PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Prediciendo el dolor de parto y postparto desde el Modelo de Miedo-Evitación del Dolor

DANIELLA BELÉN GALLARDO CIFUENTES

Profesores Guía: Patricio Cumsille Eltit, PhD

Lydia Gómez Pérez, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

Enero, 2019
Santiago, Chile

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Prediciendo el dolor de parto y postparto desde el Modelo de Miedo-Evitación del Dolor

DANIELLA BELÉN GALLARDO CIFUENTES

Profesores Guía: Patricio Cumsille Eltit, PhD

Lydia Gómez Pérez, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

Enero, 2019
Santiago, Chile

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis guías de tesis, Patricio Cumsille y Lydia Gómez, por la oportunidad de trabajar en este proyecto, el apoyo y la dedicación entregada a lo largo de mi tesis.

Agradezco también a Camila Román, mi tutora, y a todo el equipo del Proyecto FONDECYT: *Prediciendo el dolor perinatal, los síntomas físicos, y los síntomas depresivos en mujeres chilenas*, por el apoyo constante y por todas las contribuciones que realizaron a este trabajo, las cuales fueron imprescindibles para la elaboración de esta tesis.

Finalmente, agradezco a Colomba Prado, también tesista del Proyecto FONDECYT, quien fue mi compañera a lo largo de todo este proceso, mi apoyo principal, trabajando en equipo para sacar nuestras tesis adelante.

Índice

Resumen.....1
Introducción a la Tesis.....2
Resumen.....5
Introducción.....6
Metodología.....11
Diseño.....11
Procedimiento.....11
Instrumentos.....12
Muestra.....15
Análisis Estadístico.....17
Resultados.....18
Descriptivos.....18
Análisis de Regresión Múltiple y Logística.....19
Discusión.....24
Referencias.....32
Anexos.....36

Índice de Tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra.....16
Tabla 2 Características médicas de la muestra.....17
Tabla 3 Variables relacionadas al dolor.....18
Tabla 4 Variables predictores del dolor.....19
Tabla 5 Regresiones múltiples de variables predictores del dolor de parto y postparto…21
Tabla 6 Regresiones logísticas de variables predictores del dolor postparto.....23

Resumen

Se han realizado estudios para identificar los predictores del dolor de parto y postparto en diferentes países, los cuales varían en su diseño y han restringido la muestra a un dolor en particular y no generalizado, por lo que aún no hay claridad sobre cuáles podrían ser los predictores del dolor postparto de las mujeres. En Chile, a pesar del alto porcentaje de mujeres que reportan dolor persistente hasta 3 meses después del parto, aún no se han realizado estudios que investiguen por qué se genera dolor relacionado con el parto, o cuáles podrían ser sus predictores.

En el presente estudio, se utilizó el modelo de miedo-evitación del dolor (catastrofismo, miedo al dolor e hipervigilancia) como predictor del dolor de parto, de la presencia y de la intensidad del dolor postparto, en mujeres chilenas que no presentaban una condición de dolor crónica previa al embarazo. En este estudio longitudinal participaron 177 mujeres embarazadas mayores de 18 años y que asistían a los Servicios de Ginecología y Obstetricia de la Red de Salud UC Christus (Centros de Salud Familiar Áncora y Centro Médico Lira) en la ciudad de Santiago de Chile. Las participantes fueron evaluadas en tres momentos: cuando tenían entre 32 y 36 semanas de gestación, un mes después del parto y a los 3 meses después del parto. Los resultados obtenidos indican que el conjunto de las variables del modelo de miedo-evitación no predicen el dolor de parto, la presencia de dolor y la intensidad de dolor postparto. No obstante, el dolor fue predicho por alguna de las variables del modelo de miedo-evitación del dolor por sobre las variables control. La hipervigilancia fue la variable con más capacidad predictiva que las otras variables del modelo de miedo-evitación del dolor.

Palabras clave: modelo miedo-evitación, catastrofismo, miedo al dolor, hipervigilancia, dolor de parto, dolor postparto.

Introducción a la Tesis

El dolor es una señal de amenaza potencial, la cual debe ser eliminada o al menos disminuida (Flink, Mroczek, Sullivan, & Linton, 2009). No obstante, el dolor de parto es diferente del dolor patológico, tanto en el proceso fisiológico, como en el psicológico (Flink et al., 2009). Al contrario de la amenaza que representa el dolor, el dolor de parto no implica que ocurra algo negativo, sino que cumple un rol de alerta para la madre de que el trabajo de parto está en curso (Flink et al., 2009). Asimismo, el dolor de parto difiere de otros tipos de dolor en cuanto a las asociaciones positivas de este, ya que el dolor de parto implica que nacerá un bebé (Flink et al., 2009). La gran mayoría de las otras condiciones de dolor que han sido estudiadas (como las patologías y lesiones) no poseen una asociación positiva (Flink et al., 2009). Alrededor del 60% de las mujeres primíparas que han dado a luz describen su dolor como severo o extremadamente severo (Flink et al., 2009). Si bien el dolor agudo de patologías y lesiones manejado deficientemente es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico, aún no se establece una asociación similar para el dolor agudo del parto (Munro, George, Chorney, Snelgrove-Clarke & Rosen, 2017). Las mujeres con problemas de salud postparto (incluido el dolor) parecen ser más comunes de lo que se pensaba (Woolhouse, Perlen, Gartland & Brown J., 2012). No obstante, la importancia de la salud de las madres se ha visto subestimada, ya que predomina el cuidado de la salud de los recién nacidos (Webb et al., 2008).

En algunos países se han realizado estudios para identificar los predictores del dolor de parto y postparto (Flink et al., 2009; Glowacka, Rosen, Chorney, Snelgrove-Clarke & George, 2014; Munro et al., 2017; Olsson, Grooten, Nilsson-Wikmar, Harms-Ringdahl & Lundberg, 2012; Soares et al., 2013), los cuales varían en su diseño y han restringido la muestra a un dolor en particular y no generalizado, por lo que aún no hay claridad sobre cuáles podrían ser los predictores del dolor postparto de las mujeres (Glowacka et al., 2014; Munro et al., 2017; Olsson et al., 2012; Soares et al., 2013). En Chile, a pesar del alto porcentaje de mujeres que reportan dolor persistente hasta 3 meses

después del parto (Elgueta y Pietrantoni, 2012), aún no se han realizado estudios que investiguen por qué se genera dolor relacionado con el parto, o cuáles podrían ser sus predictores.

En este estudio se utilizó el modelo de miedo-evitación del dolor (catastrofismo, miedo al dolor e hipervigilancia) como predictor del dolor de parto, de la presencia y de la intensidad del dolor postparto en distintos tiempos de evaluación, en mujeres chilenas que no presenten una condición de dolor crónica previa al embarazo. Además, en torno a la evidencia, se utilizó el tipo de parto como variable control, para estimar si en la población estudiada el tipo de parto predecía el dolor de parto, la presencia e intensidad del dolor postparto por sí sólo o en conjunto con el modelo de miedo-evitación del dolor.

Diversas investigaciones han utilizado el modelo de miedo-evitación del dolor para explicar una serie de sintomatologías asociadas al dolor y en diferentes contextos. En general, los estudios de dolor relacionados al parto que han utilizado el modelo de miedo-evitación del dolor se han centrado en dolores específicos de inicio en el embarazo y que siguen desarrollándose postparto, entre ellos el genitopélvico (Glowacka et al., 2014; Munro et al., 2017), perineal (Soares et al., 2013) y lumbopélvico (Olsson et al., 2012). También se han llevado a cabo investigaciones para hallar los predictores del dolor postparto en general, pero estos aún son escasos (Flink et al., 2009). En estos estudios no se ha utilizado el modelo completo como tal, sino que se han utilizado algunas de sus variables, obteniendo diversos resultados. La revisión realizada muestra que de las tres variables del modelo de miedo-evitación del dolor, el catastrofismo es el que más predice dolor postoperatorio agudo y crónico, y se asoció positivamente con una mayor experiencia de dolor de parto y un menor nivel de reanudación de actividades postparto (Flink et al., 2009). No obstante, los estudios han tenido muestras generalmente pequeñas y aún es necesario realizar más investigaciones sobre la asociación del catastrofismo y el dolor postparto agudo y crónico. Si más investigaciones confirman el rol del catastrofismo en el dolor de parto y postparto, el próximo desafío será implementar intervenciones adecuadas durante el embarazo (Flink et al., 2009).

Evaluar el modelo (o las variables del modelo) de miedo-evitación del dolor en mujeres embarazadas podría ser relevante incluso en aquellas que no experimenten dolor durante el embarazo. Estudios previos han concluido que las personas que no reportan dolor pueden albergar creencias para evitar el miedo, las cuales se activarían durante una experiencia de dolor (como el parto), produciendo mayor dolor (Glowacka et al., 2014).

En este estudio longitudinal participaron 177 mujeres embarazadas mayores de 18 años, y que asistieron a los Servicios de Ginecología y Obstetricia de la Red de Salud UC Christus (Centros de Salud Familiar Áncora y Centro Médico Lira) en la ciudad de Santiago de Chile. Las participantes fueron evaluadas en tres momentos: previo al parto (Primera Entrevista, entre las 32 y 36 semanas de gestación), un mes postparto (Seguimiento 1) y 3 meses postparto (Seguimiento 2). Los resultados obtenidos indican que el conjunto de las variables del modelo de miedo-evitación no predicen el dolor de parto, la presencia de dolor y la intensidad de dolor postparto. No obstante, el dolor fue predicho por alguna de las variables del modelo de miedo-evitación del dolor por sobre las variables control. La hipervigilancia fue la variable con más capacidad predictiva que las otras variables del modelo de miedo-evitación del dolor.

En los anexos se incluyen los instrumentos de las tres mediciones realizadas para este estudio.

Resumen

Se han realizado estudios para identificar los predictores del dolor de parto y postparto en diferentes países, los cuales varían en su diseño y han restringido la muestra a un dolor en particular y no generalizado, por lo que aún no hay claridad sobre cuáles podrían ser los predictores del dolor postparto de las mujeres. En Chile, a pesar del alto porcentaje de mujeres que reportan dolor persistente hasta 3 meses después del parto, aún no se han realizado estudios que investiguen por qué se genera dolor relacionado con el parto, o cuáles podrían ser sus predictores.

En el presente estudio, se utilizó el modelo de miedo-evitación del dolor (catastrofismo, miedo al dolor e hipervigilancia) como predictor del dolor de parto, de la presencia y de la intensidad del dolor postparto, en mujeres chilenas que no presentaban una condición de dolor crónica previa al embarazo. En este estudio longitudinal participaron 177 mujeres embarazadas mayores de 18 años y que asistían a los Servicios de Ginecología y Obstetricia de la Red de Salud UC Christus (Centros de Salud Familiar Áncora y Centro Médico Lira) en la ciudad de Santiago de Chile. Las participantes fueron evaluadas en tres momentos: cuando tenían entre 32 y 36 semanas de gestación, un mes después del parto y a los 3 meses después del parto. Los resultados obtenidos indican que el conjunto de las variables del modelo de miedo-evitación no predicen el dolor de parto, la presencia de dolor y la intensidad de dolor postparto. No obstante, el dolor fue predicho por alguna de las variables del modelo de miedo-evitación del dolor por sobre las variables control. La hipervigilancia fue la variable con más capacidad predictiva que las otras variables del modelo de miedo-evitación del dolor.

Palabras clave: modelo miedo-evitación, catastrofismo, miedo al dolor, hipervigilancia, dolor de parto, dolor postparto.

Introducción

El dolor es una señal de amenaza potencial, la cual debe ser eliminada o al menos disminuida (Flink et al., 2009). No obstante, el dolor de parto es diferente del dolor patológico, tanto en el proceso fisiológico, como en el psicológico (Flink et al., 2009). Al contrario de la amenaza que representa el dolor, el dolor de parto no implica que ocurra algo negativo, sino que cumple un rol de alerta para la madre de que el trabajo de parto está en curso (Flink et al., 2009). Asimismo, el dolor de parto difiere de otros tipos de dolor en cuanto a las asociaciones positivas de este, ya que el dolor de parto implica que nacerá un bebé (Flink et al., 2009). La gran mayoría de las otras condiciones de dolor que han sido estudiadas (como las patologías y lesiones) no poseen una asociación positiva (Flink et al., 2009). Alrededor del 60% de las mujeres primíparas que han dado a luz describen su dolor como severo o extremadamente severo (Flink et al., 2009). Si bien el dolor agudo de patologías y lesiones manejado deficientemente es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico, aún no se establece una asociación similar para el dolor agudo del parto (Munro et al., 2017)(Munro et al., 2017). Las mujeres con problemas de salud postparto (incluido el dolor) parecen ser más comunes de lo que se pensaba (Woolhouse et al., 2012). No obstante, la importancia de la salud de las madres se ha visto subestimada, ya que predomina la de los recién nacidos (Webb et al., 2008).

En algunos países se han realizado estudios para identificar los predictores del dolor de parto y postparto (Flink et al., 2009; Glowacka et al., 2014; Munro et al., 2017; Olsson, et al., 2012; Soares et al., 2013), los cuales varían en su diseño y han restringido la muestra a un dolor en particular y no generalizado, por lo que aún no hay claridad sobre cuáles podrían ser los predictores del dolor postparto de las mujeres (Glowacka et al., 2014; Munro et al., 2017; Olsson et al., 2012; Soares et al., 2013). En Chile, a pesar del alto porcentaje de mujeres que reportan dolor persistente hasta 3 meses después del parto (Elgueta y Pietrantoni, 2012), aún no se han realizado estudios que investiguen por qué se genera dolor relacionado con el parto, o cuáles podrían ser sus predictores.

En estudios realizados en otros países se ha relacionado el tipo de parto con el dolor postparto (Dehghani, Sharpe & Khatibi, 2014; Eisenach et al., 2008; Munro et al., 2017), existiendo resultados contradictorios respecto a si existiría más dolor con parto vaginal o con parto por cesárea. En un estudio reciente realizado por Munro et al. (2017), el parto por cesárea se asoció con más dolor a las 2 semanas después del parto en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal. Sin embargo, a los 3 meses no hubo diferencia en la incidencia de dolor entre los grupos (Munro et al., 2017). En Chile, el estudio de Elgueta y Pietrantoni (2012), estimó que un 41% de las mujeres participantes presentó dolor persistente tres meses postparto por cesárea, período de tiempo que algunos autores lo consideran indicativo de dolor crónico (Flink et al.,2009). La relevancia de este dato, es que se podría pensar en el rol que cumple el tipo de parto en el dolor postparto, antecedente particularmente relevante en Chile pues existe una alta tasa de cesárea (alrededor del 31% en 2008 y un 40% en 2013) (Binfa et al., 2016), siendo mucho más alta que la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (bajo un 15%; Gibbons et al., 2012).

En este estudio se utilizó el modelo de miedo-evitación del dolor (catastrofismo, miedo al dolor e hipervigilancia) como predictor de la intensidad de dolor de parto, de la presencia y de la intensidad del dolor postparto en distintos tiempos de evaluación, en mujeres chilenas que no presenten una condición de dolor crónica previa al embarazo. Además, en torno a la evidencia, se utilizó el tipo de parto y si la madre era primípara o multípara como variables control, para estimar si en la población estudiada el tipo de parto y/o ser madre primípara o multípara predice el dolor de parto, presencia e intensidad del dolor postparto por sí solas o en conjunto con el modelo de miedo-evitación del dolor.

Modelo miedo-evitación

La premisa del modelo de miedo-evitación del dolor (Vlaeyen & Linton, 2000), es que los pacientes al sufrir algún tipo de lesión experimentan dolor, lo cual llevaría a dos tipos diferentes de afrontamiento. El primero sería que, al experimentar dolor, la

mayoría de las personas podrían valorarlo como una experiencia desagradable, pero no amenazante ni que pudiera repercutir negativamente en sus vidas (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013; Vlaeyen & Linton, 2000). Debido a esto, la persona aumenta poco a poco su nivel de actividad (confrontación) tras haber reposado lo necesario, hasta recuperarse adecuadamente (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013; Vlaeyen & Linton, 2000). El segundo tipo de afrontamiento se daría cuando la persona catastrofiza la experiencia de dolor, lo que llevaría a desarrollar miedo al dolor, generando hipervigilancia y evitación del dolor (Vlaeyen & Linton, 2000). Por lo tanto, lo que se plantea es que el pensamiento catastrofista es prerrequisito en la adquisición de comportamientos de evitación (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013).

Se entiende por catastrofismo al conjunto de pensamientos negativos exagerado puesto en práctica durante una experiencia dolorosa real o anticipada (Sullivan et al., 2001). Este conjunto se subdivide en tres categorías: rumiación, magnificación y desesperanza (Khan et al., 2011; Sullivan et al., 2001). En cuanto al miedo al dolor, es conceptualizado como las creencias de que el movimiento y la actividad física aumentará el dolor o tendrá como consecuencia que se produzca otra lesión nueva (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013), dando cabida al miedo al dolor como un predictor de dolor agudo y crónico (Leeuw et al., 2007). Posteriormente, la evitación del dolor será potenciada por la hipervigilancia, en donde el individuo intenta detectar continuamente cualquier estímulo o situación que pudiera provocar dolor (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013), enfocando excesivamente la atención en la información relacionada con el dolor a expensas de otra información (Crombez, Van Damme, & Eccleston, 2005; Lautenbacher et al., 2009). Cabe destacar, que la consecuencia natural de la hipervigilancia corporal es que las señales somatosensoriales se ven "amplificadas", manteniéndose el estado de alerta, lo que fomenta a su vez el miedo (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013).

Diversas investigaciones han utilizado el modelo de miedo-evitación del dolor para explicar una serie de sintomatologías asociadas al dolor y en diferentes contextos. Los estudios que han utilizado el modelo o sus variables lo han hecho con el objetivo de

evaluar si estas podrían predecir el dolor en diversas lesiones y patologías, sobre todo en las concernientes al sistema musculoesquelético (Alappattu & Bishop, 2011; Alodaibi, Fritz, Thackeray, Koppenhaver & Hebert, 2018; Horn-hofmann et al., 2017; Khan et al., 2011; Lautenbacher et al., 2009; Leeuw et al., 2007; Ramírez-Maestre, Esteve, Ruiz-Párraga, Gómez-Pérez, & López-Martínez, 2016). Es en estos estudios en donde ha emergido el catastrofismo como uno de los predictores más potentes del dolor en general, aunque estos resultados se han obtenido principalmente en estudios con diseños transversales (Flink et al., 2009; Vlaeyen & Linton, 2000). Para superar esta última limitación, en el último tiempo varios autores han decidido investigar longitudinalmente la relación que existe entre las variables del modelo de miedo-evitación del dolor y el dolor, tanto en los contextos ya mencionados anteriormente, como en el contexto del dolor del embarazo, parto y postparto.

En general, los estudios de dolor relacionados al parto que han utilizado el modelo de miedo-evitación del dolor se han centrado en dolores específicos de inicio en el embarazo y que siguen desarrollándose postparto, entre ellos el genitopélvico (Glowacka et al., 2014; Munro et al., 2017), perineal (Soares et al., 2013) y lumbopélvico (Olsson et al., 2012). También se han llevado a cabo investigaciones para hallar los predictores del dolor postparto en general, pero estos aún son escasos (Flink et al., 2009). En estos estudios no se ha utilizado el modelo completo como tal, sino que se han utilizado algunas de sus variables, obteniendo diversos resultados. Por ejemplo, se ha observado que el catastrofismo predice una mayor intensidad del dolor postparto (Flink et al., 2009; Soares et al., 2013); que el miedo al dolor durante el embarazo se relaciona con el temor al parto (Flink et al., 2009), pero no se ha medido si repercute directamente en el dolor postparto; y la hipervigilancia, si bien ha sido incluida en algunos de los estudios, no ha tenido la capacidad predictiva que sí han reportado el catastrofismo y el miedo al dolor. En cuanto a la presencia e intensidad del dolor postparto reportada en los estudios mencionados, el 69% de las mujeres informaron dolor en las primeras 24 horas postparto y el 14% reportó dolor persistente después de 8 semanas postparto (Soares et al., 2013). Además, las mujeres que presentaban dolor

recurrente previo al embarazo tenían mayor probabilidad de desarrollar dolor postparto (Glowacka et al., 2014; Munro et al., 2017).

La revisión realizada muestra que de las tres variables del modelo de miedo-evitación del dolor, el catastrofismo es el que más predice dolor postoperatorio agudo y crónico, y se asoció positivamente con una mayor experiencia de dolor de parto y un menor nivel de reanudación de actividades postparto (Flink et al., 2009). No obstante, los estudios se han realizado con muestras generalmente pequeñas y aún es necesario realizar más investigaciones sobre la asociación del catastrofismo y el dolor postparto agudo y crónico. Si más investigaciones confirman el rol del catastrofismo en el dolor de parto y postparto, el próximo desafío será implementar intervenciones adecuadas durante el embarazo (Flink et al., 2009).

Evaluar el modelo de miedo-evitación del dolor (o las variables del modelo) en mujeres embarazadas podría ser relevante incluso en aquellas que no experimenten dolor durante el embarazo. Estudios previos han concluido que las personas que no reportan dolor pueden albergar creencias para evitar el miedo, las cuales se activarían durante una experiencia de dolor (como el parto), produciendo mayor dolor (Glowacka et al., 2014).

De acuerdo con la evidencia expuesta, se espera que todas las variables del modelo de miedo-evitación del dolor se van a relacionar positivamente con el dolor de parto, así como con la presencia y la intensidad del dolor postparto. Además, basándose en la literatura, de las tres variables utilizadas del modelo de miedo-evitación del dolor, dado que el catastrofismo es el más predictivo del dolor en general, se espera que el catastrofismo sea la variable más predictiva tanto del dolor de parto, como de la presencia y la intensidad del dolor postparto que las otras variables del modelo de miedo-evitación del dolor.

Metodología

Diseño

Este es un estudio longitudinal, inserto en el Proyecto FONDECYT: *Prediciendo el dolor perinatal, los síntomas físicos, y los síntomas depresivos en mujeres chilenas*, en el cual participaron mujeres embarazadas mayores de 18 años, que tenían entre las 32 y 36 semanas de gestación al comienzo de su participación en el estudio, y que asistían a los Servicios de Ginecología y Obstetricia de la Red de Salud UC Christus (Centros de Salud Familiar Áncora y Centro Médico Lira) en la ciudad de Santiago de Chile. Las participantes fueron evaluadas en tres momentos: previo al parto (Primera Entrevista, entre las 32 y 36 semanas de gestación), un mes postparto (Seguimiento 1) y 3 meses postparto (Seguimiento 2).

Procedimiento

El reclutamiento de las participantes se realizó a través de afiches y volantes informativos sobre el estudio distribuidos en la sala de espera de los Servicios de Ginecología y Obstetricia de los centros médicos. Además, las ayudantes de investigación, psicólogas especialmente entrenadas, se acercaron a las embarazadas mientras esperaban ser atendidas en los centros, invitándolas a participar. Los criterios de exclusión de este estudio fueron: presentar problemas para comprender el idioma español y la presencia de dolor crónico antes del embarazo.

Una vez obtenidos los datos de contacto de las participantes, se les llamó para agendar la Primera Entrevista. En esta primera evaluación, las participantes firmaron el consentimiento informado y completaron los cuestionarios de forma oral, siendo rellenados por las ayudantes de investigación. Durante la Primera Entrevista se recabaron una serie de datos demográficos y médicos. Posteriormente se le realizaban preguntas relacionadas con la intensidad del dolor durante la última semana, utilizando el Índice de Intensidad del Dolor Compuesto (Jensen, Turner, Romano & Fisher, 1999). También se aplicaron los instrumentos relacionados con el modelo de miedo-evitación

del dolor: para medir el Catastrofismo se aplicó la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) (Vázquez-Taboada, Gómez-Pérez, Torres-Flores & Román, 2016); para medir la Hipervigilancia se utilizó el *Pain Vigilance Awareness Questionnaire* (PVAQ) (Esteve, Ramírez-Maestre & López-Martínez, 2013); y para medir el miedo al dolor se aplicó la *Tampa Scale for Kinesiophobia* (Gómez-Pérez, López-Martínez & Ruiz-Párraga, 2011), instrumentos que se describen más adelante.

Los dos seguimientos posteriores se realizaron vía telefónica. Estos consistieron en que las participantes reportaran la presencia de dolor físico: fecha de inicio (antes del embarazo, durante el embarazo o postparto), si el dolor persiste al momento de la entrevista, con qué frecuencia se presenta el dolor y cuál es su intensidad según el Índice de Intensidad del Dolor Compuesto. Al igual que en la Primera Entrevista, se midió la intensidad del dolor durante la última semana.

Las participantes recibieron como incentivo una giftcard en cada evaluación (en la Primera Entrevista tuvo un valor de 10.000 pesos chilenos y en cada Seguimiento tuvo un valor de 5.000 pesos chilenos).

La participación fue completamente voluntaria y el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Instrumentos

Variables sociodemográficas y médicas

Se evaluaron los datos sobre edad, nivel educativo, estado laboral, estado civil y cantidad de hijos. Asimismo, se recopiló información sobre las siguientes variables médicas o de embarazo: sistema de salud, presencia de contracciones y dolor experimentado durante ellas, tipo de parto (vaginal=0; cesárea=1), número de partos previos (primípara/multípara), parto previo con cesárea, problemas durante el embarazo y si fue un embarazo/parto estresante. En el caso de parto por cesárea, también se evaluaron las siguientes variables: cesárea planificada, si fue recomendada por el médico o solicitada por la madre.

De estas variables, se utilizó como variables control el tipo de parto (vaginal=0; cesárea=1) y si la madre era primípara o multípara (variable primípara/multípara: primípara=0; multípara=1).

Variables relacionadas al dolor

Para medir la intensidad del dolor de parto, se utilizó el Índice de Intensidad del Dolor Compuesto (Jensen, Turner, Romano & Fisher, 1999). Se puntuaba la intensidad del dolor entre 0 (nada) a 10 (extremadamente doloroso).

Para medir la presencia de dolor postparto, se utilizó el reporte de las zonas de dolor de las participantes. Este consistió en consultar zonas de dolor corporal, en donde la participante reportaba cada zona de su cuerpo en la cual sentía dolor. La participante podía reportar hasta 8 zonas en donde sentía dolor (se enumeró desde zona 1 de dolor hasta zona 8 de dolor). Cada parte del cuerpo tenía un número asignado para la digitación del 1 al 15 (por ejemplo, el 1 equivalía a cabeza, el 15 a rodillas y tobillos), siendo utilizados para reportar dónde se ubicaba el dolor (por ejemplo, en zona 1 el dolor era el 15). Para el análisis de este estudio, se utilizó sólo la zona de dolor 1, ya que al decir cuál parte del cuerpo le dolía en la zona 1, se asume que hay presencia de dolor. En el caso de que la participante no reportara dolor, correspondía el valor 0. Debido a esto, esta variable se recodificó binariamente, siendo 0= ausencia de dolor y 1= presencia de dolor (cualquier valor entre 1 y 15).

Para medir la intensidad del dolor postparto en los seguimientos, se utilizó el Índice de Intensidad del Dolor Compuesto (Jensen, Turner, Romano & Fisher, 1999). En los puntos de medición, se les pidió a las participantes que calificaran su dolor más leve, el peor dolor y el dolor promedio durante la semana anterior, y también su dolor actual, puntuando la intensidad del dolor entre 0 (nada) a 10 (extremadamente doloroso). Se calculó la media de estos cuatro puntajes para obtener la intensidad promedio de dolor.

Variables predictores del dolor

Para evaluar el catastrofismo se utilizó la versión chilena de la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). La escala mide el pensamiento catastrófico de la persona cuando experimenta dolor en diferentes situaciones, tales como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas (Vázquez-Taboada, Gómez-Pérez, Torres-Flores & Román, 2016). Esta escala está compuesta por 13 ítems organizados en 3 subescalas: rumiación (α=0,89), magnificación (α=0,74) y desesperanza (α=0,87). Cada ítem presenta una situación asociada al dolor y se debe calificar de 0 a 4 (0= nada; 1=Un poco; 2=Moderadamente; 3=Mucho; y 4=Todo el tiempo). Para el análisis de este estudio, se utilizó el puntaje total de la escala. En el estudio de Wideman, Adams y Sullivan (2009), la consistencia interna del total de la escala fue estimada con el alfa de Cronbach en α=0,87, mientras que, en el presente estudio, la confiabilidad de este instrumento fue estimada con el alfa de Cronbach en α=0,93 (Vázquez-Taboada, Gómez-Pérez, Torres-Flores & Román, 2016).

Para evaluar el miedo al dolor se aplicó la *Tampa Scale for Kinesiophobia* adaptada al español (Gómez-Pérez, López-Martínez & Ruiz-Párraga, 2011). Esta escala mide a través de 11 ítems lo que la persona piensa y siente cuando tiene dolor. Cada ítem se puntúa de 1 a 4 (1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Totalmente de acuerdo). Para el análisis de este estudio, se utilizó el puntaje total de la escala. Wideman, Adams y Sullivan (2009) reportan una consistencia interna estimada con el alfa de Cronbach en α=0,77, en tanto en el presente estudio, la confiabilidad de este instrumento fue estimada mediante el alfa de Cronbach en α=0,78.

Para medir la hipervigilancia se utilizó la versión chilena del *Pain Vigilance Awareness Questionnaire* (PVAQ) (Esteve, Ramírez-Maestre & López-Martínez, 2013), la cual se adaptó para evaluar la hipervigilancia ante las molestias asociadas al embarazo (Torres y Gómez-Pérez, 2016). Este cuestionario utiliza 16 ítems que plantean situaciones donde se debe calificar cuánta atención le presta a las molestias asociadas al embarazo. Cada ítem se debe calificar de 0 a 5 (0=Nada; 1=Casi nunca; 2=Algunas veces; 3=Frecuentemente; 4=Casi siempre; 5=Siempre). Para el análisis de ese estudio,

se utilizó la suma del puntaje total de la escala. McWilliams y Asmundson (2007) reportan un alfa de Cronbach estimado en α=0,75, en tanto en el presente estudio el alfa de Cronbach se estimó en α=0,85.

Muestra

La muestra total de este estudio incluyó a 177 participantes. Esta muestra estuvo compuesta por aquellas participantes que respondieron al menos 2 de las 3 evaluaciones. De las 177 participantes que contestaron la Primera Entrevista, 149 realizaron el Seguimiento 1 y 147 realizaron el segundo; 119 participantes respondieron las 3 evaluaciones, 30 respondieron la Primera Entrevista y el Seguimiento 1, y 28 respondieron la Primera entrevista y el Seguimiento 2. Los seguimientos que no fueron llevados a cabo, fue debido a problemas de comunicación con las participantes durante el periodo de tiempo en el que les correspondía el seguimiento. Para efectos de análisis de este estudio, la información de esos seguimientos no realizados se consideró como datos perdidos.

Se compararon los datos perdidos del Seguimiento 1 y 2 con algunas variables de la Primera Entrevista, para estimar si existían diferencias significativas entre ellas. Se utilizó una variable dicotómica de cada seguimiento, en donde 0=no datos perdidos y 1=sí hay datos perdidos. La variable de datos perdidos de cada seguimiento se comparó por medio de una prueba t de muestras independientes con las siguientes variables de la Primera Entrevista: modelo de miedo-evitación del dolor (PCS, TSK y PVAQ) y la edad. También se comparó por medio de una prueba chi cuadrado con las variables sistema previsional de salud y primípara/multípara. En todas las pruebas realizadas no se encontró evidencia de diferencias significativas entre los grupos en las variables comparadas ($p > 0,05$).

Las características de la muestra se resumen en la Tabla 1.

La edad de las participantes tuvo un rango etario entre 21 y 42 años, con un promedio de edad de 31,26 (*DE*=5,12) años, siendo 34 años la edad más frecuente. En

cuanto al nivel educacional, se reportaron principalmente estudios universitarios (52%) y técnicos (23%).

En cuanto al estado civil de las participantes, un 36% reportaron estar casadas, cifra que se repite para quienes conviven en pareja, en tanto el 28% reportaron estar solteras.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

Variables sociodemográficas	Frecuencia(%)	Media ± *DE*	n
Edad		31,26 ± 5,12	172
Estado Civil			177
Soltera	49(28)		
Convive con pareja	63(36)		
Casada	64(36)		
Primípara	93(53)		177
Multípara	84(47)		177
Sistema previsional de salud			175
Fonasa	88(50)		
Isapre	87(50)		
Estado laboral			177
Estudiante	10(5)		
Trabajadora activa a tiempo completo	15(9)		
Trabajadora activa a tiempo parcial	15(9)		
Licencia laboral por embarazo	107(61)		
Dueña de casa	15(9)		
Cesante	13(7)		
Nivel educacional			176
Enseñanza básica	2(1)		
Enseñanza media	15(9)		
Estudios técnicos	40(23)		
Estudios universitarios	92(52)		
Estudios de postgrado	27(15)		

Del total de la muestra, 93 mujeres eran primíparas, equivalente al 53%, mientras que 84 mujeres eran multíparas (47% del total de la muestra).

La Tabla 2 presenta las características médicas de la muestra. El tipo de parto efectivo fue de 50% por parto vaginal y 50% por cesárea. De las 84 participantes multíparas, el 60% reporta haber tenido una cesárea anteriormente. En cuanto a si será

sometida a una cesárea planificada, el 17% del total de la muestra reporta que sí, y el 62% de las mujeres que tuvo cesárea planificada fue a solicitud de la participante.

Sobre los problemas durante el embarazo, 61 mujeres (41%) afirmaron haber tenido complicaciones (la más común fue la diabetes gestacional). En cuanto a si fue un embarazo estresante, 65 mujeres (44%) reportaron haber tenido algún acontecimiento asociado a su parto o embarazo que le resultó especialmente estresante, pero no se evalúo el tipo de evento.

Tabla 2
Características médicas de la muestra

Variables médicas	Frecuencia(%)	N
Cesárea previa	50(29)	172
Cesárea planificada	29(17)	171
Cesárea solicitada	18(10)	177
Contracciones	117(66)	177
Tipo de parto		149
Vaginal	75(50)	
Cesárea	74(50)	
Problemas en el embarazo	61(41)	148
Embarazo/parto estresante	65(44)	149

Análisis Estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, médicas y relacionadas al dolor. En segundo lugar, se realizó una prueba t de muestras independientes para comparar la variable primípara/multípara con las variables del modelo de miedo-evitación del dolor y, también, con las variables intensidad del dolor postparto en ambos seguimientos. Además, se realizó una prueba chi cuadrado para comparar la variable primípara/multípara con la presencia de dolor postparto en ambos seguimientos. Posteriormente, se realizaron 5 regresiones múltiples, en donde se analizaron las variables dependientes: Dolor de parto, Presencia de dolor en el Seguimiento 1 (S1), Intensidad del dolor en el Seguimiento 1 (S1), Presencia de dolor en el Seguimiento 2 (S2) e Intensidad del dolor en el Seguimiento 2 (S2). Para las variables dependientes continuas se realizaron regresiones múltiples lineales, y para las

variables dicotómicas se realizaron regresiones logísticas. Se utilizó como variables control el tipo de parto y la variable primípara/multípara, y, además, se agregó en cada regresión la variable relacionada con el dolor que precedía a la variable dependiente (ver Tabla 5 y 6). En cada uno de los modelos, las variables control se introdujeron en un primer paso y las variables independientes PCS, TSK y PVAQ en el segundo paso. Todos los análisis estadísticos fueron realizados en el programa SPSS.

Resultados

Descriptivos

Tal como se presenta en la Tabla 3, el dolor de parto reportado retrospectivamente en el primer mes de seguimiento, indica que, la intensidad del dolor promedio fue de 4,92 (*DE*=3,93) en 146 mujeres. Cabe destacar, que si bien la moda de dolor fue de 0 con 34 mujeres (23%), la frecuencia siguiente es de 32 mujeres (22%) con un puntaje de 10, lo que sugiere una distribución bimodal en los valores extremos. La presencia de dolor en el seguimiento 1 y 2, fue reportada por el 79% y el 71% de las participantes, respectivamente. La intensidad del dolor en el seguimiento 1 y 2, tuvo una media de 2,18 (*DE*=1,82) y 1,96 (*DE*=1,80), respectivamente, valores considerablemente menores que el nivel de dolor reportado para el parto (4,92 ± 3,93). La diferencia de las medias entre la intensidad del dolor S1 (un mes postparto) e intensidad del dolor S2 (tres meses postparto) no fue estadísticamente significativa (*p*=0,25*)*.

Tabla 3
Variables relacionadas al dolor

Variables relacionadas al dolor	Frecuencia(%)	Media ± *DE*	N
Dolor de parto		4,92 ± 3,93	146
Presencia dolor postparto (1er mes)	117(79)		149
Presencia dolor postparto (3er mes)	105(71)		147
Intensidad dolor postparto (1er mes)		2,18 ± 1,82	144
Intensidad dolor postparto (3er mes)		1,96 ± 1,80	147

La Tabla 4 presenta los valores descriptivos de las variables del modelo miedo-evitación. El catastrofismo (PCS) tuvo una media de 11,33 (*DE*=10,86), con un rango de puntaje observado entre 0-46, siendo el puntaje posible mínimo de 0 y máximo de 52. El miedo al dolor (TSK) tuvo una media de 24,43 (*DE*=5,27), con un rango de puntaje observado entre 11-38, siendo el puntaje mínimo posible de 0 y el máximo de 44. La hipervigilancia (PVAQ) tuvo una media de 35,64 (*DE*=13,07) con un rango de puntaje observado entre 0-70, siendo el puntaje mínimo posible de 0 y el máximo 80.

Tabla 4
Variables predictores del dolor

Instrumentos	Media ± *DE*	Rango observado	n
PCS	11,33 ± 10,86	0-46	173
TSK	24,43 ± 5,27	11-38	176
PVAQ	35,64 ± 13,07	0-70	145

PCS=Pain Catastrophizing Scale, TSK=Tampa Scale for Kinesiophobia, PVAQ=Pain Vigilance Awareness Questionnaire.

Se realizó una prueba t para comparar los promedios de las madres primíparas y multíparas en las variables predictores del dolor (PCS, TSK y PVAQ) y en las variables relacionadas al dolor (intensidad de dolor postparto al primer y tercer mes). También se comparó a los grupos de madres primíparas y multíparas en las variables dicotómicas relacionadas al dolor (presencia de dolor postparto al primer y tercer mes) por medio de una prueba chi cuadrado En todas las pruebas realizadas no se encontró evidencia de diferencias significativas entre los grupos en las variables comparadas ($p > 0,05$).

Análisis de Regresión Múltiple Lineales y Logística

Las Tablas 5 y 6 muestran los resultados de las regresiones múltiples lineales (intensidad del dolor) y logísticas (presencia de dolor), respectivamente, realizadas para contrastar las hipótesis de este estudio.

En todas las regresiones múltiples de la Tabla 5, el aporte de las variables control (paso 1) fue estadísticamente significativo. Los valores β estandarizados de las regresiones se encuentran reportados en la Tabla 5. En los modelos 1 y 3, las variables

en estudio aportaron significativamente a la predicción de la variabilidad en la variable dependiente (R^2) por sobre lo aportado por las variables control. En el modelo 1, el tipo de parto (β=-0,21, p=0,019) tiene una asociación inversa significativa con la intensidad del dolor de parto, y el catastrofismo (PCS) (β=0,24, p=0,018) tiene una asociación directa con el dolor de parto (R^2=0,084, p=0,012), explicando en conjunto el 8,4% de la varianza en dolor de parto. En el modelo 2, el dolor de parto (β=0,26, p=0,009) y la hipervigilancia (PVAQ) (β=0,24, p=0,026) son predictores de la intensidad del dolor en el seguimiento 1. Sin embargo, el modelo tiene un R^2=0,058, p=0,056, por lo que el modelo no explica la varianza, ya que no es significativo, por lo que probablemente hay mayor potencia para detectar los predictores individuales que el efecto global del modelo. Finalmente, en el modelo 3, la intensidad del dolor reportada en el seguimiento 1 (β=0,28, p=0,005), el miedo al dolor (TSK) (β=-0,21, p=0,041) (el cual tiene una asociación inversa) y la hipervigilancia (PVAQ) (β= 0,22, p=0,041) son predictores de la intensidad del dolor reportada en el seguimiento 2 (R^2=0,180, p<0,001), explicando 18% de la varianza.

Tabla 5

Regresiones múltiples de variables predictores del dolor de parto y postparto

		β	R^2 ajustado	95% IC	
Modelo 1					
VD: Intensidad dolor de parto					
Paso 1	Tipo de parto	-0,23*		-3,10	-0,38
	Primípara/multípara	-0,15		-2,52	0,19
			0,061*		
Paso 2	Tipo de parto	-0,21*		-2,96	-0,27
	Primípara/multípara	-0,14		-2,44	0,28
	PCS	0,24*		0,01	0,16
	TSK	-0,02		-0,16	0,12
	PVAQ	-0,08		-0,08	0,03
			0,084*		
Modelo 2					
VD: Intensidad del dolor (S1)					
Paso 1	Tipo de parto	0,06		-0,46	0,92
	Primípara/multípara	0,18		-0,62	0,75
	Dolor de parto	0,25*		0,02	0,21
			0,034		
Paso 2	Tipo de parto	0,05		-0,46	0,90
	Primípara/multípara	-0,01		-0,75	0,62
	Dolor de parto	0,26**		0,03	0,22
	PCS	-0,03		-0,04	0,03
	TSK	-0,09		-0,10	0,03
	PVAQ	0,24*		0,00	0,06
			0,058		
Modelo 3					
VD: Intensidad del dolor (S2)					
Paso 1	Tipo de parto	-0,03		-0,85	0,61
	Primípara/multípara	0,06		-0,47	0,98
	Intensidad del dolor S1	0,36***		0,16	0,54
			0,105***		
Paso 2	Tipo de parto	-0,03		-0,83	0,56
	Primípara/multípara	0,04		-0,53	0,88
	Intensidad del dolor S1	0,28***		0,08	0,47
	PCS	0,16		-0,01	0,06
	TSK	-0,21*		-0,15	-0,00
	PVAQ	0,22*		0,00	0,06
			0,180***		

Nota: * p <,05, ** p <,01, *** p <,005. β y R^2 ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. Tipo de parto: 0= parto vaginal; 1= cesárea. Primípara/multípara: 0=primípara; 1=multípara. Dolor de parto e Intensidad del dolor= Índice de Intensidad del Dolor Compuesto. PCS=Pain Catastrophizing Scale, TSK=Tampa Scale for Kinesiophobia, PVAQ=Pain Vigilance Awareness Questionnaire.

En la Tabla 6 se reportan los resultados de las regresiones logísticas de la presencia de dolor en un mes después del parto (S1) y tres meses después del parto. En el modelo 1, el primer bloque estima que el dolor experimentado durante el parto se asocia directamente con la presencia de dolor un mes después del parto (p=0,002, OR=1,25), mientras que el bloque 2 indica que tanto el tipo de parto (p=0,037, OR=3,38), el dolor de parto (p=0,003, OR=1,27) y la hipervigilancia (PVAQ) (p=0,004, OR=1,07) predicen la presencia de dolor al primer mes postparto. Se observa que el bloque 2 se ajusta de mejor manera que el bloque 1, con una diferencia de $\Delta\chi^2$=13,851, Δgl=3, p=0,003. Esto quiere decir, que los odds de tener dolor al primer mes postparto de las mujeres con cesárea fueron mayores que los odds de las mujeres con parto vaginal; las mujeres que tuvieron dolor de parto tienen 1,27 odds más de presencia de dolor (S1); en tanto los odds de tener dolor postparto al primer mes aumentan 1,07 veces por cada punto de aumento en la escala de hipervigilancia. En el modelo 2, la presencia de dolor en el primer mes postparto (p<0,001, OR=10,48) es el único predictor de la presencia de dolor al tercer mes postparto. Se observa que entre ambos bloques la diferencia no es significativa ($\Delta\chi^2$=1,873, Δgl =3, p=0,599), por lo que las variables ingresadas en el bloque 2 no aportan a la predicción. Interpretando el coeficiente asociado al dolor del primer bloque, observamos que los odds de tener presencia de dolor al tercer mes postparto son 10,48 veces más altos si las mujeres experimentaron dolor al primer mes postparto.

Tabla 6
Regresiones logísticas de variables predictores del dolor postparto

		β	E.E	χ^2	gl	OR	95% IC
Modelo 1 VD: Presencia dolor (S1)							
Bloque 1	Tipo de parto	1,02	0,52		2	2,77	0,99 7,76
	Int. Dolor de parto	0,22***	0,07			1,25	1,08 1,44
	Primípara/multípara	-0,23	0,48			0,79	0,30 2,04
				12,75***			
Bloque 2	Tipo de parto	1,22*	0,58		5	3,38	1,07 10,63
	Int. Dolor de parto	0,24***	0,08			1,27	1,08 1,49
	Primípara/multípara	-0,44	0,52			0,64	0,22 1,80
	PCS	0,02	0,03			1,02	0,96 1,10
	TSK	-0,04	0,05			0,95	0,85 1,06
	PVAQ	0,07***	0,02			1,07	1,02 1,13
				26,60***			
Modelo 2 VD: Presencia dolor (S2)							
Bloque 1	Tipo de parto	-0,38	0,53		2	0,67	0,24 1,92
	Presencia dolor s1	2,35***	0,59			10,48	3,29 33,36
	Primípara/multípara	0,29	0,52			1,34	0,48 3,73
				17,78***			
Bloque 2	Tipo de parto	-0,40	0,54		5	0,67	0,23 1,93
	Presencia dolor s1	2,22***	0,62			9,24	2,73 31,19
	Primípara/multípara	0,24	0,53			1,27	0,44 3,65
	PCS	-0,008	0,02			0,99	0,93 1,04
	TSK	-0,06	0,05			0,94	0,84 1,04
	PVAQ	0,02	0,02			1,02	0,97 1,06
				19,65***			

Nota: * p <,05, ** p <,01, *** p <,005. β= Estimador. E.E= Error Estándar. χ^2= chi cuadrado del modelo. OR= Odds Ratio. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. Tipo de parto: 0= parto vaginal; 1= cesárea. Int. Dolor de parto= Intensidad dolor de parto. Primípara/multípara: 0=primípara; 1=multípara. Presencia dolor: 0= no, 1= sí. Dolor de parto= Índice de Intensidad del Dolor Compuesto. PCS=Pain Catastrophizing Scale, TSK=Tampa Scale for Kinesiophobia, PVAQ=Pain Vigilance Awareness Questionnaire.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue estimar la capacidad predictiva de las variables del modelo de miedo-evitación del dolor sobre la intensidad de dolor de parto, la presencia de dolor postparto y la intensidad del dolor reportados en el primer y tercer mes después del parto. Se hipotetizó que todas las variables del modelo predecirían la intensidad de dolor de parto, presencia e intensidad del dolor postparto, y que el catastrofismo sería la variable más predictiva tanto del dolor de parto, como de la presencia y la intensidad del dolor postparto que las otras variables del modelo de miedo-evitación del dolor. En cada modelo, se utilizó el tipo de parto y si la madre era primípara o multípara como variables control, además de la variable relacionada con el dolor que precedía a la variable dependiente.

Los resultados obtenidos indican que las hipótesis se apoyaron parcialmente. Sin embargo, se obtuvo un resultado, que no fue parte de las hipótesis. En primer lugar, se estimó que las variables del modelo de miedo-evitación no predicen en conjunto la intensidad de dolor de parto, la presencia de dolor y la intensidad de dolor postparto. No obstante, en la mayoría de los tiempos de medición, el dolor fue predicho por alguna de las variables del modelo de miedo-evitación del dolor por sobre las variables control, a excepción de la medición de presencia de dolor del tercer mes postparto. En segundo lugar, el catastrofismo predijo sólo la intensidad de dolor de parto y no la presencia de dolor postparto ni la intensidad del dolor postparto en ninguna de sus mediciones, evidenciando una contradicción con la literatura, la cual aseveraba que el catastrofismo predice una mayor intensidad del dolor postparto (Flink et al., 2009; Soares et al., 2013). Y, en tercer lugar, la variable del modelo de miedo-evitación del dolor con más capacidad predictiva que las otras variables del modelo fue la hipervigilancia, siendo un resultado inesperado en base a la literatura revisada.

La muestra de este estudió reportó una alta presencia de dolor en el primer mes y el tercer mes postparto (79% y 71%, respectivamente), siendo este último valor mucho más alto que el porcentaje de presencia de dolor obtenido en el estudio de Munro et al.

(2017), el cual indica que hubo un 25% de participantes que informaron dolor al tercer mes postparto, siendo este valor más alto que el citado en la literatura anteriormente. La media de la intensidad del dolor reportada en ambos seguimientos fue menor que la reportada en el dolor de parto, lo que indica que la intensidad del dolor disminuye durante el periodo postparto. No obstante, la diferencia entre las medias de dolor al mes y a los tres meses postparto no fue significativa, por lo que se podría aseverar que entre ambos tiempos de evaluación la intensidad del dolor se mantiene. Por lo tanto, los resultados de la presencia e intensidad del dolor postparto podrían revelar que en la población estudiada existe la posibilidad de establecerse el dolor crónico postparto, ya que, si persiste el dolor durante 3 meses, algunos autores lo consideran indicativo de dolor crónico (Flink et al.,2009). De esta forma, estos resultados podrían ser uno de los focos de intervención en esta población, debido a la posible cronicidad.

El tipo de parto fue predictor de la intensidad de dolor de parto, estimando que las mujeres que se realizaron una cesárea tuvieron menos dolor de parto que las que tuvieron un parto vaginal. También, el tipo de parto fue predictor de la presencia de dolor en el primer mes postparto, ya que los odds de tener dolor al primer mes postparto de las mujeres que se realizaron una cesárea fueron mayores que los odds de las mujeres que tuvieron un parto vaginal. Por lo tanto, el parto por cesárea estaría relacionado con una menor intensidad de dolor de parto y mayor presencia de dolor al primer mes postparto. Se ha visto en la literatura que en estudios realizados en otros países se ha relacionado el tipo de parto con el dolor postparto (Dehghani, Sharpe & Khatibi, 2014; Eisenach et al., 2008; Munro et al., 2017), existiendo resultados contradictorios respecto a si existiría más dolor con parto vaginal o con parto por cesárea. En este estudio, se podría inferir que las mujeres con parto vaginal reportan más dolor de parto y menor presencia de dolor postparto. Estos resultados pueden haber ocurrido debido a que, en el dolor de parto, las mujeres que se realizaron una cesárea recibieron anestesia (como procedimiento quirúrgico), por lo que en el momento no pudieron sentir la misma intensidad de dolor que las mujeres que tuvieron un parto natural (teniendo en cuenta que este tipo de parto es más largo, ya que se inicia con las contracciones, que también

aportan al dolor). En cambio, es posible que toda la sintomatología que acompaña a un procedimiento quirúrgico, como es el caso de la cesárea, aparezca durante el transcurso del postparto y podría ocasionar la presencia del dolor al mes postparto, a diferencia del parto vaginal. Cabe destacar, que el tipo de parto en la población de este estudio fue un 50% parto vaginal y 50% cesárea. Este dato es relevante, debido a que Chile tiene una alta tasa de cesárea reportada anteriormente (alrededor del 31% en 2008 y un 40% en 2013) (Binfa et al., 2016), siendo mucho más alta que la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (bajo un 15%; Gibbons et al., 2012), lo que podría implicar que es un tema que no ha sido abordado adecuadamente a nivel de política pública, para volver a los estándares recomendados por la OMS. Se podría pensar que uno de los motivos del aumento de la cesárea en Chile estaría ligado con el dolor percibido por las mujeres en el parto, pero sin tomar en cuenta la recuperación postparto, por lo que es un tema que sería interesante de seguir investigando. También podría ser relevante tener en consideración en investigaciones futuras el dolor de parto y postparto de las mujeres que se realizaron una cesárea planificada y/o solicitada en comparación con las que se realizaron una cesárea no planificada o de emergencia, ya que se podría pensar que el dolor percibido por las mujeres con cesárea planificada sería menor que el de las que no tuvieron una cesárea planificada, ya que las primeras podrían saber a qué estarían enfrentándose, mientras que las últimas podrían estar viviendo un trabajo de parto normal antes de ser sometidas a una cesárea, lo que podría implicar una situación más estresante, dolorosa y/o traumática.

La variable primípara/multípara no fue predictor de dolor de parto, presencia e intensidad de dolor postparto en ningún seguimiento. Por lo tanto, en este estudio, el tener un hijo por primera vez o el ya haber sido madre no predice el dolor de parto y postparto. Además, se realizaron pruebas para comparar la variable primípara/multípara con las variables del modelo de miedo-evitación del dolor y las variables relacionadas al dolor. En todas las pruebas realizadas no hay evidencia de diferencias significativas entre grupos (variable primípara/multípara versus variables del modelo miedo-evitación del dolor; variable primípara/multípara versus variables relacionadas al dolor), por lo

que se puede concluir que, en este estudio, el ser madre primeriza o ya tener hijos no es una variable significativa.

Inicialmente, se mencionó que, en la literatura revisada, el catastrofismo es el que más predice dolor postquirúrgico, tanto agudo como crónico, y también fue asociado positivamente con una mayor experiencia de dolor de parto (Flink et al., 2009). En este estudio, el catastrofismo fue la variable con más capacidad predictiva que las otras variables del modelo de miedo-evitación del dolor en la intensidad de dolor de parto, pero no en los seguimientos realizados, que es lo que se esperaba en un comienzo, lo que resulta contradictorio con la literatura. El dolor de parto se ha descrito como severo o extremadamente severo en un 60% de las mujeres primíparas (Flink et al., 2009), por lo tanto, se podría pensar que, si se le agrega la condición de catastrofismo previo al embarazo, es mucho más posible que la intensidad de dolor de parto sea incluso mayor. No obstante, en este estudio, no hay diferencias significativas en el dolor de parto entre las mujeres primíparas y multíparas. Al remitirse al modelo como tal, cuando la persona catastrofiza la experiencia de dolor (en este caso, el dolor de parto), tendería a desarrollar miedo al dolor, generando hipervigilancia y evitación del dolor (Vlaeyen & Linton, 2000). Por lo tanto, lo que se ha planteado es que el pensamiento catastrofista es prerrequisito en la adquisición de comportamientos de evitación (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013), pero en este estudio la evidencia no apoya dicho planteamiento. Aunque también, se podría interpretar el resultado de este estudio viendo el desarrollo de las asociaciones entre predictores y el dolor postparto en su totalidad, pensando en que inicialmente el primer predictor del dolor es el catastrofismo en el parto, y posteriormente, los predictores pasan a ser la hipervigilancia y el miedo al dolor. No obstante, las otras variables del modelo como predictores tampoco son constantes.

Cabe destacar, que las limitaciones de los estudios revisados sobre este tema han tenido muestras generalmente pequeñas y enfatizan en que aún es necesario realizar más investigaciones sobre la asociación del catastrofismo y el dolor postparto agudo y crónico (Flink et al., 2009). Se podría afirmar que la investigación realizada acoge en cierta medida la problemática planteada como limitación anteriormente, al tener una

muestra un poco más grande que los estudios mencionados y, además, estimando la asociación entre el catastrofismo y el dolor postparto agudo y crónico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en este estudio la intensidad de dolor de parto fue evaluado retrospectivamente (un mes postparto), lo que podría implicar que la asociación entre el catastrofismo y el dolor de parto podría haber sido mayor o menor, siendo este tema relevante para tener en consideración en futuras investigaciones.

La hipervigilancia fue la variable con más capacidad predictiva entre las variables del modelo de miedo-evitación del dolor. Esta variable predijo la presencia de dolor en el primer mes postparto y la intensidad del dolor al primer y tercer mes postparto. Anteriormente, se había mencionado que la hipervigilancia ha sido incluida en algunos estudios de dolor postparto, pero que no ha tenido la capacidad predictiva que sí han reportado el catastrofismo y el miedo al dolor en la literatura. No obstante, se encontró un estudio relacionado con el dolor postquirúrgico en hombres (Horn-hofmann et al., 2017), en donde se utilizaban las variables del modelo de miedo-evitación como predictores del dolor después de la cirugía, hipotetizando que el catastrofismo sería la variable de más capacidad predictiva, pero fue la hipervigilancia, al igual que en el presente estudio. En la literatura, se considera que la hipervigilancia existe cuando el individuo intenta detectar continuamente cualquier estímulo o situación que pudiera provocar dolor (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013), enfocando excesivamente la atención en la información relacionada con el dolor a expensas de otra información (Crombez et al., 2005; Lautenbacher et al., 2009). En este estudio, la hipervigilancia es predictor de la intensidad del dolor postparto, por lo que, según se ha mencionado en la literatura, las mujeres que están más pendientes de cualquier estímulo que se relacione con el dolor, tienen tendencia a tener mayor intensidad del dolor. Cabe destacar, que la consecuencia natural de la hipervigilancia corporal es que las señales somatosensoriales se ven "amplificadas", manteniéndose el estado de alerta, lo que fomenta a su vez el miedo (Esteve & Ramírez-Maestre, 2013). Esto podría relacionarse estrechamente con el resultado obtenido acerca de los predictores de la intensidad del dolor al tercer mes

postparto, puesto que en ese seguimiento no sólo se mantiene como predictor la hipervigilancia, sino que también es predictor el miedo al movimiento.

Hubo una variable dependiente para la cual ninguna variable del modelo de miedo-evitación del dolor fue predictor; la presencia del dolor del tercer mes postparto fue predicha sólo por la presencia del dolor en el primer mes postparto. Este resultado es interesante, debido a que en la presencia al tercer mes postparto no hay una asociación con las variables del modelo, mientras que, en la intensidad del dolor al tercer mes postparto, son dos las variables del modelo que la predicen. Esto permite pensar que para que haya presencia de dolor en distintos tiempos de evaluación, tiene que haber presencia de dolor previamente para que se dé esta condición nuevamente, sin que influya otra variable, mientras que en la intensidad del dolor sí influyen otras variables, lo que podría indicar que la configuración de la intensidad del dolor es más compleja y puede variar según las variables asociadas. Sería interesante indagar en investigaciones futuras si hay otras variables que no estén relacionadas con el modelo que sean predictores de la presencia de dolor postparto en mujeres chilenas, como otros factores psicológicos y sociales (estado de ánimo, calidad de vida, redes sociales, etc.).

Cabe mencionar las limitaciones de este estudio. En primer lugar, hubo errores de aplicación de los instrumentos, por lo que no se ingresaron todos los datos en algunos casos. Además, hubo problemas de comunicación con algunas participantes y deserción del estudio, por lo que existieron casos en los que no se logró tener información en los tres tiempos de evaluación, tal como se puede verificar anteriormente. No obstante, se realizaron pruebas para comparar las variables entre seguimientos y verificar que la muestra no estuviera sesgada. En todas las pruebas realizadas no hay evidencia de diferencias significativas entre ambos grupos (quienes continuaron versus quienes no terminaron el estudio) en las variables comparadas, lo que implica que los casos perdidos serían equivalentes a los casos analizados.

En este estudio, se concluye que el modelo de miedo-evitación del dolor no predice el dolor de parto y postparto, sólo las variables por separado lo hacen. Es posible, debido a los resultados, que, en el contexto de dolor de parto y postparto, el

modelo no sea el más adecuado. Sería relevante indagar otras variables que puedan predecir tanto la presencia como la intensidad del dolor de parto y postparto dado a la relevancia del tema, anteriormente explicada. Para esto, habría que investigar qué otras variables se han asociado con el dolor en otros contextos, más allá del modelo de miedo-evitación. Por ejemplo, tal como ya se ha mencionado, el dolor podría asociarse con otros factores psicológicos y/o sociales. También sería interesante que en futuras investigaciones se evaluaran las consecuencias y/o el impacto que tiene el dolor de parto y postparto en los diversos ámbitos de la vida de las mujeres, ya que en este estudio se estima que las mujeres que al tercer mes tienen dolor, podrían tenerlo de forma crónica, por lo que resulta importante saber qué consecuencias podría generar esta condición en las mujeres. De esta forma, se podría tener una perspectiva más amplia de lo que ocurre con las mujeres en torno al dolor de parto y postparto, teniendo en cuenta sus percepciones acerca del dolor desde el embarazo y cómo se desarrolla este desde el parto en adelante. Esto permitiría, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio e investigaciones previas, implementar intervenciones cognitivo conductuales durante el embarazo (Flink et al., 2009; Soares et al., 2013; Sullivan et al., 2001) enfocadas en la prevención del dolor de parto y postparto y de detección de las variables del modelo, de modo que al detectar a las mujeres que puntúen en alguna de las variables, especialmente en hipervigilancia, se les pueda realizar una psicoeducación en torno a lo que esto significa, entregar estrategias de afrontamiento para manejar adecuadamente la situación en torno al dolor de parto y postparto, y establecer un acompañamiento psicológico cuando se estime conveniente, de tal forma que, posteriormente, las mujeres puedan enfrentar el dolor postparto adecuadamente.

Además, podría ser relevante que se pudiera agregar más tiempos de evaluación, de modo que se pueda ver qué curso toman los resultados obtenidos en esta investigación a los seis meses postparto, y al año postparto, por ejemplo. De esta forma, se podría ratificar la condición de dolor crónico en las mujeres que aún presentaban dolor a los tres meses postparto en este estudio, o bien, si esa condición cambió y no fue crónica. Esto permitiría generar nuevas hipótesis en torno al dolor crónico postparto,

puesto que se podría indagar sobre si el dolor después de los tres meses postparto se comporta de igual forma que el dolor crónico en otros contextos.

Referencias

Alappattu, M. J. & Bishop, M. D. (2011). Psychological factors in Chronic Pelvic Pain in women: Relevance and application of the Fear-Avoidance Model of Pain. *Physical Therapy*, *91*(10), 1542–1550. https://doi.org/10.2522/ptj.20100368

Alodaibi, F. A., Fritz, J. M., Thackeray, A., Koppenhaver, S. L. & Hebert, J. J. (2018). The Fear Avoidance Model predicts short-term pain and disability following lumbar disc surgery. *Plos One*, 1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193566

Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, *35*, 53–61. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018

Crombez, G., Van Damme, S. & Eccleston, C. (2005). Hypervigilance to pain: An experimental and clinical analysis. *Pain*, *116*(1–2), 4–7. https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.035

Dehghani, M., Sharpe, L. & Khatibi, A. (2014). Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, *18*(4), 582–589. https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00404.x

Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand, P., Landau, R. & Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth , but not type of delivery , predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, *140*(1), 87–94. https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011

Elgueta, F. y Pietrantoni, P. (2012).Cesárea, una cirugía frecuente a nivel nacional. ¿Es también una causa frecuente de dolor post operatorio crónico importante? Revista Chilena de Anestesia, *41*(3), 202-8. Recuperado de http://revistachilenadeanestesia.cl/cesarea-una-cirugia-frecuente-a-nivel-nacional-es-tambien-una-causa-frecuente-de-dolor-post-operatorio-cronico-importante-un-aspecto-a-considerar/

Esteve, R. & Ramírez-Maestre, C. (2013). Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas. *Revista de Psicología de La Salud*, *1*(nº1), 1–26. https://doi.org/10.1155/2011/494196

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A.E. (2013). Empirical evidence of the validity of the Spanish version of the Pain Vigilance Awareness Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine, 20*(1), 59-68

Flink, I. K., Mroczek, M. Z., Sullivan, M. J. L. & Linton, S. J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery - The role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, *13*(3), 312–316. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.010

Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M. & Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *206*(4), 331.e1-331.e19. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026

Glowacka, M., Rosen, N., Chorney, J., Snelgrove-Clarke, E. & George, R. B. (2014). Prevalence and predictors of genito-pelvic pain in pregnancy and postpartum: The prospective impact of fear avoidance. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(12), 3021–3034. https://doi.org/10.1111/jsm.12675

Gómez-Pérez, L., López-Martínez,A. & Ruiz-Párraga, G. (2011). Psychometric properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *The Journal of Pain*, *12*, 425-435.

Horn-hofmann, C., Scheel, J., Dimova, V., Parthum, A., Carbon, R., Griessinger, N., … Lautenbacher, S. (2017). Prediction of persistent post-operative pain : Pain-specific psychological variables compared with acute post-operative pain and general psychological variables. *European Journal of Pain.* https://doi.org/10.1002/ejp.1115

Jensen, M.P., Turner, P., Romano, J.R. & Fisher, L.D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83, 157–162.

Khan, R. S., Ahmed, K., Blakeway, E., Skapinakis, P., Nihoyannopoulos, L., MacLeod, K., … Athanasiou, T. (2011). Catastrophizing: A predictive factor for postoperative

pain. *American Journal of Surgery*, *201*(1), 122–131. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.02.007

Lautenbacher, S., Huber, C., Kunz, M., Parthum, A., Weber, P. G., Griessinger, N. & Sittl, R. (2009). Hypervigilance as predictor of postoperative acute pain : Its predictive potency compared with experimental pain, *25*(2), 92–100.

Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*(1), 77–94. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9085-0

McWilliams, L. & Asmundson, G. (2007). The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain, 127*, 27-34. 10.1016/j.pain.2006.07.020

Munro, A., George, R. B., Chorney, J., Snelgrove-Clarke, E. & Rosen, N. O. (2017). Prevalence and Predictors of Chronic Pain in Pregnancy and Postpartum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *39*(9), 734–741. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.01.026

Olsson, C. B., Grooten, W. J. A., Nilsson-Wikmar, L., Harms-Ringdahl, K. & Lundberg, M. (2012). Catastrophizing during and after pregnancy: Associations with lumbopelvic pain and postpartum physical ability. *Physical Therapy*, *92*(1), 49–57. https://doi.org/10.2522/ptj.20100293

Ramírez-Maestre, C., Esteve, & R., Ruiz-Párraga, G., Gómez-Pérez, L. & López-Martínez, A. E. (2016). The key role of pain catastrophizing in the disability of patients with acute back pain. https://doi.org/10.1007/s12529-016-9600-9

Soares, A., Couceiro, T., Lima, L., Flores, F., Alcoforado, E. & Filho, R. (2013). Association of pain catastrophizing with the incidence and severity of acute and persistent perineal pain after natural childbirth: longitudinal cohort study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Elsevier)*, *63*(4), 317–321. https://doi.org/10.1016/j.bjane.2012.12.001

Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, K., Martine, M., Bradley, L. &

Lefebvre, J. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophising and pain. *Clinical Journal of Pain*, *17*, 52–64.

Vázquez-Taboada, A.R., Gómez-Pérez, L., Torres-Flores, M.P. & Román, C. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Catastrofismo ante el Dolor (PCS) en una muestra de mus chilenas embarazadas. *VII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud* [ALAPSA], Cali, Colombia.

Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, *85*(3), 317–332. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0

Webb, D., Bloch, J., Coyne, J., Chung, E., Bennett, I. & Culhane, J. F. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *35*(3), 179–187. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00238.x

Wideman, T., Adams, H. & Sullivan, M. (2009). A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. *Pain, 145*, 45-51 http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.04.022

Woolhouse, H., Perlen, S., Gartland, D. & Brown J., S. (2012). Physical Health and Recovery in the First 18 Months Postpartum: Does Cesarean Section Reduce Long-Term Morbidity? *Birth: Issues in Perinatal Care*, *39*(3), 221–229. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00551.x

Anexos

Anexo 1

Pain Catastrophizing Scale (Vázquez-Taboada, A.R., Gómez-Pérez, L., Torres-Flores, M.P. & Román, C., 2016)

Las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolores de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en el que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

Nada	**Un poco**	**Moderadamente**	**Mucho**	**Todo el tiempo**
0	**1**	**2**	**3**	**4**

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupada todo el tiempo pensando si el dolor desaparecerá.	0	1	2	3	4
2. Siento que ya no puedo más.	0	1	2	3	4
3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar.	0	1	2	3	4
4. Es horrible y pienso que esto es más fuerte que yo.	0	1	2	3	4
5. Siento que no puedo soportarlo más.	0	1	2	3	4
6. Temo que el dolor empeore.	0	1	2	3	4
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor.	0	1	2	3	4
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	0	1	2	3	4
9. No puedo apartar el dolor de mi mente.	0	1	2	3	4
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele.	0	1	2	3	4
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor.	0	1	2	3	4
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor.	0	1	2	3	4
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave.	0	1	2	3	4

Anexo 2

Pain vigilance and awareness questionnaire (Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A.E., 2013)

Dígame, en qué grado le pasa a usted las cosas que le voy a ir leyendo cuando siente MOLESTIAS asociadas a su embarazo:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5

1. Soy muy sensible a LAS MOLESTIAS ASOCIADAS CON MI EMBARAZO	0	1	2	3	4	5
2. Me doy cuenta de cambios repentinos en LAS SENSACIONES MOLESTAS ASOCIADAS CON MI EMBARAZO	0	1	2	3	4	5
3. Rápidamente me doy cuenta de cambios en la intensidad DE MIS MOLESTIAS	0	1	2	3	4	5
4. Rápidamente noto los efectos de la medicación.	0	1	2	3	4	5
5. Rápidamente me doy cuenta de cambios en la localización y la extensión de MIS MOLESTIAS.	0	1	2	3	4	5
6. Me centro en las sensaciones MOLESTAS.	0	1	2	3	4	5
7. Me doy cuenta de las MOLESTIAS ASOCIADAS A MI EMBARAZO incluso cuando estoy ocupada en otras actividades.	0	1	2	3	4	5
8. Me resulta fácil ignorar las SENSACIONES MOLESTAS ASOCIADAS A MI EMBARAZO.	0	1	2	3	4	5
9. Sé inmediatamente cuándo empiezan LAS MOLESTIAS y cuando aumentan.	0	1	2	3	4	5
10. Cuando hago algo que sé que aumenta mis MOLESTIAS, lo primero que hago es comprobar cuánto han aumentado las mismas.	0	1	2	3	4	5
11. Sé inmediatamente cuando DISMINUYEN LAS MOLESTIAS.	0	1	2	3	4	5
12. Creo que yo me percato de LAS SENSACIONES MOLESTAS ASOCIADAS A MI EMBARAZO más que otras mujeres embarazadas.	0	1	2	3	4	5
13. Le presto mucha atención las SENSACIONES MOLESTAS QUE SIENTO DURANTE MI EMBARAZO.	0	1	2	3	4	5
14. Estoy pendiente de cuánto ME MOLESTA.	0	1	2	3	4	5
15. LAS MOLESTIAS me llegan a preocupar	0	1	2	3	4	5
16. No me quedo “pegada” pensando en las sensaciones molestas.	0	1	2	3	4	5

Anexo 3

Tampa Scale for Kinesiophobia (Gómez-Pérez, López-Martínez y Ruiz-Párraga, 2011)

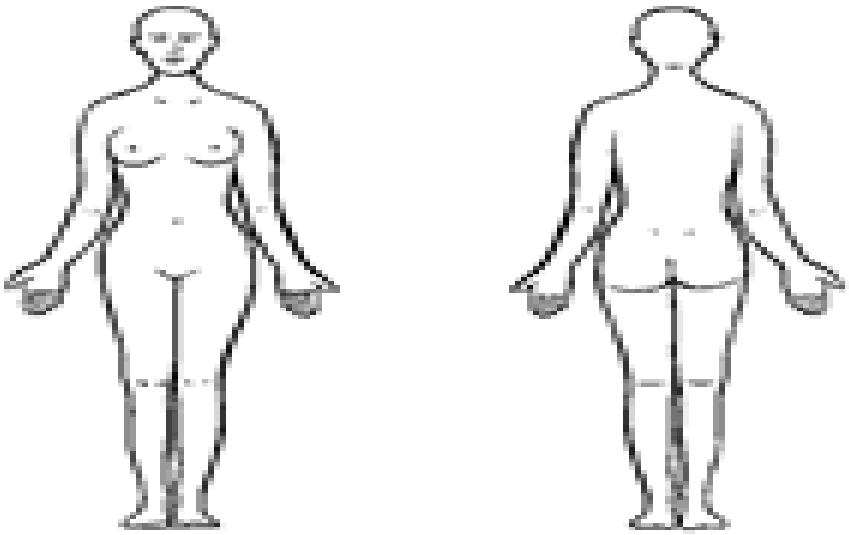
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

1. Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.	1	2	3	4
2. Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	1	2	3	4
3. Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	1	2	3	4
4. Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	1	2	3	4
5. Tengo miedo a lesionarme sin querer.	1	2	3	4
6. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	1	2	3	4
7. No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	1	2	3	4
8. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.	1	2	3	4
9. No es seguro para una persona con mi enfermedad (embarazo) hacer actividades físicas.	1	2	3	4
10. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	1	2	3	4
11. Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	1	2	3	4

Anexo 4

Presencia de dolor

¿Me puede indicar en qué zonas de su cuerpo ha tenido usted dolor en la última semana? Por favor, sombree las áreas dónde usted haya tenido dolor y ponga una X en la zona que más le ha dolido.



Anexo 5

Intensidad de dolor (Jensen, M.P., Turner, P., Romano, J.R. & Fisher, L.D., 1999)

Indique por favor de 0 a 10 (siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor posible) cuánto dolor siente o ha sentido Ud. en cada uno de los momentos que se indica:

AHORA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Peor dolor Posible**

EL PEOR DOLOR EN LA ÚLTIMA SEMANA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Peor dolor Posible**

EL DOLOR MÁS LEVE EN LA ÚLTIMA SEMANA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Peor dolor Posible**

EL DOLOR PROMEDIO EN LA ÚLTIMA SEMANA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nada **Peor dolor Posible**