilidad. Y recuerde que en la vida cotidiana es muy importante que vigile su cuerpo para reconocer las tensiones e intentar relajar su musculatura.

#### 5. Bibliografía

- Abaitua, B. y M. A. Ruiz, «Expectativas de autoeficacia y de resultado en la resolución de tareas de anagramas», *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1990, vol. 43, n.º 1, págs. 45-52.
- Comeche, M. I., M. I. Díaz y M. A. Vallejo, «Intervención psicológica en un caso de fibromialgia», en Espada J. P., J. Olivares y F. X. Méndez, (coords.), *Terapia psicológica: casos prácticos*, Madrid, Pirámide, 2004, págs. 329-360.
- D’Zurilla, T. J. y M. R. Goldfried, «Problem solving and behavior modification», *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, vol. 78, n.º 1, págs. 107-126.
- D’Zurilla, T. J. y A. Nezu, «Social problem solving in adults», en Kendall, P. C. (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, Nueva York, Academic Press, 1982, vol. 1, págs. 201-274.
- Méndez, F. X., J. Olivares y F. Abásolo, «Técnicas de resolución de problemas», en Olivares J. y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2001, págs. 486-532.
- Osborn, A. F., *Applied Imagination*, Nueva York, Charles Scribner’s Sons, 1963.
- Rodríguez-Naranjo, C. y A. Gavino, «Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones», en Gavino A. (coor.), *Técnicas de terapia de conducta*, Barcelona, Martínez Roca, 1997, págs. 112-125.



## **CAPÍTULO 8**

### **SESIÓN GRUPAL 7: MANEJO DE EMOCIONES Y ASERTIVIDAD**

*Francisco Javier Cano García, Carmen Martínez Valero y Luis Antonio Merayo Alonso*

#### **1. Revisión de tareas para casa**

En la última sesión sobre solución de problemas, no se pidió a los pacientes realizar ninguna tarea en concreto para casa, así que en este momento solamente se les pregunta sobre la comprensión de la sesión anterior.

#### **2. Objetivos de la sesión**

1. Identificar estados emocionales desagradables y su relación con el dolor.
2. Entender el distanciamiento y utilizarlo para manejar estados emocionales desagradables.
3. Conocer y practicar el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales.

#### **3. Contenido**

##### **3.1. IDENTIFICAR ESTADOS EMOCIONALES DESAGRADABLES Y SU RELACIÓN CON EL DOLOR**

Para conseguir el primer objetivo de la sesión se desarrollan dos breves explicaciones sobre el significado de las emociones y su relación con el dolor, acompañadas de sendos ejercicios para consolidar los conceptos.

*Explicación: las emociones desagradables y el dolor (primera parte)*

En primer lugar, se introduce la idea de lo difícil que puede llegar a ser precisar cómo uno se siente tras tanto tiempo con dolor. Las emociones desagradables se mezclan y potencian entre sí. Los pacientes pueden sentir un malestar inespecífico y difícil de

abordar. Seguidamente se propone una pequeña explicación de las principales emociones desagradables, propiciando la reflexión de que como llevan toda la vida experimentándolas, difícilmente se plantean qué significan.

Como apoyo a la explicación, puede proyectarse la diapositiva 1.

<i>Emoción</i>	<i>Significado</i>	<i>Ejemplo</i>
Enfado.	Ofensa.	Sentirse enfadado porque el conductor del coche de al lado nos increpa.
Ansiedad.	Amenaza incierta.	Sentir ansiedad por la cercanía de un examen o una entrevista de trabajo.
Miedo.	Peligro inmediato.	Sentir miedo de estrellarnos y morir en un vuelo con muchas turbulencias.
Culpa.	Transgresión.	Sentirse culpable por haber olvidado el cumpleaños de alguien importante.
Vergüenza.	Fracaso.	Sentirse avergonzado por ser el último de la reunión en comprender un chiste.
Tristeza.	Pérdida.	Sentirse triste por haber concluido una relación amorosa importante para nosotros.

DIAPPOSITIVA 1: Definición de las emociones desagradables.

El **enfado**, la **ira** o el **enojo** es una emoción desagradable cuyo tema nuclear es la ofensa humillante a una persona o a los suyos y su objetivo es preservar la autoestima y la estima social. Es interesante precisar que la ira se puede dirigir hacia dentro o hacia fuera, generando otras emociones desagradables.

El **miedo**, la **ansiedad**, la **culpa** y la **vergüenza** son emociones existenciales, en tanto que suponen amenazas a nuestra identidad. Aun cuando las dos primeras amenazan nuestra seguridad personal, debe insistirse en la diferencia entre el miedo y la ansiedad: el primero se produce en situaciones donde percibimos un peligro inmediato para nuestra integridad física; la segunda es fruto de una amenaza más genérica y menos grave. La culpa y la vergüenza son emociones sociales o autoconscientes; la culpa supone reconocer que hemos violado un imperativo moral, mientras que la vergüenza implica asumir que no hemos estado a la altura de nuestro ideal del yo.

La **tristeza** es una emoción vinculada a circunstancias vitales desfavorables y se produce cuando percibimos una pérdida importante en nuestra vida.

### *Ejercicio: identificando emociones desagradables*

Para consolidar la anterior explicación, se propone, trabajando la tabla 1 que se encuentra en el dossier de los pacientes, identificar las seis emociones desagradables que acontecen a una persona con lumbalgia crónica observando su discurso mental. Los pacientes deben escribirlas en los espacios destinados al efecto. Es importante leer todo el texto antes de situar cada emoción para tener una perspectiva comparativa de ellas y evitar confusiones.

Juan tiene problemas en la espalda desde hace tres años. En este tiempo ha sufrido un dolor casi permanente, acompañado de sentimientos desagradables muy diversos. Se siente confuso. Sabe que se encuentra mal, pero tiene dificultades para expresarlo. Ayudémosle completando en el espacio en blanco qué emociones creemos que puede estar sintiendo en cada momento (ansiedad, culpa, enfado, miedo, tristeza y vergüenza).

Cierto día me desperté con una idea abrumadoramente inquietante: ¿Y si no puedo levantarme en este momento de la cama ya nunca más? <sup>(1)</sup> .

Desde luego, no conozco a nadie tan joven como yo y tan incapacitado. Si me vieran mis compañeros del equipo. ¿Con la forma física que tenía antes! <sup>(2)</sup> . Si sólo fuera eso. Es mucho más terrible que tu hija se te eche a los brazos y tengas que decirle que no puedes cogerla <sup>(3)</sup> . Esto sí que me enciende verdaderamente. ¿Si pudiera enfrentarme a mi dolor en un combate a muerte! <sup>(4)</sup> . Pero está claro que no, que siempre saldría perdiendo. Tengo que levantarme ya. Así que a comenzar mi rutina de desasosiego y preocupaciones... ¿Podré vestirme solo?, ¿podré conducir hasta el trabajo?... <sup>(5)</sup> . A esto se ha reducido mi vida: amigos perdidos, trabajo perdido, incapacidad, dolor, dolor... <sup>(6)</sup>

TABLA 1. Identificando las emociones desagradables.

Una vez completado el ejercicio, se exponen las soluciones correctas, utilizando las justificaciones siguientes, especialmente en el caso de los errores:

1. *Miedo*. (Justificación: se plantea el peligro inmediato de no poder andar nunca más.)
2. *Vergüenza*. (Justificación: supone un fracaso con respecto al ideal del yo, su fortaleza física pasada, representado por su discapacidad ante sus compañeros.)
3. *Culpa*. (Justificación: el imperativo moral es que un padre debe poder cuidar y dar afecto a su hija, incluyendo, por supuesto, cogerla en brazos.)
4. *Enfado*. (Justificación: la ofensa procede del propio dolor, que le ocasiona todas las limitaciones que menciona en el discurso.)
5. *Ansiedad*. (Justificación: las amenazas mencionadas no suponen un peligro inmediato a su integridad física sino preocupaciones y desafíos rutinarios.)
6. *Tristeza*. (Justificación: las pérdidas a que se refiere este sentimiento están enumeradas y se refieren a todas las áreas vitales.)

Una vez completado el ejercicio, el terapeuta expone las soluciones correctas, utilizando las justificaciones anteriores, especialmente en el caso de los errores. Se concluye el ejercicio introduciendo la reflexión de cómo un mismo acontecimiento puede asociarse a tal variedad de emociones y a su vez éstas pueden transformarse en función del significado que atribuimos a dicho acontecimiento.

### *Explicación: las emociones desagradables y el dolor (segunda parte)*

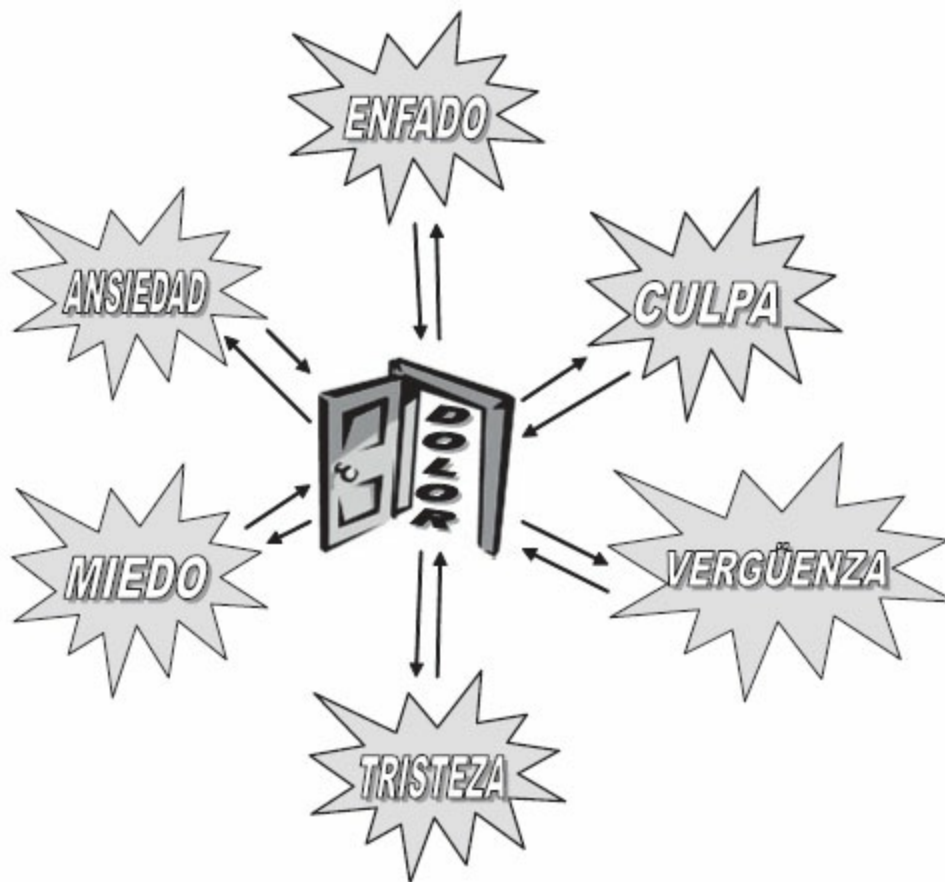
Proyectando la diapositiva 2, se hace un breve recordatorio de la naturaleza emocional del dolor con expresiones como las siguientes:

No puede experimentarse dolor sin sentirse mal. Por tanto las emociones desagradables forman parte del dolor. Es natural sentirse mal cuando duele y también a la inversa, que duela más cuando uno se siente mal.

Es decir, que dolor y emociones desagradables pueden activarse mutuamente como si fueran un solo esquema de construcción de la experiencia. Puede recordarse la metáfora de la puerta de control:

Las emociones desagradables intensas tienen la llave para abrir la puerta al dolor. Y, como no se puede tener dolor sin emociones desagradables, resulta que el dolor tiene la llave para abrir la puerta a más dolor.

De esta forma, puede establecerse un círculo vicioso que exagera los síntomas, «una puerta siempre abierta al dolor».



DIPOSITIVA 2. Asociación del dolor con las emociones desagradables.

### 3.2. DISTANCIARSE DE LAS EMOCIONES DESAGRADABLES

Para conseguir el segundo objetivo de la sesión, se desarrolla una breve explicación de la aceptación y el distanciamiento como estrategias de manejo alternativo al control, utilizando una metáfora. Posteriormente se realiza un ejercicio de distanciamiento.

*Explicación: el distanciamiento de las emociones desagradables*

El distanciamiento consiste en situar a los pacientes en otra perspectiva respecto a sus problemas, en este caso respecto a sus emociones desagradables. Puesto que uno no puede deshacerse de sus emociones, se trataría de ayudarlo a adoptar una perspectiva más distante y comprensiva, para aceptarlas de forma responsable, no negarlas o evitarlas, ni intentar controlarlas continuamente, sino hacerse cargo de ellas de forma que no entorpezcan sus objetivos personales. Para ilustrar la diferencia entre controlar y aceptar se utilizará la metáfora «Bienvenidos todos y el invitado grosero».

Metáfora de «Bienvenidos todos y el invitado grosero» (Wilson y Luciano, 2002).

Supongan que se disponen a celebrar la fiesta de su vida y ustedes son los anfitriones. Sólo hay una única norma en la localidad para poder celebrar fiestas: debe colgar un cartel en la entrada que diga: «Bienvenidos todos». Ustedes acceden, aunque no están muy convencidos. Ponen el cartel y comienzan a llegar invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel «Bienvenidos todos». Antes de que puedan ustedes disfrutar de su fiesta, observan a un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. Inmediatamente, se alertan y van hacia él para echarle, pero no pueden hacerlo (está el cartel de «Bienvenidos todos» e inmediatamente volvería a entrar). No encuentran otra opción que ir detrás del invitado grosero para conseguir que no moleste a otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se les ocurre encerrarlo en una habitación, pero entonces tienen que estar pendientes de que no salga. Finalmente, no le queda más opción que estar llevándole a la puerta de salida y quedarse allí para que no moleste más. Si se despistan, rápidamente se mezcla con los invitados y ustedes tienen que volver a estar detrás de él para que no incordie. La cuestión es que si quieren que el invitado no moleste tienen que ser sus guardianes y, a pesar de ello, se les escapa frecuentemente. Lo pueden hacer, son libres de hacerlo, pero tiene un coste muy alto. ¿Están los anfitriones realmente en su fiesta o se la están perdiendo?

Se expone la metáfora y se promueve posteriormente una reflexión común preguntando qué simbolizaba la fiesta (la vida), el invitado grosero (el dolor o las emociones desagradables), el cartel de «Bienvenidos todos» (no puede uno deshacerse del dolor o de las emociones desagradables), qué quería decir «echar al invitado grosero a la calle» (encerrarlo o intentar controlarlo) y qué significa «centrarse en disfrutar de la fiesta a pesar del invitado grosero» (aceptar el dolor y las emociones desagradables). Es importante que los pacientes no piensen que deben «descontrolar» sus emociones, ni que

esta estrategia «abra la puerta» al dolor: más bien el control (mejor manejo o distanciamiento) consiste en no permitir que el dolor o las emociones desagradables interfieran en su vida y, para ello, deben centrarse en esta última y no en las primeras. En este caso, la mejor manera de cerrar la puerta es dejarla abierta, porque no sólo pasarán las experiencias desagradables sino también las que son importantes en su vida.

*Ejercicio: distanciándonos de las emociones desagradables*

Si el intento de control es el problema en muchos casos, se precisa un cambio de perspectiva. Se propone el «ejercicio del observador» para empezar a experimentar un contexto diferente, esto es, una situación en la que uno no es su propia programación psicológica.

El ejercicio procura hacer de los pacientes unos observadores de sí mismos. Se trataría de ensayar la experiencia en la que el yo trasciende los eventos en que consiste. Se dispone al grupo de la forma más confortable, se relaja, se pide a los pacientes que cierren los ojos y todo lo que tienen que hacer es escuchar. A continuación se expondrá el siguiente contenido:

Ejercicio del observador: No soy mis emociones, soy algo más (Assagioli, 1971).

Ahora examinemos sus emociones. Piensen en aquel momento en el que ustedes estaban tan tristes como no han vuelto a estar nunca más. Déjense deslizar en esa experiencia por un instante. Ahora imaginen aquel momento en el que estuvieron más felices que nunca. Imaginen un ejemplo concreto. Cuando lo tengan en mente, permítanse deslizarse en esa situación. Permítanse sentir lo que sentían al estar allí... al sentir aquello. Ahora piensen en alguna ocasión en que estuvieran aburridos. Representense esa situación y sumérjense en ella. Recuerden ahora alguna vez en que estuvieran contrariados. Imagínenla. Imaginen estar en aquella situación. Ahora representense una ocasión en que estuvieran enamorados. Sientan cómo sentían aquello. Quiero que noten que, a través de todos esos cambios, el usted que estaba triste es el mismo usted que estaba feliz. El usted que estaba enamorado es el mismo usted que estaba aburrido. Advierta que, aunque sus emociones han cambiado constantemente, había un usted que tenía todas esas emociones. Sólo por un momento, caigan en la cuenta de que aunque tengan emociones, ustedes no son sus emociones. Noten que aunque sus emociones han cambiado a lo largo de su vida, en todo momento había un usted que permanecía siempre el mismo. El usted que tenía esas emociones es el mismo usted que está aquí ahora. Por un momento tan sólo déjense notar este hecho fundamental: «Aunque tengo emociones, yo no soy mis emociones».

Los pacientes deben haber experimentado que han sido, son y serán algo más que sus emociones. Puede inducirse una discusión acerca de cómo en el pasado las emociones desagradables han influido en sus vidas. Debe concluirse que las emociones

son necesarias y útiles, pero son sólo emociones. Y que uno puede aceptarlas pero distanciándose de ellas para que no perjudiquen a sus objetivos vitales.

### 3.3. CONOCER Y PRACTICAR EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Para conseguir el tercer objetivo de la sesión, se desarrolla una breve explicación sobre la asertividad y su utilidad para un funcionamiento interpersonal equilibrado. Posteriormente se desarrolla una sesión de entrenamiento asertivo.

#### *Explicación: la asertividad y su utilidad*

La palabra asertividad viene del latín *assertus*, que se refiere a la acción de afirmar, poner en claro, y corresponde a la expresión congruente de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos, derechos, necesidades, decisiones y comportamientos (internos y/o externos). Ser asertivo supone tener una comunicación y convivencia equilibradas con uno mismo y con los demás.

Se proyecta la diapositiva 3 para explicar lo que se consigue siendo asertivo.

Desarrollar la asertividad nos permitirá conseguir los siguientes objetivos:

- Mayor autoestima.
- Mayor eficacia y competencia en las relaciones con los demás.
- Menor estrés ante las dificultades y conflictos interpersonales.

#### DIPOSITIVA 3

A continuación, se explica que el ejercicio de la asertividad se basa en los derechos fundamentales. Cada persona posee ciertos derechos humanos básicos y responsabilidades. (Proyectar las diapositivas 4 y 5.)

Los derechos humanos básicos implican lo siguiente:

- La responsabilidad de conocerse a sí mismo.
- Tomar decisiones de acuerdo con las necesidades personales internas y externas de cada quien, sin hacerse daño a uno mismo ni a los demás.

#### DIPOSITIVA 4

Entre los derechos humanos básicos destacan los siguientes:

- Derecho a la vida y derecho a controlarla y dirigirla.
- Derecho a la libertad.

- Derecho a la felicidad.
- Derecho de expresión.
- Derecho a ser respetado y tratado con dignidad.

#### DIPOSITIVA 5

#### *Ejercicio: entrenamiento asertivo*

Para iniciar el trabajo en grupo se elige una de las problemáticas más comunes de entre las que refieran los pacientes. Por ejemplo, expresar que hoy no pueden realizar una tarea de casa o expresar que no se sienten comprendidos. Utilizando las diferentes maneras de reaccionar ante la violación de los propios derechos de los pacientes, podremos ver en el grupo que algunos reaccionan de forma agresiva y otros de forma inhibida. Una forma muy sencilla y fácil de comprender lo que es la asertividad es explicar la existencia de un continuo inhibición-agresión. Se comprueba que unos reaccionan con rabia, ira y enfado, están polarizados en la agresión. En el polo de la inhibición encontramos a aquellas personas que se callan y no expresan su preocupación o emoción ante tal problemática.

El paso siguiente es comprobar que el grupo observa la diferencia entre un comportamiento agresivo y un comportamiento inhibido con una simple pregunta. De las dos formas de reaccionar, ¿cuál es mejor? Muchos pacientes contestan que es mejor dar una respuesta inhibida o agresiva. Una vez conseguida tal distinción, se explicará que la asertividad está en el punto medio del continuo agresión-inhibición.

Ser asertivo ayuda a los pacientes a resolver una situación problemática expresando sus propios derechos, emociones y pensamientos, teniendo en cuenta y respetando los derechos, emociones y pensamientos del otro. Esto se conseguirá mediante el diálogo y la descripción de la problemática. De esta manera, los otros pueden comprender a los pacientes y respetarlos.

Se explica la ejecución de la conducta objetivo, mostrando los tres pasos hacia la asertividad. (Proyectar diapositiva 5.)

1. Escuchar de forma activa: «Te entiendo», «Me pongo en tu lugar», «Comprendo lo que me dices»...
2. Decir lo que se piensa u opina: «Sin embargo, yo...», «No obstante, yo...», «A pesar de eso, yo...».
3. Expresar lo que se quiere que ocurra: «Por tanto, me gustaría...», «Es por ello por lo que quiero...».

#### DIPOSITIVA 5

Se pide a los pacientes que se dividan en grupos de tres y que piensen en tres sencillas situaciones cotidianas en las que les gustaría ser más asertivos. Se les propone que simulen tales situaciones y practiquen los tres pasos hacia la asertividad. Dos personas simulan la situación y la tercera actúa como observador, informando a sus dos compañeros de sus impresiones.

Al realizarse en grupo es muy importante dar retroalimentación a los participantes del *role playing* entre todo el grupo y resolver las dudas que puedan surgir.

Es posible que los pacientes planteen que cuando sean asertivos con sus parejas, hijos o amigos, quizá respondan de manera negativa ante su comportamiento asertivo. Es importante informar y animar a los pacientes a que pongan en práctica esta técnica, pues probablemente la primera vez que la practiquen no obtendrán resultados positivos, pero si continúan defendiendo sus derechos de manera asertiva, los resultados se verán a la tercera o cuarta vez que suceda tal situación. La finalidad de ser asertivo es tener claridad en sus valores, actitudes, creencias y poder realmente ejercer como un agente de cambio social dentro de su entorno.

#### 4. Tareas para casa

Al finalizar esta sesión se comenta a los pacientes lo siguiente:

Durante toda esta semana, cuando se encuentre en situaciones conflictivas con otras personas, ponga en práctica los tres pasos que hemos comentado durante la sesión:

1. Escuchar de forma activa: «Te entiendo», «Me pongo en tu lugar», «Comprendo lo que me dices»...
2. Decir lo que se piensa u opina: «Sin embargo, yo...», «No obstante, yo...», «A pesar de eso, yo...».
3. Expresar lo que se quiere que ocurra: «Por tanto, me gustaría...», «Es por ello por lo que quiero...»).

En la próxima sesión se comentará cómo ha resultado la experiencia.

#### 5. Bibliografía

Assagioli, R., *The act of will*, Nueva York, Viking, 1965.

Chapman, C. R., Y. Nakamura y L. Flores, «Chronic pain and conscienciousness: a constructivist perspective», en Gatchel R. J. y D. C. Turk (eds.), *Psychosocial factors in pain*, Nueva York, Guilford Press, 1999.

Lazarus, R. S., *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000.

Melzack, R. y P. D. Wall, «Pain mechanisms: A new theory», *Science*, 1965, n.º 50, págs. 971-979.

Wilson, K. G. y M. C. Luciano, *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*, Madrid, Pirámide, 2008.

## CAPÍTULO 9

### SESIÓN GRUPAL 8: VALORES VITALES Y ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

*Mar Arcos, Jenny Moix y Cristina Ruiz*

#### 1. Revisión de tareas para casa

Se ponen en común las experiencias que hayan vivido los pacientes al aplicar los pasos propuestos para mantener una relación asertiva.

#### 2. Objetivos

1. Promover la reflexión sobre los valores vitales.
2. Ayudar a establecer objetivos operacionales.

#### 3. Contenido

##### 3.1. VALORES VITALES

Con el fin de promover la reflexión, en lugar de preguntar de forma literal sobre los objetivos, valores o metas, se explica una metáfora que sugiere diversas preguntas que los pacientes deben responder. La metáfora es la siguiente:

Imagínese que tiene un jardín y que usted es el único responsable de cuidarlo. Usted es el jardinero de su jardín. Suponga que las plantas simbolizan lo que usted quiere en la vida. Ahora observe su jardín y fíjese en qué plantas tiene, compruebe cuáles están más cuidadas y crecen mejor y cuáles se encuentran más mustias.

Regar todas las plantas cada día o muy a menudo es indispensable para que crezcan, pues si no, se marchitan y mueren. ¿Las riega? Recuerde si plantó alguna semilla y no la regó y, por tanto, no pudo germinar.

Recorra todo su jardín para comprobar si hay alguna zona que tiene abandonada, por la que no va nunca.

Como en todos los jardines, seguro que en el suyo también aparecerán malas hierbas. ¿Qué hace con ellas? Hay jardineros que se dedican todo el tiempo a arrancar malas hierbas y por ello descuidan el resto de sus plantas. Su obsesión es que no haya ningún hierbajo y desatienden el resto de jardín. Cuanto más se dedican a arrancarlas, peor está el resto de sus plantas. ¿Cuáles son sus malas hierbas, sus miedos, inseguridades, puntos oscuros, confusiones...? Un jardín sin malas hierbas no existe, todos los jardines las tienen. Si no fuera así, sería un jardín tan artificial que lo veríamos extraño, irreal. Sigamos, pues, dedicándonos más a las plantas que a los hierbajos.

¿Cómo le gustaría que fuera su jardín? Quizá se está dedicando desde hace muchos años a regar una planta que ya no le agrada y, en cambio, le apetecería sembrar semillas nuevas. Quizá se haya limitado a imitar los jardines de sus vecinos porque le parece que lucen plantas fáciles de cuidar, al menos esto es lo que a usted se le antoja al verlos, pero ¿realmente ésas son las plantas que usted quiere?

Analice su forma de cuidar el jardín: ¿lo cuida más los días que está animado que los días tristes? Para atender a un jardín debidamente se requiere un esfuerzo y cuidados sistemáticos, todos los días. Si el cuidado del jardín depende del humor del jardinero, ¿qué pasará con el jardín?

¿Es un jardinero impaciente? El crecimiento de las plantas requiere su tiempo. Muchos jardineros se desesperan cuando las plantas no crecen al ritmo previsto. Esa impaciencia acaba provocando descuido.

Como están impacientes, empiezan a plantar más semillas para comprobar si, al contrario de las ya sembradas, de ellas brotan plantas con más rapidez. Sin embargo, las semillas recién plantadas, como todas, requieren su tiempo para convertirse en plantas frondosas. Con su estrategia, fruto de la impaciencia, acaban con un jardín donde han sembrado muchas semillas pero de las que no han obtenido ninguna planta porque no las han cuidado con paciencia. ¿Ése es su caso?

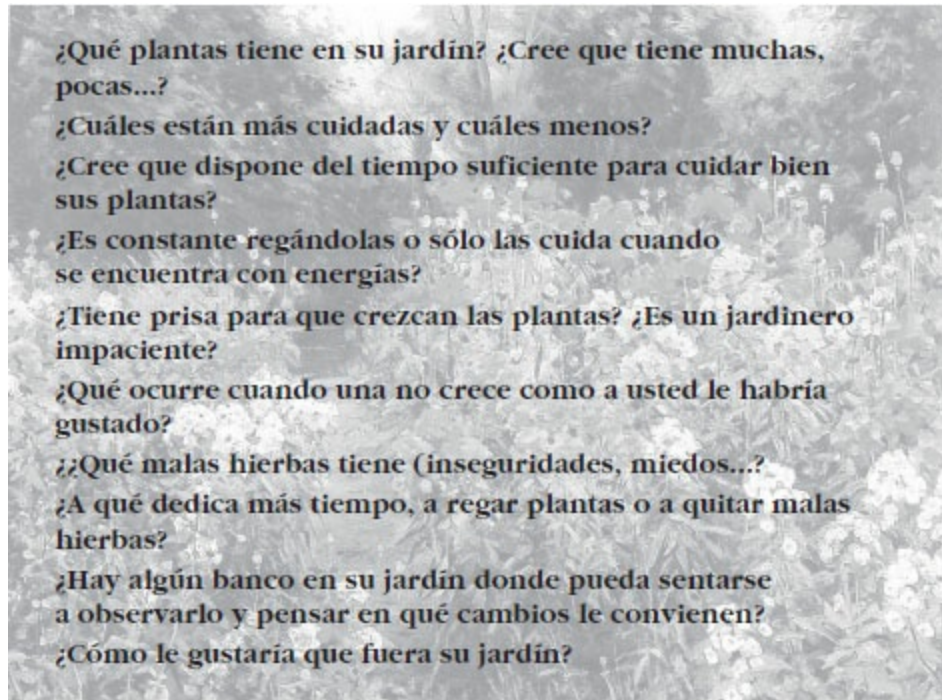
Algunos jardineros, cuando plantan una semilla, se imaginan todos los detalles de la planta que crecerá. Y cuando ésta crece y observan que la forma o el color de las flores o el número de hojas no es exactamente como habían previsto, empiezan a creer que han escogido la planta equivocada o que quizá no hayan realizado de forma correcta su labor. Otros, en cambio, observan sus plantas y disfrutan de las formas que no esperaban ver, de esas pequeñas sorpresas de la naturaleza. ¿Cuál es su caso?

¿Tiene tiempo para que todas sus plantas crezcan debidamente? Hay jardineros a los que les gustan muchas, muchísimas plantas diferentes, pero el día tiene veinticuatro horas y los jardineros necesitan descansar, así que el tiempo para dedicar a las plantas es limitado. En estos casos, puede ocurrir que el jardinero no dedique a cada planta el tiempo que necesita. Se trata, pues, de un jardinero con un jardín ideal con muchas plantas hermosas y con un jardín real con muchas plantas mustias o muertas.

¿Cuántas plantas tiene en su jardín? Podemos dedicar la mayoría de nuestros esfuerzos a una sola planta y conseguir que crezca y se convierta en algo digno de admiración, pero ¿qué pasará si la planta muere o simplemente el tiempo la trasforma?, ¿qué pasará si lo que cambian son nuestros gustos y la planta deja de gustarnos?

Piense en qué jardín le gustaría tener y en cómo debería cuidarlo.

*Preguntas (diapositiva 1):*



DIAPPOSITIVA 1

Las preguntas que se realizan son concretamente las siguientes:

- ¿Qué plantas tiene en su jardín? ¿Cree que tiene muchas, pocas...?
- ¿Cuáles están más cuidadas y cuáles menos?
- ¿Cree que dispone del tiempo suficiente para cuidar de sus plantas?
- ¿Es constante regándolas o sólo las cuida cuando se encuentra con energías?
- ¿Ha plantado alguna semilla últimamente o le gustaría hacerlo?
- ¿Tiene prisa para que crezcan sus plantas? ¿Usted es un jardinero impaciente?
- ¿Qué ocurre cuando una planta no crece como le gustaría?
- ¿Qué malas hierbas tiene (inseguridades, miedos...)?
- ¿A qué dedica más tiempo, a intentar arrancar las malas hierbas o a cuidar sus plantas?
  - ¿Tiene algún banco en su jardín donde pueda sentarse a observar y pensar qué cambios convienen hacer en su jardín?
  - ¿Cómo le gustaría que fuera su jardín?

En esta metáfora, se intenta promover la reflexión sobre los siguientes puntos:

1. Cuáles son los valores del paciente o las áreas importantes de su vida.
2. La coherencia entre sus valores y sus conductas cotidianas.
3. La disponibilidad de tiempo para dedicar a todas las áreas importantes de su vida.
4. La forma de ser coherente con sus valores o lograr sus metas: si es una persona impaciente o constante.

5. Sus expectativas sobre los resultados de sus conductas: si son muy concretas, cómo reacciona cuando los resultados no responden a sus expectativas.

6. Sus inseguridades y en qué medida le impiden conseguir sus metas.

La metáfora puede promover la reflexión sobre otros aspectos además de los arriba citados, dado que depende en gran medida de la interpretación subjetiva del paciente. Se discuten en grupo todas las reflexiones que se vayan desprendiendo de la metáfora.

Se trata de mantener un diálogo abierto y poco dirigido, pues la determinación de conclusiones se persigue en mayor medida en la segunda parte de la sesión, cuando se intentan establecer objetivos conductuales o cognitivos concretos a partir de todas las reflexiones surgidas a raíz de la metáfora.

### 3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

En esta segunda parte, se persigue concretar las reflexiones que han surgido a raíz de la metáfora anterior. Para ello cada paciente debe establecer objetivos concretos que le lleven a sentirse realizado, a superarse o, simplemente, a llevar mejor su situación. Siguiendo la metáfora del jardín, la tarea consiste en fijarse un propósito que les conduzca a convertirse en «mejores jardineros».

Puede plantearse de la siguiente manera:

Una de sus responsabilidades más importantes como jardinero/a de su exclusivo jardín es planificar cómo va a organizarse a partir de ahora. Para ello va a tener que tomar decisiones y fijar objetivos acerca de cómo quiere que desde este momento todo funcione con más armonía.

Para comenzar, se explica cómo deben ser las metas siguiendo el esquema que se encuentra en la diapositiva 2.

- Características de las metas:
  - Deben especificarse en diferentes ámbitos.
  - Deben ser personales.
  - Deben ser lo más concretas posible.
  - Deben desglosarse en distintos pasos:
    - ✓ ¿Qué es lo primero que tendría que hacer para encaminarse a dicho objetivo?
    - ✓ ¿Tendría que incorporar ciertas cosas o comenzar a introducir modificaciones en su vida cotidiana para poder acabar alcanzando su objetivo?
    - ✓ ¿Puede contar con la ayuda de alguien?

#### DIPOSITIVA 2

Así, los objetivos tienen que:

1. Especificarse en diversos ámbitos: se fomenta una «tormenta de ideas» en que se vayan enumerando los distintos ámbitos sobre los cuales pueden establecerse objetivos vitales (familia, profesión, vida social, desarrollo intelectual, ocio, estado físico y de salud, espiritualidad, cuidado personal...).

2. Ser personales: «Cada jardinero es único, igual que cada jardín es distinto a los demás». Así, aunque a la hora de establecer objetivos tienen que contemplarse las diversas facetas de la vida, cada individuo deberá decidir en qué área/s centrarse. Puede mantenerse la metáfora del jardín para ayudar a valorar los aspectos más importantes. Por ejemplo: «¿Qué partes de su jardín desea mejorar?».

3. Ser lo más específicos posible. Con el fin de que el objetivo sea alcanzable en la vida real, se pide la máxima concreción. Por ejemplo: «Si quiere que en su jardín crezcan rosas blancas, deberá saber qué tipo de ambiente requieren éstas para poder escoger el mejor lugar para plantarlas. Tendrá que regarlas una vez al día, al atardecer, quitar las malas hierbas una vez al mes y abonar la tierra cada trimestre. Además, tendrá que podarlas en invierno y desparasitarlas en primavera».

4. Desglosarse en distintos pasos. Aquí se sugiere que reflexionen sobre los siguientes puntos:

- ¿Qué es lo primero que tendría que hacer para encaminarse a dicho objetivo?
- ¿Tendría que incorporar ciertas cosas o comenzar a introducir modificaciones en su vida cotidiana para poder acabar obteniendo su objetivo?
- ¿Puede contar con la ayuda de alguien?

Explicadas las características que deben poseer las metas, se expone un ejemplo genérico. (Diapositiva 3.)

*Ejemplo:*

• Objetivo a corto plazo:

→ *Concretar su objetivo inmediato:*

– Poder recobrar mis actividades de ocio.

→ *Fijar el primer paso para iniciar el cambio destinado a conseguir su objetivo:*

– Ir al centro cívico de mi barrio para pedir información sobre las actividades (tipos de cursos, a quién van orientados, horarios, precios...).

DIPOSITIVA 3

A continuación, los pacientes deben empezar a rellenar la ficha que se encuentra en el dossier (tabla 1).

TABLA 1

<i>Objetivos</i>	<i>Primer paso para lograrlo</i>
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

Mientras cada uno rellena su propia tabla, se comentan las dificultades que vayan planteando los miembros del grupo.

Cuando los pacientes entienden cuál es el procedimiento, se deja la ficha inacabada, ya que cada uno la deberá completar en su casa como tarea.

#### **4. Tareas para casa**

Para que siga reflexionando sobre los valores o áreas importantes de su vida, le sugerimos que lea la metáfora que hemos tratado en la sesión y que intente responder las preguntas de nuevo.

Una vez haya reflexionado sobre estas cuestiones, plantéese qué nuevos objetivos vitales quiere fijarse. Se trata de averiguar cuáles son las cosas que debería hacer o cambiar para poder dirigir su vida hacia aquello que es más importante para usted y, por tanto, así mejorará su calidad de vida.

Trate de revisar los distintos ámbitos de su vida (familia, profesión, vida social, desarrollo intelectual, ocio, estado físico y de salud, espiritualidad, cuidado personal...) y valore cuáles requieren más atención. Por ejemplo:

Eche un vistazo sobre su jardín y averigüe cuáles son las plantas que necesitan más cuidados, qué elementos pueden faltar (quizá una fuente o una estación meteorológica), qué flores darían más alegría al entorno...

Concrete por escrito y siguiendo el esquema los siguientes aspectos:

- Cuáles son sus objetivos.
- Qué pasos debe realizar en primer lugar para iniciar el cambio destinado a conseguir estas metas.

<i>Objetivos</i>	<i>Primer paso para lograrlo</i>
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

## **5. Bibliografía**

Pérez Álvarez, M., J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigó Vázquez, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces: psicología de la salud II*, Madrid, Pirámide, 2003.

Wilson, K. G. y M. C. Luciano, *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*, Madrid, Pirámide, 2008.

## CAPÍTULO 10

### SESIÓN GRUPAL 9: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y ACTIVIDADES DE REFUERZO

*Almudena Mateos, Milena Gobbo, Cristina Ruiz y Gema Rodríguez*

#### 1. Revisión de las tareas para casa

Respecto a la sesión pasada, se pregunta al paciente sobre la metáfora del jardín para comprobar si le ha sugerido nuevas reflexiones.

Se revisa la ficha entregada de establecimiento de objetivos para comprobar si el paciente la ha cumplimentado correctamente o le han surgido algunas dudas.

#### 2. Objetivos

1. Organización del tiempo.
2. Promoción de la realización de actividades gratificantes.

#### 3. Contenido

##### 3.1. ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO

Al paciente se le explica lo siguiente:

A lo largo del día existe un número determinado de tareas que debemos o queremos llevar a cabo, lo cual implica organizar el tiempo adecuadamente. No obstante, cuando la persona, por ejemplo, no establece un horario realista, no delega o se embarca en demasiadas actividades, es posible que experimente una sensación de estrés, frustración o desbordamiento que le dificulte todavía más cumplir con sus compromisos y, en general, con sus actividades cotidianas. En las personas con dolor, dado que necesitan más tiempo para llevar a cabo sus actividades, es común que esta sensación de estrés todavía sea más acusada. Por ello, aunque la organización del tiempo es algo útil para todos, lo es especialmente para las personas que sufren dolor.

La organización efectiva del tiempo tiene como objetivo prevenir o poner solución a esta problemática. Para ello es importante seguir los siguientes pasos.

Proyectar la diapositiva 1.

1. Reflexionar sobre la propia actividad.
2. Mejorar la distribución del tiempo.
  - 2.1. Establecer prioridades.
  - 2.2. Eliminar obligaciones.
  - 2.3. Simplificar actividades.
  - 2.4. Delegar actividades.
  - 2.5. Bajar el listón.
  - 2.6. Dividir tareas.
  - 2.7. Programar de forma holgada.

DIPOSITIVA 1

### 3.2. REFLEXIONAR SOBRE LA PROPIA ACTIVIDAD

En primer lugar, es necesario reflexionar sobre la forma habitual de distribuir el tiempo. Para ayudarse en esta reflexión, pueden clasificarse las actividades en diversas categorías: trabajo, tareas de casa, descanso, actividades sociales, ocio...

Debería intentar valorarse cuánto tiempo aproximadamente se dedica a cada grupo de actividades para observar si su día a día resulta equilibrado; por ejemplo, ver si se dedica un tiempo excesivo a tareas del hogar en comparación con tiempo de ocio o descanso. A partir de esta reflexión, pueden empezar a considerarse qué actividades podrían cambiarse, a cuáles dedicar más tiempo, de cuáles recortarlo, etc.

A continuación se pide al paciente que rellene el esquema que se encuentra en su dossier (tabla 1) sobre la distribución de su tiempo. Y se explica lo siguiente:

Ahora debe reflexionar sobre sus actividades diarias y rellenar el esquema que se encuentra en su dossier. Concretamente, ¿cuántas horas dedica a dormir?, ¿cuántas horas dedica a trabajar, a las tareas de la casa, a cuidar a los demás, a las obligaciones en general?, ¿cuánto tiempo dedica a usted mismo, a sus aficiones, a cuidarse, a relajarse...?

TABLA 1. Registro de distribución del tiempo.

<i>Categoría de actividad</i>	<i>Tiempo total (horas)</i>
Dormir.	
Obligaciones (trabajo, cuidar a los demás, tareas del hogar...).	
Tiempo para uno mismo (aficiones, actividad física, cuidarse, estar con los amigos, relajarse...).	

Una vez rellenada la tabla 1, se pregunta a los pacientes si creen que su tiempo está bien distribuido o si les gustaría cambiarlo. Y también por qué creen, si es el caso, que su tiempo se encuentra mal equilibrado. En este momento, sólo se trata de hablar del tema, para más adelante ir respondiendo sus preguntas.

### 3.3. MEJORAR LA DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Una vez analizada la distribución del tiempo, se deben distinguir las actividades según sean más o menos importantes. Dado que los pacientes con dolor crónico tienen tendencia a eliminar las actividades de refuerzo por falta de tiempo, partiremos de la premisa de que las actividades que no constituyen obligaciones son prioritarias. Así pues, se trata de analizar las obligaciones.

#### 1. Establecer prioridades

En este momento se debe promover la reflexión entre los pacientes sobre sus obligaciones. Se abre un debate grupal donde se reflexiona sobre las obligaciones. Las preguntas que se formulan abiertamente para debatir serán del estilo que se apuntan en la diapositiva 2.

<p>¿Qué pasaría si no hiciera... (una obligación)?</p> <p>¿Quién me impone mis obligaciones, yo o los demás?</p> <p>¿Cómo me sentiría si no hiciera... (una obligación)?</p>
--

#### DIPOSITIVA 2

Con este debate los pacientes deben meditar hasta qué punto son importantes sus obligaciones o si realmente son necesarias o si existen algunas autoimpuestas.

#### 2. Eliminar obligaciones

Muy unido al debate anterior, se propone a los pacientes que mediten si podrían eliminar algunas de sus obligaciones. Y se comenta en grupo.

A este respecto se alude que muchas obligaciones que sentimos como tales se deben a no saber poner límites a las demandas de los demás sin sentirnos culpables. Así, se comenta a los pacientes que es fundamental recordarse que todos tenemos deseos y derechos y debemos poder expresarlos y llevarlos a cabo. Acceder a demandas externas supone muchas veces un motivo de estrés y un aumento del volumen de trabajo.

#### 3. Simplificar actividades

Se comenta a los pacientes que es necesario simplificar la vida cotidiana eliminando trabajos innecesarios y ganando en tiempo de calidad para uno mismo. Es importante reflexionar sobre qué cambios se podrían introducir en el hogar o en el lugar de trabajo

para ahorrar tiempo y esfuerzos; por ejemplo, en el hogar, colgar las camisas en lugar de doblarlas o deshacerse de adornos; o en el trabajo, transmitir una información por teléfono o por correo electrónico en lugar de organizar una reunión.

En este punto, se puede preguntar a los pacientes si alguno de ellos ha realizado alguna de estas simplificaciones. Una pregunta al aire de este estilo puede promover que los pacientes intercambien ideas al respecto.

#### 4. Delegar actividades

En este punto se comenta que es aconsejable delegar siempre que se pueda para evitar que el volumen de tareas sea excesivo. Delegar implica, por un lado, tener que enseñar cómo se realizan las tareas. Esto supone dedicar un tiempo, pero este período es una inversión que más tarde se rentabiliza. Por otro lado, delegar supone tener que asumir que probablemente no se llevarán a cabo los trabajos exactamente como los haríamos nosotros. No es por ello menos necesario encomendar tareas a alguien cuando sea posible.

#### 5. Bajar el listón

En este momento de la sesión se expone la necesidad de bajar el listón disminuyendo la autoexigencia. A menudo, se tiende a intentar hacer las cosas de manera perfecta sin valorar el coste en tiempo y en esfuerzo que supone ese perfeccionismo. No hacer esta valoración implica que el individuo cargue con un exceso de cansancio, estrés y dolor que podría evitarse si uno funcionara según sus posibilidades y no intentando alcanzar unos objetivos en absoluto reales.

#### 6. Dividir tareas

Se comenta a los pacientes la importancia de dividir la tarea en partes más pequeñas y manejables de modo que la actividad resulte menos cansada y se obtenga una mayor sensación de control; por ejemplo, si la actividad consiste en ordenar documentación acumulada de hace tiempo, puede dividirse en los siguientes pasos repartidos en varios días: comprar archivadores, separar los diferentes tipos de documentos, ordenar los documentos del mismo tipo por fechas, archivarlos, y así sucesivamente.

Se aconseja que las actividades se intercalen dependiendo del grado de esfuerzo físico que supongan, es decir, ir alternando actividades más cansadas con otras más reposadas. Es importante intentar seguir una pauta de actividad y descanso para no sobrecargar el organismo. Hay que intercalar tareas que requieran actividad física, con períodos de descanso o tareas que no impliquen un esfuerzo físico demasiado grande. No tenemos que esperar que el dolor intenso nos señale el final de una actividad sino terminar antes.

## 7. Programar de forma holgada

Como último punto, se debe indicar a los pacientes que cuando se programan actividades siempre debe concederse más tiempo a una tarea del que tomaría normalmente. De este modo, si surgen imprevistos, no afectará al buen funcionamiento de la rutina establecida y podrá mantenerse la sensación de tranquilidad.

### 3.4. INCLUSIÓN DE ACTIVIDADES DE REFUERZO EN LA ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO

Se comenta al paciente lo siguiente:

La inclusión de actividades de refuerzo en el horario cotidiano es fundamental. Las actividades gratificantes cumplen un doble papel en el control del dolor: por un lado, permiten mantener una buena salud mental disminuyendo el riesgo de aparición de problemas asociados con el dolor crónico, como depresión y ansiedad y, por otro, pueden utilizarse en el marco de los procesos de control del dolor centrados en la atención, ya que estas actividades de refuerzo pueden usarse para desviar la atención del foco de dolor.

Cualquier persona puede recordar la experiencia de que el dolor parece disminuir, incluso desaparecer, en determinadas situaciones; por ejemplo en presencia de otras personas con las que nos sentimos bien (amigos o familiares), cuando se ve un programa interesante en la televisión o cuando se está centrado en la realización de alguna tarea que resulte divertida.

Este tipo de actividades cuya realización produce bienestar psíquico y físico es lo que en psicología se denominan **actividades de refuerzo**.

Por su propia naturaleza, las actividades de refuerzo parecen ser incompatibles con el dolor, por lo que al aumentar el dolor disminuye la realización de actividades de refuerzo, y viceversa.

En la distribución de la jornada diaria es preciso reservar todos los días un espacio de tiempo para estas actividades que en sí mismas nos resultan gratificantes y mejoran el estado de ánimo. El problema es que es posible que algunas de esas actividades de refuerzo en el pasado muy agradables empiecen a dejar de serlo a causa del dolor o resulte más difícil realizarlas por este motivo. Si no se sustituyen esas actividades por otras se irá limitando el repertorio de conductas con las que obtener placer y el estado de ánimo y la sensación de dolor empeorarán.

El número y tipo de conductas que pueden considerarse actividades de refuerzo es enorme, ya que difieren entre individuos (no a todos nos gusta hacer las mismas cosas, pues según sexo, edad, cultura... los intereses son diferentes) y en una misma persona también los intereses pueden ser distintos a lo largo del tiempo (no nos gustan las mismas cosas a los dieciocho que a los cuarenta o setenta años).

El objetivo, por tanto, es identificar actividades que agraden y que se puedan realizar a diario y otras actividades que se puedan realizar esporádicamente a lo largo de la semana o del mes.

Aquí se abre un debate sobre qué actividades placenteras les gustaría incluir en su vida, ya sea en su día a día o alguna que otra vez. Para ayudar, se puede leer en voz alta algunas de las actividades que constan en la tabla 2 y que también tienen en su dossier.

TABLA 2. Actividades de refuerzo.

	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Ir al campo.	
Hablar de deportes.	
Planificar excursiones o vacaciones.	
Comprarme cosas.	
Ir a la playa.	
Hacer trabajos artísticos (pintura, escultura, dibujo, cine).	
Reordenar o redecorar mi habitación o casa.	
Asistir a acontecimientos deportivos.	
Leer un libro, revista o artículo de «hágalo usted mismo».	
Ir a las carreras (de caballos, de coches, regatas).	
Leer historietas, novelas, poemas u obras de teatro.	
Ir a un bar, taberna, club...	
Asistir a conferencias.	
Respirar aire puro.	
Componer o hacer arreglos musicales.	
Practicar la navegación (de canoa, motor, vela).	
Restaurar antigüedades, retocar los muebles.	

Ver la televisión.	
Ir de acampada.	
Jugar a las cartas.	
Resolver un problema, acertijo, crucigrama...	
Almorzar con amigos o socios.	
Escribir historias, novelas, obras de teatro.	
Estar con animales.	
Explorar, hacer marchas espeleológicas.	
Cantar en grupo.	
Ir a una fiesta o guateque.	
Participar en funciones eclesíásticas, sociales, benéficas.	
Tocar un instrumento musical.	
Echarse la siesta.	
Estar con amigos.	
Darse un baño.	
Preparar comida o hacer trabajos manuales para vender o regalar.	
Jugar al ajedrez o a las damas.	
Realizar trabajos de artesanía (alfarería, joyería, cuero, perlas, telar).	

	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Maquillarme, peinarme.	
Diseñar o hacer bocetos.	
Visitar a enfermos o personas con problemas.	
Cuidar el jardín, trabajar y cuidar la tierra.	
Bailar.	
Tomar el sol.	
Ir a una feria, carnaval, zoológico, parque de atracciones.	
Escuchar la radio.	
Invitar a amigos a casa.	
Hacer regalos.	
Ir al parque, a un <i>picnic</i> , a una barbacoa.	
Hacer fotos.	
Coleccionar objetos naturales (alimentos exóticos, minerales...).	
Disfrutar de la buena mesa.	
Mejorar mi salud (arreglar mi dentadura, ponerme gafas nuevas, cambiar mi dieta...).	
Ir al centro de la ciudad.	
Cazar o practicar el tiro.	
Caminar.	
Visitar museos o exposiciones.	
Escribir documentos, ensayos, artículos...	
Pescar.	
Ir a un gimnasio, a una sauna.	
Aprender a hacer algo nuevo.	
Sentarme en una terraza y ver pasar a la gente.	

	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Alabar a alguien.	
Pertenecer a grupos, peñas, cofradías.	
Hablar por teléfono.	
Ir al cine.	
Besar.	
Cocinar.	
Hacer trabajos ocasionales en la casa.	
Dar lecciones a alguien, entrenarlo.	
Ir a un restaurante.	
Ver u oler una flor o planta.	
Hacer experimentos u otros trabajos científicos.	
Visitar a amigos.	
Meditar o hacer yoga.	
Estar relajado.	
Practicar juegos de mesa.	
Leer el periódico.	
Hacer terapia de grupo, desarrollo de la consciencia corporal, sensibilidad...	
Nadar.	
Correr, hacer gimnasia, ponerme en forma, hacer ejercicios deportivos...	
Escuchar música.	
Hacer punto, ganchillo, bordado.	
Acariciar a tu pareja.	
Ir a la barbería o a un salón de belleza.	
Leer revistas.	

	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Tener relaciones sexuales con un compañero del sexo opuesto.	
Tener otras satisfacciones sexuales.	
Ir a la biblioteca.	
Observar los pájaros.	
Ir de compras.	
Encender, mirar el fuego.	
Escribir cartas, postales, notas.	
Pedir ayuda o consejo.	
Ir a banquetes, almuerzos, comidas.	
Hablar de mis aficiones o de mis intereses principales.	
Jugar en la arena, en el río, en la hierba...	
Ir a excursiones campestres, pastos en plena naturaleza.	
Pasear.	
Coleccionar cosas.	
Coser.	
Trabajar o jugar con los niños.	
Hacer trabajos voluntarios, servicios a la comunidad.	
Leer cómics, libros de humor.	
Volver a ver a viejos amigos.	
Viajar.	
Asistir a un concierto, ópera o ballet.	
Jugar con animales.	
Ir al teatro.	
Contemplar las estrellas o la luna.	

#### **4. Tareas para casa**

Una vez identificadas algunas actividades, se les invita a que en casa lean todo el listado por si se les ocurren más actividades que podrían incluir en su vida y a que piensen en qué momento del día las podrían realizar, qué pasos deben dar para empezar a realizar estas actividades...

## 5. Bibliografía

- Penzo, W., *El dolor crónico: aspectos psicológicos*, Barcelona, Martínez Roca, 1989.
- Blasco, T., *Actividad física y salud*, Barcelona, Martínez Roca, 1994.
- Fraser, K., *El cuidado de tu cuerpo*, Madrid, Plesa, 1991.
- Kovacs, F. M., N. M. Vecchierini y M. Gestoso, *Guía para el cuidado de la espalda*, Palma de Mallorca, Fundación Kovacs, 1997.
- Daniels, L., *Fisioterapia: ejercicios correctivos de alineación y función del cuerpo humano*, Barcelona, Doyma, 1981.

## CAPÍTULO 11

### SESIÓN GRUPAL 10: EJERCICIO FÍSICO, HIGIENE POSTURAL Y DEL SUEÑO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

*Almudena Mateos, Milena Gobbo, Cristina Ruiz y Gema Rodríguez*

#### 1. Revisión de las tareas para casa

Respecto a la sesión anterior, se pregunta a los pacientes si han leído y han identificado actividades de refuerzo para incluir en su vida diaria. Igualmente se les pregunta detalles sobre en qué momentos del día las realizarán, cuándo empezarán y se reforzarán sus posibles iniciativas.

Asimismo se intentará resolver los obstáculos o barreras.

#### 2. Objetivos

1. Favorecer la adquisición de hábitos de ejercicio físico saludables.
2. Promover hábitos posturales saludables.
3. Promover hábitos de sueño saludables.
4. Facilitar la prevención de recaídas.

#### 3. Contenido

Esta sesión, a diferencia de las anteriores, es básicamente informativa, pero no hay tiempo suficiente para realizar ejercicios. Por este motivo se recomienda, a medida que se informa de los diferentes temas, proponer algunas cuestiones para debatir y comprobar la comprensión de los pacientes al respecto.

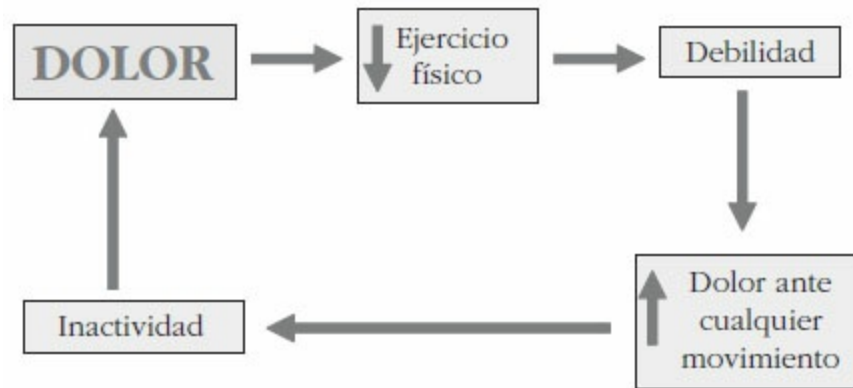
##### 3.1. EJERCICIO FÍSICO

A los pacientes se les explica lo siguiente:

Existen varios motivos por los que es fundamental la realización de ejercicio físico para las personas con dolor:

Cuando existe dolor se tiende a disminuir la actividad pensando que el dolor desaparecerá. Esto es así en caso de lesión, pero cuando se trata de alguna afección crónica, la ausencia de ejercicio físico no tiene efectos beneficiosos, pues el reposo prolongado lleva a una rápida reducción de la potencia muscular, provocando debilidad, disminución de la flexibilidad de los músculos y el tono y fuerza muscular, de manera que aumenta la tendencia de los músculos a hacerse contracturas y así produce o incrementa el dolor, de manera que cualquier movimiento supondrá un enorme cansancio, fatiga y dolor, lo que llevará a disminuir la actividad cada vez más.

Proyectar la diapositiva 1.



DIPOSITIVA 1

- La falta de ejercicio físico afecta al estado de ánimo, debido a sentimientos de inutilidad producidos por pensamientos respecto a lo que antes se podía realizar y en la actualidad no y, por tanto, afecta negativamente a la autoestima.
- Por otro lado, esta merma de actividad provoca que se focalice aún más la atención en el dolor, lo que incrementa la percepción de intensidad o cualquier pequeño cambio en la localización.
- La realización de ejercicio incrementa la producción de endorfinas, sustancia generada por el cuerpo que cumple la función de defensa natural, bloqueando la transmisión del mensaje de dolor y disminuyendo con ello la sensación de dolor.
- Además, previene enfermedades, disminuye el insomnio, favorece el descanso y reduce la tensión muscular.

En este punto, se explica que existen varios tipos de ejercicio:

- Ejercicios rehabilitadores (recomendados por el médico).
- Ejercicio aeróbicos (aeróbic, caminar, bicicleta, natación, baile...).
- Ejercicios anaeróbicos (pesas...).

Y se continúa la explicación argumentando lo siguiente:

Lo más recomendable para la disminución del dolor es la realización de ejercicios rehabilitadores y aeróbicos, pues los anaeróbicos potencian únicamente un grupo de músculos.

Nos vamos a centrar por tanto en el **ejercicio aeróbico**. Consiste en una actividad mantenida y rítmica de grandes grupos musculares, principalmente de las piernas. Con este tipo de ejercicio se utiliza una gran cantidad de oxígeno, lo que incrementa la tasa cardíaca, la frecuencia respiratoria y una mayor oxigenación de los músculos, lo cual produce un mayor fortalecimiento del organismo en general.

Para conseguir este efecto es necesario realizar ejercicio aeróbico al menos tres días a la semana durante veinte minutos.

### *Planificación del ejercicio físico*

Llegados a este punto se trata la planificación del ejercicio comentando lo siguiente:

Establecer un estilo de vida más activo requiere una planificación de ejercicio físico para instaurarlo de forma gradual y constante evitando períodos de exceso de actividad y otros de inactividad.

Se trata de un proceso lento ya que se empezará a notar mejorías pasado aproximadamente un mes y, al principio, sentirá más dolor debido a que los músculos han perdido su potencia y están débiles, pero con la realización diaria de ejercicio y el incremento gradual mejorará el estado físico general y el dolor irá disminuyendo.

Para instaurar el hábito de ejercicio físico y su mantenimiento es recomendable seguir los siguientes pasos:

1. Explorar las creencias respecto a la realización de ejercicio físico y respecto a los beneficios que se obtendrán con su realización. Es frecuente encontrarse con pensamientos como «No tengo tiempo», «Tengo otras obligaciones más importantes»... Es necesario cambiar de prioridades y sustituir estos pensamientos por otros que partan de los beneficios del ejercicio y las consecuencias de no realizarlo.

2. Establecer qué tipo de ejercicio se quiere realizar y cómo se irá instaurando (horarios y aumento progresivo del tiempo). Si al ir aumentando el ejercicio se detecta un incremento del dolor importante o un gran cansancio, se debe parar el ejercicio y planificar un incremento más lento.

### *Consejos para mantener el hábito del ejercicio*

Se comentan los consejos siguiendo la diapositiva 2:

#### *Consejos para mantener el hábito del ejercicio*

Realizar ejercicio en compañía.

Ser realista en la planificación de metas.

Ser constante.

Subrayar los progresos en los registros.

Buscar apoyo en el entorno social.

Terminar con ejercicios suaves.

DIAPPOSITIVA 2

Respecto a los consejos, se debe comentar lo siguiente:

- Realizar el ejercicio en compañía resulta beneficioso, pues anima a ser más constante y motiva más.
- Se debe ser realista a la hora de planificar los objetivos, el tiempo y el momento de realización del ejercicio, atendiendo a la capacidad física y a la disponibilidad de tiempo, para evitar desmotivación y sensación de frustración si lo planificado es inalcanzable.
- Pueden existir altibajos en la realización del ejercicio debido a imprevistos. En estos casos es importante mantener la constancia en la medida de lo posible y recuperar la actividad de forma gradual.
- Buscar apoyo en el entorno social, explicando lo planificado e implicando a alguien favorece el mantenimiento del ejercicio.
- Es importante terminar el ejercicio siempre con unos minutos de marcha lenta y estirando los músculos para evitar cambios bruscos de actividad.

### 3.2. LA HIGIENE POSTURAL

Respecto a la higiene postural, se explica lo siguiente:

Sea cual sea la causa del dolor de espalda, éste se incrementa debido a determinadas posturas poco confortables, actividades y sobreesfuerzos a que es sometida la columna a causa de nuestra forma de vida.

En general, la columna sufre principalmente en las siguientes situaciones:

- Cuando nos mantenemos mucho tiempo en la misma posición, ya sea de pie, sentado o acostado.
- Cuando adoptamos determinadas posturas que aumentan sus curvas.
- Cuando realizamos grandes esfuerzos o pequeños pero repetidos con mucha frecuencia.
- Cuando realizamos movimientos bruscos o adoptamos determinadas posturas muy forzadas.

Por todo ello, es importante saber y practicar una serie de MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL, que dividimos en las siguientes:

1. Medidas higiénicas generales.
2. Medidas higiénicas en las tareas domésticas.

En general, siempre que vaya a realizar alguna actividad, tenga en cuenta lo siguiente:

- No esté sentado, de pie, acostado, fregando... durante largos períodos de tiempo, procure alternar las tareas que requieran posiciones estáticas y repartir la tarea en varios días (por ejemplo: plancha).
- Intercale períodos de pequeños descansos entre tareas que le servirán para estirarse y relajarse.
- Modifique, si es necesario, determinados elementos de su entorno: el mobiliario, especialmente, mesas y sillas, recordando que lo blando es perjudicial, la altura de los objetos, la iluminación...

### *Medidas higiénicas generales*

A continuación se describen las medidas higiénicas generales:

#### De pie o al caminar

Al estar de pie ponga siempre un pie más adelantado que el otro y cambie a menudo de posición, no esté de pie parado si se puede estar andando. Camine con la cabeza y el tórax erguidos. Use zapatos cómodos de tacón bajo (2-5 cm). Para recoger algún objeto del suelo debe flexionar las rodillas y mantener las curvaturas de la espalda.

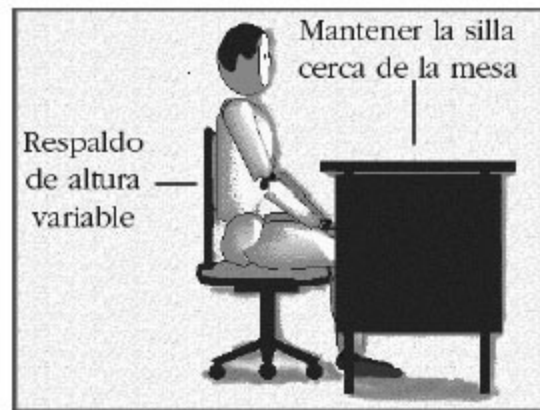


DIPOSITIVA 3

#### Sentado

Permanecer con la espalda erguida y alineada, el peso repartido, talones y parte anterior de los pies, apoyados en el suelo, con las rodillas en ángulo recto (las rodillas en línea o ligeramente elevadas por encima de las caderas), puede cruzar alternativamente

los pies. Si los pies no llegan al suelo, ponga un taburete para posarlos. Apoye la espalda firmemente contra el respaldo de la silla, si es necesario utilice un cojín o una toalla enrollada para la parte inferior de la espalda.



DIAPPOSITIVA 4

### Conducir

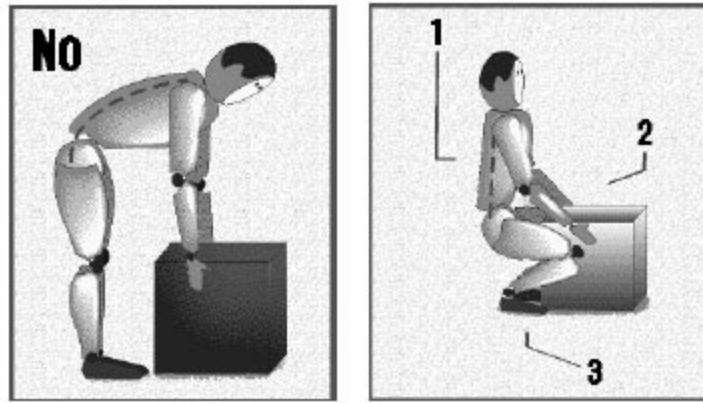
Adelante el asiento del automóvil hasta que le permita llegar a los pedales (acelerador, freno y embrague) con la espalda completamente apoyada en el respaldo, las rodillas alineadas con las caderas. Siéntese derecho, coja el volante con las dos manos, quedando los brazos semiflexionados.

### Inclinarse

Para recoger algo del suelo o realizar una actividad en un plano bajo, no curve la columna (inclinarse), agáchese flexionando las rodillas, intentando que la espalda permanezca recta.

### Levantar y transportar pesos

Para levantarse, debe doblar las rodillas, no la espalda, y tener firmemente apoyados los pies. Levántese con las piernas y sostenga los objetos con el cuerpo. Levante los objetos sólo hasta la altura del pecho, no lo haga por encima de los hombros. Si tiene que colocarlos en alto, súbese a un taburete. Cuando la carga sea muy pesada, busque ayuda.



DIAPPOSITIVA 5

A la hora de transportar pesos, lo ideal es que los lleve pegados al cuerpo.

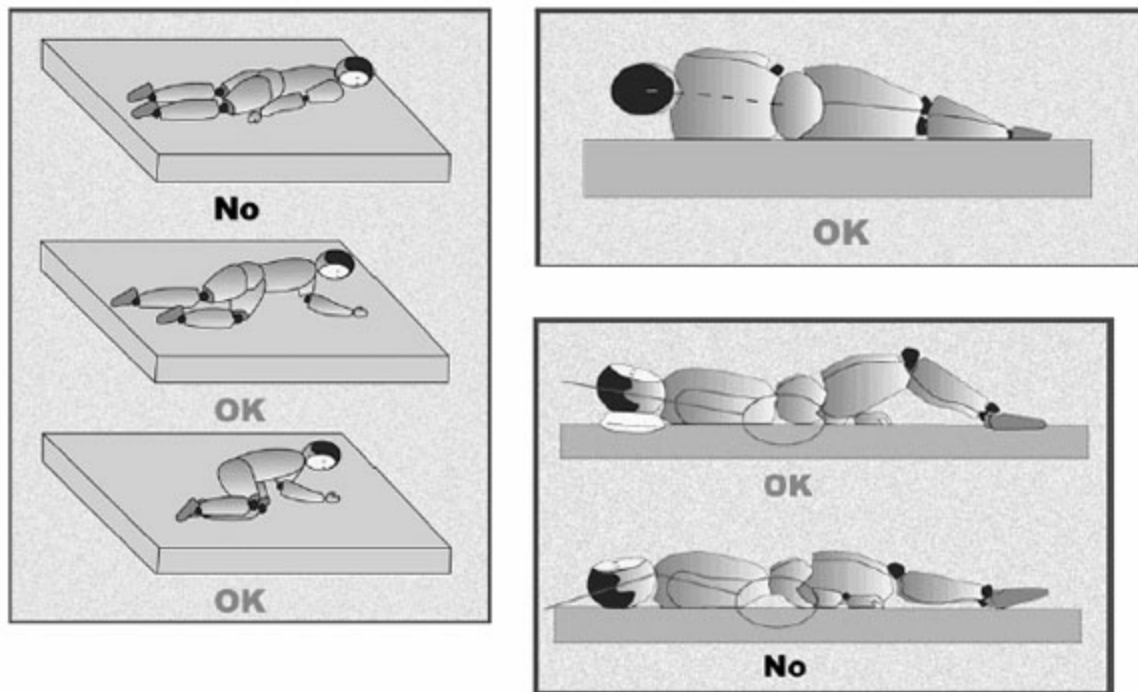
#### Acostado

Las posturas ideales son las siguientes:

- Posición fetal: de lado, con el costado apoyado, con las caderas y las rodillas flexionadas y con el cuello y la cabeza alineados con el resto de la columna.
- Boca arriba con las rodillas flexionadas y una almohada debajo de éstas.

Dormir boca abajo no es recomendable, porque suele modificar la curvatura de la columna lumbar y obliga a mantener el cuello girado para respirar.

El colchón y el somier tienen que ser firmes y rectos (ni demasiado duros, ni demasiado blandos), la almohada baja, la ropa de la cama de poco peso.



DIPOSITIVA 6

### Levantarse y sentarse en una silla o sillón

Para levantarse, primero apoye las manos en el reposabrazos, en el borde del asiento, en los muslos o en las rodillas y, después, desplácese hacia el borde anterior del asiento, retrasando ligeramente uno de los pies, que le servirá de apoyo e impulso para incorporarse.

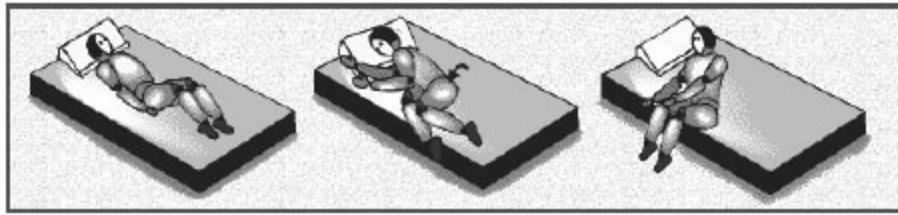


DIPOSITIVA 7

Para sentarse, hágalo de forma controlada, utilizando los apoyos y dejándose caer suavemente. Evite levantarse de un salto, sin apoyo y desplomarse para sentarse.

### Levantarse de la cama

Flexione las rodillas, gire para apoyarse en un costado y, después, apoyándose en los brazos, incorpórese de lado hasta sentarse; una vez sentado en el borde de la cama, apoye las manos e impúlsese hacia arriba.



DIPOSITIVA 8

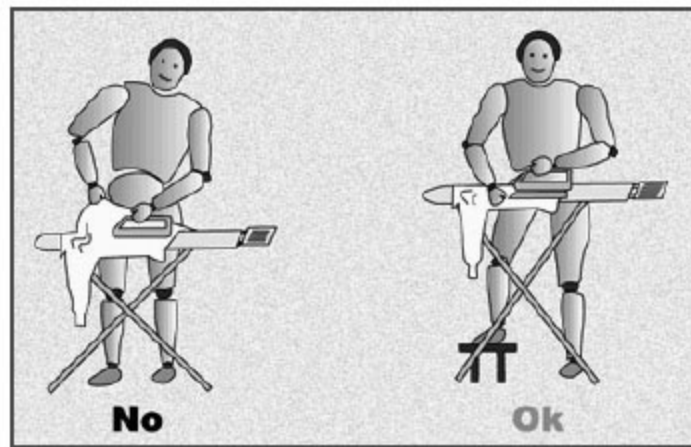
### *Medidas higiénicas en las tareas domésticas*

#### Comprar

Reparta la compra en varios días de la semana. Para transportarla utilice un carrito (mejor empujar que arrastrarlo). Si usa bolsas, repartir el peso en ambos brazos, evite transportar más de dos kilos en cada brazo y manténgalas lo más cerca posible del cuerpo.

#### Planchar

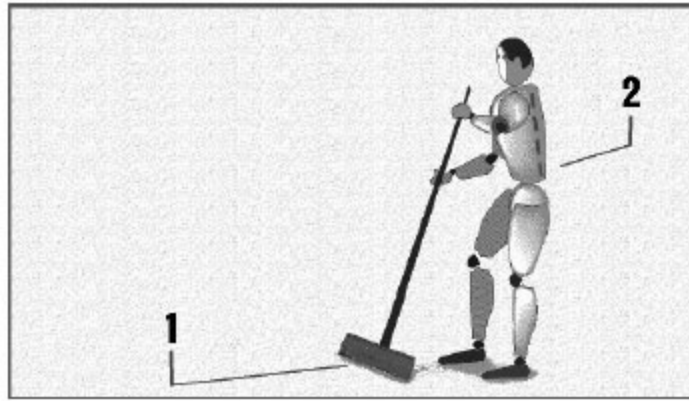
No acumule la ropa para planchar en un solo día de la semana. La altura de la tabla de planchar ha de quedarle ligeramente por encima de la cintura. Debe mantener un pie adelantado y/o en alto y alternativamente apoyarlo en un taburete.



DIPOSITIVA 9

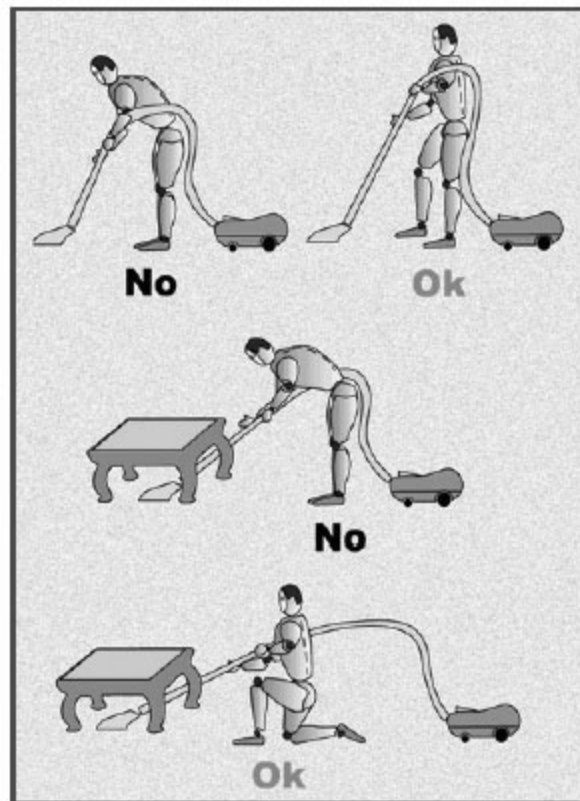
#### Barrer y fregar el suelo

La longitud del palo del cepillo o de la fregona debe permitirle alcanzar el suelo, sin necesidad de tener que inclinar la columna. Coloque las manos en el palo a una altura entre su cadera y su pecho. Tiene que mantener la escoba o la fregona lo más cerca posible del pecho y al moverlas hágalo con movimientos de brazos y muñecas, no con la cintura. Los giros o movimientos de vaivén realícelos con las piernas, no con las rotaciones del tronco.



DIAPOSITIVA 10

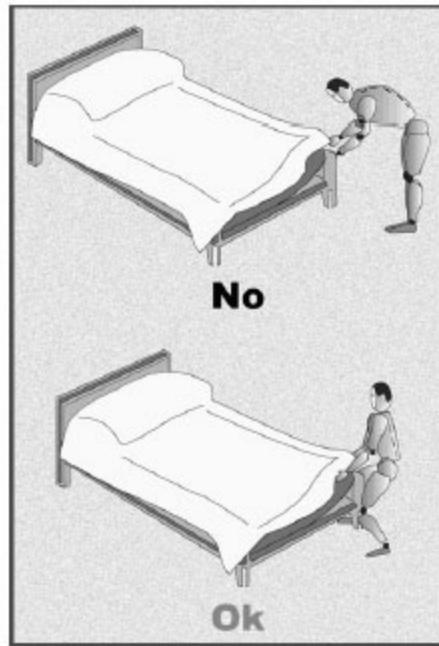
Para pasar la aspiradora debe hacerlo con una pierna más adelantada y semiflexionada que la otra y, cuando sea necesario, inclínese.



DIAPOSITIVA 11

### Hacer la cama

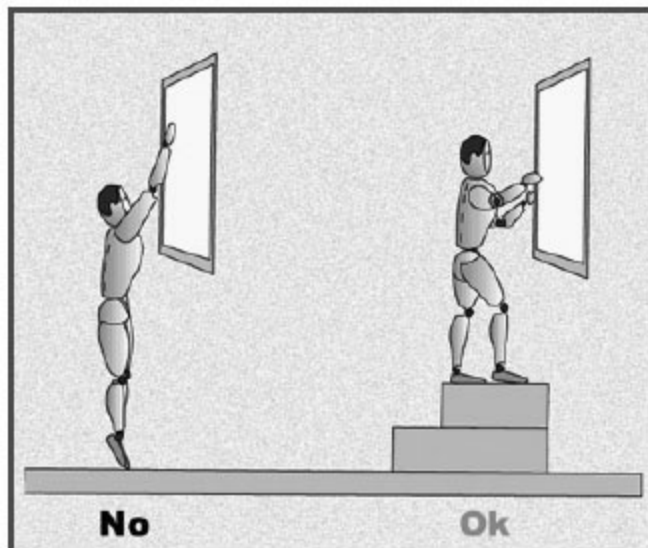
Debe separar los pies, para contar con una base amplia. Para remeter la ropa es preferible que se arrodille a que se incline. Si la cama está muy pegada a la pared, sepárela para hacerla, de forma que le permita el acceso por ambos lados.



DIAPOSITIVA 12

Limpiar cristales, puertas, paredes, alicatados, etc.

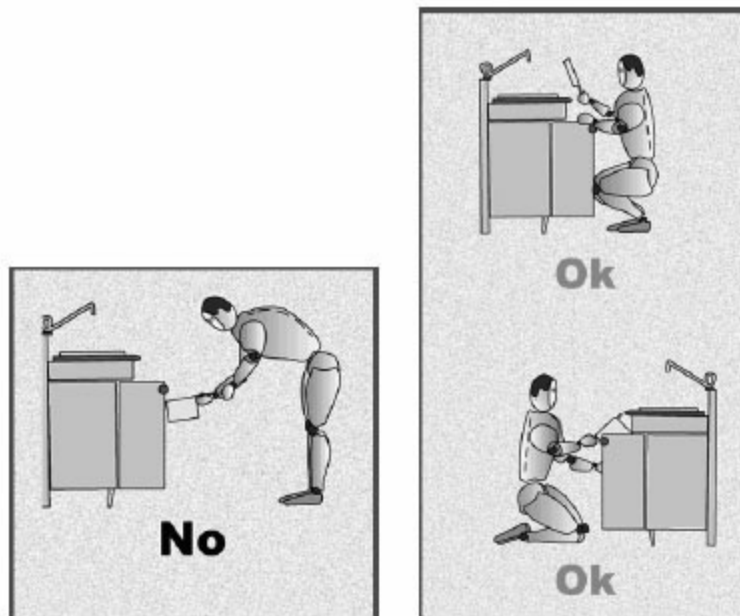
Si utiliza la mano derecha para limpiar, adelante el pie derecho y apóyese con la mano izquierda sobre la superficie o borde a limpiar; si usa la izquierda, realícelo al revés. El brazo que limpia ha de permanecer entre el tórax y la cabeza. Si tiene que limpiar a una altura superior a usted, utilice un taburete, no la extensión de su columna y, si es un sitio bajo, póngase de cuclillas.



DIAPOSITIVA 13

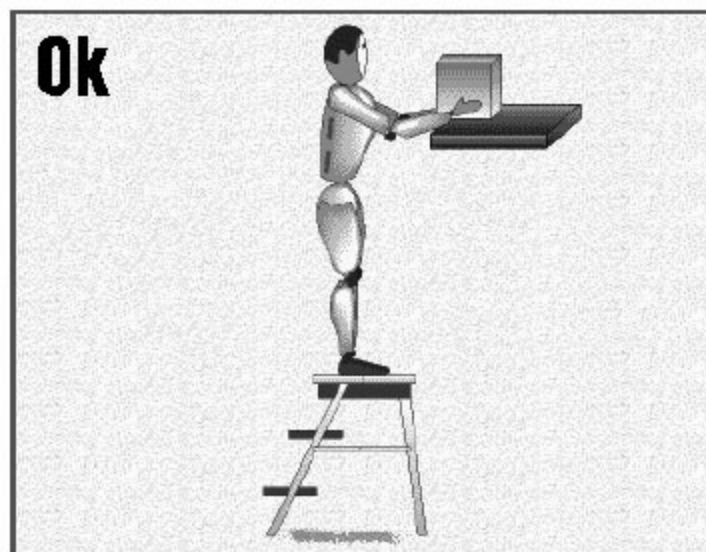
Colocar o sacar objetos del armario y/o utensilios de la cocina

Lo que más pesa y lo que más se utiliza debe estar colocado donde le cueste menos trabajo sacarlo (sitúelo en algún armario o mueble que le llegue a la altura de su cabeza o de su pecho). Si tiene que coger algo de un armario o estante cerca del suelo, hágalo de cuclillas, apoyándose en una mano. También le recomendamos esta postura para meter y sacar ropa de la lavadora.



DIAPOSITIVA 14

Para colocar un objeto en alto, debe hacerlo usando un taburete, evite la hiperextensión de la columna y la elevación de los brazos con carga por encima de la cabeza.



DIAPOSITIVA 15

### 3.3. HIGIENE DEL SUEÑO

El apartado referente a la higiene del sueño se trata de la siguiente forma:

La dificultad para dormir puede ser simplemente el resultado de un estilo de vida y/o de un ambiente poco propicio para un buen descanso. Conseguir una buena higiene del sueño tiene un papel muy relevante en el control del insomnio y algunos aspectos del estilo de vida como la dieta, el ejercicio y los horarios u otros del entorno (el ruido, la luz) pueden actuar en detrimento de la calidad del sueño.

#### *Sustancias incompatibles con el sueño*

Existen varias sustancias incompatibles con el sueño, ya que producen efectos estimulantes o bien depresores. Entre ellas se encuentran la cafeína, la nicotina y el alcohol. Asimismo, ciertas dietas también pueden influir en el dormir.

#### La cafeína

Los productos más usualmente consumidos que contienen cafeína son el café, el té, la Coca-Cola y otras bebidas con gas, el chocolate, el cacao y algunos productos farmacéuticos, como los medicamentos para los resfriados, las alergias y los inhibidores del apetito.

Debe reducirse gradualmente su consumo, tomando cada vez menos cantidad, día tras día. Si el paciente decide no eliminar totalmente la ingesta de cafeína, debe asegurarse que no la consume después de las cuatro o cinco de la tarde o seis horas antes de acostarse.

#### La nicotina

La recomendación será dejar de fumar totalmente por una cuestión de salud, no sólo por cómo afecta al sueño. Para aquellas personas que no quieran o no puedan renunciar a este hábito dañino, será especialmente importante conseguir la disminución de la cantidad de cigarrillos antes de acostarse para evitar que la activación fisiológica les dificulte conciliar el sueño.

#### El alcohol

Además de dificultar el sueño profundo, una cantidad considerable de alcohol antes de acostarse provoca la necesidad de orinar, el aumento de ronquidos y la presencia de la apnea del sueño.

Aquellos individuos que beben en un contexto social deberán evitar beberlo entre cuatro y seis horas antes de acostarse.

#### *La dieta*

No existe ninguna comida o bebida en particular que promueva el sueño. No obstante, numerosos estudios han demostrado los efectos beneficiosos para conciliar el sueño del triptófano, sustancia presente en la leche, de manera que a menudo se aconseja tomar un vaso de leche caliente antes de acostarse. Si se sigue este consejo, deberá tenerse en cuenta que el triptófano tarda aproximadamente una hora en alcanzar el cerebro y producir el resultado esperado.

Es importante seguir una dieta variada y equilibrada que no contenga demasiado azúcar (puro o en bollería, caramelos, chocolate, etc.) ni demasiada sal. Tomar líquidos en exceso debe ser evitado porque puede provocar nocturia (necesidad de orinar por la noche) y dificultades de conciliación del sueño al acostarse de nuevo.

Deben mantenerse horarios de comidas regulares de forma que se repartan las calorías a lo largo del día.

### *La luz, el ruido, la temperatura y el colchón*

Factores del entorno como la luz, el ruido, la temperatura y la incomodidad de un colchón pueden dificultar el sueño. Una habitación con muchas distracciones —un escritorio lleno de documentos, una televisión, el teléfono...— no ayudará a fomentar un escenario adecuado para el sueño. Optimizar todos estos factores no implica necesariamente alcanzar un sueño profundo, pero si bien la sensibilidad a estos aspectos ambientales varíe de individuo a individuo, cualquier inadecuación de los mismos puede favorecer la aparición o la acentuación del problema de insomnio.

### *Ciclo de sueño-vigilia y actividades que dificultan el sueño*

A menudo, las personas que padecen insomnio no tienen regulado su ciclo de sueño/vigilia y es posible además que efectúen actividades incompatibles con el sueño, generando una asociación negativa entre el entorno de la habitación y el dormir.

Esta asociación negativa se ve agravada por la presencia de una serie de comportamientos que se efectúan para paliar las consecuencias diurnas de la pérdida de sueño. Por ejemplo, se establecen horarios irregulares de dormir, se duermen siestas a lo largo del día, se pasa un tiempo excesivo en la cama o se utiliza la habitación y la cama para actividades no relacionadas con el sueño. Todas estas prácticas pueden convertir en crónico lo que inicialmente podría ser un insomnio transitorio.

Por este motivo, además de actuar sobre el entorno y las sustancias que pueden afectar al sueño, es necesario:

1. Regular el ciclo sueño/vigilia.
2. Eliminar todas aquellas actividades que dificulten el sueño.

Para conseguir estos objetivos, el paciente debe tratar de seguir las siguientes instrucciones:

1. No se acueste hasta que no se sienta soñoliento

Acostarse sin tener sueño hará que el individuo pase tiempo en la cama preocupado o tenso por no poder dormir, situación incompatible con un estado de relajación y el sueño. Por tanto, debería aplazarse el momento de acostarse hasta que el individuo se sienta realmente soñoliento.

2. Establezca una rutina antes de acostarse

Es importante establecer una rutina previa al momento de acostarse para entrar en un estado de relajación que actúe como período de transición entre el estado de vigilia y el de sueño; por ejemplo, tomar un baño, prepararse la ropa para el día siguiente, cepillarse los dientes, apagar las luces, etc.

El tipo de rutina señalado, aparte de conceder un espacio de relajación, sirve como señal inductora del sueño.

3. Levántese aproximadamente a la misma hora por las mañanas

Es esencial mantener una hora regular de despertarse y levantarse por las mañanas, independientemente de la hora en que el individuo se haya acostado o de la cantidad de horas que haya dormido esa noche. Ser constante en el ritmo de despertarse y levantarse ayudará a regular el número de horas que el organismo de cada persona necesita.

4. No duerma la siesta

Hacer la siesta de forma rutinaria altera, generalmente, el patrón de sueño. Cuanto más largo es el período de vigilia, más fácilmente resulta dormirse, de manera que romper este período con una siesta puede trastornar el descanso nocturno.

En aquellos casos en que resulte inevitable, debe limitarse la siesta a no más de treinta o cuarenta y cinco minutos y dormirla antes de las tres de la tarde, de forma que no afecte al sueño nocturno.

5. No use su cama o habitación para otras actividades que no sean dormir o mantener relaciones sexuales

Para muchas personas la habitación es el centro de todo: trabajan, hablan por teléfono, discuten, ven la televisión, comen, fuman, etc. Todas estas actividades son incompatibles con el dormir porque impiden entrar en un estado de relajación.

Si bien es cierto que algunas personas llevan a cabo todas estas actividades y no padecen problemas de sueño, otras son más susceptibles a sufrirlos y cualquier tipo de ocupación puede resultar contraproducente. El objetivo de esta directriz es reforzar el dormir con un entorno tranquilo y relajante sin actividades que puedan alterarlo. La actividad sexual es la única que parece favorecer el sueño y, por tanto, es aceptable.

### 3.4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El objetivo de esta parte consiste en preparar al paciente para superar una recaída, así como reforzar el trabajo ya realizado ayudándole a reflexionar sobre las nuevas habilidades y las estrategias que ha aprendido a lo largo de las sesiones.

Se debe considerar la recaída como algo normal, pues ocurrirá antes o después. El paciente debe saber que existe dicha posibilidad para evitar desmotivarse y no desestimar la mejoría lograda durante la intervención.

Esta reflexión puede enfocarse de la siguiente manera:

Durante el tratamiento, el objetivo ha sido desarrollar las habilidades y estrategias necesarias para reducir y controlar sus episodios de dolor. No obstante, es inevitable que, en algunos periodos, controlar su dolor sea más difícil que en otros. La prevención de recaídas consiste en utilizar todo lo que ha aprendido a lo largo del tratamiento para poder identificar las causas de una posible recaída, detectar las señales de que algo no va bien y manejar este período difícil.

Piense que la posibilidad de recaídas no es una situación de todo o nada en la que uno desestime todo lo aprendido sino que es un proceso gradual de recuperación. Puede ser tan importante cómo responda a este período difícil de su vida como las dificultades en las que se encuentra en este momento.

Una vez hecha esta introducción, mediante la reflexión en común, se pretende conseguir lo siguiente:

1. Que el paciente identifique las posibles *causas* de una recaída; por ejemplo, caer enfermo y tener que reposar, sufrir una pérdida, experimentar estrés laboral, etc.
2. Que sea capaz de detectar las *señales* que indicarían que se está produciendo la recaída; por ejemplo, evitar actividades, sentirse irritable, etc.
3. Que pueda establecer una serie de *pasos* que podría llevar a cabo (aplicando lo aprendido a lo largo del tratamiento) para poder sobreponerse a esta situación; por ejemplo, leer el folleto «Relación entre los procesos psicológicos y el dolor».

Para ello se propone empezar a dar respuesta a las siguientes preguntas que conforman el plan de prevención de recaídas que se encuentra en el dossier del paciente:

- *¿Cuáles podrían ser las causas de una recaída?* Es importante señalar que la causa de una recaída puede ser un único acontecimiento estresante o puede ser también un conjunto de circunstancias que se hayan ido acumulando en el tiempo.

- *¿Cuáles serían las señales de aviso?* Para que el paciente identifique estas señales, puede ser útil que se pregunte lo siguiente: ¿Qué síntomas empiezo a experimentar?, ¿qué cosas empiezo a hacer?, ¿cómo empiezo a pensar sobre mí mismo?
- *¿Qué pasos debo llevar a cabo si empiezo a encontrarme con dificultades?* Para ver si el paciente ha asimilado los conocimientos que se le han proporcionado, es importante que responda haciendo referencia a las habilidades y estrategias con las que más se ha identificado o a aquellas que le han sido de mayor utilidad. El trabajo de este punto es también muy relevante para identificar en qué partes del tratamiento es necesario incidir antes de dar por finalizada la intervención.

#### 4. Tareas para casa

Las instrucciones sobre las tareas para casa de esta sesión son las siguientes:

Por favor, dedique un tiempo a reflexionar sobre las preguntas que encontrará en el plan de prevención de recaídas y haga aquellas anotaciones que le parezcan más relevantes en su situación personal. Piense que este plan le puede servir de recordatorio de todo lo que ha aprendido. Su aplicación, si es necesaria, le dará la oportunidad de ser su propio terapeuta y de saber que puede superar una recaída usted mismo.

##### *Plan de prevención de recaídas*

→ *¿Cuáles podrían ser las posibles causas de una recaída?*

Ejemplo: caer enfermo y tener que reposar.

→ *¿Cuáles serían las señales de aviso?*

¿Qué síntomas empiezo a experimentar?, ¿qué cosas empiezo a hacer?, ¿cómo empiezo a pensar sobre mí mismo?

Ejemplo: evitar actividades.

→ *¿Qué pasos debo llevar a cabo si empiezo a encontrarme en dificultades?*

Ejemplo: leer el folleto «Relación entre los procesos psicológicos y el dolor».

#### 5. Bibliografía

Morin, Ch. M., *Insomnio: asistencia y tratamiento psicológico*, Ariel, Madrid, 1998.

Penzo, W., *El dolor crónico: aspectos psicológicos*, Martínez Roca, Barcelona, 1989.

Blasco, T., *Actividad física y salud*, Martínez Roca, Barcelona, 1994.

Fraser, K., *El cuidado de tu cuerpo*, Plesa, Madrid, 1991.

Kovacs, F. M., N. M. Vecchierini y M. Gestoso, *Guía para el cuidado de la espalda*, Fundación Kovacs, Palma de Mallorca, 1997.

Daniels, L., *Fisioterapia: ejercicios correctivos de alineación y función del cuerpo humano*, Doyma, Barcelona, 1981.

## CAPÍTULO 12

### SESIÓN INDIVIDUAL 2

#### 1. Objetivos

1. Comprobar la comprensión de la terapia, la adhesión terapéutica (realización de tareas en casa) y repasar el plan de prevención de recaídas
2. Tratar los problemas idiosincrásicos del paciente.
3. Realizar una entrevista sobre la opinión del paciente sobre la terapia.

#### 2. Contenido

Esta sesión no tiene contenido como tal, pues no se le da nueva información al paciente.

Se trata de crear un espacio de aproximadamente una hora para tratar los objetivos propuestos.

En primer lugar, se pregunta al paciente sobre las sesiones grupales previas. Concretamente, si las ha entendido, si tiene preguntas al respecto y, en general, se dejará tiempo para que el paciente nos comente todo lo que crea conveniente sobre el tema. La misión del terapeuta en este momento consiste en limitarse a escuchar, contestar las preguntas y aclarar los puntos de las sesiones anteriores que el paciente no haya entendido con claridad.

Seguidamente, se le pregunta por las tareas realizadas en casa. Obviamente, no se trata de que el paciente se sienta controlado sino, muy al contrario, se le refuerza cualquier tarea que haya realizado.

A continuación, se repasan las principales ideas del plan de prevención de recaídas.

En tercer lugar, se deja un espacio totalmente abierto para que el paciente nos hable de sus preocupaciones.

En último lugar, se realiza una entrevista para obtener la opinión del paciente sobre la terapia. (La entrevista se habrá enviado previamente al terapeuta.) El objetivo de la entrevista es la extracción de hipótesis sobre qué aspectos de la terapia son más y menos útiles con el fin de mejorarla en un futuro.



## **CAPÍTULO 13**

### **DOSIER PARA EL PACIENTE**

#### **Resumen y material de las sesiones y tareas para casa**

##### **1. Introducción**

En este dossier encontrará descrito el tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Concretamente, se describen las diez sesiones grupales de las que consta.

Para cada sesión, se presenta:

- Material (esquemas, textos...) que se necesitará para los ejercicios que se realizarán durante la sesión (no en todas las sesiones).
- Resumen de la sesión, para que cuando esté en casa lo pueda leer con tranquilidad.
- Tareas para casa, pues en casi todas las sesiones se le pedirá que practique lo aprendido.

Como se le explicará en la primera sesión, muchos estudios demuestran que la mayoría de personas que se someten a este tratamiento logran mejorar su calidad de vida y disminuir su dolor. Las personas que participan en este tipo de terapia suelen sentirse enormemente satisfechas. Esperamos que éste sea también su caso, pero eso depende sobre todo de usted. Las personas que más provecho sacan de esta terapia son las que asisten a todas las sesiones y las que siguen las indicaciones que se dan en las mismas.

Este dossier le ayudará a entender en profundidad lo que se explica en las sesiones y le facilitará el cómo debe seguir todas las pautas y consejos que se exponen.

Adjunto a este dossier encontrará un CD con las técnicas de relajación que se llevan a cabo en las sesiones.

Es muy importante que no olvide traer este dossier siempre consigo a todas las sesiones.

SESIÓN GRUPAL 1  
INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

**1. Material para la sesión**

Durante esta sesión deberá rellenar la siguiente tabla.

En la tabla 1, se exponen algunos ejemplos de factores que aumentan y disminuyen el dolor. Piense, en su caso, qué circunstancias, emociones, pensamientos... influyen en su dolor y anótelos.

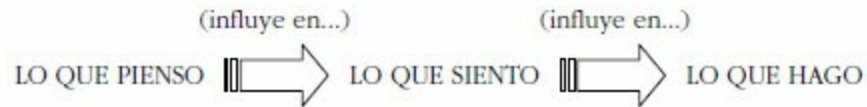
TABLA 1. Ejemplos de elementos que pueden afectar la percepción del dolor.

<i>Factores que abren la puerta y aumentan el dolor</i>			
<i>Factores físicos</i>	<i>Factores emocionales</i>	<i>Factores cognitivos</i>	<i>Factores sociales</i>
Tensión muscular.	Ansiedad.	Pensamientos tipo: «Jamás lo voy a superar».	Falta de apoyo familiar.
Nivel de actividad inapropiado.	Depresión.	Centrarse en el dolor.	Falta de actividades sociales.
Posturas inadecuadas.	Ira.		Falta de confianza con el médico.
...	Aburrimento.		...
<i>Factores que cierran la puerta y disminuyen el dolor</i>			
<i>Factores físicos</i>	<i>Factores emocionales</i>	<i>Factores cognitivos</i>	<i>Factores sociales</i>
Medicación.	Relajación.	Centrarse en proyectos placenteros.	Sentirse comprendido por los demás.
Nivel de actividad apropiado.	Alegría.	Distracción.	Actividades sociales.
	Ilusiones.	Pensamientos positivos.	
...	...	...	...

**2. Resumen y tareas para casa**

El objetivo de esta primera sesión ha consistido en comprender la influencia que tienen los factores psicológicos sobre el dolor, así como introducirle en la terapia cognitivo-conductual.

Ante una misma situación cada persona dispara sus propios pensamientos y éstos inducen una serie de sensaciones que, finalmente, van a impulsar a una actuación determinada.



Recuerde que el dolor es una experiencia que no depende de un único factor y a menudo puede ser modificada por nuestro comportamiento. Por tanto, es muy importante reflexionar sobre aquellos aspectos que quizá puedan estar influyendo sobre nuestra experiencia de dolor.

Le proponemos, pues, que siga reflexionando sobre qué factores inciden en su dolor y los continúe anotando en la tabla que se ha utilizado durante la sesión.

Por último, recuerde las normas que a partir de ahora van a guiar la relación del grupo, para así lograr un buen funcionamiento y el respeto entre todos los miembros que lo forman.

#### *Normas del grupo*

1. **Puntualidad.** Se comienza a la hora en punto, no cinco o diez minutos más tarde.
2. **Asistencia a todas las sesiones,** salvo causa de fuerza mayor. En cualquier caso, se debe avisar siempre que sea posible.
3. **Confidencialidad.** En el caso de los grupos, cada uno es libre de discutir sus cosas con quien desee, pero no se puede hablar fuera del grupo sobre los problemas ni sobre la información personal proporcionada por los demás miembros participantes.
4. **Tareas entre sesiones.** Es imprescindible la realización de las tareas propuestas, con el fin de avanzar en el tratamiento y no perjudicar el ritmo del grupo. Para facilitar su realización se entregarán por escrito la información y el material necesarios.
5. **Dossier.** Es necesario traer el dossier en cada sesión.

### 2.1. RECORDATORIO PARA EL PRÓXIMO DÍA

No olvide venir vestido con ropa cómoda el próximo día, pues la sesión va a consistir en el aprendizaje de una técnica de relajación, por lo que siempre es mejor poderse sentir libre de ropa apretada o incómoda.



## SESIÓN GRUPAL 2

### ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN

#### 1. Resumen

En la primera sesión del tratamiento comentamos cómo los aspectos físicos, las lesiones, pero también los aspectos psicológicos (emociones, maneras de pensar, contexto vital...) facilitan que percibamos mayor o menor dolor (abren y cierran la puerta). En esta sesión, hemos profundizado en una situación muy frecuente cuando, por los motivos que sean, el dolor va siendo crónico, va perdurando más de lo que sería de esperar. El círculo vicioso tensión-dolor-tensión es útil para explicar muchos de los aspectos del dolor crónico. El dolor induce tensión, la tensión va generando inmovilidad y ésta a su vez perpetúa e incrementa el dolor. Además estos estados se asocian con emociones muy negativas, desde el enfado a la ansiedad y depresión, que también se asocian con incremento de la tensión muscular y, en consecuencia, con dolor.

Una de las estrategias útiles para romper ese círculo es practicar la relajación, pues es un estado incompatible con la tensión. La relajación no sólo ayuda a eliminar la hiperreactividad muscular sino que también genera estados subjetivos de mayor bienestar y tranquilidad que facilitan un mejor afrontamiento del dolor. Por su parte, una manera adecuada de respirar ayuda a realizar una relajación más profunda tanto en lo físico como en lo emocional.

En esta sesión hemos iniciado el entrenamiento en respiración diafragmática y en relajación muscular. Como se trata de habilidades costosas de alcanzar, conviene practicarlas. La mayoría de las personas logra un dominio de la habilidad suficiente para manejarse y hacer más pequeña la entrada del dolor a través de su puerta.

Se le ha entregado un CD con los distintos grupos de ejercicios que progresivamente debe ir realizando en casa. Las instrucciones que le van dando en el CD son muy claras y durante varias sesiones del tratamiento le iremos explicando cómo avanzar en el entrenamiento, pero de todas maneras le recordamos cuál puede ser una buena manera de adquirir la habilidad.

Durante la primera semana, intente realizar los ejercicios a ser posible todos los días. Comience con la respiración (pista 1 del CD) e inmediatamente después con la tensión-relajación (pista 2 del CD).

Recuerde que para entrenarse en casa en la relajación conviene una ropa, una postura y un momento del día adecuados. La ropa debe ser amplia y sin prendas que le opriman; la postura ideal, tumbado en el suelo, boca arriba, con las manos y las piernas algo separados del cuerpo, y sobre una manta y una pequeña almohadilla a la altura de la

cabeza (de manera alternativa puede hacerlo en la misma postura de tumbado pero con las rodillas dobladas y los pies lo más próximos que pueda a las nalgas o también en una silla con la espalda recta y las piernas en ángulo recto), y el momento del día, a ser posible siempre en torno a la misma hora, media mañana o media tarde, no inmediatamente después de comer y ni tampoco muy próximo al momento de acostarse.

La relajación como estado incompatible con la tensión no sólo favorece sensaciones emocionales más positivas y placenteras sino que también favorece una percepción de menor dolor en la medida en que toda tensión muscular se asocia con dolor.

## 2. Tareas para casa

Las tareas para casa consisten en la práctica de los ejercicios siguiendo las instrucciones del CD, como se ha realizado en la sesión, y rellenar el autorregistro que encontrará a continuación después de cada práctica en casa. El autorregistro se revisará al inicio de la siguiente sesión de tratamiento.

### *Autorregistro del entrenamiento en respiración y relajación*

Para valorar la «sensación» piense que «0» indica «ninguna relajación» y «10», «el nivel máximo de relajación posible».

<i>Semana 1</i>			
Día	Hora	Sensación de relajación al finalizar 0 – 10	Observaciones

<i>Semana 2</i>			
Día	Hora	Sensación de relajación al finalizar 0 – 10	Observaciones

<i>Semana 3</i>			
Día	Hora	Sensación de relajación al finalizar 0 – 10	Observaciones

## SESIÓN GRUPAL 3 MANEJO DE LA ATENCIÓN

### 1. Resumen

#### 1.2. ATENCIÓN

La atención es la capacidad que nos permite atender a estímulos específicos sin ser distraídos por otros estímulos, internos o externos. La atención implica focalizar la actividad mental: no podemos atender a dos estímulos al mismo tiempo.

- Es selectiva, es decir, «elige» a qué estímulos atender, que suelen ser los más nuevos, los más intensos, los que emocionan, los que perturban, etc. En el caso de personas con lumbalgia, la atención suele «elegir» el dolor
- Es limitada, pues como se comentó en el párrafo anterior, no podemos atender en condiciones óptimas a más de un estímulo al mismo tiempo
- Es controlable, pues aunque habitualmente funcione con el «piloto automático», basta con proponérselo para darle órdenes.

El dolor es un estímulo tan poderoso (intenso, emotivo, perturbador, etc.) que prácticamente monopoliza nuestra atención. Y como nuestra capacidad de atención es limitada, toda ella es acaparada, arrebatándonos la oportunidad de aplicarla en otras cosas más agradables.

Por fortuna, podemos tomar el control de nuestra atención: el dolor está ahí, pero somos capaces de ponerle límites para que no nos inunde por completo. Sin embargo, en las vivencias como el dolor, es contraproducente el control directo de la atención. Intentar «no pensar» en el dolor es muy difícil. Es como si alguien nos sugiere que no pensemos en un elefante rojo: sólo hace falta que nos lo digan para que ese animal nos ocupe la mente.

No atender al dolor es difícil, pero hay técnicas como las realizadas en la sesión que si las practica pueden ayudarle a dirigir la atención hacia estímulos distintos. A continuación le proponemos dos ejercicios, para realizar en casa, que también le podrán ayudar a dominar su atención.

### 2. Tareas para casa

Para consolidar las habilidades adquiridas en esta sesión, elija uno de los dos ejercicios que encontrará a continuación (A o B) y realícelo diariamente.

Los ejercicios deben hacerse cuando haya niveles tolerables de dolor.

a. Práctica de la distracción y de la atención plena

1. Escoja una de las rutinas listadas abajo o piense en alguna de las suyas.

2. Atiéndala conscientemente cada vez que emprenda esta actividad en ese día particular.

3. Registre la realización de las rutinas en la tabla que aparece a continuación, indicando el grado de dolor y el éxito en la consecución de la atención en la rutina.

4. Rutinas:

- DUCHÁNDOSE: sienta el agua golpeando varias partes de su cuerpo, su temperatura y fuerza, la sensación del jabón sobre la mano y el proceso de secado posterior.

- DESAYUNANDO: saboree cada mordisco o sorbo, sienta los diversos sabores, texturas y olores.

- PASEAR POR UNA RUTA FAMILIAR: observe cuidadosamente una característica específica o novedosa del medio ambiente.

- Elija la suya propia.

<i>Fecha</i>	<i>Rutina</i>	<i>Dolor</i>	<i>- Éxito +</i>
10-12-06	Duchándome.	Leve-moderado-severo.	0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4

b. Práctica de la imaginación transformadora

1. Ponga una imagen a su dolor. Una manera de hacerlo es aplicar una imagen que concuerde con la sensación que tenga, como los nervios siendo estirados o atados en nudos; picahielos, dagas o rayos eléctricos penetrando en su cuerpo; tornillos pinzando o apretando varias partes de su cuerpo; martillos golpeando el cráneo; llamas ardiendo, etc.

2. Ahora transforme la imagen para reducir la sensación: por ejemplo, soltando los nudos, extrayendo los picahielos y dagas, aflojando los tornillos, suavizando los golpes del martillo, enviando aire gélido sobre las llamas, etc.

3. Puede preferir el uso de una imagen neutral para asociarla con el dolor transformándola después. Por ejemplo, podría imaginar el dolor como una neblina que se mantiene alrededor de usted pero que comienza a disiparse, o encontrar el «color» del dolor y después cambiarlo.

4. Realice este ejercicio dos veces al día.

5. Registre la realización del ejercicio en la tabla que aparece a continuación.

<i>Fecha</i>	<i>Rutina</i>	<i>Dolor</i>	<i>- Éxito +</i>
10-12-06	Duchándome.	Leve-moderado-severo.	0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4
			0 1 2 3 4

## 2.1. RELAJACIÓN

Respecto a la relajación, debe continuar una semana más practicando los mismos ejercicios de respiración y relajación diariamente. Puede ser igualmente beneficioso que intente en alguna ocasión no utilizar el CD y que sea usted mismo quien haga un recorrido corporal mental para ir tensando y destensando los grupos musculares. Asimismo, es conveniente que en las situaciones cotidianas tome consciencia de sí mismo para ver si aprender a ser más consciente de sus tensiones musculares.



SESIÓN GRUPAL 4  
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (Sesión 1)

**1. Material para la sesión**

Durante la sesión de reestructuración cognitiva, se realizará un ejercicio que consistirá en rellenar la tabla 1.

Pensando en una situación que le haya provocado emociones negativas, deberá responder a las preguntas de la tabla 1.

TABLA 1

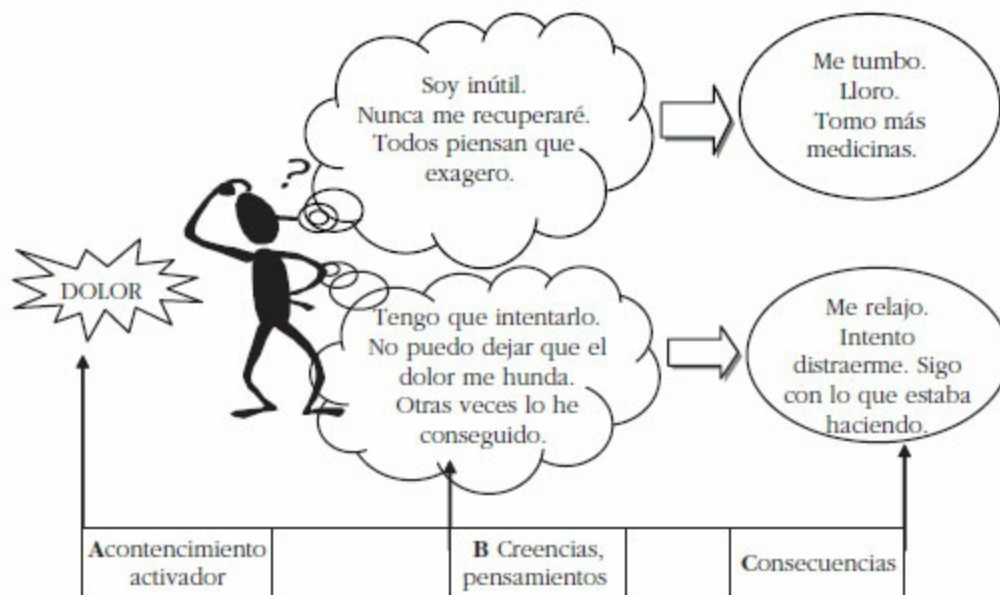
<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Emoción</i>
	¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	Tipo de distorsión.	¿Qué he sentido? ¿Con qué intensidad?

**2. Resumen**

Nuestro diálogo interno, nuestros pensamientos, nuestras respuestas cognitivas, determinan nuestro comportamiento e incluso las respuestas emocionales con que reaccionamos ante las distintas situaciones.

Recuerde esas veces en las que piensa que todo le sale mal. ¿No es cierto que se siente deprimido y reacciona de una forma negativa con quienes le rodean?

Entre la situación que vivimos y sus consecuencias emocionales, actúan de una forma fundamental nuestros pensamientos, creencias o evaluaciones de la situación. Esto es lo que conocemos como el modelo A-B-C



Como se ve en el esquema, algunos de esos pensamientos dan lugar a respuestas no adaptativas, por eso es importante aprender a identificar y trabajar con esos pensamientos que pueden provocar malestar.

Recuerde cuáles son las características de estos pensamientos que aparecen automáticamente en nuestra mente y que suelen provocar malestar.

#### *Características de los pensamientos automáticos*

Las características fundamentales de estos pensamientos automáticos serían las siguientes:

- **Específicos, discretos**, pues aparecen en nuestra mente casi sin darnos cuenta. Por ejemplo, es frecuente que una persona al empezar a sentir más dolor en la espalda, de repente piense: «Otra vez... Soy una inútil».
- **Taquigrafiados**, compuestos de pocas palabras o frases o incluso por una representación visual breve.
- **Creídos** a pesar de ser irracionales y no basarse en ninguna evidencia suficiente.
- **Espontáneos**, difíciles de controlar, aparecen de repente en nuestra mente.
- Aparecen como **obligaciones** que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias. Se expresan en términos de «habría de», «tendría que» o «debería». Por ejemplo, es frecuente que cuando una persona empieza a sentir más dolor en la espalda, piense: «Debería ser capaz de hacer mi trabajo como siempre lo he hecho».
- **Dramatizan o exageran** las cosas, suponiendo siempre lo peor. Por ejemplo, una persona sale de casa para ir al trabajo y piensa: «Seguro que hoy empieza a dolerme otra vez en cuanto empiece a trabajar. No podré soportarlo».
- Son propios y **característicos de cada persona**, pues ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo «tener la razón», sin atender a otros datos o valoraciones distintas. Por ejemplo, una persona a la que varios compañeros de trabajo se le adelantan camino de la cafetería y piensa: «Me tratan como a un inútil».
- Son **difíciles de desviar**, se mezclan en nuestra mente con otros pensamientos, sin que nos demos cuenta de ellos.
- Son **aprendidos**, por tanto pueden también desaprenderse y sustituirse por otros más positivos y ajustados a la realidad.

Detrás de estos pensamientos automáticos se esconden, en muchas ocasiones, unos errores que las personas cometemos cuando procesamos la información que nos llega del mundo. Estos errores se conocen como «distorsiones cognitivas». Las principales distorsiones cognitivas son las siguientes:

#### *Tipos de distorsiones cognitivas*

- *Filtraje*. Se caracteriza por una especie de visión de túnel: sólo se ve un elemento de la situación y se omite el resto. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Este tipo de distorsión cognitiva es la que se da, por ejemplo, cuando una persona piensa: «Pudo ser un estupendo día de trabajo, si no hubiera sido por este dolor».
- *Pensamiento polarizado*. En este tipo de distorsión, todo es blanco o negro, bueno o malo, no hay términos medios. Si aplicamos este tipo de pensamiento a nosotros mismos, seremos fracasados o estúpidos cuando no seamos perfectos. Este tipo de distorsión es la que aparece cuando, ante la dificultad para hacer las cosas con la misma rapidez que antes, la persona piensa: «No sirvo para nada, ya no puedo hacer nada bien», sin considerar en que puede seguir haciendo cosas a otro ritmo.
- *Maximización o dramatización*. Se exagera la importancia de un hecho o situación o de sus consecuencias. Cuando una persona afirma «He tenido que dejar este trabajo por culpa del dolor, ya no voy a poder trabajar nunca», está cometiendo el error de maximización o dramatización.
- *Generalización (absolutos)*. Se extrae una conclusión general de un simple incidente. Si ocurre algo malo en alguna ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez. Se detecta a partir de palabras como *todo, nada, siempre, nunca, nadie...* Una persona comete el error cognitivo de generalización cuando piensa «Siempre este horrible dolor», «Nunca voy a poder librarme de él» o «Nadie puede entender cómo me duele», etc.
- *Falacias de control*. Existen dos polos en este tipo de distorsión. Por un lado, la persona puede verse con una falta absoluta de control que la lleva a verse desamparada, como una víctima del destino. Por ejemplo, cuando la persona dice «Si los demás cambiasen su actitud hacia mí, yo me sentiría mejor». Y, por otro lado, la persona puede tener una sensación de control y responsabilidad sobre todo lo que ocurre a su alrededor. Esta falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean. Se da cuando una persona cree, por ejemplo, que tiene la culpa de que los demás sufran por estar siempre quejándose.
- *Deberían...* La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que no siguen esas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma. Un ejemplo de este tipo de distorsión sería cuando una persona piensa «Debo llevar a mis hijas a la piscina aunque me duela mucho la espalda, tengo que ser una buena madre».
- *Culpabilidad*. La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los problemas. Este tipo de distorsión se observa en frases como las siguientes: «Todos los días ocurre algún problema por mi culpa», «La culpa de este insoportable dolor es de lo nerviosa que me ha puesto mi familia».
- *Anticipación de catástrofe*. La persona espera el desastre: a partir de un pequeño signo se presienten consecuencias catastróficas. Estos pensamientos suelen empezar con un «¿Y si...?». Una persona comete el error cognitivo de anticipación de catástrofe cuando, ante un par de días con dolor de cabeza, se pregunta «¿Y si además tuviera un tumor?».
- *Interpretación del pensamiento*. Sin mediar palabra, la persona cree saber qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. Una persona estaría cometiendo este tipo de error cognitivo al pensar «Me pregunta cómo estoy porque le doy pena».

### 3. Tareas para casa

Identificar los pensamientos automáticos cumplimentando el «diario de pensamientos» que encontrará en la siguiente página. Esta tarea debe hacerla a lo largo del día, intentando rellenar el registro de forma inmediata a la aparición del pensamiento.

Respecto a la relajación, la próxima semana, en lugar de practicar el tipo de relajación que ha practicado hasta ahora, deberá realizar la llamada relajación por concentración. Aprenderá una nueva manera de relajarse consistente en ir centrando la atención en diversos grupos musculares y sin hacer ninguna tensión previa, se irá relajando centrándose en esas zonas, percibiendo distintas sensaciones asociadas y dándose ordenes de aflojar, soltar, abandonar. Este tipo de relajación la encontrará en el CD (pista 3), y únicamente debe seguir las instrucciones.

*Diario de pensamientos automáticos*

La siguiente tabla le servirá como modelo para anotar las emociones que le hacen sentir mal durante el día, los pensamientos que provocan esas emociones y las situaciones concretas en las que tienen lugar los pensamientos y las emociones.

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Emoción</i>
	¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	Tipo de distorsión.	¿Qué he sentido?

## SESIÓN GRUPAL 5 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (Sesión 2)

### 1. Resumen

Recuerde los pasos que debe seguir para conseguir eliminar los pensamientos que provocan malestar y sustituirlos por otros más adaptativos y ajustados a la realidad.

#### 1.1. PASOS PARA COMBATIR LAS DISTORSIONES

1. Nombrar la emoción (ansiedad, tristeza, enfado...).
2. Describir la situación o el suceso.
  - Describir detalladamente la situación por la que se está perturbado. Hay que escribirlo como si se lo contara a un amigo.
  - Escribir lo que se piensa durante la situación.
3. Identificar las distorsiones.
4. Eliminar las distorsiones.
  - 4.1. Criticar estos pensamientos aplicando criterios racionales:
    - Objetividad*
      - Qué soporte real existe para esta idea: ¿es objetiva?, ¿se ajusta a la realidad?
      - ¿De qué datos reales dispongo para concluir que es verdadera o falsa?: ¿pueden respaldarse con datos y ser comprobadas?
    - Utilidad*
      - Este pensamiento sirve para algo?: ¿ayuda a conseguir metas?, ¿a ser más feliz?, ¿a cambiar la situación?, ¿a eliminar conflictos?
  - 4.2. Discusión cognitiva. Asumir temporalmente la posibilidad de que la idea sea real y discutirla.
    - ¿Qué es lo peor que puede pasar si esta idea fuera correcta?, ¿hasta qué punto es tan malo?
    - ¿Qué consecuencias tiene que sea real?, ¿son tan catastróficas?, ¿qué cosas buenas podrían ocurrirme?, ¿qué alternativas habría si la idea fuera real?
  - 4.3. Sustituir los pensamientos distorsionados por otros pensamientos que generen respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas (recordar el esquema ABC).

En resumen, para conseguir eliminar las distorsiones, debe comenzar identificando y nombrando la emoción que experimenta ante una determinada situación y que le hace sentir mal. Describa entonces la situación concreta que está provocando malestar e identifique el pensamiento que viene a su mente ante esa situación; entonces reflexione sobre qué soporte racional existe para esa idea, es decir, ¿tengo los datos suficientes para concluir que es una idea verdadera? Plántese también qué probabilidades hay de que esa interpretación se ajuste a la realidad; reflexione sobre las consecuencias de ese pensamiento, ¿de qué me sirve pensar así?; ¿me aporta algún beneficio o me perjudica? Póngase en el caso de que sus pensamientos sean verdaderos y plántese qué es lo peor que podría pasar y qué cosas buenas podrían ocurrirle. Por último, sustituya los pensamientos desadaptativos por otros pensamientos que generen respuestas emocionales positivas (véase el esquema ABC) utilizando el autorregistro de reestructuración cognitiva.

Por último, recuerde la secuencia completa de la técnica de reestructuración cognitiva:



## 2. Tareas para casa

Identificar los pensamientos automáticos, identificar las distorsiones cognitivas asociadas a cada pensamiento y sustituir los pensamientos distorsionados por pensamientos adaptativos que generen respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas. Esta tarea debe hacerla a lo largo del día, intentando rellenar el autorregistro de reestructuración cognitiva de forma inmediata a la aparición del pensamiento. El

autorregistro se encuentra en la parte inferior de la página. Si no es posible en ese momento, al final del día debe dedicar unos minutos a trabajar sobre los pensamientos irracionales tratando de criticarlos, discutirlos y buscar pensamientos alternativos.

Respecto a la relajación, la próxima semana practique la que usted prefiera (relajación por tensión o por concentración). Es muy importante que también practique la respiración y la relajación en su vida diaria. En cualquier momento (en el trabajo, en el coche, mientras lee o ve la tele...), realice dos o tres respiraciones diafragmáticas y un breve recorrido corporal intentando identificar qué parte del cuerpo tiene tensa y relajarla.

La siguiente tabla es una ampliación de las que usó en la sesión anterior, lo único que usted tendrá que añadir es un pensamiento que sustituya al pensamiento que le ha provocado emociones desagradables y que le ha hecho sentir mal.

Para sustituir el pensamiento irracional por un pensamiento adaptativo puede consultar los criterios de racionalidad, recuerde: objetividad, utilidad...

## 2.1. AUTORREGISTRO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento</i>	<i>Emoción</i>	<i>Distorsión</i>	<i>Pensamiento adaptativo</i>
¿Cómo ha sucedido la situación?	¿Qué he pensado?	¿Qué he sentido?	Tipo de distorsión.	Sustituir por un pensamiento más adaptativo.

## SESIÓN GRUPAL 6 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

### 1. Material para la sesión

La tabla 1 deberá cumplimentarse durante la sesión para practicar la valoración de alternativas.

TABLA 1. Valoración de alternativas.

<i>Solución 1</i>			
Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Puntuación total de ventajas:		Puntuación total de desventajas:	
<i>Solución 2</i>			
Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Puntuación total de ventajas:		Puntuación total de desventajas:	
<i>Solución 3</i>			
Ventajas	Valoración (0-10)	Desventajas	Valoración (0-10)
Puntuación total de ventajas:		Puntuación total de desventajas:	

### 2. Resumen

#### 2.1. RECORDEMOS

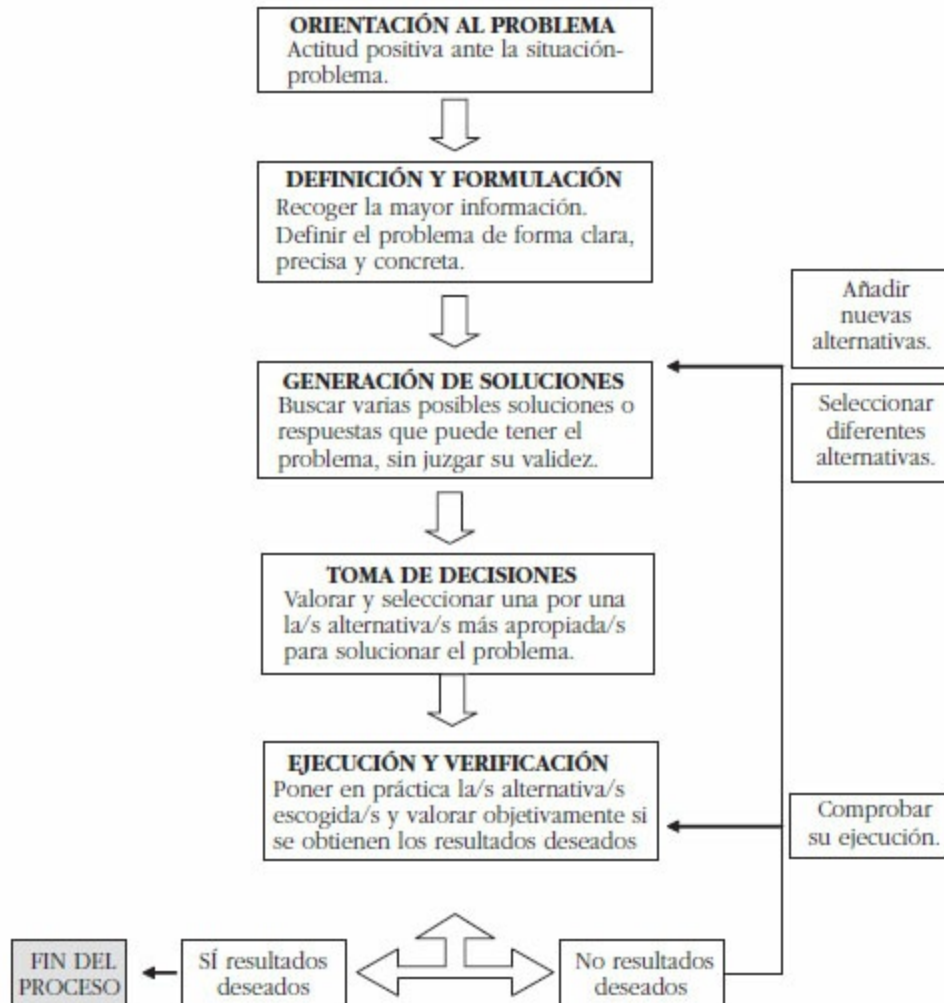
- Crear o tener problemas es un hecho natural en la vida.
- Un problema se puede definir como el fracaso en encontrar una respuesta eficaz.
- La situación no es problemática en sí misma, se convierte en problemática al no encontrar una respuesta adecuada para dicha situación.

## 2.2. LOS PASOS QUE SE DEBEN SEGUIR SON LOS SIGUIENTES:

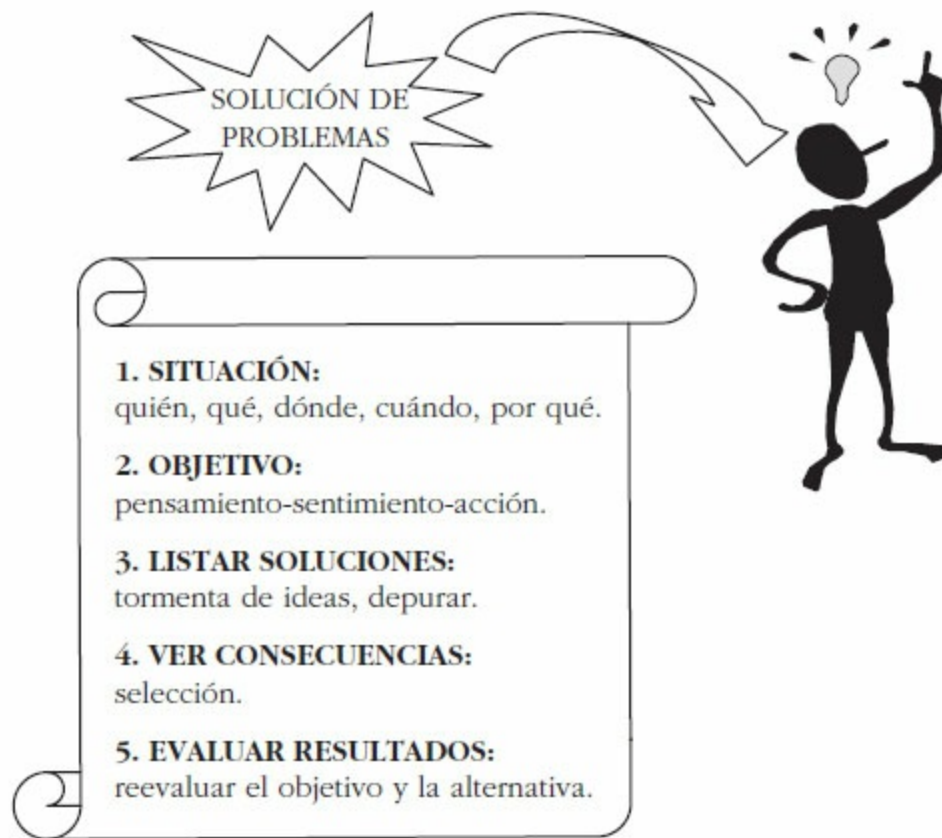
1. Orientación hacia el problema
  - Reconocer la existencia de un problema.
  - Considerar que es normal tener problemas: «Los problemas son normales en la vida de todo el mundo».
  - Generar la sensación de control: «Soy capaz de tener control sobre el problema».
2. Definición y formulación del problema
  - Definirlo de forma tan concreta que excluya cualquier interpretación errónea.
  - Recoger la mayor información sobre el problema. Las preguntas clave son las siguientes: «¿quién tiene el problema?», «¿a quién afecta?», «¿cuándo se da?», «desde cuándo?» y «¿por qué es un problema para mí?».
  - Buscar las causas reales del problema.
3. Generación de soluciones alternativas
  - Buscar todas las alternativas posibles: TORMENTA DE IDEAS.
  - Todo vale: cuanto más disparatada parezca, mejor.
  - Lo mejor es la cantidad.
  - Búsqueda de soluciones variadas y diferentes entre sí.
4. Toma de decisiones
  - Descartar las alternativas que parecen imposibles de llevar a la práctica.
  - Valorar las consecuencias de cada alternativa y las ventajas y los inconvenientes de cada una.
    - Puntuar cada pro y contra de 0 a 10.
    - Elegir la alternativa con mayor puntuación en «ventajas» y menor puntuación en «desventajas».
5. Ejecución y verificación
  - Prevenir posibles problemas de la ejecución, pues pueden surgir imprevistos o no funcionar las soluciones.
  - Evaluar los resultados obtenidos: ¿se ha resuelto o no se ha resuelto el problema?
    - No considerar la «no resolución» como «fracaso» sino una prueba de que la alternativa elegida no era la mejor.

- Volver a analizar la situación si el resultado no es el deseado y repetir el proceso desde el paso 3.

Recordemos la secuencia completa:



Toda esta información la podemos resumir con la siguiente imagen:



### 3. Tareas para casa

Respecto a la relajación, ya no es necesario que la practique diariamente sino cuando crea que lo necesita o le apetece, aunque es importante no abandonar la práctica para afianzar la habilidad. Y recuerde que en la vida cotidiana es muy importante que vigile su cuerpo para reconocer las tensiones e intentar relajar su musculatura.

## SESIÓN GRUPAL 7 MANEJO DE EMOCIONES Y ASERTIVIDAD

### 1. Material para la sesión

Para practicar la identificación de las emociones, durante la sesión se rellenará el siguiente texto.

#### 1.2. IDENTIFICANDO LAS EMOCIONES DESAGRADABLES

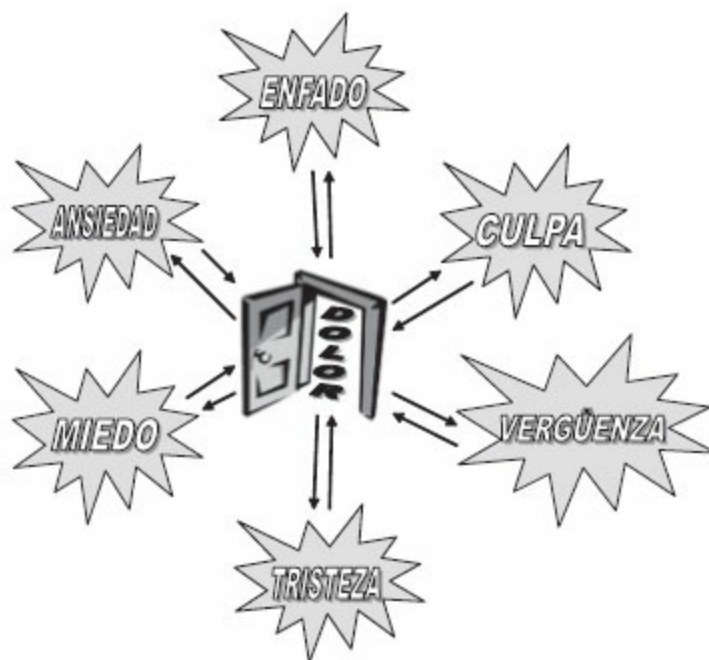
Juan tiene problemas en la espalda desde hace tres años. En este tiempo ha sufrido un dolor casi permanente, acompañado de sentimientos desagradables muy diversos. Se siente confuso. Sabe que se encuentra mal, pero tiene dificultades para expresarlo. Ayudémosle completando en el espacio en blanco qué emociones creemos que puede estar sintiendo en cada momento (ansiedad, culpa, enfado, miedo, tristeza y vergüenza).

Cierto día me desperté con una idea abrumadoramente inquietante: ¿Y si no puedo levantarme en este momento de la cama ya nunca más? <sup>(1)</sup>  .

Desde luego, no conozco a nadie tan joven como yo y tan incapacitado. Si me vieran mis compañeros del equipo. ¿Con la forma física que tenía antes! <sup>(2)</sup>  . Si sólo fuera eso. Es mucho más terrible que tu hija se te eche a los brazos y tengas que decirle que no puedes cogerla <sup>(3)</sup>  . Esto sí que me enciende verdaderamente. ¿Si pudiera enfrentarme a mi dolor en un combate a muerte! <sup>(4)</sup>  . Pero está claro que no, que siempre saldría perdiendo. Tengo que levantarme ya. Así que a comenzar mi rutina de desasosiego y preocupaciones... ¿Podré vestirme solo?, ¿podré conducir hasta el trabajo?... <sup>(5)</sup>  . A esto se ha reducido mi vida: amigos perdidos, trabajo perdido, incapacidad, dolor, dolor... <sup>(6)</sup>

### 2. Resumen

El dolor muchas veces amplifica nuestras emociones o se mezcla con ellas.



Para comprender mejor qué nos pasa, es importante conocer cuáles son nuestras emociones. El cuadro que se presenta a continuación es un resumen muy claro de los diferentes tipos de emociones que podemos experimentar:

<i>Emoción</i>	<i>Significado</i>	<i>Ejemplo</i>
Enfado.	Ofensa.	Sentirse enfadado porque el conductor del coche de al lado nos increpa.
Ansiedad.	Amenaza incierta.	Sentir ansiedad por la cercanía de un examen o una entrevista de trabajo.
Miedo.	Peligro inmediato.	Sentir miedo de estrellarnos y morir en un vuelo con muchas turbulencias.
Culpa.	Transgresión.	Sentirse culpable por haber olvidado el cumpleaños de alguien importante.
Vergüenza.	Fracaso.	Sentirse avergonzado por ser el último de la reunión en comprender un chiste.
Tristeza.	Pérdida.	Sentirse triste por haber concluido una relación amorosa importante para nosotros.

Identificadas nuestras emociones, es más fácil distanciarnos de ellas. A continuación presentamos una metáfora que ejemplifica la necesidad de este distanciamiento.

Supongan que se disponen a celebrar la fiesta de su vida y ustedes son los anfitriones. Sólo hay una única norma en la localidad para poder celebrar fiestas: debe colgar un cartel en la entrada que diga: «Bienvenidos todos». Ustedes acceden, aunque no están muy convencidos. Ponen el cartel y comienzan a llegar invitados. Cualquiera puede entrar, ya que está el cartel «Bienvenidos todos». Antes de que puedan ustedes disfrutar de su fiesta, observan a un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. Inmediatamente, se alertan y van

hacia él para echarle, pero no pueden hacerlo (está el cartel de «Bienvenidos todos» e inmediatamente volvería a entrar). No encuentran otra opción que ir detrás del invitado grosero para conseguir que no moleste a otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se les ocurre encerrarlo en una habitación, pero entonces tienen que estar pendientes de que no salga. Finalmente, no le queda más opción que estar llevándolo a la puerta de salida y quedarse allí para que no moleste más. Si se despistan, rápidamente se mezcla con los invitados y ustedes tienen que volver a estar detrás de él para que no incordie. La cuestión es que si quieren que el invitado no moleste tienen que ser sus guardianes y, a pesar de ello, se les escapa frecuentemente. Lo pueden hacer, son libres de hacerlo, pero tiene un coste muy alto. ¿Están los anfitriones realmente en su fiesta o se la están perdiendo?

En esta metáfora la fiesta simboliza la vida; el invitado grosero, el dolor o las emociones desagradables. Así, vemos que si intentamos controlar al «invitado grosero» no podemos disfrutar de la fiesta de la vida. No nos queda más remedio que aceptar al invitado grosero (el dolor, las emociones negativas) y dirigir nuestra atención a la fiesta: ésta es la única forma de disfrutar de la vida.

## 2.1. ASERTIVIDAD

De forma muy simple diremos que las personas se pueden dividir en tres formas de relacionarse: la sumisa, la agresiva y la asertiva.

La persona sumisa es la que no se atreve a pedir, no se atreve a decir que no y suele tener más en cuenta los derechos de los demás que los suyos propios.

La persona agresiva es justo lo contrario, pues tiene muy en cuenta sus derechos y muy poco los de los demás, por eso no pide sino exige y pocas veces se pone en el lugar de los demás.

Por último, el estilo asertivo es el más equilibrado, pues la persona tiene en cuenta a igual nivel sus derechos que los de los demás y se relaciona con los otros de forma amable y educada.

Los estilos sumisos y agresivos de relación no son nada saludables porque generan estrés. Las personas asertivas gozan de mayor calidad de vida. Por eso es importante para nosotros y para reducir a largo plazo nuestro dolor, intentar comportarnos de manera asertiva.

A continuación describimos los tres pasos principales para comportarse de manera asertiva:

1. Escuchar de forma activa: «Te entiendo», «Me pongo en tu lugar», «Comprendo lo que me dices»...
2. Decir lo que se piensa u opina: «Sin embargo, yo...», «No obstante, yo...», «A pesar de eso, yo...».
3. Expresar lo que se quiere que ocurra: «Por tanto, me gustaría...», «Es por ello por lo que quiero...».

## 3. Tareas para casa

Durante toda esta semana, cuando se encuentre en situaciones «conflictivas» con otras personas, ponga en práctica los tres pasos que hemos comentado durante la sesión:

1. Escuchar de forma activa: «Te entiendo», «Me pongo en tu lugar», «Comprendo lo que me dices»...
2. Decir lo que se piensa u opina: «Sin embargo, yo...», «No obstante, yo...», «A pesar de eso, yo...».
3. Expresar lo que se quiere que ocurra: «Por tanto, me gustaría...», «Es por ello por lo que quiero...»).

En la próxima sesión se comentará cómo ha resultado la experiencia.

## SESIÓN GRUPAL 8

### VALORES VITALES Y ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

#### 1. Resumen y tareas para casa

El objetivo de esta sesión ha consistido en que usted reflexionara sobre los valores de su vida y también en que pensara cuáles son sus objetivos concretos.

Para que siga reflexionando sobre los valores o áreas importantes de su vida, le sugerimos que lea la metáfora que hemos tratado en la sesión y que intente responder las preguntas de nuevo:

Imagínese que tiene un jardín y que usted es el único responsable de cuidarlo. Usted es el jardinero de su jardín. Suponga que las plantas simbolizan lo que usted quiere en la vida. Ahora observe su jardín y fíjese en qué plantas tiene, compruebe cuáles están más cuidadas y crecen mejor y cuáles se encuentran más mustias.

Regar todas las plantas cada día o muy a menudo es indispensable para que crezcan, pues si no, se marchitan y mueren. ¿Las riega? Recuerde si plantó alguna semilla y no la regó y, por tanto, no pudo germinar.

Recorra todo su jardín para comprobar si hay alguna zona que tiene abandonada, por la que no va nunca.

Como en todos los jardines, seguro que en el suyo también aparecerán malas hierbas. ¿Qué hace con ellas? Hay jardineros que se dedican todo el tiempo a arrancar malas hierbas y por ello descuidan el resto de sus plantas. Su obsesión es que no haya ningún hierbajo y desatienden el resto de jardín. Cuanto más se dedican a arrancarlas, peor está el resto de sus plantas. ¿Cuáles son sus malas hierbas, sus miedos, inseguridades, puntos oscuros, confusiones...? Un jardín sin malas hierbas no existe, todos los jardines las tienen. Si no fuera así, sería un jardín tan artificial que lo veríamos extraño, irreal. Sigamos, pues, dedicándonos más a las plantas que a los hierbajos.

¿Cómo le gustaría que fuera su jardín? Quizá se está dedicando desde hace muchos años a regar una planta que ya no le agrada y, en cambio, le apetecería sembrar semillas nuevas. Quizá se haya limitado a imitar los jardines de sus vecinos porque le parece que lucen plantas fáciles de cuidar, al menos esto es lo que a usted se le antoja al verlos, pero ¿realmente ésas son las plantas que usted quiere?

Analice su forma de cuidar el jardín: ¿lo cuida más los días que está animado que los días tristes? Para atender a un jardín debidamente se requiere un esfuerzo y cuidados sistemáticos, todos los días. Si el cuidado del jardín depende del humor del jardinero, ¿qué pasará con el jardín?

¿Es un jardinero impaciente? El crecimiento de las plantas requiere su tiempo. Muchos jardineros se desesperan cuando las plantas no crecen al ritmo previsto. Esa impaciencia acaba provocando descuido. Como están impacientes, empiezan a plantar más semillas para comprobar si, al contrario de las ya sembradas, de ellas brotan plantas con más rapidez. Sin embargo, las semillas recién plantadas, como todas, requieren su tiempo para convertirse en plantas frondosas. Con su estrategia, fruto de la impaciencia, acaban con un jardín donde han sembrado muchas semillas pero de las que no han obtenido ninguna planta porque no las han cuidado con paciencia. ¿Ése es su caso?

Algunos jardineros, cuando plantan una semilla, se imaginan todos los detalles de la planta que crecerá. Y cuando ésta crece y observan que la forma o el color de las flores o el número de hojas no es exactamente como habían previsto, empiezan a creer que han escogido la planta equivocada o que quizá no hayan realizado de forma correcta su labor. Otros, en cambio, observan sus plantas y disfrutan de las formas que no esperaban ver, de esas pequeñas sorpresas de la naturaleza. ¿Cuál es su caso?

¿Tiene tiempo para que todas sus plantas crezcan debidamente? Hay jardineros a los que les gustan muchas, muchísimas plantas diferentes, pero el día tiene veinticuatro horas y los jardineros necesitan descansar, así que el tiempo para dedicar a las plantas es limitado. En estos casos, puede ocurrir que el jardinero no dedique a cada planta el tiempo que necesita. Se trata, pues, de un jardinero con un jardín ideal con muchas plantas hermosas y con un jardín real con muchas plantas mustias o muertas.

¿Cuántas plantas tiene en su jardín? Podemos dedicar la mayoría de nuestros esfuerzos a una sola planta y conseguir que crezca y se convierta en algo digno de admiración, pero ¿qué pasará si la planta muere o simplemente el tiempo la trasforma?, ¿qué pasará si lo que cambian son nuestros gustos y la planta deja de gustarnos?

Piense en qué jardín le gustaría tener y en cómo debería cuidarlo.

Una vez haya reflexionado sobre estas cuestiones, plantéese qué nuevos objetivos vitales quiere fijarse. Se trata de averiguar cuáles son las cosas que debería hacer o cambiar para poder dirigir su vida hacia aquello que es más importante para usted y, por tanto, así mejorará su calidad de vida.

Trate de revisar los distintos ámbitos de su vida (familia, profesión, vida social, desarrollo intelectual, ocio, estado físico y de salud, espiritualidad, cuidado personal...) y valore cuáles requieren más atención. Por ejemplo:

Eche un vistazo sobre su jardín y averigüe cuáles son las plantas que necesitan más cuidados, qué elementos pueden faltar (quizá una fuente o una estación meteorológica), qué flores darían más alegría al entorno...

Concrete por escrito y siguiendo el esquema los siguientes aspectos:

- Cuáles son sus objetivos.
- Qué pasos debe realizar en primer lugar para iniciar el cambio destinado a conseguir estas metas.

<i>Objetivos</i>	<i>Primer paso para lograrlo</i>
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

## SESIÓN GRUPAL 9 ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y ACTIVIDADES DE REFUERZO

### 1. Material para la sesión

En esta sesión se deberá cumplimentar la siguiente tabla para reflexionar cómo tenemos distribuido nuestro tiempo.

TABLA 1. Registro de distribución del tiempo.

<i>Categoría de actividad</i>	<i>Tiempo total (horas)</i>
Dormir.	
Obligaciones (trabajo, cuidar a los demás, tareas del hogar...).	
Tiempo para uno mismo (aficiones, actividad física, cuidarse, estar con los amigos, relajarse...).	

### 2. Resumen

La organización efectiva del tiempo tiene como objetivo prevenir o resolver esta problemática. Para ello es importante seguir los siguientes pasos:

1. Establecer prioridades y explicar brevemente
2. Eliminar obligaciones

Eliminar obligaciones que muchas veces nos autoimponemos o que son el resultado de no atrevernos a decir que no a los demás.

3. Simplificar actividades

Muchas actividades se pueden simplificar introduciendo cambios en el hogar o el lugar de trabajo para ahorrar tiempo y esfuerzo; por ejemplo, en el hogar, colgar las camisas en lugar de doblarlas o deshacerse de adornos o, en el trabajo, transmitir una información por teléfono o por correo electrónico en lugar de organizar una reunión.

4. Delegar actividades

Es aconsejable delegar siempre que se pueda para evitar que el volumen de tareas sea excesivo. Delegar implica, por un lado, tener que enseñar cómo se realizan las tareas. Esto supone dedicar un tiempo pero este período es una inversión que más tarde se rentabiliza. Por otro lado, delegar supone tener que asumir que probablemente no se llevarán a cabo los trabajos exactamente como los haríamos nosotros.

## 5. Bajar el listón

Es necesario disminuir la autoexigencia. A menudo, se tiende a intentar hacer las cosas de manera perfecta sin valorar el coste en tiempo y en esfuerzo que supone ese perfeccionismo. No hacer esta valoración implica que el individuo cargue con un exceso de cansancio, estrés y dolor que podría evitarse si uno funcionara según sus posibilidades y no intentando alcanzar unos objetivos en absoluto reales.

## 6. Dividir tareas

Las tareas deben dividirse en partes más pequeñas y manejables de modo que la actividad resulte menos cansada y se obtenga una mayor sensación de control; por ejemplo, si la actividad consiste en ordenar documentación acumulada de hace tiempo, puede dividirse en los siguientes pasos repartidos en varios días: comprar archivadores, separar los diferentes tipos de documentos, ordenar los documentos del mismo tipo por fechas, archivarlos, y así sucesivamente.

Se aconseja que las actividades se intercalen dependiendo del grado de esfuerzo físico que supongan, es decir, ir alternando actividades más cansadas con otras más reposadas.

## 7. Programar de forma holgada

Se debe recordar que cuando se programan actividades siempre debe concederse más tiempo a una tarea del que tomaría normalmente. De este modo, si surgen imprevistos, no afectará al buen funcionamiento de la rutina establecida y podrá mantenerse la sensación de tranquilidad.

## 8. Dedicar tiempo para uno mismo

Cuando organizamos el día muchas veces no dejamos espacio para nosotros mismos, para las actividades que nos gustan o para cuidarnos. Si no creamos este espacio porque necesitamos todo el tiempo para nuestras obligaciones, nuestro estrés irá en aumento y también el dolor, lo cual provocará que todavía nos cueste más cumplir con nuestras obligaciones. Así que disfrutar aumentará nuestro rendimiento a largo plazo.

### 3. Tareas para casa

Lea la siguiente lista e indique qué actividades le gustaría llevar a cabo.

<i>Actividades agradables</i>	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Ir al campo.	
Hablar de deportes.	
Planificar excursiones o vacaciones.	
Comprarme cosas.	
Ir a la playa.	
Hacer trabajos artísticos (pintura, escultura, dibujo, cine).	
Reordenar o redecorar mi habitación o casa.	
Asistir a acontecimientos deportivos.	
Leer un libro, revista o artículo de «hágalo usted mismo».	
Ir a las carreras (de caballos, de coches, regatas).	
Leer historietas, novelas, poemas u obras de teatro.	
Ir a un bar, taberna, club...	
Asistir a conferencias.	

<i>Actividades agradables</i>	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Respirar aire puro.	
Componer o hacer arreglos musicales.	
Practicar la navegación (de canoa, motor, vela).	
Restaurar antigüedades, retocar los muebles.	
Ver la televisión.	
Ir de acampada.	
Jugar a las cartas.	
Resolver un problema, acertijo, crucigrama...	
Almorzar con amigos o socios.	
Escribir historias, novelas, obras de teatro.	
Estar con animales.	
Explorar, hacer marchas espeleológicas.	
Cantar en grupo.	
Ir a una fiesta o guateque.	
Participar en funciones eclesíásticas, sociales, benéficas.	
Tocar un instrumento musical.	
Echarse la siesta.	
Estar con amigos.	
Darse un baño.	
Preparar comida o hacer trabajos manuales para vender o regalar.	
Jugar al ajedrez o a las damas.	
Realizar trabajos de artesanía (alfarería, joyería, cuero, perlas, telar).	
Maquillarme, peinarme.	
Diseñar o hacer bocetos.	

<i>Actividades agradables</i>	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Visitar a enfermos o personas con problemas.	
Cuidar el jardín, trabajar y cuidar la tierra.	
Bailar.	
Tomar el sol.	
Ir a una feria, carnaval, zoológico, parque de atracciones.	
Escuchar la radio.	
Invitar a amigos a casa.	
Hacer regalos.	
Ir al parque, a un <i>picnic</i> , a una barbacoa.	
Hacer fotos.	
Coleccionar objetos naturales (alimentos exóticos, minerales...).	
Disfrutar de la buena mesa.	
Mejorar mi salud (arreglar mi dentadura, ponerme gafas nuevas, cambiar mi dieta...).	
Ir al centro de la ciudad.	
Cazar o practicar el tiro.	
Caminar.	
Visitar museos o exposiciones.	
Escribir documentos, ensayos, artículos...	
Pescar.	
Ir a un gimnasio, a una sauna.	
Aprender a hacer algo nuevo.	
Sentarme en una terraza y ver pasar a la gente.	
Alabar a alguien.	
Pertenecer a grupos, peñas, cofradías.	

<i>Actividades agradables</i>	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Hablar por teléfono.	
Ir al cine.	
Besar.	
Cocinar.	
Hacer trabajos ocasionales en la casa.	
Dar lecciones a alguien, entrenarlo.	
Ir a un restaurante.	
Ver u oler una flor o planta.	
Hacer experimentos u otros trabajos científicos.	
Visitar a amigos.	
Meditar o hacer yoga.	
Estar relajado.	
Practicar juegos de mesa.	
Leer el periódico.	
Hacer terapia de grupo, desarrollo de la consciencia corporal, sensibilidad...	
Nadar.	
Correr, hacer gimnasia, ponerme en forma, hacer ejercicios deportivos...	
Escuchar música.	
Hacer punto, ganchillo, bordado.	
Acariciar a tu pareja.	
Ir a la barbería o a un salón de belleza.	
Leer revistas.	
Tener relaciones sexuales con un compañero del sexo opuesto.	

<i>Actividades agradables</i>	<i>¿Te gustaría hacerlo?</i>
Tener otras satisfacciones sexuales.	
Ir a la biblioteca.	
Observar los pájaros.	
Ir de compras.	
Encender, mirar el fuego.	
Escribir cartas, postales, notas.	
Pedir ayuda o consejo.	
Ir a banquetes, almuerzos, comidas.	
Hablar de mis aficiones o de mis intereses principales.	
Jugar en la arena, en el río, en la hierba...	
Ir a excursiones campestres, pastos en plena naturaleza.	
Pasear.	
Coleccionar cosas.	
Coser.	
Trabajar o jugar con los niños.	
Hacer trabajos voluntarios, servicios a la comunidad.	
Leer cómics, libros de humor.	
Volver a ver a viejos amigos.	
Viajar.	
Asistir a un concierto, ópera o ballet.	
Jugar con animales.	
Ir al teatro.	
Contemplar las estrellas o la luna.	

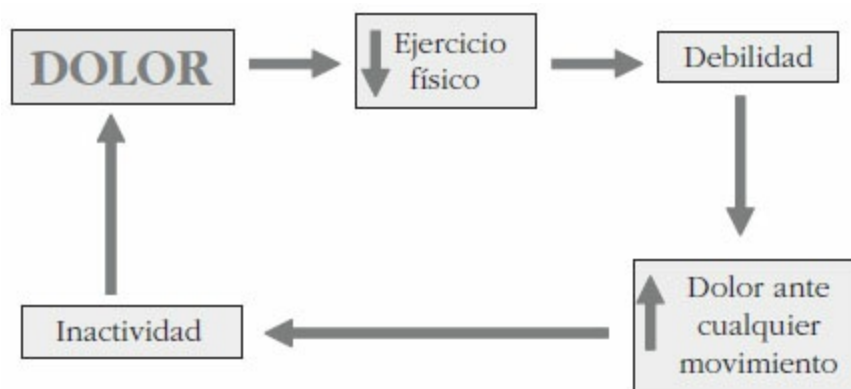
SESIÓN GRUPAL 10  
EJERCICIO FÍSICO, HIGIENE POSTURAL Y DEL SUEÑO Y  
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

## 1. Resumen

### 1.1. EJERCICIO FÍSICO

Si usted padece alguna afección crónica, debe saber que la ausencia de ejercicio físico provoca los siguientes efectos negativos:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Afecta al estado de ánimo y baja la autoestima.</li><li>• Mayor atención en el dolor = mayor sensación de dolor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor producción de endorfinas.</li><li>• Insomnio, falta de descanso y tensión muscular.</li></ul>
--	---



Planificación del ejercicio físico:

1. Lo más recomendable es la realización de ejercicios rehabilitadores y aeróbicos, como andar. Piense en los grandes beneficios que supone el ejercicio físico y analice qué «excusas» se dice a sí mismo para no realizarlo.

2. Piense qué tipo de ejercicio físico le gustaría realizar, qué horarios serían los mejores en su caso y cómo puede irse organizando para ir incrementando gradualmente el tiempo que practica el ejercicio.

*Consejos para mantener el hábito del ejercicio*

Realizar ejercicio en compañía.

Ser realista en la planificación de metas.

Ser constante.

Subrayar los progresos en los registros.

Buscar apoyo en el entorno social.

Terminar con ejercicios suaves.

## 1.2. HIGIENE POSTURAL

Si ha comprobado que quizá podría mejorar sus hábitos posturales deberá hacer una serie de cambios, no siempre fáciles, ya que las costumbres suelen estar muy arraigadas. No obstante, si empieza a efectuar cambios gradualmente, podrá mejorar la calidad de su higiene postural.

Las siguientes normas son un resumen de todos los puntos explicados en este capítulo. Le servirán como recordatorio al efectuar todos los cambios necesarios para obtener unos hábitos posturales. Intente seguirlas lo mejor que pueda.

### *Normas para una buena higiene postural*

- ✓ Dormir de lado o de espalda y en cama ni muy flexible ni muy dura.
- ✓ No adoptar posiciones ni sentado, ni de pie, evitar ir encorvado o sacar excesivamente el vientre.
- ✓ Controlar el peso que traslada y, si es excesivo, pedir ayuda.
- ✓ Para trasladar pesos es mejor empujar que tirar.
- ✓ No usar tacones altos (máximo 5 cm).
- ✓ Levantar el peso con las piernas, no con la espalda.
- ✓ Para girar o rotar, separar los pies y utilizar la flexión de una pierna y otra con balanceo para una mayor amplitud del movimiento.
- ✓ Evitar la hiperextensión de la columna.
- ✓ Mantener un peso adecuado y realizar ejercicio físico son necesarios para el cuidado de la espalda.
- ✓ Evitar mantener la misma postura durante toda la jornada laboral.
- ✓ Intercambiar períodos de descanso, variables dependiendo del tipo de trabajo.

- ✓ Durante la jornada laboral es preferible estar sentado que de pie.
- ✓ Si está sentado, las sillas deben ser regulables, debe permitirle un apoyo firme de la espalda en el respaldo y los pies en el suelo, con las caderas y las rodillas en ángulo recto.
- ✓ En el trabajo de pie, se debe poder trabajar con los brazos a la altura de la cintura, sin tener que doblar la espalda, el área de trabajo debe ser lo suficientemente amplia para permitir el cambio de postura de los pies.
- ✓ La distancia de los objetos de trabajo no deben de estar más allá de 40 a 50 cm del trabajador, siendo la distancia ideal de 20 a 30 cm enfrente del trabajador.

A continuación encontrará una serie de dibujos recordatorios de las normas para una buena higiene postural:

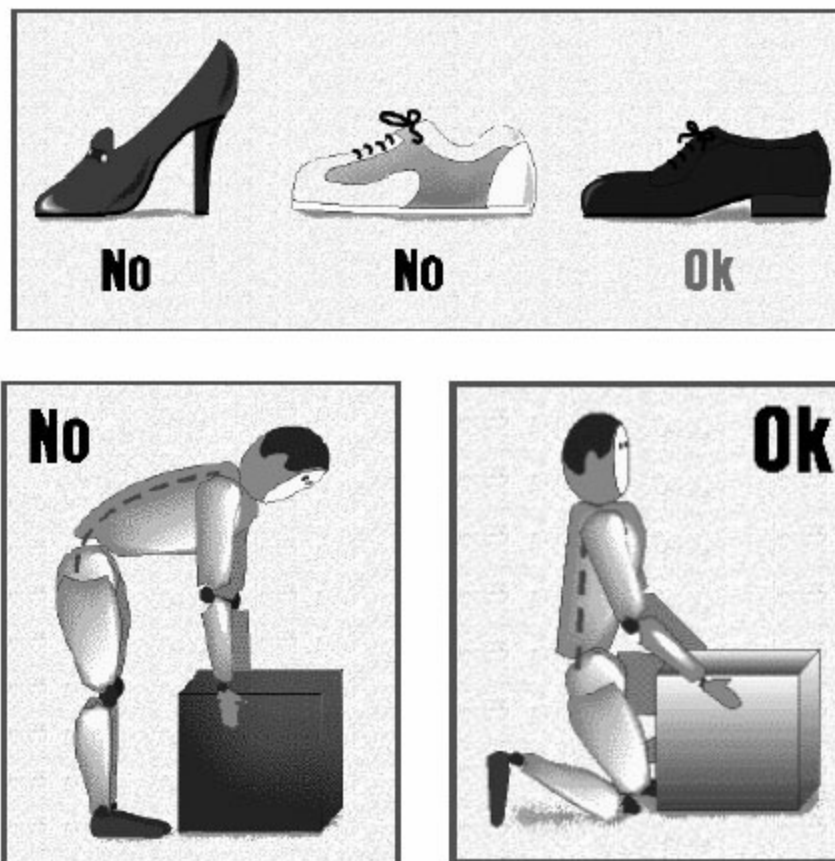


FIGURA 1

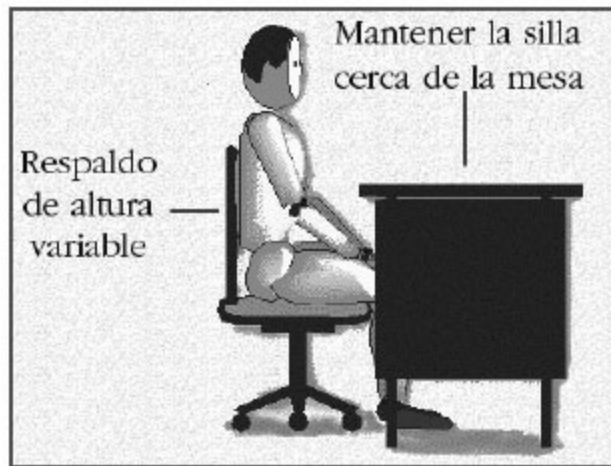


FIGURA 2

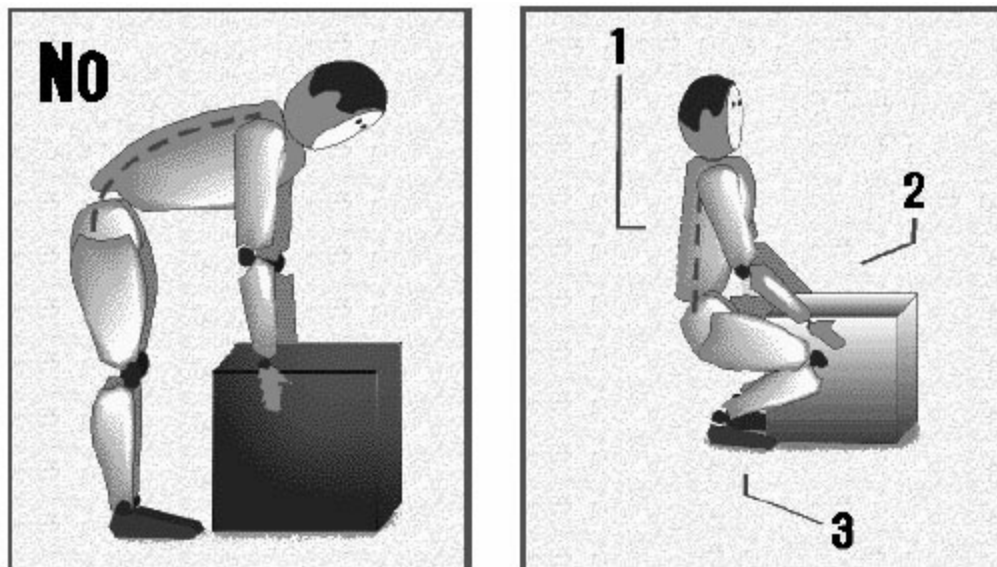


FIGURA 3

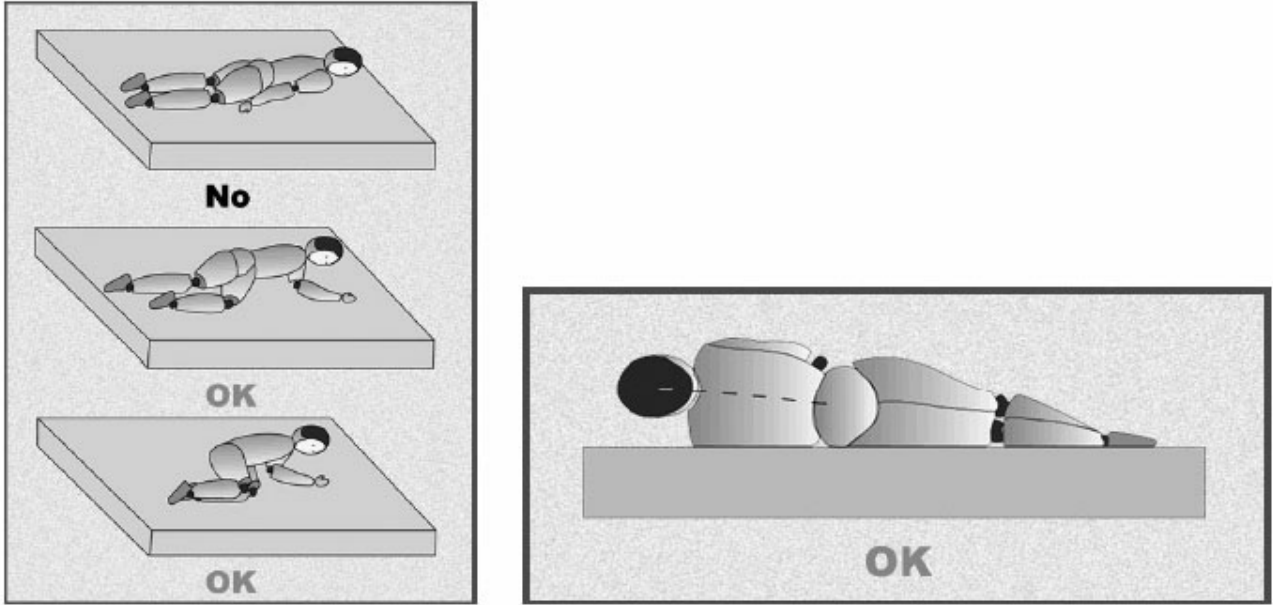


FIGURA 4

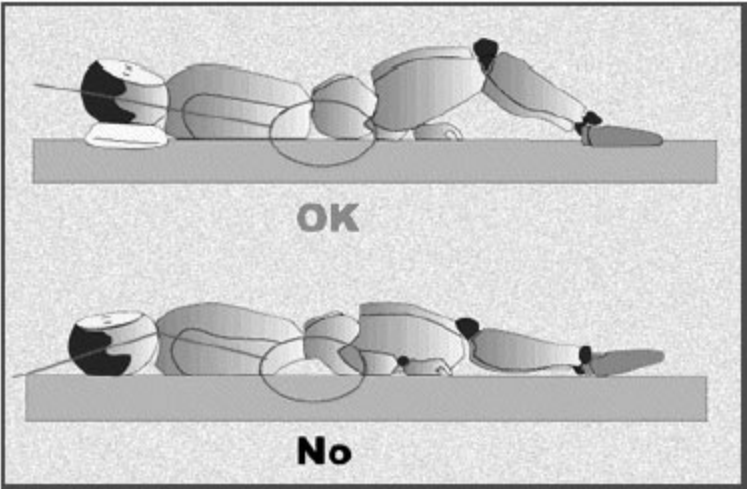


FIGURA 5



FIGURA 6

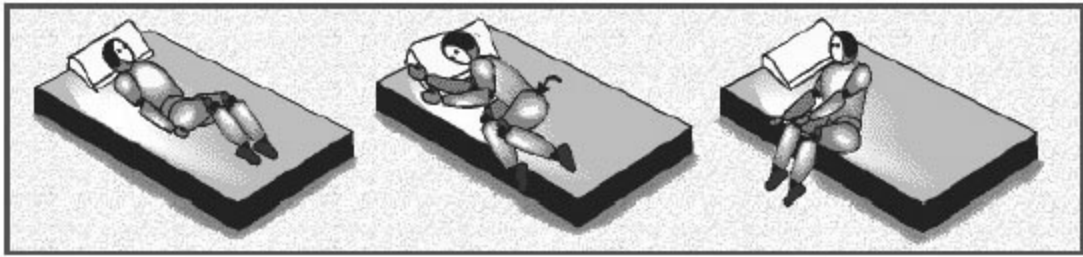


FIGURA 7

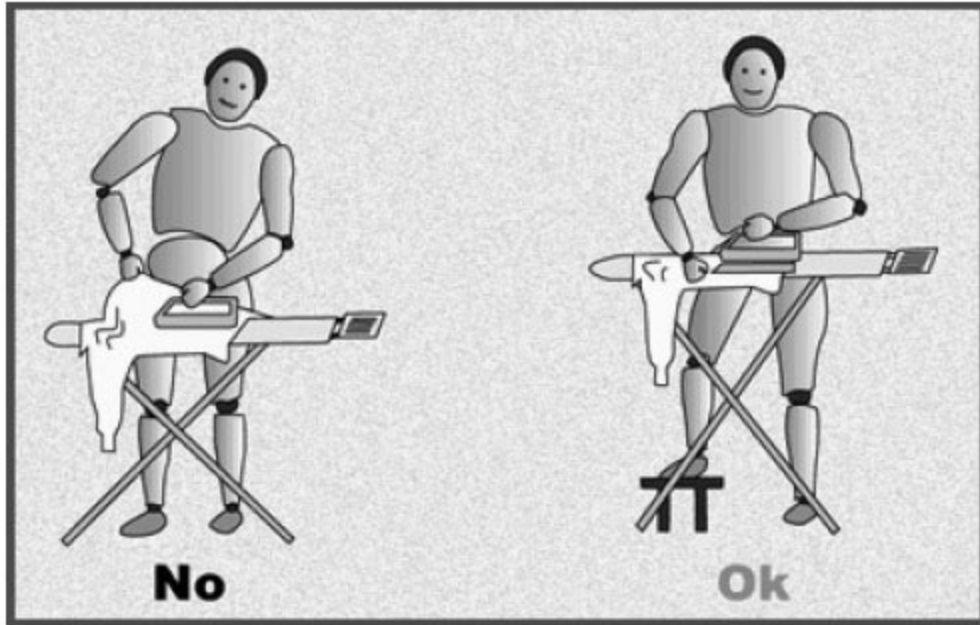


FIGURA 8

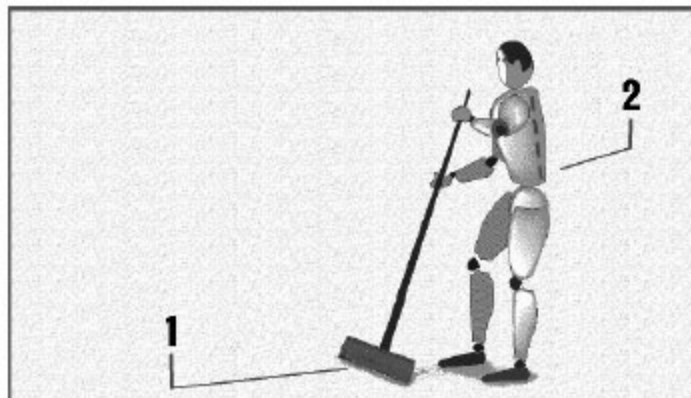


FIGURA 9

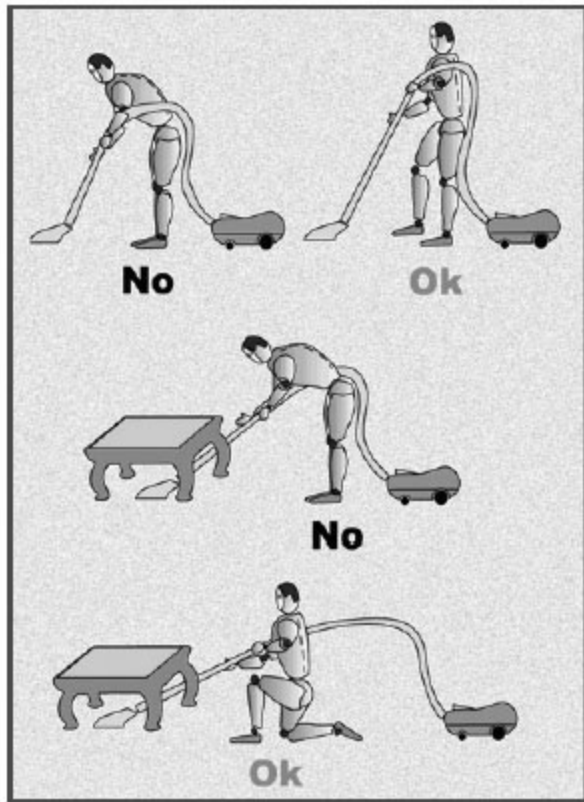


FIGURA 10

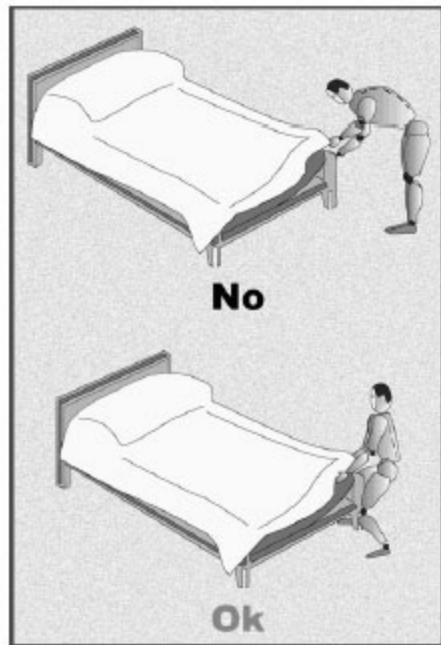


FIGURA 11

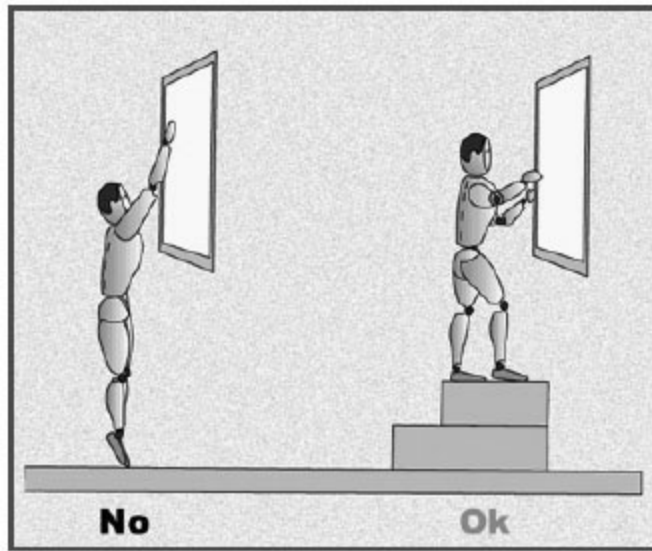


FIGURA 12

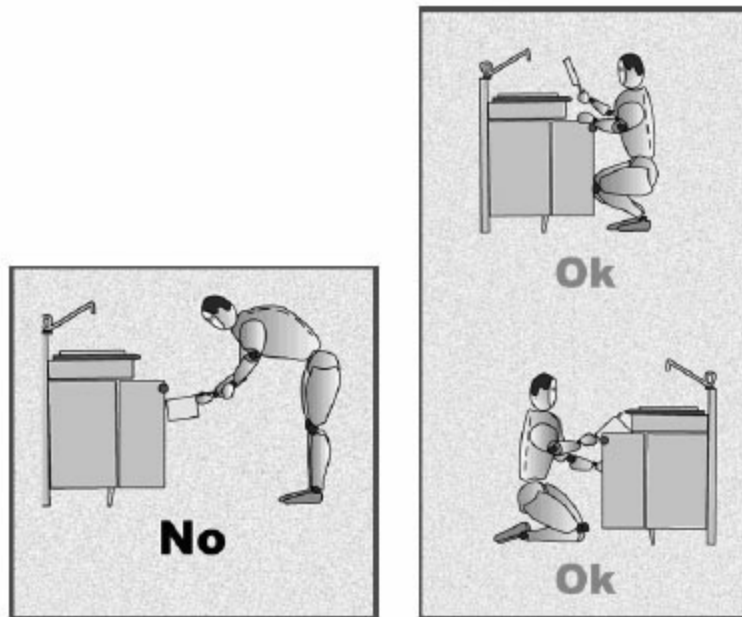


FIGURA 13

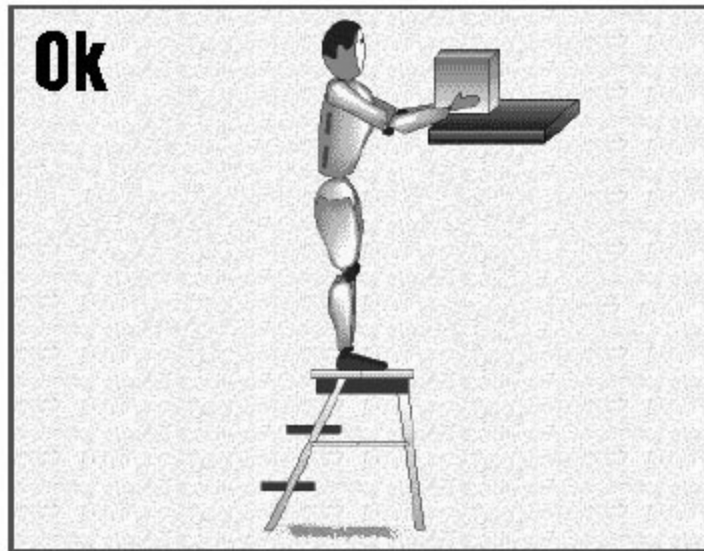


FIGURA 14

### 1.3. HIGIENE DEL SUEÑO

Conseguir una buena higiene del sueño tiene un papel relevante en el control del insomnio y, como ya sabe, algunos aspectos del estilo de vida como la dieta y el ejercicio u otros del entorno, como el ruido y la luz, pueden actuar en detrimento de la calidad de su sueño. Aunque muchos de estos factores sean una cuestión de sentido común, la costumbre de actuar en cierta manera o de dormir en un entorno determinado puede hacer que no los tengamos en cuenta. Asimismo, es necesario regular el ciclo sueño/vigilia y eliminar todas aquellas actividades que estén dificultando que conciliemos el sueño.

Si ha comprobado que quizá podría mejorar sus condiciones de dormir, deberá hacer una serie de cambios, no siempre fáciles, ya que las costumbres suelen estar muy arraigadas. No obstante, si empieza a efectuar cambios gradualmente, podrá mejorar la calidad de su sueño.

Las siguientes normas son un resumen de todos los puntos explicados en este capítulo. Le servirán como recordatorio efectuar todos los cambios necesarios para obtener un sueño saludable y reparador. Intente seguirlas lo mejor que pueda.

#### *Normas para la higiene del sueño*

- ✓ No se acueste hasta que no se sienta soñoliento.
- ✓ Establezca una rutina antes de acostarse; por ejemplo, cierre la puerta de la calle, vaya al baño, apague las luces, ponga el despertador, etc. Siga la misma rutina todas las noches.
- ✓ Levántese aproximadamente a la misma hora por las mañanas, incluso los fines de semana. Si piensa que debe levantarse más tarde el fin de semana, no se levante más tarde de una hora de su hora acostumbrada.

- ✓ No duerma la siesta.
- ✓ No use su cama o habitación para otras actividades que no sea dormir o mantener relaciones sexuales. No debe ver la televisión, pensar en problemas, escuchar la radio, leer, etc.
- ✓ No consuma cafeína después de las cuatro o cinco de la tarde, o seis horas antes de acostarse. Infórmese de todos los alimentos, bebidas o medicinas que contienen cafeína.
- ✓ Si es fumador, deje de fumar unas cuantas horas antes de acostarse y no fume si se despierta durante la noche.
- ✓ No consuma alcohol entre cuatro y seis horas antes de acostarse.
- ✓ Si está acostumbrado, puede tomar algún pequeño producto alimenticio de hidratos de carbono antes de acostarse (leche, queso...). No coma ni chocolate ni alimentos que contengan azúcar. Evite tomar líquidos en exceso. Si se despierta durante la noche, no coma ni beba nada, ya que de lo contrario, se despertará cada noche con hambre o sed como consecuencia de este hábito.
- ✓ Practique ejercicio regularmente. El mejor momento para realizar ejercicio es alrededor de las cinco o seis de la tarde. Evite ejercicios enérgicos tres o cuatro horas antes de acostarse.
- ✓ Utilice su sentido común para disfrutar en su habitación de un ambiente propicio para el sueño: mantenga una temperatura adecuada, un colchón cómodo y niveles mínimos de sonido y luz.

#### 1.4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Durante el tratamiento, el objetivo ha sido desarrollar las habilidades y estrategias necesarias para reducir y controlar sus episodios de dolor. No obstante, es inevitable que, en algunos períodos, controlar su dolor sea más difícil que en otros. La prevención de recaídas consiste en utilizar todo lo que ha aprendido a lo largo del tratamiento para poder identificar las causas de una posible recaída, detectar las señales de que algo no va bien y manejar este período difícil.

Piense que la posibilidad de recaídas no es una situación de todo o nada en la que uno desestime todo lo aprendido sino que es un proceso gradual de recuperación. Puede ser tan importante cómo responda a este período difícil de su vida como las dificultades en las que se encuentra en este momento.

##### *Plan de prevención de recaídas*

- *¿Cuáles podrían ser las posibles causas de una recaída?*  
Ejemplo: caer enfermo y tener que reposar.
- *¿Cuáles serían las señales de aviso?*  
¿Qué síntomas empiezo a experimentar?, ¿qué cosas empiezo a hacer?,  
¿cómo empiezo a pensar sobre mí mismo?  
Ejemplo: evitar actividades.
- *¿Qué pasos debo llevar a cabo si empiezo a encontrarme en dificultades?*  
Ejemplo: leer el folleto «Relación entre los procesos psicológicos y el dolor».

## **2. Tareas para casa**

Por favor, dedique un tiempo a reflexionar sobre las preguntas que encontrará en el plan de prevención de recaídas y haga aquellas anotaciones que le parezcan más relevantes en su situación personal. Piense que este plan le puede servir de recordatorio de todo lo que ha aprendido. Su aplicación, si es necesaria, le dará la oportunidad de ser su propio terapeuta y de saber que puede superar una recaída usted mismo.

## RECOMENDACIONES DE LIBROS Y PÁGINAS WEB SOBRE DOLOR CRÓNICO

*Ester Garriga, Julia Vidal, Mar Santos, Mila Buero, Pilar Roig, Rosa Encar y Sonia Sánchez*

Para el lector que quiera profundizar en la comprensión del dolor crónico, en este capítulo sugerimos un listado de libros y webs que creemos pueden ser de su interés. Con esta recopilación hemos intentado recoger información no sólo acerca de los aspectos físicos o psicológicos del dolor sino también de los cambios que provocan en la vida de las personas que lo padecen, sin olvidarnos de una serie de buenos consejos y de lugares a los que poder acudir para encontrar ayuda.

De la misma forma, existen muchas otras opciones para quien desee o necesite conocer más acerca de temas concretos como artritis, fibromialgia, cefalea, lumbalgia, cáncer y, en general, todas aquellas afecciones relacionadas con el dolor crónico que, por su amplia extensión, nos ha resultado imposible recoger en este capítulo.

### 1. Libros

**Caudill, M., *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted: descubra qué es lo que realmente incrementa y disminuye el dolor*, Barcelona, Paidós, 1998.**

La autora propone un programa diseñado para ayudar a desarrollar habilidades que permitan enfrentarse al dolor: comprender el funcionamiento de nuestro dolor, reconocer los factores que lo incrementan o disminuyen, reducir el estrés, aprender estrategias efectivas para la resolución de los problemas, abordar el tema de la medicación y sus efectos, desarrollar técnicas y ejercicios de relajación, comunicar de manera efectiva nuestro dolor y establecer metas realistas.

Cuidadosamente concebido tras numerosos años de trabajo con personas que padecían dolor crónico, este enfoque ha demostrado ser muy efectivo: más del 30% de los participantes en el programa informó que finalmente fue capaz de controlar su dolor e interrumpir sus visitas al médico.

**Chaiton, L., *Aprender a vencer el dolor por la vía natural: cómo romper el ciclo del dolor y recuperar el control de tu vida*, Barcelona, Oniro, 2003.**

Se trata de una guía que ofrece métodos de probada eficacia para hacer frente al dolor, al tiempo que demuestra que una actitud mental positiva, junto con una dieta saludable y la mejora de la postura y la flexibilidad, pueden contribuir a romper el ciclo del dolor. El autor presenta técnicas fáciles de seguir para superar los efectos mentales y emocionales del dolor, que incluyen la meditación, la visualización, el pensamiento positivo y técnicas de control del estrés. Enriquecido con numerosas ilustraciones creadas especialmente para favorecer la inspiración visual, el libro proporciona una cobertura específica de algunos de los más frecuentes tipos de dolor: de cabeza, de espalda, de muelas, articulatorios, menstruales, de parto, distensiones, torceduras, fibromialgia...

**D'Alvia, R., *El dolor: un enfoque interdisciplinario*, Buenos Aires, Paidós, 2001.**

Debido a la diferencia de factores que influyen en el umbral y la tolerancia al dolor, se hace necesario un enfoque interdisciplinario que permita profundizar en las múltiples variantes del dolor y en las vicisitudes afectivas que provoca. Este libro reúne a un conjunto de destacados profesionales que abordan la problemática desde sus respectivas especialidades: medicina, psicología y psicoanálisis, odontología, estudios culturales y de género, estableciendo su interacción con el psiquismo. El texto examina las relaciones entre dolor y ciclo vital, discriminando las diferencias que se presentan en el niño, el adulto y el anciano. Asimismo, describe diversos tipos de dolor: el agudo, el crónico en pacientes terminales, el orofacial y las cefaleas, entre otros, y propone algunas aproximaciones terapéuticas. Por último, el libro examina la vinculación de este fenómeno con el entorno cultural, que dota de determinados sentidos y significados tanto al dolor físico como al psíquico. Así, los autores proponen integrar fronteras, con la convicción de que en la medida en que se comprenda el fenómeno en toda su complejidad, mayores posibilidades tendremos de aliviarlo.

**Domínguez, B. y Y. Olvera, *Dolor y sufrimiento humano: técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*, México, Trillas, 2006.**

Este libro presenta un enfoque científico y psicofisiológico a la investigación en el campo del dolor crónico, además de una aproximación práctica del enfoque mente-cuerpo al tratamiento y manejo clínico del dolor. Los enfoques clínicos que aborda esta obra integran elementos de las terapias conductuales, de las terapias cognitivas, del entrenamiento en relajación y de la retroalimentación biológica. Asimismo, incluyen el desahogo o revelación emocional a través de la escritura de diarios y la analgesia hipnótica, entre otras técnicas.

**Esteve Zarazaga, R. y C. Ramírez Maestre, *El desafío del dolor crónico*, Málaga, Aljibe, 2003.**

Analiza el comportamiento humano ante el dolor: lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos para afrontar el reto de una vida con dolor, un reto para el que ningún ser humano está preparado. En el empeño de dar a conocer el dolor se contemplan sus distintas facetas: su naturaleza y consecuencias, las diferencias personales ante el dolor, las estrategias para afrontarlo y la intervención y ayuda psicológica.

**Gatchel, R. J., *Psychopathology and Chronic Pain: Theoretical and Treatment Implications*, Reno, Context Press, 2005.**

Estamos entrando en un apasionante período de psicopatología e investigación en el dolor crónico. Esto es debido al importante cambio registrado desde el anticuado y reduccionista enfoque biomédico, hasta el más pragmático y amplio modelo biopsicosocial, el único que hace hincapié en la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales para entender mejor la salud y la enfermedad.

**Gatchel, J. R. y J. N. Weisberg, *Personality Characteristics of Patients With Pain*, Washington, American Psychological Association, 2000.**

Este libro presenta un examen exhaustivo de los factores de personalidad que afectan a la experiencia y adaptación del dolor. Describe los más recientes avances en esta área de la investigación clínica y ofrece una guía práctica para las intervenciones clínicas. Existen elementos de la personalidad como introversión o extroversión, optimismo y *locus* de control que afectan a la capacidad de los pacientes para hacer frente al dolor. Los autores de este libro examinan y exploran la forma en que éstos pueden influir en el resultado del tratamiento de diversos trastornos relacionados con el dolor.

**Gatchel, R. J. y D. C. Turk, *Psychosocial factors in pain: clinical perspectives*, Nueva York, Guilford Press, 1999.**

Este volumen proporciona la información más reciente sobre el papel que desempeñan los factores psicosociales en el dolor crónico, agudo y recurrente, así como los avances más significativos para la comprensión de todos los aspectos del dolor. El volumen está diseñado para ayudar a estudiantes, investigadores y, en general, a una amplia gama de profesionales relacionados con la atención de la salud, en su interés por ampliar sus conocimientos acerca de la etiología, la evaluación y la gestión de este

frecuente y debilitante síntoma. Los principales investigadores clínicos abordan los más frecuentes síndromes de dolor, centrados tanto en la interacción de factores somáticos, psicosociales y de la experiencia, como en el mantenimiento y la exacerbación del dolor. Las cuestiones relacionadas con la evaluación, la prevención y la gestión del dolor se estudian a fondo, así como la cobertura de temas como el papel del dolor en atención primaria, la predicción de las respuestas al dolor y las respuestas al tratamiento e influencia del género.

**Miró, J., *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2003.**

En este libro se analizan las aportaciones de la Psicología y la situación actual de su relación con el dolor crónico. Se trata de presentar e instruir al lector interesado sobre los procedimientos de evaluación y las técnicas de intervención que existen, así como sus resultados, y detallar las bases teóricas que los sustentan. El autor ofrece una guía para la evaluación y el tratamiento de los problemas de dolor crónico y plantea y responde cuestiones de importancia para el futuro del área.

**Moix, J., *Cara a cara con tu dolor*, Barcelona, Paidós, 2006.**

Fruto de su experiencia, la doctora Jenny Moix, especialista en psicología del dolor, nos ofrece una guía de estrategias y técnicas que se han demostrado eficaces en la reducción del dolor y el aumento de calidad de vida del paciente: desde cómo reconocer las barreras psicológicas, los pensamientos negativos y la realidad de nuestros valores vitales, hasta consejos sobre relajación y organización del tiempo que nos permitirán superar o aliviar el sufrimiento. En definitiva, no debemos dejar que el dolor gobierne nuestra vida.

**Morris, D., *La cultura del dolor*, Santiago de Chile, Andrés Bello, 1993.**

Esta obra presenta conocimientos médicos actualizados y una historia del dolor en la cultura occidental, así como la exposición de ideas que permiten restaurar un puente entre dolor y significado. Insiste en que poseemos una capacidad de control mucho mayor de la que se nos ha enseñado a esperar, podemos recuperar el poder de aliviar el dolor haciéndonos responsables del modo como lo entendemos.

**Oberlander, T. F. y F. J. Symons, *Pain in children & adults with developmental disabilities*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, 2006.**

Para los clínicos que trabajan con pacientes que tienen dolor y no son capaces de realizar un autoinforme, el reconocimiento y la correcta interpretación de las expresiones de dolor pueden ser un desafío. Este libro ayudará a los profesionales de la salud a evaluar y manejar el dolor y, de esta forma, garantizar una adecuada atención al paciente.

**Penzo W., *El dolor crónico: aspectos psicológicos*, Barcelona, Martínez Roca, 1989.**

En este libro, Penzo analiza, entre otros aspectos, los problemas específicos que aparecen en los pacientes con dolor crónico, así como las distintas categorías que componen el nivel general de actividad funcional de éstos.

**Philips, H. C., *El tratamiento psicológico del dolor crónico*, Madrid, Pirámide, 1991.**

Se trata de la segunda edición de un texto sobre la gestión de los problemas de dolor crónico dirigido a los psicólogos. Incluye un manual del paciente basado en el modelo de la puerta de control.

**Sandrin, L., *Cómo afrontar el dolor: aceptar y comprender el sufrimiento*, Madrid, San Pablo, 1996.**

Luciano Sandrin, licenciado en Psicología, es profesor de Psicología de la Salud y de la Enfermedad. Este libro ofrece una perspectiva nueva: el dolor como un tiempo de descubrimiento de la riqueza interior, como profundización de relaciones y creación de un modo diferente de vivir y de amar.

**Sarafino, E. P., *Health psychology: biopsychosocial interactions, 5th ed.*, Hoboken, John Wiley & Sons, 2006.**

El propósito de este libro es servir de instrumento de aprendizaje, basado en la investigación y la teoría de muchas disciplinas, para describir cómo la psicología y la salud están interconectadas. Este texto analiza los principales temas y problemas que se plantean en la Psicología de la Salud por medio de una organización general, que progresa en el foco principal a través de los capítulos de la primaria, secundaria y terciaria prevención y atención.

**Torres, M. y V. Compañ, *La experiencia del dolor*, Barcelona, UOC, 2006.**

La experiencia del dolor tiene como intención fundamental divulgar de forma sencilla, pero rigurosa, los rasgos más importantes de lo que implica la experiencia dolorosa. Describe una serie de tratamientos psicológicos que se han comprobado muy útiles en personas que sufren dolor crónico.

**Turk, D. C. y F. Winter, *The pain survival guide: how to reclaim your life*, Washington, American Psychological Association, 2006.**

Las recomendaciones de Turk y Winter se basan en investigaciones y en el éxito obtenido con miles de pacientes. Ellos no prometen soluciones milagrosas, pero sí ayuda a aprender «a no permitir que su cuerpo le dé órdenes», para que puedan disfrutar de nuevo de la vida.

**Vallejo, M. A. y M. I. Comeche, *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*, Madrid, Fundación Universidad-Empresa, 1994.**

En el primer capítulo de este libro, encontramos unas consideraciones básicas sobre dolor en las que se basan las formas de evaluación y tratamiento que se describen en los capítulos siguientes. Igualmente se tratan las características idiosincrásicas de cada modalidad de dolor (cefaleas, lumbalgias...) y, en el último capítulo, se ofrece al lector una serie de casos clínicos.

**Warfield C. A. y F. J., Hilary, *Diagnóstico y tratamiento del dolor*, Barcelona, Masson, 2004.**

Este manual de diagnóstico y tratamiento del dolor sigue la línea marcada por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) y recoge las claves que permiten establecer una política apropiada para la valoración, el tratamiento, el uso de analgésicos y otras intervenciones de control del dolor. Se trata de un libro de consulta, con diversas ilustraciones y tablas explicativas, que lo convierten en un volumen básico para el diagnóstico y el tratamiento del dolor. La mayor parte de este volumen está dedicado a la descripción de los síndromes de dolor más comunes, clasificados anatómicamente. En una primera parte, se recogen los conceptos básicos fisiológicos y algunos requisitos necesarios para obtener pruebas diagnósticas correctas. Los capítulos siguientes están centrados en la medicación, los procedimientos y tratamientos más habituales para pacientes que se quejan de dolor. Se incluyen también tratamientos del dolor para Pediatría, para pacientes inmunodeficientes o infectados por VIH y para personas con síndromes de adicción.

## **2. Páginas web**

### **American Chronic Pain Association**

<<http://www.theacpa.org>>.

Su actividad consiste en facilitar apoyo y formación a las personas con dolor crónico y sus familias, a fin de que éstas puedan vivir más plenamente a pesar de su dolor, así como en sensibilizar a los profesionales de la salud, a los políticos y al público en general acerca de las cuestiones relacionadas con el dolor.

### **American Pain Foundation**

<<http://www.painfoundation.org>>.

Fundada en 1997, la American Pain Foundation es una organización independiente sin fines de lucro al servicio de las personas con dolor a través de la información, la promoción y el apoyo. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con dolor por la sensibilización del público, la presentación de información práctica y la promoción de la investigación.

### **Asociación Andaluza del Dolor y Asistencia Continuada (SAD)**

<<http://asociacionandaluzadeldolor.sedolor.es>>.

Está constituida por un grupo de profesionales que trabajan en ese campo y, por tanto, con intereses y objetivos comunes. Su formación y reconocimiento data del año 1993. Desde entonces se han sucedido distintas juntas directivas que han luchado por su institucionalización y reconocimiento (elaboración de estatutos, grupos de trabajo...).

### **Asociación de Pacientes contra el Dolor «Sine Dolore»**

<[www.sinedolore.org](http://www.sinedolore.org)>.

Fundada en Menorca el 3 de marzo de 2005, empezó de forma oficial bajo el lema «Tratar el dolor, aliviar el sufrimiento: aumentar la calidad de vida». Desde meses antes, un grupo heterogéneo de profesionales procedentes de distintos sectores económicos habían estado gestando lo que fue idea e impulso del doctor Jorge Juan Moya Riera, especialista de reconocido prestigio en el tratamiento del dolor. Su mayor preocupación reside en tratar el dolor no sólo como factor que forma parte de la enfermedad sino entendido como un hecho en sí mismo.

### **European Societies, Associations and Networks**

<<http://www.efic.org>>.

Organización profesional multidisciplinar en el campo de la ciencia y la medicina del dolor, perteneciente a la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) y establecida en 1993, por el profesor Lindblom. Representa 33 países y cerca de dieciocho mil científicos, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y otros profesionales de la salud en toda Europa, para el estudio del dolor y el tratamiento de pacientes con dolor.

### **International Association for the Study of Pain (IASP)**

<<http://www.iasp-pain.org>>.

Web oficial de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Fundada en 1973, la IASP reúne a científicos, médicos, profesionales de la salud y encargados políticos, para estimular y apoyar el estudio del dolor, así como para traducir ese conocimiento en la mejora de alivio del dolor en todo el mundo. Actualmente, cuenta con más de seis mil novecientos miembros de 106 países.

### **P.A.I.N. Initiative**

<<http://www.pain-initiative.com>>.

Como fundador de esta iniciativa, el doctor Grünenthal se concentra en mejorar el tratamiento del dolor en la práctica clínica, para ayudar a los pacientes y profesionales de la salud. Se complementa con dos departamentos: P.A.I.N. Workshops-International Expert Symposia y P.A.I.N. Quality Pain Management Software.

### **Partners Against Pain**

<<http://www.partnersagainstpain.com>>.

Socios contra el Dolor es una alianza fundada en 1993 y formada por pacientes, cuidadores y profesionales de la salud que trabajan en conjunto para aliviar el sufrimiento innecesario, dirigiendo sus esfuerzos en avanzar hacia la atención del dolor, mediante la educación y la promoción.

### **Sociedad Española de Dolor (SED)**

<<http://www.sedolor.es>>.

Asociación profesional, multidisciplinar y sin ánimo de lucro fundada en junio de 1990 con la intención de promover trabajos científicos sobre los mecanismos y el tratamiento del dolor, sensibilizar a la sociedad sobre esta problemática y fomentar la mejora constante en la valoración y la terapia de los pacientes que sufren dolor.

La SED es un capítulo de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que, a su vez, es referencia para temas de dolor en la Organización Mundial de la Salud. Esta página resulta interesante tanto para pacientes como para profesionales. En ella se puede

acceder a las diferentes secciones autonómicas.

Esta sociedad desarrolla una revista especializada en la que se publican artículos actualizados sobre el dolor y los pacientes que lo sufren (<<http://revista.sedolor.es>>).

### **The American Academy of Pain Medicine**

<<http://www.painmed.org>>.

The American Academy of Pain Medicine (AAPM) representa a los médicos del ámbito de la Medicina del Dolor como especialidad médica. Su objetivo es la educación, la formación, la promoción y la investigación en la especialidad de Medicina del Dolor.

### **The American Pain Society**

<<http://www.ampainsoc.org>>.

La American Pain Society es una comunidad multidisciplinar que reúne a un grupo muy diverso de profesionales, científicos, médicos y otros, cuyo objetivo consiste en aumentar el conocimiento acerca del dolor y transformar la política pública y la práctica clínica para reducir el sufrimiento relacionado con el dolor.

### **The British Pain Society**

<<http://www.britishpainsociety.org>>.

La British Pain Society es la mayor organización profesional multidisciplinar en el campo del dolor en Reino Unido. Está integrada por médicos especialistas, enfermeras, fisioterapeutas, científicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud, que participan activamente tanto en el diagnóstico y el tratamiento del dolor como en la investigación del dolor en beneficio de los pacientes.

## ANEXO

### TRANSCRIPCIÓN DE LAS INSTRUCCIONES DEL CD DE RELAJACIÓN

#### 1. Entrenamiento en respiración

Para los ejercicios respiratorios, colocaos en esta posición. Vamos a dirigir la atención a la zona del **abdomen**... y vamos a hacer una *respiración abdominal* poniendo las manos sobre él para percibirlo mejor... La respiración es de la siguiente manera:

Cuando inspiramos se hincha el abdomen, lo llenamos de aire; cuando espiramos, el abdomen se vacía y, por tanto, se contrae hacia dentro... Hay que tener cuidado porque estamos muy acostumbrados a una respiración al contrario... Preparados...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... sacando el abdomen... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar... que el abdomen quede bien vacío y hacia dentro cuando expulsamos el aire.

Hacemos ahora una respiración media poniendo las manos a la mitad del **tórax**, en los costados... Cuando inspiramos, que el tórax se expanda; cuando espiramos, que se repliegue hacia dentro; siempre respirando por la nariz.

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Muy bien. Las manos sobre las **rodillas**... La respiración ahora es una *respiración superior*. Ponemos las manos sobre las **clavículas** e intentamos coger aire con la parte superior de los pulmones, sin que sea excesivo, pero sí que sea lento.

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Respiración normal, manos sobre las **rodillas**... Vamos ahora a hacer una *respiración total*, es decir, iniciamos a coger el aire desde el abdomen, la parte central y superior, y lentamente echamos el aire de la manera que sea parte superior, media e inferior. Cuando expulsamos el aire, cuando espiremos, vamos a tratar, mentalmente, de decirnos «relaxxxxxx», para que esa palabra, progresivamente, se condicione y nos ayude...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Inspirar... Espirar...

Respiración normal... Estiráis las piernas, os sentáis con las piernas estiradas y las sacudís un poquito para que se desentumezcan, relajándolas bien... Nos incorporamos lentamente.

## 2. Entrenamiento en tensión-relajación

Vamos a realizar unos ejercicios de relajación basados en la técnica de Jacobson. Nos colocamos lo más cómodos posible, con los ojos cerrados, en absoluta inmovilidad, con una respiración lenta, tranquila, sin pensar en nada, y la atención en el punto medio de la frente...

Dirigimos la atención a **los pies**... y vamos a doblar el pie derecho con la punta hacia la frente. Vamos a tratar de sentir la sensación de tensión que tiene la pierna para sostener el pie y que es una sensación sorda, de molestia progresiva, es la tensión... Y ahora, muy lentamente, vamos a deshacer la posición y dejamos que tanto el pie como la pierna se relajen ellos... aflojando bien... bien relajado ese pie... un poquito más... Eso es. Tratamos de sentir la diferencia de sensación entre lo que es tensión y lo que es relajación...

Dirigimos la atención al **otro pie**... lo doblamos también con la punta hacia la frente. Mantenemos la tensión... tratamos de sentirla, de percibir hasta dónde sube... y, muy lentamente, aflojamos y notamos el alivio y la relajación... aprendiendo a disfrutar de esa sensación... dejamos que las piernas se relajen aún un poco más como si sintiéramos que están cada vez más apoyadas en el suelo...

Vamos a repetir el ejercicio pero a hora con los **dos pies a la vez**. Doblamos ambos pies... tratamos de percibir bien la sensación de tensión y de aprender a notarla... Toda nuestra atención en esa sensación... y lentamente aflojamos y relajamos profundamente nuestros pies y nuestras piernas...

Vamos ahora a elevar la **pierna derecha** extendida levantándola hacia arriba aproximadamente unos veinte o treinta grados... Tratamos de percibir qué músculos son los que están haciendo ahora tensión, cómo ese dolor de la tensión, ese dolor sordo, comienza... y, lentamente, aflojamos. Bien... y notamos la diferencia, la relajación que se produce y la repercusión que ha tenido en nuestra respiración.

Subimos la **otra pierna**... no excesivamente... Seguimos con los ojos cerrados, centrados únicamente en lo que pasa dentro, en nuestras sensaciones... y lentamente aflojamos y tratamos de percibir cada movimiento y cada sensación... Nos quedamos en esa relajación de las piernas, de los pies... podemos sentir más claramente el peso... el apoyo...

Vamos a subir ahora las **dos piernas** a la vez... Es un ejercicio que exige relativamente energía, mantenemos todavía la tensión... y, lentamente, aflojamos y tratamos de sentir la repercusión que tiene... bien relajadas esas piernas, los pies... la respiración profunda... vamos notando cómo se sueltan las tensiones internas...

Dirigimos ahora la atención a la zona del **vientre y del estómago** y, sin cortar la respiración, vamos a contraer esa zona hacia adentro manteniéndola... Es una zona que produce una gran tensión, es muy difícil estar relajado cuando se tiene esa zona contraída... Tratamos de percibirlo bien, manteniendo todavía la tensión y, lentamente, soltamos sin forzar... Probablemente la respiración es ahora más profunda y más amplia...

Volviendo a repetir contraemos vientre y estómago... Sentimos las sensaciones de tensión, lo molesto que es... y, lentamente, soltamos y aflojamos, bien relajada esa zona..., un poquito más..., más aún...

Vamos a dirigir la atención ahora a las manos... y vamos a apretar el **puño de la mano derecha** tratando de sentir la tensión no sólo en la mano sino también en el brazo. Mantenemos la tensión... subimos y bajamos la atención desde la mano hasta en hombro... y, lentamente, aflojamos y dejamos que todo se relaje bien... Bien relajada esa mano, que no estemos haciendo nada para sostenerla... e igualmente el brazo... Muy bien...

Hacemos el mismo ejercicio con la **otra mano**... Mantenemos la tensión, tratamos de sentir hasta dónde sube, intentamos discriminar bien esa sensación de tensión... y, lentamente, soltamos y dejamos que tanto la mano como el brazo se relajen... un poco más... más aún... intentando notar el peso de las manos... Muy bien...

Y ahí mismo en las manos vamos a realizar otro ejercicio. Vamos a doblar la **mano** hacia arriba a la altura de la muñeca, sin volver la mano, la subimos hacia arriba a la altura de la muñeca... Eso hace que haya otro grupo de músculos en tensión... lo tratamos de percibir... y, lentamente, aflojamos y notamos el descanso que se produce... Bien relajada esa mano... un poco más... más aún... Muy bien...

Hacemos el mismo ejercicio con la **otra mano**. La subimos hacia arriba por la muñeca..., mantenemos la tensión..., tratamos de percibir claramente esa sensación... y, lentamente, aflojamos y dejamos que las manos y los brazos se relajen profundamente... que se suelten todas las tensiones... Muy bien...

Dirigimos ahora la atención hacia el **cuello...** y vamos a girar la cabeza hacia la derecha... tratando de sentir la tensión en el cuello... Lentamente la movemos al centro percibiendo la diferencia, siempre tratando de ser conscientes de la diferencia de sensación entre tensión y relajación... bien relajado ese cuello... Girando ahora hacia el otro lado..., manteniendo la tensión, la tratamos de percibir claramente... y, lentamente, al centro dejando bien apoyada la cabeza y el cuello relajado...

Y finalmente dirigimos la atención a la zona de la **cara...** Tratamos de percibir cómo está la boca..., la lengua..., la nariz..., los ojos..., la frente... Centramos nuestra atención en la **boca** y la vamos a arrugar como si fuéramos a silbar... mantenemos esa posición... percibiendo bien la tensión, sin que se nos suelte... y muy, muy despacio soltamos... y notamos la gran relajación de ese movimiento... Eso es... Volvemos a repetir... y, lentamente, soltamos...

Dirigimos la atención a la **nariz** y la arrugamos hacia arriba... Lentamente aflojamos y relajamos profundamente esa cara... Apretamos los **ojos** con fuerza, los mantenemos en tensión... y soltamos... disfrutando siempre de esa sensación de relajación...

Y arrugamos la **frente** subiendo las cejas hacia arriba... y soltamos ya...

Finalmente dirigimos la atención al **punto medio de la frente** y tratamos de dejar de pensar... dejando que la relajación siga su curso y sea cada vez más profunda... más... un poquito más aún... A pesar de que nos distraigamos, volvemos siempre a ese punto medio.

(Más o menos minuto y medio de silencio.)

Respirando ahora lento y profundo... estiramos los brazos hacia atrás..., bien estirados hacia atrás del todo, nos sentamos unos momentos... y nos incorporamos lentamente.

### 3. Entrenamiento en relajación a través de la concentración

Vamos a hacer una relajación fundamentalmente a través de la concentración, con los ojos cerrados y tumbados de espaldas... Tratamos de percibir cómo estamos colocados... y dirigimos la atención a los **pies...** notando el apoyo que tienen en el talón... dejamos que esos pies se aflojen... Nos concentramos en el pie derecho... y tratamos de percibir cada uno de los dedos del pie... e intentamos calcular, sintiendo, la distancia que hay entre los dedos y el talón...

Tratamos de subir la atención, ahora, por esa misma **pierna** hasta la rodilla. Notando el apoyo que esa pierna tiene en el suelo..., subimos hasta la **cintura**. Tratamos de sentir el apoyo de la **nalga...**, el **esfínter anal...**, procurando que se relaje bien..., la

**pelvis...**, y dirigimos la atención al **otro pie...**

Centramos nuestra atención en los **dedos...** intentamos percibir su colocación..., el apoyo del **pie...**, la distancia que hay entre los dedos y el talón..., el tobillo... y subimos por la **pierna** intentando percibir el apoyo que tiene la pierna en el suelo..., la **nalga...**, nuevamente el **esfínter...**, dejando que no haya nada en la zona del vientre que esté en contracción...

Y dirigimos la atención a nuestras **manos...** Tratamos de percibir su colocación..., su temperatura... Tratamos de percibir esa distancia que hay entre la mano y el codo.

Primero la parte derecha..., la posición y la distancia hasta el hombro... Recorremos igualmente el brazo izquierdo... notando todos sus apoyos..., notando la temperatura del brazo..., su peso...

Y vamos ahora con la atención a la **espalda...** e intentamos hacer el mismo trabajo de percibir qué puntos de contacto tiene la espalda con el suelo.

(Más o menos treinta segundos de silencio.)

Dejamos que lentamente la respiración sea profunda... y la relajación cada vez mayor..., sin miedo a ninguna sensación..., dejándonos llevar..., no controlando..., sin miedo a perder el control..., que todas las tensiones se nos vayan progresivamente fuera...

Dirigimos ahora la atención a la zona de la **cara...** Tratamos de percibir los labios y dejamos que lentamente se aflojen y que incluso la boca se quede un poquito entreabierta, sin forzarla... La atención en los **ojos...** tratamos de soltar la tensión de esa zona del cuerpo, casi siempre tensa... y, finalmente, dirigimos la atención al **punto medio de la frente...** y vamos a intentar dejar de pensar a pesar de que haya muchas distracciones. Volvemos siempre a ese punto y nos dejamos llevar por una profunda relajación.

(Más o menos minuto y medio de silencio.)

Volvemos lentamente a respirar profundo..., movilizamos un poquito los dedos de los pies y de las manos... Estiramos los brazos hacia atrás, bien estirados... y, lentamente, nos incorporamos.

## NOTAS

\* El tipo de entrenamiento que contiene el CD es el propuesto por Calvo y Ruiz editado en cinta por la UNED (1993) y una sesión de tensión-relajación con leves modificaciones del mismo añadiendo una introducción y un final musical y acortando algunos tiempos de los ejercicios. La transcripción de las instrucciones contenidas en este CD se encuentran en el anexo.

*Manual del dolor*

Autores Jenny Moix y Francisco M. Kovacs

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal)

© 2009 Jenny Moix y Francisco M. Kovacs

© Espasa Libros, S. L. U., 2009

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

Avda. Diagonal 662-664, 08034 Barcelona (España)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición en libro electrónico (epub): abril de 2015

ISBN: 978-84-493-3131-2 (epub2)

Conversión a libro electrónico: Newcomlab, S. L. L.

[www.newcomlab.com](http://www.newcomlab.com)

# Índice

Agradecimientos	5
Introducción	6
Capítulo 1. Sesión grupal 1: Introducción a la terapia cognitivo-conductual	9
Capítulo 2. Sesión grupal 2: Entrenamiento en respiración y relajación	17
Capítulo 3. Sesión grupal 3: Manejo de la atención	30
Capítulo 4. Sesión individual 1	40
Capítulo 5. Sesión grupal 4: Reestructuración cognitiva (sesión 1)	41
Capítulo 6. Sesión grupal 5: Reestructuración cognitiva (sesión 2)	52
Capítulo 7. Sesión grupal 6: Solución de problemas	60
Capítulo 8. Sesión grupal 7: Manejo de emociones y asertividad	70
Capítulo 9. Sesión grupal 8: Valores vitales y establecimiento	79
Capítulo 10. Sesión grupal 9: Organización del tiempo y actividades de refuerzo	86
Capítulo 11. Sesión grupal 10: Ejercicio físico, higiene postural y del sueño y prevención de recaídas	97
Capítulo 12. Sesión Individual 2	115
Capítulo 13. Dossier para el paciente. Resumen y material de las sesiones y tareas para casa	117
Sesión grupal 1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual	118
Sesión grupal 2. Entrenamiento en respiración y relajación	121
Sesión grupal 3. Manejo de la atención	124
Sesión grupal 4. Reestructuración cognitiva (sesión 1)	128
Sesión grupal 5. Reestructuración cognitiva (sesión 2)	132
Sesión grupal 6. Solución de problemas	135
Sesión grupal 7. Manejo de emociones y asertividad	139
Sesión grupal 8. Valores vitales y establecimiento de objetivos	143
Sesión grupal 9. Organización del tiempo y actividades de refuerzo	145
Sesión grupal 10. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño y prevención de	

recaídas	
Recomendaciones de libros y páginas web sobre dolor crónico	163
Anexo. Transcripción de las instrucciones del CD de relajación	172
Notas	177
Créditos	178