

Cultural Considerations and Tools for Treating Chronic Pain Among Hispanics/Latinos

8

Eddie C. Erazo

Chronic pain (CP) is typically defined as pain persisting more than 3 months and beyond expected healing time from an injury or incident. In contrast to acute pain, CP is considered a chronic disease to be managed, as opposed to cured, because it is typically intractable and often reflects dysfunction in the nervous system rather than ongoing tissue damage. Example causes of CP include arthritis, fibromyalgia, injury, and peripheral neuropathy, yet CP rarely occurs alone. Common comorbidities of CP include anxiety, depression, insomnia, and obesity, which can both result from and exacerbate CP in a vicious cycle (Lunde & Nordhus, 2009). According to the Institute of Medicine (2011), CP affects an estimated 100 million Americans and exacts a price of up to \$635 billion in the United States, including medical costs and economic costs of disability and lost wages and productivity.

A national survey revealed similar rates of CP among Whites, African-Americans, and Hispanics at approximately one-third of each group (Portenoy, Ugarte, Fuller, & Haas, 2004). However, of those with CP, fewer Hispanics (68%) reported visiting a physician for pain compared to Whites (82%) and African-

Americans (85%). Predictors of disabling pain (i.e., higher severity and functional interference) include low income and education, which occur more frequently in Hispanics than non-Hispanic Whites (Portenoy et al., 2004). While lack of access has been proposed as an explanation for the disparity in pain care (Mossey, 2011), pain treatment disparities remain even when comparing those who do seek treatment for pain. For example, Latino ethnicity predicted undertreatment of pain, including lower rates of prescription, lower dosages, and shorter prescriptions for analgesics, compared to non-Latinos (Campbell et al., 2009).

Although medication is not the only method of treatment for pain, negative attitudes toward medicine among Hispanics (e.g., side effects, addiction) appear to play a role in lower treatment seeking relative to other races and ethnicities. In one survey of Latino patients with CP, 76% endorsed the belief that pain medication should not be necessary if one is strong, 100% would wait until pain is severe to call a doctor, and 88% would wait until pain is 10/10 in intensity before calling for help (Zacharoff, Zeis, Frayjo, Chiauzzi, & Reznikova, 2009). Given that Latinos are the fastest-growing minority group in the United States (Vega, Rodriguez & Gruskin, 2009), they also represent the fastest-growing population of inadequately treated CP patients. Therefore, it is important to resolve this healthcare disparity by addressing cultural barriers.

E.C. Erazo, PhD (✉)
Department of Psychology, University of Nevada,
Reno 1664 N. Virginia Street 89557, USA
e-mail: ecerazo@gmail.com

Cultural Factors Related to Pain in Hispanics/Latinos

In terms of functional interference, patients with CP range from harmful physical inactivity and severe impairment to overexertion and unhealthily pushing through pain (Murphy et al., 2014). On one extreme, lack of physical activity can compound and exacerbate pain via weight gain, weakness, and depression, which perpetuate inactivity. In contrast, there is the vicious cycle of ignoring pain cues and bodily limits, which leads to intensified and incapacitating pain that requires prolonged recovery time before being functional again.

Zacharoff et al. (2009) outlined core Hispanic cultural concepts that can interplay with these pain patterns. Overexertion may be especially problematic in Latino populations due to a heavy emphasis on *stoicismo* (enduring without complaint). For men, this stoicism may be exaggerated by the stereotypical value of *machismo* (strength and masculine pride), in which one endures pain to avoid appearing weak. Inability to provide due to pain can conflict with *machismo*, resulting in shame, anger, and depression. For women, *marianismo* (the female role of self-sacrifice and putting others' needs first, even when ill) can interfere with appropriate treatment seeking. Another commonly held belief among Latinos is *fatalismo*, which involves the view that pain is part of one's fate and predetermined by the gods or even punishment for immoral behavior. *Fatalismo* is closely related to *destino* (destiny) in terms of how health, including pain, is seen as chance or luck (Campbell et al., 2009). Combined, these beliefs are characterized by an external locus of control that may contribute to more passive or religion-based coping instead of medical or psychological treatment.

The extent to which Latinos hold these beliefs varies based on their degree of acculturation in the United States and should be appropriately assessed rather than assumed. Latinos who are foreign born, first generation, elderly, less educated, or speak Spanish as their primary language tend to be less acculturated and hold these

traditional values and beliefs (Campbell et al., 2009; Duggleby, 2003). Interestingly, Spanish as a primary language predicted failure to attend pain clinic even when services were offered in Spanish (Shaparin, White, Andreae, Hall, & Kaufman, 2014), which suggests that speaking Spanish primarily may be a proxy for traditional beliefs and customs. As a result, many Latinos with CP resort to folk medicine and prayer rather than verbally expressing their pain and seeking medical treatment. For example, a common approach to folk medicine among Latinos is visiting a *curandero* (folk doctor), who uses candles, prayer, and herbs to heal (Campbell et al., 2009). Religious coping appears to be more commonly used among Latinos than other groups but is, unfortunately, associated with worse pain outcomes, including increased pain intensity and interference (Duggleby, 2003). Ironically, despite valuing stoicism, Latinos with CP who received instrumental and emotional support reported less psychological distress and greater psychological well-being (Campbell et al., 2009). This paradox exposes a valuable entry point for tailoring psychological pain treatment to Latinos in a culturally sensitive manner.

Fortunately, *familismo* (family closeness, loyalty, and contribution) is a strong cultural construct among Hispanics and holds potential to counter the social deprivation of stoicism through perspective taking. Indeed, Latinos who experienced recent pain have described their obligation and willingness to care for family members (Villarruel, 1995). Treatments for pain among Latinos may be strengthened by involving family members in decision making about pain management (Duggleby, 2003) and emphasizing perspective taking for the CP patient. It is important for the clinician to validate stoicism and religious coping efforts while also orienting the patient to supplemental treatment options, such as medicine and behavioral interventions, as a means of alleviating suffering and maximizing functioning toward other values (e.g., *familismo*-family, *salud*-health).

The cultural factors outlined above were used to create treatment resources presented in this

chapter with the intention of increasing cultural competence and treatment acceptability among Latinos while maintaining the integrity of extant empirically supported treatment for CP. However, these cultural factors and modifications may not be applicable to *every* Latino due to intraculture variance and acculturation. Therefore, appropriate assessment is necessary to determine the extent to which the patient holds these traditional beliefs and whether the tools specifically targeting religion and cultural values would, indeed, enhance treatment. Regardless, most of the treatment resources presented hold utility for the vast majority of Spanish-speaking clients with CP.

Evidence-Based Treatment for Chronic Pain

Although CP is a medical condition, the introduction of holistic conceptualizations of pain has led to more integrative theories of CP pathophysiology. Most notably, Melzack and Wall (1965) proposed the *Gate Control Theory*, in which pain signals ascend from the pain location to the brain and can be modulated by “gates” that are opened and closed, resulting in minimized or exacerbated pain. This theory fostered the creation of the *Neuromatrix Model of Pain* (Melzack, 1999), which asserts that pain is a multidimensional experience involving nerve impulses that can become a chronic stressor. In turn, stress contributes to greater tension and pain in a pain-stress cycle that must be disrupted using psychological interventions. As a result of theories such as these that acknowledge biological, psychological, and social contributions to pain, the biopsychosocial model of pain has generally been adopted as the most useful approach to CP (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Consequently, a multimodal treatment plan is strongly recommended for comprehensive pain care, including medicine (e.g., surgery, injections, analgesics, spinal cord stimulators, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, etc.), physical therapy, appropriate social support, and psychological intervention (e.g., cognitive behavioral therapy

[CBT], acceptance and commitment therapy [ACT: Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999], and mindfulness). Although this chapter will focus on psychological intervention and appropriate utilization of social support, which can be effective alone, these should be nested within the larger context of multimodal care provision. However, psychological interventions may be useful in promoting engagement in medical and physical treatments if there are psychological or cultural barriers, which will be discussed as they pertain to Latinos but may apply to other groups as well.

The two “gold standard” empirically supported treatments for CP are ACT and CBT (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Both treatments effectively reduce pain intensity and interference in addition to improving mood for patients with CP (Morley et al., 1999; Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016). CBT and ACT for CP are ultimately intended to reduce suffering and foster skillful behavioral engagement but use two diametrically opposed strategies. CBT aims to correct inaccurate and distorted thinking that contributes to unwanted experiences (e.g., anxiety, depressed mood, pain) and behavioral inactivation. ACT is mindfulness-based and seeks to promote acceptance of these unwanted experiences for the sake of valued action rather than coping using experiential avoidance (Hayes et al., 1999). Although these treatments are conceptually different in theory, elements from each can be extracted to enhance the other while still maintaining a cohesive treatment in real-world practice. For example, the values and mindfulness aspects of ACT are consistent with CBT and can be incorporated to enhance therapy (Lunde & Nordhus, 2009). Mindfulness is often defined as “paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally” (Kabat-Zinn, 1994) and can be used to inform and complement specific treatment modalities, such as CBT (Germer, 2005). It should be noted that mindfulness-based stress reduction (MBSR), which was developed by Jon Kabat-Zinn specifically for patients experiencing CP and other disorders associated with medical conditions

(Kabat-Zinn, 1990), is now an evidence-based intervention for CP, stress, anxiety, and depression (de Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm, & Kowalski, 2012; Morley, Eccleston, & Williams, 1999).

Treating Hispanics/Latinos with Chronic Pain

Unfortunately, there is a dearth of studies examining race and ethnicity as moderators of psychological pain treatment outcomes, and most have compared non-Hispanic White and Black patients to the exclusion of Latinos (Burton & Shaw, 2015). In one study, self-reported pain treatment outcomes in Veterans Affairs (VA) facilities were equivalent for Latinos and non-Latino Whites. Further, the limited extant research suggests that CBT is as effective for Latinos as non-Latino Whites for pain and depression but may require cultural tailoring of values and language (Beissner et al., 2012; Interian & Diaz-Martinez, 2007). Based on the information summarized, this chapter will primarily utilize a CBT for chronic pain (CBT-CP) protocol infused and supplemented with mindfulness, values from ACT, and cultural modifications (e.g., language, beliefs) germane to Latinos. Given the VA's emphasis on evidence-based practice and research, the VA's CBT-CP therapist manual (Murphy et al., 2014) is used as a framework for sessions, timeline, and tools. This manual was used in a nationwide study with significant improvements in pain catastrophizing, pain interference, and quality of life (Stewart et al., 2015). Given that (1) a substantial number of Latinos experience chronic pain, (2) many of those Latinos are Spanish-speaking, and (3) there are limited resources available for clinicians who work with Spanish-speaking Latinos, this chapter includes a session plan that outlines treatment goals and processes and associated resources, tools, and handouts for clinicians to use with Spanish-speaking clients. Given that experts in the field have indicated that CBT protocols may require cultural tailoring of values and language (Beissner et al., 2012; Interian &

Diaz-Martinez, 2007), all of the resources included are in Spanish and provide some minor cultural tailoring of values, but the core elements of CBT-CP have not been altered. Importantly, the treating clinician should maintain an idiographic conceptualization of each client and remember that these treatment resources should not be used in a blanket manner with Latinos. The clinician may wish to further tailor the values- and religion-based treatment tools to fit with the cultural values of the client.

Treatment Plan

This adaptation of CBT-CP involves a total of 13 sessions, including 1 for intake, 11 for treatment, and 1 booster session for maintenance. Each session is based on a 50-min hour. The treatment plan presented assumes that the therapist has at least basic knowledge of CBT. While familiarity with ACT would bolster the therapist's ability to explain acceptance and values, this is not required to be effective, and the tools provide sufficient detail about ACT principles. There are 16 tools included in Spanish to support the therapist in session and with homework, including handouts and worksheets. Refer to the session plan structure/timeline for a brief description of each session's theme, goals, and tools. The therapist should inform the client to keep a folder of the tools (handouts/worksheets) and bring the folder to each session.

Session #1: The Clinical Interview

Within CBT-CP, it is important to verify that the client is not experiencing emergent pain that requires immediate medical attention. Use clinical judgment to determine whether to refer to a medical doctor. Examples of this might include chest pain, open wounds, and severe head pain. It is helpful to confirm that the client has at least been seen by a medical doctor before presenting to therapy to rule out an acute cause of pain that can be treated.

During the intake, limits of confidentiality should be explained. As with any intake, the initial interview is an opportunity to assess the client's

Treatment plan timeline

Session #	Treatment component	Session/goals	Tools
1	Clinical interview Functional assessment	Confidentiality Rapport building Information gathering Case conceptualization Identify treatment goals	–
2	Orientation to CBT-CP	Rapport building Case conceptualization Psychoeducation Homework	1, 2, 3, 4
3	Values Costs of pain	Mood/pain assessment Review homework Cultural factors for pain Psychoeducation Valued behavior Homework	4, 5
4	Acceptance vs. avoidance/control	Mood/pain assessment Review homework Rationale for CBT-CP Medical treatment Homework	6
5	Pacing Physical activity Walking	Mood/pain assessment Review homework Activity scheduling Homework	7, 8
6	Relaxation training	Mood/pain assessment Review homework Psychoeducation Relaxation exercises Homework	9
7	Perspective taking Social support	Mood/pain assessment Review homework Psychoeducation Appropriate use of support Homework	4, 5 10, 11, 12
8	Pleasant activities	Mood/pain assessment Review homework Identify meaningful activities Activity scheduling Homework	13
9–10	Pain thoughts Cognitive coping	Mood/pain assessment Review homework Cognitive model Identify cognitive distortions Homework	14, 15
11	Sleep	Mood/pain assessment Review homework Psychoeducation Sleep hygiene Stimulus control Homework	16
12	Discharge planning	Mood/pain assessment Review homework Review treatment progress Maintenance of CBT-CP skills Schedule booster session	–
13	Booster session	Assess maintenance of skills Resolve problem areas	–

presenting complaint and current functioning. Key aspects to assess are:

- (1) Location(s) and typical level of pain on a 0–10 scale (0 = no pain, 10 = worst pain imaginable) and relevant variations
- (1b) Factors that increase/decrease pain
- (2a) How the client has attempted to resolve pain, including substance use or medication
- (2b) What has been effective
- (3a) How the client responds to pain (thoughts/emotions/behaviors)
- (3b) Current level of functioning
- (3c) Functional disability/impairment (inactivity/overactivity) and other costs of pain
- (4a) Medical diagnosis/treatment
- (4b) Pain history
- (4c) Client’s and family’s belief about cause of pain
- (5a) Social support availability/utilization
- (5b) If bilingual and fluent in English, determine primary language spoken at home
- (6) Suicidal ideation, homicidal ideation, and self-harm
- (7) Mental disorder comorbidities, including psychosocial contributors and effects of pain, such as anxiety and depression
- (8) Sleep quality

Finally, the therapist should ask the client about goals for treatment.

Among Hispanics/Latinos, in particular, religious and spiritual causes of pain may be preferred over medical explanations. Therefore, a useful question to ask for (4c) is, “Can you tell me what you believe caused your illness?” This question can help to tap into any traditional beliefs that the client may hold as well as the family’s attitude toward pain at home. From the intake session, a case conceptualization should be made to determine how pain is functioning in the client’s life and determine the aspects of CBT-CP that will be most effective. During the intake, it is important to build a strong therapeutic alliance with empathy and validation of the client’s pain and associated distress.

Session #2: Orientation to CBT-CP

- Begin by presenting the case conceptualization from the intake with the client to confirm that it “rings true.”
- The primary goal of Session #2 is to educate the client about the difference between acute and chronic pain and the benefit of therapy. There are many misconceptions about chronic pain that clients may have.
- Present Tool #1 in session to discuss the client’s beliefs and knowledge about pain with corrective education where necessary. An emphasis should be placed on how chronic pain does not involve damage to the body but rather pain that persists after the body has already healed.
- Introduce Tools #2 and #3 in order to explain the vicious cycle of pain with regard to both inactivity and overactivity. Emphasize the auxiliary effects of pain on mood, quality of life, and health. Maintain a theme of how the way people think and act affects pain throughout the session.
- Normalize and validate the client’s responses to pain within the cycles because this can be a difficult realization for clients to accept.
- Explain how CBT-CP works to change the way the client thinks and acts to decrease pain and improve functioning, mood, and quality of life. Inform client that regular attendance and homework completion are critical to treatment progress. Ask client to keep all tools provided in a folder and bring them to session each week to support work in session.
- End Session #2 by briefly explaining the assigned homework (Tool #4) as an assessment of the costs of pain in the client’s life. In particular, point out that pain often causes people to avoid activities they enjoy, which negatively affects thoughts and mood.

Sessions #3: Values and Costs of Pain

- Begin every session after Session #2 with a mood/pain check involving rating mood, pain

intensity, and functional disability/impairment on a scale of 0–10. Over the course of therapy, mood ratings should increase while pain intensity and disability decrease. Record these ratings to monitor progress and review during termination.

- Review homework from Session #2. Discuss the costs of pain unique to the client while eliciting client's emotional responses to the homework and realization of how pain negatively affects his life. Identify what is meaningful to the client about the activities he avoids and what experiences serve as obstacles.
- Use the end of homework review as an opportunity to introduce values with Tool #5. Present this worksheet using the instructions to explain how people can experience values conflicts between what they find meaningful and what they think they "should" value. Point out that these differences in values can lead to very different ways of acting, especially with regard to pain. Explain each example of how values lead to different behaviors with an emphasis on how common Hispanic/Latino "should" values may conflict with common Hispanic/Latino "want" values. Confirm whether traditional Hispanic/Latino values resonate with client. If not, modify values as necessary.
- Assign completion of the worksheet (Tool #5) as homework for the week to assess how each value influences the client's behavior.

Session #4: Acceptance vs. Avoidance/Control

- Mood/pain check.
- Review homework from Session #3 with special attention to how the "should" and "want" values conflict. Discuss which set of values the client believes will help him live the life he wants despite pain. Be aware there may be resistance to letting go of common values in the "should" category. Remind them of costs from Tool #4.
- Introduce Tool #6 to educate client about avoidance/passivity and control/resistance.

Explain how avoidance and control exacerbate pain and negative mood.

- Describe the middle path of acceptance with an active role in managing pain using strategies that are in the client's control. Emphasize the importance of acceptance given that chronic pain will likely never completely remit, even with treatment, to promote realistic expectations.
- Address any cultural beliefs that pain is inevitable, God's will, destiny, or punishment by presenting the serenity prayer to capitalize on factors that are in the client's control. Modify or omit as necessary if client does not hold religious beliefs.
- Respond to preference for religious or folk medicine with approval while also educating the client about the importance of multimethod treatment. Allow them to continue using preferred methods and encourage use of medical resources as courage to change. It is imperative that the therapist convey to the client that medical treatment, including physical therapy, is necessary for optimal pain management.
- Use the example of the baby crying to illustrate how caring for one's pain is an act of love that requires active engagement and help from others.
- Discuss the client's reactions to the idea of acceptance with an emphasis on how CBT-CP is intended to reduce pain and suffering rather than cure pain.
- Assign review of Tool #6 and scheduling a medical appointment (if not already receiving medical care) for homework.

Session #5: Pacing and Physical Activity

- Mood/pain check.
- Review completion of homework. Problem solve medical appointment scheduling, if necessary.
- Remind client about the costs of inactivity and overactivity from Tools #2 and #3.
- Use Tool #7 to describe the balance between inactivity and overactivity by using pacing. Use

the analogy of dancing to illustrate how to work with pain rather than against it or surrendering.

- Explain the activity schedule (Tool #8) with pacing by setting active and rest time goals.
- Complete Tool #8 with the client. Collaborate to determine appropriate active and rest time goals that will prevent severe pain. Explain how important walking is to everyday functioning and ensure one activity each day is walking.
- Give client Tool #7 and assign completion of the activity schedule (Tool #8) for homework.

Session #6: Relaxation Training

- Mood/pain check.
- Review completion of homework. Problem solve any obstacles. Discuss client's reactions to the homework, such as impact on mood/pain, perception of effectiveness, and productivity. Encourage maintenance of pacing strategy during and after therapy.
- Introduce Tool #9 by explaining the bidirectional relationship that stress and pain have on each other, which makes relaxation and stress reduction valuable skills.
- Briefly explain each of the exercises and lead the client through two with input from the client in choosing. Solicit reactions from the client after each exercise, including any effects on physical sensations, mood, or thoughts.
- Explain that the goal is to manage and respond to stress more effectively, not to get rid of stress. Educate client about the paradoxical effect of attempting to resist stress or pain.
- Give Tool #9 to client and assign practice of at least one exercise each day of the week for the rest of therapy.

Session #7: Perspective Taking and Social Support

- Mood/pain check.
- Review homework. Discuss client's reactions to the homework, such as impact on tension, pain, mood, or thoughts.
- Remind client about how "should" values affect behavior (from Tool #5) and how pain

interferes with valued activities (from Tool #4), which lowers mood.

- Introduce Tool #10 by validating how it can be difficult to share pain with others, and ask for physical or emotional support due to "should" values or feeling like a burden. Explain the importance of asking for support *when necessary* to break the pain cycle and improve quality of life and functioning. Emphasize that the client does not need to cope with pain alone. Present the idea of perspective taking by posing the questions from Tool #10 and explaining how our perceptions are biased.
- Lead the client through the perspective taking exercise in Tool #11. Discuss any differences between the first two and last two questions and how differently the client would perceive and respond to a loved one in pain.
- Give client Tools #10 and #11 and assign homework to ask a loved one to read Tool #12, followed by discussion of Tool #11 with the loved one to enhance communication and resolve distortions.

Session #8: Pleasant Activities

- Mood/pain check.
- Review homework assignment by discussing the loved one's reaction to Tool #12 and the client's discussion about Tool #12 with the loved one. Discuss client's reactions, including discrepancies between the client's and loved one's perceptions. Determine whether the client feels more comfortable requesting help when necessary.
- Remind client of the costs of pain with regard to avoiding activities (from Tool #4).
- Introduce Tool #13 by explaining how pain can prevent people from engaging in activities they enjoy, which negatively affects mood and pain.
- Using Tool #13, identify three values for the client. Use Tools #4 and #5 to aid in determining values.
- Identify two activities for each value that are pleasurable, meaningful, or provide mastery and write these down using Tool #13.
- Work with client to complete the activity schedule in Tool #13 with one pleasant/valued

activity scheduled per day for the next 2 weeks.

- Give client Tool #13 and assign completion of the scheduled pleasant activities for homework.

Sessions #9 and #10: Pain Thoughts and Cognitive Coping

- Mood/pain check.
- Review homework assignment by checking completion of daily pleasant activities and effects on mood.
- Explain the cognitive model (how automatic thoughts affect emotions and behavior) in basic terms and how pain can affect the way a person thinks and, therefore, feels and acts.
- Introduce Tool #14 to discuss the different types of cognitive distortions common to pain. Explain each distortion, each example of how it appears in a negative pain thought and, each example of how the thoughts can be more accurate. Discuss whether Tool #14 resonates with client and identify which distortions are most familiar to the client.
- Introduce Tool #15 and explain how to complete the basic thought record.
- Assign completion of Tool #15 for homework using situations that cause negative emotion.
- In Session #10, do mood/pain check and review Tool #15 from Session #9 and second week of Tool #13. Discuss client's reactions, including effect of pleasant activities on mood/pain and effect of accurate thoughts on emotion and behavior. Assign tool #15 again for Session #11.

Session #11: Sleep

- Mood/pain check.
- Review homework from week #10. Discuss effect of accurate thoughts on emotion and behavior, including engagement in valued behaviors and pleasant activities.
- Introduce Tool #16 by explaining how sleep problems are common among people with

chronic pain and how poor quality sleep can worsen pain, health, and mood.

- Discuss the tips for sleep in Tool #16 one at a time. Explain the reason for each tip, and problem solve any obstacles to the DO and DON'T lists.
- Give client Tool #16 and assign compliance with the tips that appear to most problematic with client's sleep.

Session #12: Discharge Planning

- Mood/pain check. Record this last data point in chart/graph.
- Review homework and discuss effect of sleep tips on client's quality of sleep. Resolve any obstacles and encourage adherence to tips that were helpful.
- Show the client the chart/graph of mood/pain checks to illustrate treatment progress, and emphasize importance of maintaining cognitive and behavioral changes.
- Review the aspects of therapy that the client found most helpful in managing pain, reducing suffering, maximizing functioning, and improving mood. Have the client create a list in session of the skills that are most important to maintain.
- Celebrate the client's progress and praise the client for hard work and willingness to try new skills.
- Schedule booster session for 1 month later. Explain purpose of booster session is to monitor use of skills and maintenance of treatment gains.

Session #13: Booster Session



- Mood/pain check.
- Review use of skills from treatment, especially those identified as most important during Session #12. Problem solve obstacles to use of skills, and make recommendations from treatment based on any treatment loss. Determine whether further treatment is necessary.
- Ensure maintenance of medical treatment.

1) La Diferencia Entre Dolor Agudo y Dolor Crónico.

Todo el mundo experimenta dolor a veces de daño al cuerpo, como cortes, moretones, quemaduras, dolor de los músculos, e incluso la cirugía. Sentimos lo que llamamos "dolor" de estas lesiones porque el tejido dañado del cuerpo envía señales de dolor al cerebro. El dolor puede ser un recordatorio útil para limitar nuestro movimiento para que el cuerpo pueda sanar y no nos lastimemos otra vez. Por lo general, este tipo de dolor es temporal y dura de unos segundos a unos meses, dependiendo de la gravedad. Sin embargo, el dolor crónico es muy diferente de este "dolor normal" y no todo el mundo lo experimenta.

El dolor crónico implica dolor que continúa mucho tiempo después de que el cuerpo ha curado de una lesión, así como el dolor que no es el resultado de cualquier lesión. Generalmente, el dolor se considera crónico después de aproximadamente 3-6 meses y hay muchas diversas causas, incluyendo lesión, fibromialgia, artritis, y diabetes. Es importante saber que el dolor crónico es una enfermedad médica y refleja un problema en el sistema nervioso donde las señales de dolor se envían al cerebro a pesar de que no hay el cuerpo ya ha sanado. Mire a continuación en las formas en que el dolor agudo (normal) es diferente del dolor crónico. Un hecho importante a recordar es que el dolor crónico no es un signo de debilidad, es una condición médica.

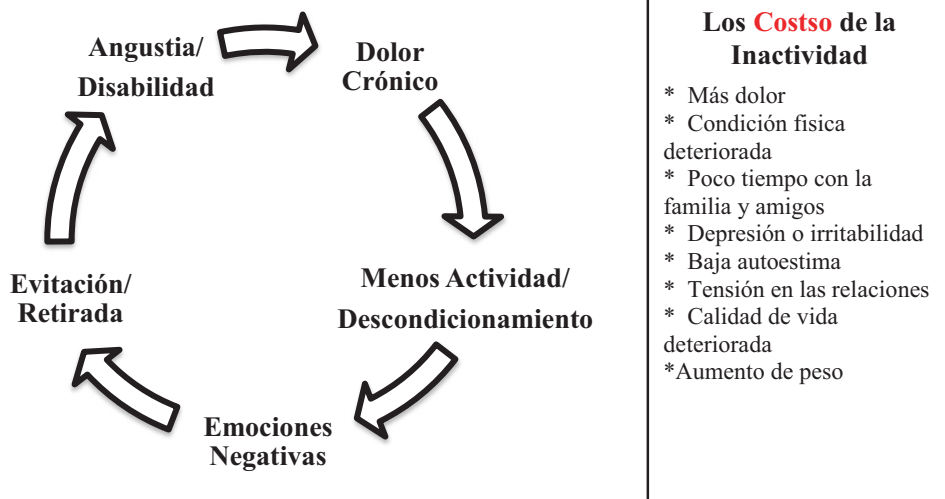
El dolor a menudo afecta negativamente la manera en que la gente piensa, siente y actúa. Además, la forma en que la gente piensa, siente y actúa puede empeorar el dolor. La terapia cognitiva comportamental para el dolor crónico ayuda a romper este patrón usando diversas maneras de pensar y de actuar para disminuir dolor y mejorar calidad de vida.

 Dolor (Normal) Agudo	 Dolor Crónico
<ul style="list-style-type: none"> • Menos de tres meses • El cuerpo está sanando • Se mejora con el tiempo • El descanso es bueno • Causado por una situación, como es una lesión • El dolor disminuye con el tratamiento • Muy común y normal • Se conoce la causa del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Más de tres meses • El cuerpo ya ha sanado • Regularmente constante • Es mejor moverse • Causado por una lesión o una condición medica • El dolor continúa a pesar del tratamiento • Menos del 30% en los EE.UU.; una enfermedad • La causa del dolor puede ser desconocida

2) El Ciclo Vicioso del Dolor:

Desafortunadamente, el dolor crónico no puede ser curado, pero puede ser tratado, mejorado y manejado. Una de las cosas más importantes cuando se desea manejar el dolor crónico es el mantenerse activo y en movimiento. Esto último quizás le parezca confuso por que el dolor regularmente significa que debemos descansar y sanar y además tenemos dolor al movernos, pero recuerde que el dolor crónico no es debido a daño en el cuerpo. El dolor crónico puede engañarnos al pensar que estamos ayudando a nosotros mismos al ser menos activos. Sin embargo, la falta de movimiento puede realmente aumentar el dolor porque nos volvemos más débiles y rígidos.

El dolor crónico también es muy desagradable y podemos renunciar a hacer cosas que nos gustan y valoramos (cosas en las que somos buenos) porque duele demasiado, como pasar tiempo con la familia y los amigos, pasatiempos, trabajar para proporcionar y hacer ejercicio. Desafortunadamente, esto puede conducir a la tristeza o a la depresión, a la frustración, a las relaciones peores ya una menor autoestima y calidad de vida. Entonces, nos sentimos menos motivados para ser activos, lo que lleva a más dolor, menos actividad, sentirse peor, y así sucesivamente. Este es el ciclo peligroso del dolor crónico y es muy fácil quedar atrapado en él, pero hay maneras de salir y mantenerse fuera de él.



Dibujo del Manual de VA (Murphy et al., 2014)

3) Ciclo de la Hiperactividad

Es normal sentirse frustrado porque no puede hacer todo lo que solía hacer debido al dolor y lo mejor es seguir haciendo lo que todavía puede hacer. Sin embargo, hay un equilibrio importante entre hacer demasiado poco y hacer demasiado. A veces puede haber tentación de ser fuerte y empujar a través del dolor o hacer demasiado en días cuando se siente menos dolor. Similar al ciclo de inactividad, el ciclo de hiperactividad implica más dolor y emoción negativa. Empujar a través del dolor o el exceso de trabajo en un "buen día de dolor" conduce a un dolor intenso e incapacitante, que requiere unos días de descanso y la inactividad para recuperarse. Durante este tiempo, la irritabilidad y el estado de ánimo deprimido son más probables debido al dolor intenso, menos productividad, y falta de actividades agradables. En efecto, es normal tener un fuerte deseo de compensar el tiempo perdido y hacer mucho en un día cuando el dolor finalmente pasa. Entonces, el ciclo comienza otra vez. Esta es la razón por que es tan importante ir al paso en vez de hacer demasiado poco o demasiado.

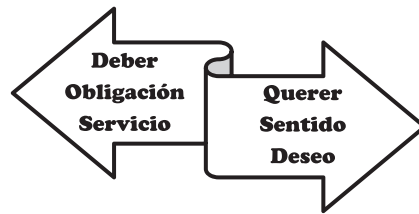


4) Costos de Inactividad

El dolor puede interferir con nuestras vidas cuando evitamos las actividades que disfrutamos debido al miedo de sensaciones desagradables, perjudicarnos a nosotros mismos o afectar a otros. La inactividad también puede resultar de trabajar demasiado duro. Como se explica en el círculo vicioso del dolor, la inactividad puede aumentar el dolor y las emociones negativas, así como disminuir la felicidad, la fuerza, la autoestima y la salud. Durante la próxima semana, piense en las actividades más importantes que solía disfrutar pero dejó de hacer y ahora se pierda. También, piense porqué usted no los hace y el efecto de la inactividad en su vida. Rellene los espacios en blanco a continuación, siguiendo el ejemplo, para ver cuáles son sus costos únicos de inactividad.

La actividad que disfrutas pero evitas. ¿Por qué te gusta y por qué te lo pierdes?	¿Por qué evitas la actividad? ¿Qué te impide hacerlo? (Predicciones, miedos)	El efecto de evitar la actividad sobre usted y otros (Pensamientos, emociones, acciones)
<i>Ejemplo: Jugar con mi hijo en el parque. Me encanta ver a mi hijo sonreír y la familia es importante para mí.</i>	<i>Me duele moverme. Tendré que hacer descansos y mi hijo se aburriría. ¿Y si me lastimo?</i>	<i>Mi hijo está triste. Me siento avergonzado y deprimido. Creo que soy débil y un padre malo. Me paso todo el día adentro.</i>
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

5) Identificar los Valores de QUERER vs. DEBER



A veces, lo que creemos que debemos hacer y lo que queremos hacer nos atrae en direcciones muy diferentes. De la misma manera, lo que pensamos que se supone que debemos valorar y lo que realmente valoramos puede ser muy diferente y oponerse unos a otros. Un ejemplo común de esto con dolor crónico es ser estoico sin expresar dolor a otros en lugar de hablar con la familia y buscar apoyo. Piense en cómo cree que se supone que debe actuar y cómo realmente quiere vivir su vida. ¿Actuar de la manera en que piensa que "debería" interfiere con su salud, deseos, felicidad y vivir una vida significativa? Recuerde la página interactiva de costos de inactividad, las actividades que disfrutamos pero evitamos pueden ser útiles para identificar nuestros verdaderos valores y nuestra vida deseada.

“Deber” Valores	¿Cómo se ve cuando vive con este valor?
Estoicismo y Fuerza	<i>Ejemplo: No le cuento a otros acerca de mi dolor e intento lidiar solo.</i>
Fatalismo, Destino, y Sufrir	<i>Ejemplo: No visito a un médico. Pienso que no hay nada que puedo hacer.</i>
Machismo o Marianismo	<i>Ejemplo: Trato de ser duro y proporcionar a otros aunque tengo dolor.</i>
“Querer” Valores	¿Cómo se ve cuando vives con este valor??
Famillismo, Amigos, y Relaciones	<i>Ejemplo: Paso tiempo con mi familia y comparto mis sentimientos.</i>
Salud y Bienestar	<i>Ejemplo: Como saludable, visito a mi médico y camino diario.</i>
Divertido y Placer	<i>Ejemplo: Practico deportes, escucho música y bailo.</i>

¿Qué conjunto de valores le ayudará a vivir la vida que desea a pesar del dolor?

6) Aceptación: La Línea Fina Entre el Control y la Resignación

Es muy común querer deshacerse del dolor porque es desagradable para la mayoría de la gente. El problema es que no podemos controlar directamente el dolor, de la misma manera que no podemos controlar la temperatura y el tiempo. La resistencia al dolor y el enfoco que ponemos en cómo queremos que desaparezca sólo aumenta el dolor y la angustia emocional porque no funciona y además conduce a una mayor tensión muscular y desesperanza. El deseo de controlar el dolor puede hacer que las personas busquen constantemente remedios para el dolor, incluyendo cirugías, medicamentos e inyecciones hasta que el dolor desaparezca por completo.

En contraste con el control, esta la aceptación y resignación. Hay una línea fina entre la aceptación del dolor y la resignación pasiva, o la inacción. Por un lado, la aceptación puede ser muy útil para reducir la angustia causada por el dolor y mantenerse activo en su vida. La aceptación es reconocer lo que está fuera de nuestro control, sin juzgar, y trabajar con habilidad para mejorarlo. Esto es lo contrario de resistir el dolor, que puede causar más tensión muscular, dolor, y emoción negativa. La aceptación del dolor es similar a cargar el dolor como si fuera un bebé en lugar de luchar contra un enemigo. Por otro lado, la resignación es similar a soltar completamente el control y no hacer nada, incluso cuando tenemos la capacidad de mejorar la situación. La resignación puede impedirnos hacer cosas que mejorarían nuestras vidas y las vidas de otros.

Como un bebé, el dolor requiere el cuidado de los padres y el cuidado de un bebé requiere el apoyo de otros, como médicos y miembros de la familia. Por ejemplo, no podemos controlar cuándo llora un bebé, pero seguimos cuidando al bebé con amor y pidiendo ayuda cuando lo necesitamos, que es lo que sería la aceptación. No tratamos de encontrar una cura para el llanto (control) o ignorar por completo el hecho de que el bebé está llorando (resignación). De la misma manera, podemos cuidar el dolor crónico con la intención de reducir el dolor, el sufrimiento, y la interferencia con las actividades que valoramos. Esperar que el dolor desaparezca sólo se prolonga y aumenta el efecto que el dolor tiene en su vida.

El dolor, por ser complejo, requiere una variedad de métodos de tratamiento. Está bien si usted cree explicaciones religiosas del dolor y prefiere generalmente la oración y la medicina popular, tales como curanderos, para la salud. Sin embargo, debido a que el dolor es tan complejo, es mejor agregar otras estrategias de tratamiento para obtener el mejor resultado, como agregar ingredientes para una receta. Uno de los ingredientes más importantes para el dolor crónico es el tratamiento médico. La mayoría de los Hispanos/Latinos esperan hasta que el dolor sea severo para llamar a un médico. No espere. Visite a un médico que puede recomendar diferentes opciones de tratamiento, incluyendo procedimientos médicos (cirugía, inyecciones) y medicamentos, basados en la evaluación de su dolor. Es importante destacar que el médico no puede hacer recomendaciones apropiadas a menos que sea completamente honesto acerca de la intensidad y duración de su dolor. Además, el tratamiento no será efectivo a menos que siga las instrucciones para cambiar el tratamiento médico si es necesario. Recuerde, el objetivo del tratamiento médico no es curar el dolor, que sólo llevará a la decepción y más sufrimiento. El objetivo es reducir el dolor, el sufrimiento, y la interferencia con su valiosa vida.

La psicoterapia es otro ingrediente muy importante para la receta de manejar el dolor. El tratamiento psicológico que recibe de su terapeuta también ayudará a prevenir los incrementos repentinos de dolor, maximizar la calidad de vida y cambiar su relación con el dolor. El tratamiento psicológico incluye niveles saludables de actividad física, viviendo con valores, reducción del estrés y uso adecuado del apoyo social. Estos son todos los factores en su control que pueden ayudar a reducir el dolor y el efecto que este produce en su vida, si los usa.

Si usted es religioso, la oración de serenidad es un gran ejemplo de aceptación y de manejo activo de su dolor, en lugar de control o resignación. "Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, coraje para cambiar las cosas que puedo y sabiduría para saber la diferencia".

7) Despacio y Balanceado (Poco a poco): Bailando con el Dolor



Algunas personas son más propensas a forzarse a terminar un trabajo o actividad aun cuando tienen dolor severo (ciclo de hiperactividad). Esto es como tratar de combatir el dolor, lo cual puede ser agotador. Otros pueden estar preocupados por dañarse a sí mismos o temer al dolor tanto que evitan el movimiento por completo (ciclo de inactividad). Esto es como darle todo poder al dolor y renunciar. Ninguna de estas opciones es sostenible o saludable y ambas pueden llevar a emociones negativas, como la depresión.

La clave es dividir las tareas en partes más pequeñas y asegurarse que su actividad tenga un ritmo donde se incluya parar cada cierto tiempo y con descansos entre el medio. Si no ha estado muy activo, puede ser más fácil moverse si sabes que es sólo por 10 minutos. Si tiende a ser demasiado activa, entonces necesita mucho descanso, a la larga, puede lograr más en el largo plazo manteniendo un ritmo balanceado en lugar de tratar de terminar cada trabajo en un día.

La idea es simple, usted elige que tanto tiempo usted piensa que puede estar activo sin dolor severo, y así mismo, que tanto tiempo necesita para recuperarse antes de comenzar la actividad de nuevo. Puede reducir el tiempo de actividad y aumentar el tiempo de descanso al principio, si tiene mucho dolor, y puede aumentar el tiempo de actividad y disminuir el tiempo de descanso más tarde a medida que aumenta la fuerza y la resistencia. El objetivo es trabajar más inteligentemente, no más duro, y sentirse más productivo con menos dolor. En vez de la inactividad o la hiperactividad, baile con el dolor tomando turnos para dirigir y seguir.

8) Su Agenda de Actividades con un Ritmo Balanceado

Piense en actividades que evita o hace durante demasiado tiempo. Escriba su meta de tiempo activa, tiempo de descanso y número de ciclos de trabajo y descanso. Cada día puede ser diferentes actividades. En el ejemplo siguiente, la persona pinta durante 10 minutos, luego descansa durante 15 minutos, 2 veces (10/15 x2). Llene los espacios abajo de la misma manera. Debido a que caminar es una parte tan importante de la vida cotidiana, asegúrese que caminar sea una de las actividades para cada día.

	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
Ejemplo	Pintar Paredes 10/15 x2	Caminar Afuera 5/5 x3	Cocinar la Cena 15/20 x2
Día 1			
Día 2			
Día 3			
Día 4			
Día 5			
Día 6			
Día 7			

9) Ejercicios de Relajación

Debido a que el estrés puede aumentar el dolor y el dolor puede aumentar el estrés, es importante tener estrategias para reducir el estrés y relajarse. Algunas de las estrategias más comunes son la respiración consciente, las imágenes, la relajación muscular progresiva, el escaneamiento corporal y el movimiento consciente. A continuación se presentan breves descripciones e instrucciones para cada uno. Pruebe diferentes estrategias y encuentre lo que funciona mejor para usted, pero practique al menos una estrategia cada día.

Respiración consciente

En primer lugar, encontrar una posición cómoda estando sentada y cerrar los ojos si lo desea. Comience por centrar su atención en la respiración. Coloque una mano en su pecho y la otra mano en su vientre. Observe donde usted está respirando a través de la sensación de que la mano se mueve más. Observe la profundidad y la velocidad de la respiración. Ahora, imagine llenar sus pulmones de aire causando que su vientre suba y baje. Deje que su cuerpo respire por usted. No es necesario controlar, analizar o cambiar la respiración de ninguna manera. Si lo desea, puede contar hasta 4 con cada inhalación y exhalación (1 ... 2 ... 3 ... 4) y hacer una pausa entre los dos. Siente la temperatura del aire cuando entra y sale por la nariz o la boca. Es normal que la atención pasee a veces a otras experiencias, como pensamientos, sensaciones corporales y sonidos. Simplemente traiga su atención de nuevo a la respiración cada vez que esto suceda. Continúe respirando unos 5-10 minutos antes de abrir los ojos.

Imaginando

En primer lugar, encontrar una posición cómoda sentado y cerrar los ojos. Imagínesse en un lugar relajante, feliz o especial que disfrute. Esto puede ser un lugar afuera en la naturaleza, como una playa o las montañas, o en el interior, como una casa o un restaurante. Usando su imaginación, mire alrededor de este lugar y observe los objetos en su ambiente, quién está allí, y los colores. Escuche los sonidos de este lugar. Observe si hay algún olor que recuerde. Si este lugar implica comer o beber, imagine el sabor en tu boca. Alcanze y toque un objeto o persona y sienta la sensación. Utilice tanto detalle como sea posible al imaginarse estando en este lugar y utilice sus cinco sentidos. Por ejemplo, usted puede imaginar estar acostado descansando en la playa. Observe el calor del sol y la sensación de la arena en su piel, el olor del océano o su loción favorita, el sabor de una bebida tropical, el color del agua y el sonido de las olas que se estrellan.

Relajamiento Muscular

Elija un músculo o conjunto de músculos, como los dedos de los pies, las piernas, los abdominales, los brazos, las manos o la cara. Por ejemplo, usted puede empuñar sus manos, doblar sus brazos, mover sus dedos del pie para arriba, apretar sus piernas, levantar los hombros a sus oídos, o apretar los dientes. Elija un músculo que pueda flexionar sin hacerse daño. Un poco de dolor es normal y está bien. Comience por flexionar lentamente el músculo y mantenerlo así durante 5 segundos. Observe la sensación de apretar el músculo. Luego, suelte lentamente la tensión y sienta la sensación de relajarse durante 10 segundos. Repita esto con algunas 5 partes

diferentes del cuerpo. Sea creativo y pruebe diferentes músculos y formas de estirar o tensar su músculo.

Escaneando el cuerpo

En primer lugar, encontrar una posición cómoda acostado o sentado y cerrar los ojos, si lo desea. Ponga su atención en la parte inferior de sus pies y recorra todo su cuerpo hasta a la parte superior de la cabeza, paso por paso. Usted puede empezar a notar comezon, dolor, calor, frío, hormigueo, entumecimiento, sentir pesado, ligero, o nada. La intención es notar lo que está presente en cada parte del cuerpo con curiosidad y sin juzgar. Haga una pausa en cada parte del cuerpo durante unos 10-30 segundos. Un orden útil es pies / tobillos ... pantorrillas y rodillas ... piernas ... trasero y caderas ... vientre ... pecho ... espalda baja ... parte superior de la espalda ... manos ... antebrazos ... brazos ... hombros ... cuello ... mandíbula y boca ... nariz ... mejillas ... orejas ... La parte superior de la cabeza. Es normal que la atención se distraiga algunas veces a otras experiencias, como pensamientos, sensaciones corporales y sonidos. Simplemente traiga su atención de nuevo a la respiración cada vez que esto suceda.

Movimiento consciente

Elija un movimiento o actividad que funcione para usted. Esto puede ser caminar, rodar en una silla de ruedas, andar en bicicleta, o una tarea como lavar los platos, jardinería, o cepillarse los dientes. Traiga la mayor atención posible al movimiento de su cuerpo. Sienta la temperatura del aire o del agua contra su piel, la presión en sus pies, y cualquier sensación en sus manos si usted está sosteniendo algo. Observe la sensación de mover su cuerpo y cualquier cambio en los músculos. Tanto como usted puede, observe cada aspecto del momento sin juzgar. Si es posible, muevase más lento de lo normal y haga una pausa entre los movimientos. Es normal que la atención se distraiga a veces a otras experiencias, como pensamientos, sensaciones corporales y sonidos. Simplemente traiga su atención de nuevo a la respiración cada vez que esto suceda.

Autocompasión

El dolor te puede hacerte sentir como si estuvieras en una batalla con tu propio cuerpo. Te puede ayudar el sentir bondad y compasión hacia ti mismo tal como eres en lugar de pensar que necesitas cambiar tu cuerpo. Algunas expresiones sencillas, como las siguientes, pueden ayudarle a desear bienestar para usted mismo. Cuando usted intente esto, tenga presente que éstos son deseos o intenciones, no metas.

- Que yo esté protegido de daño interno y externo.
- Que yo esté feliz y reconozco que soy digno de la felicidad.
- Que yo sano y bien.
- Que yo me acepta tal como soy, incluyendo los aspectos agradables y desagradables.
- Que yo acepta las circunstancias de mi vida como son.
- Que yo esté libre del sufrimiento causado por querer escapar o controlar mi experiencia.
- Que yo viva confiado y relajado.
- Que yo esté en paz y viva con serenidad y liberación.

10) Tomando una Perspectiva Diferente

Puede ser muy difícil hablar con otros sobre el dolor y pedirles ayuda, pero si lo hace, no tendría que lidiar con el dolor usted solo(a). Usted podría pensar que es un signo de debilidad, en su propia opinión, o tener el miedo de que otros piensen que usted es débil e incapaz de ayudarse a si mismo. Además, usted puede estar pensando que los demás no le creeran que usted tiene dolor crónico porque no hay evidencia visual, como una herida o moretón, para demostrar que está en el dolor. Una reacción común es ocultar su dolor y tratar de continuar como si usted no está en dolor sin pedir ayuda a los demás.

La mayoría de los Hispanos/Latinos esperan hasta que el dolor tenga una intensidad de 10/10 antes de pedir ayuda. Sin embargo, como se le mostro con los ciclos viciosos del dolor, el dolor puede causar inactividad, hiperactividad y emociones negativas. Es por eso que pedir apoyo cuando lo necesita puede ser una forma de fortaleza y sabiduría. Es importante pedir apoyo a los demás de dos maneras: 1) buscar apoyo social de otros para hacer frente a las emociones difíciles, y 2) pedir ayuda con tareas que son difíciles para usted y pueden causar más dolor. La manera más fácil de empezar es decirle a la gente a quien amas y confías.

Piensa en cómo te sentirías si alguien que amabas tuviera dolor y necesitara tu ayuda. ¿Quieres que te lo digan para que puedas ayudar o crees que son débiles y una carga? ¿Quieres que esperen hasta que su dolor es 10/10? A veces, la forma en que pensamos acerca de nosotros mismos puede ser muy diferente de la forma en que pensamos acerca de otros que están en la misma situación, como estar enfermo o cometer un error. Además, a veces lo que pensamos que los demás piensan de nosotros es muy diferente de lo que realmente piensan. Recuerde, usted no tiene que enfrentar al dolor solo.

11) Ejercicio: Adquiriendo Perspectiva

Echemos un vistazo a cómo piensa usted acerca de pedir ayuda a alguien cuando tiene dolor y lo compararemos con alguien que le pide ayuda cuando están en el dolor.

1) ¿Qué se preocupa que otros piensen si usted pide ayuda cuando tiene dolor?

2) ¿Qué hace usted en lugar de pedir ayuda a un ser querido?

3) ¿Qué pensaría usted si un ser querido necesitara su ayuda debido al dolor?

4) ¿Qué diría o haría si un ser querido necesitara su ayuda debido al dolor?

12) Adquiriendo una Nueva Perspectiva. Información para el Miembro de la Familia / Cuidador / Amigo

Puede ser muy difícil para las personas con dolor hablar con otros acerca de su dolor y pedir ayuda. Estas personas tienden a pensar que es un signo de debilidad o tienen temor que otros piensen que son débiles e incapaces de proveer o colaborar con la familia. Además, tienden a preocuparse de que otros no crean que tienen dolor crónico porque no hay evidencia visual, como una herida o moretón, para demostrar que están en dolor. Una reacción común es ocultar dolor e intentar continuar como si no estuvieran en dolor sin pedir apoyo de otros.

La mayoría de los Hispánicos/Latinos esperan hasta que el dolor tenga una intensidad de 10/10 antes de pedir ayuda. Sin embargo, como se le ha explicado, los ciclos viciosos del dolor pueden causar inactividad, hiperactividad y emociones negativas. Es por eso que pedir apoyo cuando sea necesario puede ser una forma de fuerza y sabiduría para las personas con dolor crónico. Es importante ayudar a las personas con dolor de dos maneras: 1) proporcionar apoyo social para ayudarles a lidiar con las emociones difíciles, y 2) ayudar con las tareas que son difíciles y pueden causarles más dolor. El dolor crónico es una condición médica muy real a pesar de que puede no haber signos visibles en el cuerpo.

Piense en cómo se sentiría si tuviera dolor la mayoría del tiempo y no fuera capaz de hacer todo lo que solías disfrutar. Por eso es tan importante asegurarse de que el ser querido con dolor se siente escuchado y entendido. Una estrategia útil en cualquier situación es imaginarte a ti mismo en su posición y cómo quisieras que otros te trataran. Recuerde asegurarle a su ser querido que no son una carga si necesitan apoyo emocional o físico. Sin embargo, también es importante que la persona con dolor haga lo que todavía puede hacer. Por eso, no trate de hacer todo por ellos o constantemente les pregunte si necesitan ayuda.

El objetivo es lograr un equilibrio entre el abandono y el refuerzo de la discapacidad fomentando la independencia, proporcionando apoyo sólo cuando sea necesario y fomentando la actividad física. A veces, usted puede sentir la necesidad de ayudarlos alentándolos a continuar a pesar de el dolor, pero esto sólo hace que el dolor empeore en el largo plazo. Debe confiar en que le pedirán ayuda cuando la necesiten y debe animarles a que mantengan las actividades que todavía pueden hacer para minimizar la discapacidad.

Por último, piense en las luchas o barreras que encuentra cuando cuida de su ser querido que esta con dolor. Puede experimentar un cambio de papeles, difícil en una relación, y es normal experimentar una cierta frustración porque usted no puede hacer que el dolor desaparezca. Tenga en cuenta que esta es una experiencia común y normal. Proporcione apoyo cuando sea necesario, recuerde que está haciendo lo mejor que puede, e imagine la situación invertida. Después de leer esto, discuta con su ser querido que sufre de dolor los pensamientos incorrectos que esta persona quizás tenga de lo que sucedería si le pidiera apoyo, y corrija cualquier preocupación incorrecta que su ser querido tenga sobre pedirle ayuda y apoyo a usted.

13) Programa de Actividades Agradables Basado en Sus Valores

Una trampa seria del dolor crónico es decirse a usted mismo que usted hará las actividades que le gustan cuando el dolor desaparezca. Sin embargo, el dolor crónico no desaparece y empeora con la inactividad, por lo que usted terminaría haciendo menos cosas que usted disfruta y además sentiría más dolor. De hecho, cuando usted se da cuenta que su dolor sigue ahí, usted puede ponerse triste, irritable, o deprimido. El dolor no tiene que hacerte esperar para vivir tu vida. En vez de esperar para hacer cosas que disfruta cuando no tiene dolor, puede hacer cosas aunque experimenta algún dolor. Hacer actividades que están en acuerdo con tus valores le dan a su vida más significado. Piense en cuáles son sus valores. Recuerde que los valores son una dirección no un destino.

¿Cuales son sus valores? Trate de pensar en 3 de ellos que son parte de quien usted es.

1. _____

2. _____

3. _____

¿Qué actividades puede hacer usted que sean placenteras o parte de sus valores? Puede ser útil pensar en lo que le gusta hacer, en lo que le hace sentir bien y en lo que sabe hacer bien. Trate de pensar en dos ejemplos para cada valor que indentifique.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Programa una actividad para cada día en las próximas dos semanas y anote cómo le hizo sentir.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado

14) Pensamientos del Dolor

El dolor crónico y los "deber" valores pueden cambiar la manera que usted piensa de una manera negativa y los pensamientos negativos pueden aumentar dolor. Por ejemplo, los pensamientos negativos pueden conducir al aislamiento social, menos actividad física, tensión, y más emociones negativas. Por lo tanto, los pensamientos negativos no le ayudan a lidiar con el dolor de manera eficaz. A pesar de que no puede controlar los pensamientos porque son automáticos, puede responder a ellos de manera más eficaz mediante la identificación de la negatividad y la creación de un pensamiento más efectivo. Este es otro ejemplo de encontrar un equilibrio entre la resignación y el control. A continuación se presentan algunas categorías comunes de pensamientos negativos provocados por el dolor.

Tipos de Pensamientos Negativos del Dolor	Ejemplos de Pensamientos Negativos	Ejemplo de Pensamiento Efectivos "La Verdad"
Catastrofización: Creer que algo será mucho peor de lo que es en realidad.	Si trato de caminar, el dolor será insoportable.	El dolor nunca es extremo y por lo general mejora después de unos minutos.
Expresiones "debería": Pensar en términos de cómo deberían ser las cosas.	Debo soportar el dolor sin ninguna medicación o apoyo de otros.	Puedo maximizar mi funcionamiento y mi calidad de vida buscando la ayuda y siguiendo órdenes del doctor.
Pensamientos de Todo o Nada: Ver las cosas en categorías extremas de negro o blanco en lugar de gris equilibrado.	Tengo que terminar este trabajo o tarea completamente en un día. O tengo que descansar el día entero. La medicación para el dolor es mala, no usaré ninguna.	Está bien descansar cuando lo necesito y terminar el trabajo mañana. La medicación para el dolor puede ayudar y está bien usarla si realmente la necesito
Generalización excesiva: Creer en un patrón permanente basado en uno o pocos incidentes raros.	La terapia física y la medicación no ayudaron la última vez.	A veces la terapia física y la medicación no ayudan, pero en general, ayudan un poco.
Haciendo a conclusiones: Hacer conclusiones negativas de eventos que no se basan en hechos.	Me duele cuando me muevo, debe ser malo para mí para moverme.	El dolor crónico es diferente del dolor normal. Moverse ayuda a aliviar el dolor si lo hago con calma.
Razonamiento Emocional: Interpretar la realidad usando sus sentimientos en lugar de analizar los hechos.	Me siento solo. Otros no quieren pasar tiempo conmigo.	Mi familia me ama y tengo que hacerles saber cuando necesito apoyo.
Descontando lo Positivo: Centrándose sólo en lo malo y minimizando lo bueno.	Puedo trabajar otra vez, pero solamente 20 horas por semana.	Estoy trabajando más que el año pasado y finalmente puedo proporcionar a mi familia otra vez.

16) Higiene de Dormir

Uno de los problemas más comunes con el dolor crónico es el problema de dormir. Los efectos comunes de la falta de sueño son dolor, dificultad para concentrarse, irritabilidad y falta de energía. En efecto, la falta de sueño puede empeorar las consecuencias del dolor. Aquí hay algunos consejos para aumentar la calidad del sueño que se aplican a cualquier persona que tenga problemas para dormir:

HACER (SI)

- ✓ Mantenga su cuarto oscuro, tranquilo y fresco.
- ✓ Limite las fuentes de luz y ruido.
- ✓ Utilice tapones para los oídos o una venda de ojos si es necesario.
- ✓ Sólo vaya a la cama cuando tenga sueño, no cuando esté cansado o con dolor.
- ✓ Sólo use la cama para dormir y la sexualidad. Salga de la cama después de 20 minutos si no puede conciliar el sueño. Haga algo aburrido hasta que esté cansado y luego regrese a la cama.
- ✓ Despertar a la misma hora todos los días, incluso si su horario es diferente.
- ✓ Limite la cantidad de agua que bebe después de la cena antes de acostarse para evitar el uso del baño.
- ✓ Use estrategias de reducción del estrés y relajación una vez al día.
- ✓ Haga ejercicio o haga algo físicamente activo durante el día.

NO HACER (NO)

- ✗ No vea la televisión ni use su teléfono en la cama.
- ✗ No consuma cafeína de refrescos, café o bebidas energéticas después de el lunche. La cafeína permanece en su cuerpo durante muchas horas.
- ✗ No come la cena, beba el alcohol, o fume 2 horas antes de ir a la cama.
- ✗ No tome siestas.
- ✗ No haga ejercicio antes de acostarse
- ✗ No utilice el botón de snooze
- ✗ No se preocupe en la cama. Levántese y escribe el problema para el día siguiente o antes de acostarse.

References

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285.
- Beissner, K., Parker, S. J., Henderson, C. R., Pal, A., Iannone, L., & Reid, M. C. (2012). A cognitive-behavioral plus exercise intervention for older adults with chronic back pain: Race/ethnicity effect? *Journal of Aging and Physical Activity, 20*, 246–265.
- Burton, A. E., & Shaw, R. L. (2015). Pain management Programmes for non-English-speaking black and minority ethnic groups with long-term or chronic pain. *Musculoskeletal Care, 13*(4), 187–203. <http://doi.org/10.1002/msc.1099>
- Campbell, L. C., Andrews, N., Scipio, C., Flores, B., Feliu, M. H., & Keefe, F. J. (2009). Pain Coping in Latino Populations. *Journal of Pain, 10*(10), 1012–1019. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.03.004>
- de Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews, 3*, 1–127.
- Duggleby, W. (2003). Helping Hispanic/Latino home health patients manage their pain. *Home Healthcare Nurse, 21*(3), 174–179. <http://doi.org/10.1097/00004045-200303000-00013>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581–624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3–27). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Institute of Medicine Report from the Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. (2011). *Relieving pain in America, a blueprint for transforming prevention, care, education and research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Interian, A., & Diaz-Martinez, A. M. (2007). Considerations for culturally competent cognitive-behavioral therapy for depression with Hispanic patients. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 84–97. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.006>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
- Lunde, L.-H., & Nordhus, I. H. (2009). Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clinical Case Studies, 8*(4), 296–308.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl 6*, 121–126.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(3699), 971–979.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain, 80*(1–2), 1–13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00255-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00255-3)
- Mossey, J. M. (2011). Defining racial and ethnic disparities in pain management. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 469*, 1859–1870.
- Murphy, J. L., McKellar, J. D., Raffa, S. D., Clark, M. E., Kerns, R. D., & Karlin, B. E. (2014). *Cognitive behavioral therapy for chronic pain among veterans: Therapist manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Portenoy, R. K., Ugarte, C., Fuller, I., & Haas, G. (2004). Population-based survey of pain in the United States: Differences among white, African American, and Hispanic subjects. *Journal of Pain, 5*(6), 317–328. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.05.005>
- Shaparin, N., White, R., Andreae, M., Hall, C., & Kaufman, A. (2014). A longitudinal linear model of patient characteristics to predict failure to attend an inner-city chronic pain clinic. *Journal of Pain, 15*(7), 704–711. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.03.004>
- Stewart, M. O., Karlin, B. E., Murphy, J. L., Raffa, S. D., Miller, S. A., McKellar, J., & Kerns, R. D. (2015). National dissemination of cognitive-behavioral therapy for chronic pain in veterans therapist and patient-level outcomes. *The Clinical Journal of Pain, 31*(8), 722–729. <http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000151>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(1), 5–31. <http://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Vega, W. A., Rodriguez, M. A., & Gruskin, E. (2009). Health disparities in the Latino population. *Epidemiologic Reviews, 31*, 99–112.
- Villarruel, A. (1995). Mexican-American cultural meanings, expressions, self-care and dependent-care actions associated with experiences of pain. *Research in Nursing and Health, 18*, 427–436.
- Zacharoff, K. L., Zeis, J., Frayjo, K., Chiauuzzi, E., & Reznikova, M. (2009). *Cross-cultural pain management: Effective treatment of pain in the Hispanic population*. Newton, MA: Inflexion, Inc..