



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**Sostenibilidad del cambio: Impacto
de los grupos de pares en el bienestar
y adherencia al ejercicio tras
programa en dolor crónico.**

Claudia Sánchez Miguel

Tutor/a: Agustín Mayo Íscar

Cotutor/a: Teodora Encinas Martín

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico afecta al 25,9% de la población española y constituye un desafío sanitario con múltiples dimensiones: física, psicológica y socioeconómica. Su abordaje requiere estrategias, como PNE y ET, que han demostrado mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, los beneficios de estas intervenciones tienden a disminuir si no se mantienen a lo largo del tiempo, lo que plantea la necesidad de alternativas que permitan sostener sus efectos positivos. Los grupos de pares autogestionados surgen como una estrategia relevante tras la finalización de los programas estructurados. Estos grupos, formados espontáneamente por los propios participantes, ofrecen un espacio de apoyo emocional y social, favoreciendo la continuidad en la práctica del ejercicio y el refuerzo de los conocimientos adquiridos. Es por ello, la importancia de investigar el papel de los grupos de pares autogestionados en la sostenibilidad de los resultados obtenidos con PNE y ET. Analizar su funcionamiento y su impacto permitirá optimizar las intervenciones comunitarias, promoviendo modelos de atención más inclusivos y sostenibles para las personas que viven con dolor crónico.

Objetivo: Evaluar el impacto de la participación en grupos de pares tras un programa de PNE y ET sobre el bienestar multidimensional, la adherencia y la satisfacción con el manejo del dolor en pacientes crónicos.

Metodología: Estudio observacional con seguimiento temporal en 22 grupos autogestionados de Castilla y León. Se analizaron variables mediante cuestionarios validados postintervención, incluyendo escalas de bienestar (SF-12 Health Survey), adherencia y satisfacción grupal.

Conclusiones: Los grupos de pares autogestionados demostraron ser un complemento efectivo para sostener beneficios de programas estructurados en dolor crónico. Su impacto se manifiesta en bienestar psicosocial mantenido, mayor adherencia al ejercicio mediante motivación colectiva, y satisfacción vinculada a la autogestión. Estos hallazgos respaldan su integración en modelos sanitarios como estrategia costo-efectiva, reduciendo la dependencia de servicios clínicos y fomentando resiliencia comunitaria.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain affects 25.9% of the Spanish population and represents a multidimensional healthcare challenge with physical, psychological, and socioeconomic impacts. Its management requires strategies such as pain neuroscience education (PNE) and therapeutic exercise (TE), which have been shown to improve patients' functionality and quality of life. However, the benefits of these interventions tend to decrease if not sustained over time, highlighting the need for alternatives that help maintain their positive effects. Self-managed peer groups have emerged as a relevant post-intervention strategy. Formed spontaneously by participants after completing structured programs, these groups provide emotional and social support, encourage ongoing exercise practice, and reinforce acquired knowledge. Therefore, it is important to investigate the role of self-managed peer groups in sustaining the results achieved through PNE and TE. Analyzing their functioning and impact will help optimize community interventions, promoting more inclusive and sustainable care models for people living with chronic pain.

Objective: To evaluate the impact of participating in peer groups after a PNE and TE program on multidimensional well-being, adherence, and satisfaction with pain management in chronic pain patients.

Methodology: This is an observational study with longitudinal follow-up in 22 self-managed groups across Castilla y León. Variables were analyzed using validated post-intervention questionnaires, including well-being scales (SF-12 Health Survey), adherence, and group satisfaction.

Conclusions: Self-managed peer groups proved to be an effective complement for sustaining the benefits of structured chronic pain programs. Their impact is evident in maintained psychosocial well-being, greater adherence to exercise through collective motivation, and satisfaction linked to self-management. These findings support their integration into healthcare models as a cost-effective strategy, reducing reliance on clinical services and fostering community resilience.

Índice de contenidos

1.MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO.	2
1.2 PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO.....	3
1.3 IMPACTO SOCIOECONÓMICO	4
1.4 LA COMPLEJIDAD DEL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO.	5
1.5 EVIDENCIA SOBRE LA EDUCACIÓN EN NEUROCIENCIA DEL DOLOR Y LE EJERCICIO TERAPÉUTICO..	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
3. HIPOTESIS.....	10
4. OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GENERAL:	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	11
5. MATERIAL Y METODOS	12
5.1. DISEÑO	12
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	12
5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	12
5.4. DURACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.	13
5.5 PROCEDIMIENTO.....	13
5.6 CRONOGRAMA.	13
5. 7. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	14
5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	16
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.	17
5.10 RECURSOS.	17
5.10.1 Recursos humanos.	17
5.10.2. Recursos materiales.....	17
5.10.3. Espacios físicos.....	18
5.11 PRESUPUESTO.	18
6. RESULTADOS.....	19
7.LIMITACIONES Y FORTALEZAS	20
7.1 DEBILIDADES DEL PROYECTO.....	20
7.2 FORTALEZAS DEL PROYECTO	20

8. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
9. FUTURA LINEA DE INVESTIGACIÓN	21
10. CONCLUSIONES.....	23
11. BIBLIOGRAFIA.....	24
12. ANEXOS.....	27
ANEXO I. <i>HOJA DE REGISTRO</i>	27
ANEXO II. <i>DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.</i>	28
ANEXO III. <i>CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 v2.</i>	29
ANEXO IV. <i>SATISFACCIÓN EN EL GRUPO DE PARES.</i>	33
ANEXO V. <i>ENCUESTA DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS.</i>	34

Índice de tablas

Tabla 1: Pregunta PICOT.....	10
Tabla 2: Cronograma.....	14

Abreviaturas

PIB: Producto Interior Bruto

PNE: Educación en Neurociencia del Dolor

ET: Ejercicio Terapéutico.

1.Marco teórico.

1.1 Contextualización del dolor crónico.

El dolor crónico representa uno de los mayores desafíos sanitarios en la actualidad, constituyendo un problema de salud pública con profundas implicaciones tanto para quienes lo padecen como para los sistemas sanitarios.

El dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial"(1). Esta definición refleja la naturaleza multidimensional del dolor, que trasciende lo meramente físico para abarcar aspectos emocionales, cognitivos y conductuales (1,2). No se trata exclusivamente de un fenómeno nociceptivo, ya que su origen no siempre reside en un daño tisular concreto.

El dolor puede clasificarse atendiendo a diversos criterios como su duración, patogenia e intensidad (3). Según su duración, se distingue entre dolor agudo y crónico (3). El dolor agudo cumple una función adaptativa como sistema de alerta ante posibles daños, está limitado en el tiempo y su intensidad se relaciona directamente con el estímulo que lo provoca. Por otra parte, el dolor crónico se caracteriza por persistir durante 3 meses o más desde su aparición, pudiendo experimentarse incluso en ausencia de daño tisular como resultado de una actividad anormal en el sistema nervioso (3).

Atendiendo a su origen y patología subyacente, el dolor se clasifica en:

1. **Dolor nociceptivo:** originado por daños en los tejidos que desencadenan estímulos dolorosos. Dentro de esta categoría se incluye el dolor musculoesquelético (como la fibromialgia o el dolor lumbar), inflamatorio (artritis reumatoide) o mecánico (3).
2. **Dolor neuropático:** causado por lesiones o disfunciones del sistema nervioso, pudiendo ser central o periférico según la localización del daño. Se caracteriza por sensaciones punzantes o lacerantes, frecuentemente acompañadas de parestesias y disestesias (3).
3. **Dolor psicógeno:** originado por diversos procesos mentales, sin un factor fisiológico inmediato que lo desencadene. Ejemplos comunes incluyen las

migrañas crónicas o ciertos dolores abdominales (3).

4. **Dolor mixto:** presenta simultáneamente componentes nociceptivos y neuropáticos, lo que añade complejidad a su abordaje terapéutico (3).

Es importante señalar que un dolor que se cronifica pierde su función protectora y se transforma en la propia enfermedad o en un componente más significativo de ella, pudiendo persistir incluso tras la desaparición del factor desencadenante original (3).

1.2 Prevalencia del dolor crónico.

El dolor crónico afecta a más del 20% de la población mundial. En el "Barómetro del Dolor Crónico en España 2022", elaborado por la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, la prevalencia del dolor crónico en España alcanza el 25,9 % de la población, afecta en mayor medida a las mujeres (30,5 %) en comparación con los hombres (21,3 %). Su incidencia es más elevada en personas de entre 55 y 75 años, con una prevalencia del 30,6 % (4).

Sin embargo, en Castilla y León es del 23,1%, donde las mujeres también presentan una mayor prevalencia (27,8%) en comparación con los hombres (18,4%) (5). La causa diagnóstica más común es el dolor lumbar, reportado por el 58,3% de los pacientes, seguido de contracturas musculares (50,6%) y dolor cervical (46,2%) (4). EL 70,2% de las personas que padecen dolor crónico en Castilla y León sufren trastornos del sueño, lo que puede afectar negativamente su calidad de vida y rendimiento laboral. Además, el 19,2% de los afectados ha requerido una baja laboral en el último año, con una duración media de 4,7 meses. Dado su alto impacto en la calidad de vida de los afectados, el informe subraya la importancia de considerar el dolor crónico como una prioridad en la agenda sanitaria de la Comunidad (4).

Análisis de situación del impacto
del dolor crónico en Castilla y León
Barómetro del dolor crónico en España 2022

Fundación GRÜENTHAL España
Dolor
FUENTE: Fundación Grünenthal y Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz

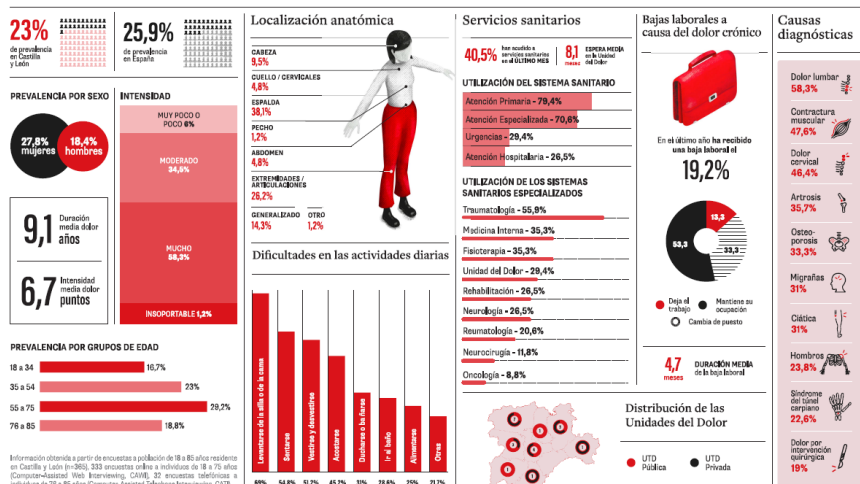


Imagen 1: Infografía con datos del análisis de situación del impacto del dolor en Castilla y León.
Fuente: Fundación Grünenthal.

El dolor crónico genera un impacto profundamente negativo tanto a nivel individual como colectivo. Para los pacientes, supone un deterioro significativo de su calidad de vida, dificultando el desempeño de actividades cotidianas, profesionales y físicas. No se limita a las repercusiones físicas, sino que frecuentemente conlleva complicaciones psicológicas y sociales que añaden mayor sufrimiento a la experiencia del paciente.

1.3 Impacto socioeconómico

Desde una perspectiva económica, el dolor crónico representa una considerable carga para los sistemas sanitarios. En 2014, se estimaron unos gastos sanitarios derivados de esta patología de aproximadamente 16.000 millones de euros anuales en España, lo que equivale a alrededor del 2,5% del PIB del país (2, 3).

Los costes asociados al dolor crónico pueden clasificarse en dos categorías:

- **Costes directos:** derivados de la atención sanitaria que reciben los pacientes, incluyendo consultas médicas, tratamientos farmacológicos, terapias complementarias, hospitalizaciones y pruebas diagnósticas (3).
- **Costes indirectos:** resultan de la incapacidad laboral que la enfermedad produce en los pacientes, manifestándose en absentismo laboral, pérdida

de productividad, jubilaciones anticipadas y necesidad de cuidadores (3).

El progresivo envejecimiento de la población española sugiere un probable incremento en la prevalencia del dolor crónico en las próximas décadas, lo que podría intensificar aún más su impacto socioeconómico (2).

1.4 La complejidad del manejo del dolor crónico.

El abordaje del dolor crónico presenta notables desafíos para los profesionales sanitarios y los sistemas de salud. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinar que integre diversas especialidades como enfermería, fisioterapia, psicoterapia, rehabilitación, cirugía, procedimientos invasivos y farmacología (6).

La coordinación entre los servicios de atención primaria y especializada resulta fundamental para garantizar una atención integral al paciente (7). Sin embargo, esta coordinación no siempre es óptima, lo que puede comprometer la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Una de las principales dificultades en el manejo del dolor crónico radica en el hecho de que el tratamiento farmacológico exclusivo generalmente no resuelve todos los síntomas asociados (3). Por tanto, el enfoque terapéutico debe orientarse a disminuir la intensidad del dolor, mejorar la funcionalidad del paciente y fortalecer su capacidad para afrontar el dolor. La farmacoterapia debe implementarse de manera individualizada y escalonada, considerando las comorbilidades de cada paciente y su historial de tratamientos previos (3).

La naturaleza multifactorial del dolor crónico, su tendencia a la cronificación y la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas subrayan la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas que atiendan las necesidades específicas de cada paciente, lo que representa un desafío adicional para los profesionales sanitarios (2, 3).

La complejidad del manejo a largo plazo también se relaciona con la adherencia terapéutica, los efectos secundarios de los tratamientos prolongados y las expectativas de los pacientes, factores que pueden condicionar significativamente los resultados de las intervenciones.

1.5 Evidencia sobre la educación en neurociencia del dolor y le ejercicio terapéutico.

La PNE y el ET han emergido como enfoques clave en el manejo del dolor crónico, ofreciendo alternativas no farmacológicas que mejoran la función, reducen el dolor y elevan la calidad de vida de los pacientes (8,10).

La PNE busca reconfigurar la percepción del dolor en los pacientes mediante la comprensión de los procesos neurofisiológicos involucrados. Esta intervención ha demostrado ser efectiva en la reducción de la intensidad del dolor, la discapacidad y la kinesiophobia en el corto plazo. Sin embargo, sus efectos tienden a disminuir con el tiempo si no se combinan con otras terapias (8,11).

En un estudio realizado por la Universidad de Valladolid, se implementó un programa que combinaba PNE con ejercicio físico en pacientes con dolor crónico musculoesquelético (9). Los resultados mostraron mejoras significativas en la calidad de vida, funcionalidad y reducción del dolor, con una disminución en el consumo de fármacos. Notablemente, tres cuartas partes de los participantes alcanzaron niveles de calidad de vida comparables a los de la población general de su misma edad y género.

El ET, adaptado a las necesidades individuales de los pacientes, ha demostrado ser una herramienta eficaz en el tratamiento del dolor crónico (8,11). Además de mejorar la función física, el ejercicio contribuye a la reducción del dolor y la discapacidad, y tiene efectos positivos en la salud mental, como la disminución de la ansiedad y la depresión. La combinación de ET con PNE potencia estos beneficios, ofreciendo mejoras sostenidas a largo plazo (8,11).

Un enfoque integral que incluya tanto PNE como ET se alinea con el modelo biopsicosocial del dolor, abordando no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y sociales que influyen en la experiencia del dolor (10,12).

En resumen, la integración de la educación en neurociencia del dolor y el ejercicio terapéutico representa una estrategia efectiva y sostenible para el manejo del dolor crónico, promoviendo mejoras en la función, la reducción del dolor y una mejor calidad de vida para los pacientes.

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico es una condición compleja que exige un abordaje integral, considerando no solo los factores biológicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales y la interacción con el entorno (3). Diversos estudios han demostrado que la combinación de ejercicio terapéutico junto con la educación en ciencias del dolor resulta más eficaz que la aplicación de estas estrategias de manera aislada, ya que favorece la autogestión y mejora el bienestar general de las personas afectadas (9).

En este contexto, los programas grupales de afrontamiento adquieren un papel relevante, pues facilitan la adherencia al tratamiento y proporcionan un valioso apoyo emocional (12,13). Estos espacios promueven la empatía, reducen el aislamiento social y fortalecen las redes de apoyo entre los participantes (14).

Un estudio realizado en el Reino Unido evidenció que los grupos de apoyo entre iguales, gestionados sin la intervención directa de profesionales sanitarios, pueden potenciar la autonomía y la recuperación social de los pacientes (14). Sin embargo, también se observó que no todos los participantes lograron beneficiarse de igual manera, lo que resalta la importancia de crear espacios inclusivos y adaptados a las necesidades individuales (14). Aun así, estos grupos representan una estrategia social efectiva y de bajo coste, que contribuye a mejorar la autogestión del dolor y a reducir la dependencia de los servicios de salud (11,13).

Desde una perspectiva comunitaria, se plantea la necesidad de desarrollar recursos y proyectos adaptados a cada territorio, como asociaciones de pacientes y grupos de pares, que fomenten la participación activa, el apoyo mutuo y el desarrollo de habilidades para el manejo del dolor (10,11). Estas iniciativas refuerzan los vínculos sociales, promueven el diálogo y la colaboración con otras entidades, y contribuyen a la construcción de un modelo de atención más inclusivo y sostenible (15). Así, los grupos de pares y las asociaciones de pacientes se consolidan como alternativas innovadoras y costo-efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas con dolor crónico y promover un cambio cultural en su abordaje (11,12).

La formación de estos grupos de pares suele darse de manera espontánea tras finalizar un programa de afrontamiento activo del dolor (14). Los participantes deciden, voluntariamente, continuar reuniéndose, ya sea integrándose en grupos existentes o creando nuevos en centros cívicos. Estos grupos son autogestionados, aunque en ocasiones cuentan con la orientación de miembros más experimentados, y están formados exclusivamente por personas que han recibido la formación específica en la unidad de Afrontamiento Activo del Dolor (14).

Además de las reuniones presenciales, la comunicación y el apoyo se refuerzan a través de grupos de WhatsApp, que permiten el intercambio de información y el acompañamiento continuo (14). Actualmente, existen 22 grupos activos en centros cívicos tanto urbanos como rurales, con horarios flexibles a lo largo de la semana para facilitar la participación.

Las actividades que se desarrollan en estos grupos replican lo aprendido junto a los fisioterapeutas y enfermería, pero también se convierten en espacios sociales y emocionales donde los miembros comparten experiencias, preocupaciones y momentos de convivencia, como tomar café o conversar por mensajería. Estos grupos responden a la necesidad de continuar desarrollando habilidades para afrontar el dolor en todas sus dimensiones y fomentan un rol activo y participativo, incorporando nuevas actividades, como el baile, que enriquecen la experiencia grupal. De este modo, se consolidan como verdaderas comunidades de apoyo mutuo, integradas en centros de participación ciudadana y asociaciones.

Cabe destacar que la formación espontánea de estos grupos de apoyo entre pares tras intervenciones estructuradas para el dolor crónico es un fenómeno emergente de gran relevancia clínica, aunque todavía poco explorado desde una perspectiva metodológica rigurosa. La evidencia sugiere que estos procesos autoorganizados pueden ser clave para la sostenibilidad de los beneficios terapéuticos a largo plazo, aunque aún se desconoce en profundidad su dinámica interna y sus efectos sostenidos en el tiempo (2,4,13).

Por todo lo expuesto, considero fundamental llevar a cabo esta investigación

para profundizar en el conocimiento sobre la formación espontánea y el funcionamiento de los grupos de pares autogestionados tras un programa de afrontamiento activo del dolor crónico. La evidencia actual señala que estos grupos pueden desempeñar un papel crucial en la sostenibilidad de los beneficios terapéuticos y en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas, pero existen importantes lagunas en cuanto a su dinámica interna, su impacto a largo plazo y los factores que favorecen su éxito o limitan su efectividad (2,4,13). Comprender estos procesos permitirá optimizar las intervenciones comunitarias, promover modelos de apoyo más inclusivos y sostenibles, y contribuir al desarrollo de estrategias innovadoras y costo-efectivas para el abordaje del dolor crónico.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación que se plantea en este estudio es ¿Cuál es el impacto de la participación continua en grupos de pares, formados tras un programa de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico terapéutico, sobre el bienestar, la satisfacción con el grupo y la adherencia al ejercicio terapéutico y al grupo en personas con dolor crónico?

En la Tabla (1) se presenta el esquema PICOT planteado a partir de la pregunta de investigación:

Tabla (1). Pregunta PICOT. Fuente: elaboración propia.

P (paciente)	Personas adultas con diagnóstico de dolor crónico (≥ 6 meses), que han completado un programa de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico terapéutico.
I (intervención)	Participación continua en grupos de pares autogestionados tras la finalización del programa.
C (comparación)	No participación en grupos de pares o baja participación (asistencia irregular o nula).
R (resultados/outcomes)	Bienestar (físico, psicológico y social), satisfacción con el manejo del dolor, adherencia al ejercicio terapéutico, satisfacción con el grupo, cohesión grupal.
T (tiempo)	Seguimiento longitudinal (mínimo un año tras la intervención).

3. HIPOTESIS

Se espera que la formación y la participación continua en grupos de pares, posterior a un programa de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico terapéutico, promueva una evolución positiva del bienestar, una mayor satisfacción con las actividades del grupo y una adherencia sostenida al ejercicio terapéutico en personas con dolor crónico a lo largo del tiempo.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Determinar si la participación en grupos de pares post-intervención en un programa de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico terapéutico se asocia con el bienestar personal, físico, psicológico y social con el grupo a lo largo del tiempo.

4.2 Objetivos Específicos:

1. Medir los niveles de bienestar (físico, psicológico y social) entre participantes que continúan en grupos de pares.
2. Evaluar la satisfacción en el manejo del dolor y del grupo entre los participantes.
3. Determinar el nivel de adherencia al ejercicio terapéutico en los grupos.

5. MATERIAL Y METODOS

5.1. Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte longitudinal.

5.2. Población y muestra

La población objeto de estudio está conformada por las 408 personas de los 26 grupos de pares formados actualmente a lo largo de los años. La muestra de 178 individuos se elegirá aleatoriamente de los individuos disponibles, respondiendo a una encuesta diseñada para evaluar su nivel de bienestar y satisfacción con estos grupos una vez finalizado el programa de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico terapéutico.

La inclusión de 178 individuos permitiría detectar mejorías en las escalas correspondientes a las variables dependientes correspondientes a un tamaño del efecto del 33% con una confianza del 95%.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Personas adultas diagnosticadas con dolor crónico con una duración mínima de seis meses.
- Personas que hayan completado un programa estructurado de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico terapéutico.

Criterios de Exclusión

- Personas con condiciones médicas o psicológicas que puedan interferir significativamente en su capacidad para participar o realizar ejercicios terapéuticos.
- Pacientes en cuidados paliativos.
- Participantes del programa que:
 - No deseen formar parte del proyecto de investigación.
 - No hayan respondido a las encuestas requeridas.

- No hayan registrado su asistencia en los grupos pares.

5.4. Duración del proyecto de investigación.

La intervención se llevará a cabo desde octubre de 2025 a mayo de 2026. Se proporcionará toda la información a todos los grupos pares para posteriormente desarrollar el proyecto con el registro de asistencia y las encuestas a lo largo de estos meses. Tras recoger todos los datos obtenidos en el mes de mayo de 2026, se interpretarán y procederemos a hacer el análisis estadístico y los resultados. Por lo que la duración total del programa será de 10 meses.

5.5 Procedimiento.

Se contactará con los grupos pares para presentar el proyecto y obtener el consentimiento necesario para su desarrollo. Además de proporcionarles las encuestas online o en papel si lo prefieren. Es importante destacar que cada responsable del grupo será el encargado en registrar la asistencia de los participantes.

5.6 Cronograma.

A continuación, se muestra el cronograma del desarrollo del proyecto de investigación.

Tabla (2). Cronograma. Fuente: elaboración propia.

ACTIVIDADES	Busqueda bibliografía.	Aprobación del comite Etico.	Entrega y firma del consentimiento informado.	Recolección de datos.	Análisis de los datos.
ENERO A MAYO 25					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					

5. 7. Variables e Instrumentos de Medición.

Variables independientes

Como variables independientes, se definen las siguientes variables sociodemográficas:

- **Género:** hombre/mujer.
- **Edad.**
- **Si participa en más de un grupo de iguales:** Sí/No.
- **Si vive solo o no.**
- **Medicación para el dolor:** No toma / Toma menos / Toma más.
- **Barreras que tienen para asistir a las reuniones:** Falta de tiempo / Problemas de transporte / Dolor o malestar físico / Otro.

Para la recogida de estos datos, se ha elaborado un forms (*Anexo IV*). Esta encuesta será cumplimentada por todos los pacientes de cada grupo de pares durante la primera sesión del curso escolar. Independientemente de proporcionarla a todos los grupos a través de los representantes en formato papel también se enviará el forms por correo electrónico a todos los pacientes que puedan responderla de manera online. Posteriormente, la información obtenida se registrará en una base de datos Excel para su posterior análisis estadístico, asegurando en todo momento su confidencialidad.

Otra variable independiente es el nivel de Participación en el Grupo de Pares. Como instrumento de medida, se recogerá la frecuencia de asistencia a las sesiones del grupo durante el curso escolar (de octubre a mayo) en una hoja de registro (*Anexo I*). Después, la información obtenida se recogerá en una base de datos Excel para su posterior análisis. Los participantes serán clasificados en tres categorías:

- **Baja Participación:** Asistencia irregular o infrecuente (menos del 50% de las sesiones).
- **Participación Moderada:** Asistencia regular (entre el 50% y el 80% de las sesiones).
- **Alta Participación:** Asistencia constante y activa (más del 80% de las

sesiones).

Variables dependientes

- **Nivel de bienestar (físico, psicológico y social) entre participantes que continúan en grupos de pares:** evaluado numéricamente mediante el resultado del cuestionario SF-12 Health Survey (16) (*Anexo III*).

Como instrumento de medida, se utilizará el cuestionario SF-12 Health Survey (13) (*Anexo III*). El SF-12 Health Survey es un cuestionario breve compuesto por **12 ítems** que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, dividiéndose en dos dimensiones principales: el **componente físico (PCS)** y el **componente mental (MCS)**. Los ítems cubren aspectos como el estado general de salud, limitaciones físicas y emocionales para realizar actividades cotidianas, dolor corporal, energía/fatiga, salud mental, función social y problemas emocionales. La respuesta a cada ítem se presenta en una escala Likert de 1 a 5, haciendo referencia a la frecuencia con la que ocurre cada afirmación en la vida del individuo. Las respuestas se combinan y transforman para generar dos puntuaciones (PCS y MCS), que suelen estandarizarse con una media de **50** y una desviación estándar de **10** respecto a la población general. Una puntuación más alta indica mejor salud física o mental, mientras que una más baja refleja mayores limitaciones o peor estado de salud (17).

La escala será cumplimentada por los grupos de pares, en las últimas sesiones del curso escolar.

La última variable dependiente es **el Nivel de Satisfacción con el Grupo de Pares:** Este cuestionario (*Anexo IV*) es de elaboración propia y está diseñado para que los profesionales de la salud evalúen la participación de pacientes con dolor crónico en grupos de apoyo o programas de automanejo. Su propósito es monitorear el nivel de compromiso, identificar posibles barreras y planificar intervenciones complementarias según sea necesario. Para la persona participante, el cuestionario presenta afirmaciones relacionadas con su experiencia reciente en el grupo de apoyo; se debe seleccionar la opción que mejor refleje dicha experiencia. Las respuestas se califican en una escala de

Liker de 0 a 4, donde 0 significa "nada" y 4 "totalmente", pasando por "un poco", "moderadamente" y "mucho". La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de todos los ítems (con un rango de 0 a 48), interpretándose como sigue: 0–16 indica una participación baja, 17–32 participación moderada y 33–48 participación alta.

La escala será cumplimentada por los grupos de pares, en las últimas sesiones del curso escolar.

5.8 Análisis estadístico.

Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas y las variables categóricas con porcentajes. Se obtendrán intervalos de confianza al 95% para las correspondientes medias y porcentajes poblacionales. Se contrastará la igualdad de medias en las escalas utilizadas para medir las variables dependientes para diferentes grupos determinados por variables explicativas, o por categorizaciones de las mismas, utilizando la t de Student cuando estos estén definidos por dos niveles y utilizando el análisis de la varianza cuando lo estén por tres niveles o más. En este último caso se aplicarán las comparaciones post-hoc debidas a Tukey para testear la igualdad de respuesta en pares de grupos controlando el error de tipo I global. Representaremos la respuesta observada en las escalas en relación con las variables explicativas o versiones categorizadas de las mismas con diagramas de cajas. Crearemos versiones binarias de cada una de las escalas y una variable binaria global que capture el éxito de la terapia. Ajustaremos modelos de regresión logística para explicar estas versiones binarias en función de las variables explicativas. Ello permitirá obtener factores relacionados con el éxito parcial en cada una de las escalas por separado y con el éxito definido de forma global. Como subproducto del ajuste de estos modelos se obtendrán reglas predictivas que permitirán identificar tipologías de individuos que se beneficiarán en mayor medida de esta terapia. Se evaluará la capacidad predictiva de estas reglas de clasificación utilizando la sensibilidad y la especificidad. Se considerarán como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05. Los análisis estadísticos se llevarán a cabo utilizando el paquete estadístico

SPSS versión 29.

5.9 Consideraciones éticas.

Se les notificará a los participantes, con antelación al inicio de la encuesta, que su colaboración será voluntaria, no sujeta a compensación económica y que sus respuestas serían tratadas de forma anónima. Los datos recopilados se utilizarían exclusivamente para los fines de este estudio, manteniéndose bajo estricta confidencialidad hasta su eventual publicación.

El cuestionario incorporará en su pantalla inicial una declaración de consentimiento informado, la cual debía ser aceptada expresamente para avanzar en el proceso de respuesta. (Anexo II).

El estudio se ajustará a los siguientes marcos normativos y éticos:

- **Ley Orgánica 3/2018** (Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales), publicada en el BOE número 294 del 6 de diciembre de 2018.
- **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial, incluyendo sus actualizaciones posteriores.

Para garantizar el rigor ético, se pedirá la aprobación formal del **Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm)** de las Áreas de Salud de Valladolid. Asimismo, se contará con la autorización del **Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid** como respaldo institucional adicional.

5.10 Recursos.

5.10.1 Recursos humanos.

- Investigador principal
- Enfermera Familiar y comunitaria especialista en Dolor crónico que forma parte del programa de neurociencia del dolor.
- Participantes del programa que participen en los grupos pares.

5.10.2. Recursos materiales.

- Folios, bolígrafos, material para las sesiones (gomas, pelotas, globos).
- Documentos para entregar a los participantes.

5.10.3. Espacios físicos.

Las salas o espacios que nos proporcionan los ayuntamientos rurales, centro cívicos o comunidades de vecinos sin coste.

5.11 Presupuesto.

Coste estimado del material para las sesiones (gomas, pelotas, globos) además del coste de los consentimientos o encuestas proporcionadas a los pacientes.

6. RESULTADOS

Debido a que el presente trabajo es un diseño de proyecto de investigación, no se podrán conocer los resultados hasta la puesta en marcha y realización de dicha investigación. Sin embargo, se presentan los resultados esperados basados en el marco teórico del estudio, la evidencia científica disponible y los hallazgos de investigaciones similares citadas.

El análisis y el diseño metodológico del estudio sugiere que la participación en grupos de pares podría generar mejoras sostenidas en múltiples dimensiones del manejo del dolor crónico. Los resultados esperados se alinean con mecanismos biopsicosociales documentados en intervenciones grupales, donde la combinación de apoyo social, refuerzo conductual y mantenimiento de estrategias de afrontamiento juega un papel central. (12,13)

Se anticipan incrementos significativos en medidas de calidad de vida relacionada con la salud, particularmente en dominios emocionales y sociales.

7.LIMITACIONES Y FORTALEZAS

7.1 Debilidades del proyecto.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es la formación espontánea de los grupos tras la intervención inicial ya que genera variabilidad en su organización, frecuencia de reuniones y metodologías de trabajo. Esta falta de estandarización dificulta la comparación sistemática entre grupos y la replicabilidad del modelo en otros contextos geográficos o culturales. Por ejemplo, mientras algunos grupos urbanos mantienen reuniones semanales estructuradas, los rurales enfrentan desafíos logísticos que reducen su regularidad. Esta disparidad compromete la generalización de resultados y la validación científica del enfoque. Otra limitación relevante es la dependencia de la automotivación de los participantes debido a que el proyecto carece de mecanismos institucionales claros para sostener el compromiso a largo plazo. Esta limitación podría exacerbar las tasas de abandono, especialmente en zonas rurales con acceso limitado a centros de reunión (18). La ausencia de protocolos para reactivar la participación o integrar nuevos miembros debilita la continuidad de los beneficios terapéuticos.

Por último, el estudio se basa predominantemente en autoevaluaciones subjetivas, como registros de cumplimiento autodeclarados y escalas de bienestar validadas. Aunque herramientas como el "Barómetro del Dolor Crónico en España 2022" aportan datos contextuales, la falta de biomarcadores objetivos (p. ej., marcadores inflamatorios o mediciones de movilidad) impide una triangulación robusta de datos (18). Este enfoque introduce riesgos de sesgo, como la deseabilidad social, donde los participantes podrían reportar mejorías ficticias para satisfacer expectativas. (18).

7.2 Fortalezas del proyecto

Una de las fortalezas principales es la integración Comunitaria y Uso de Infraestructuras Existentes, los 22 grupos activos en centros cívicos urbanos y rurales aprovechan infraestructuras locales, reduciendo costos operativos y mejorando la accesibilidad. Esta estrategia se alinea con modelos de salud pública que priorizan la apropiación comunitaria de intervenciones, tal como se

observa en experiencias similares en unidades hospitalarias. Al utilizar espacios ya consolidados, el proyecto facilita la participación continua sin depender de recursos sanitarios adicionales. Otra fortaleza a tener en cuenta es la combinación de reuniones presenciales y grupos de WhatsApp ya que permite superar barreras geográficas y temporales. La comunicación digital no solo refuerza el apoyo emocional, sino que también facilita el intercambio de recursos educativos y recordatorios para la adherencia al ejercicio terapéutico.

8. FUTURA LINEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio destaca el valor añadido que los grupos de pares autogestionados pueden aportar a la sostenibilidad de los beneficios logrados tras un programa estructurado de educación en neurociencia del dolor y ejercicio terapéutico en personas con dolor crónico. No obstante, la formación espontánea y el funcionamiento de estos grupos siguen siendo aspectos poco explorados desde una perspectiva metodológica rigurosa. Una línea de investigación futura relevante sería el análisis longitudinal y comparativo de los factores que determinan el éxito, la sostenibilidad y la eficacia de los grupos de pares en diferentes contextos sociodemográficos y sanitarios, lo que permitiría responder a cuestiones clave como qué características grupales (tamaño, frecuencia de reuniones, liderazgo, tipo de actividades) se asocian con mejores resultados en bienestar, adherencia y calidad de vida; cómo influyen variables individuales (edad, género, tipo de dolor, nivel socioeconómico) y contextuales (entorno rural o urbano, recursos comunitarios disponibles) en la participación y los beneficios percibidos; y cuáles son los mecanismos internos de apoyo, motivación y afrontamiento que emergen en estos grupos y cómo pueden potenciarse desde la práctica clínica. Además, sería muy valioso incorporar metodologías mixtas, tanto cuantitativas como cualitativas, para profundizar en la experiencia subjetiva de los participantes, el impacto emocional y social de pertenecer al grupo y la identificación de buenas prácticas transferibles a otros contextos. Por último, una línea innovadora consistiría en evaluar el impacto de la integración de tecnologías digitales, como plataformas online, aplicaciones móviles, en la

cohesión, accesibilidad y eficacia de los grupos de pares, especialmente en zonas rurales o con dificultades de movilidad. En definitiva, avanzar en la comprensión de los determinantes y mecanismos de éxito de los grupos de pares autogestionados permitirá optimizar las intervenciones comunitarias, promover modelos de apoyo más inclusivos y sostenibles, y contribuir al desarrollo de estrategias innovadoras y costo-efectivas para el abordaje integral del dolor crónico.

10. CONCLUSIONES (Aplicabilidad a la práctica clínica).

Si este proyecto demuestra su eficacia tras el desarrollo de la investigación propuesta, supondrá un punto de inflexión en el manejo del dolor crónico, ya que permitirá la implantación rápida y estructurada de grupos de pares autogestionados como complemento esencial a los programas de educación en neurociencia del dolor y ejercicio terapéutico en nuestro sistema de salud regional, ya que tienen equipos de salud interdisciplinarios capaces de acercar a los pacientes los beneficios esperados de la misma. La evidencia generada abriría la puerta a que los profesionales sanitarios, tras finalizar los programas estructurados, puedan informar y motivar a los pacientes para formar o integrarse en estos grupos, facilitando la organización y el contacto inicial a través de recursos comunitarios y la designación de líderes pacientes previamente formados. Este modelo no solo reforzaría la adherencia terapéutica y el bienestar a largo plazo, sino que también optimizaría los recursos sanitarios al reducir la demanda de consultas repetidas y el uso excesivo de servicios, potenciando la autogestión y la resiliencia de los pacientes. Además, la identificación de factores asociados al beneficio terapéutico permitiría personalizar las intervenciones, adaptando el apoyo grupal a las necesidades de cada perfil de paciente y asegurando que incluso aquellos con menor respuesta inicial puedan alcanzar mejoras significativas. Por todo ello, demostrar la eficacia de esta intervención no solo validaría una estrategia innovadora, sostenible y de bajo coste, sino que justificaría su integración en la práctica clínica habitual, con un impacto directo en la calidad de vida de las personas con dolor crónico y en la eficiencia del sistema sanitario.

11. BIBLIOGRAFIA

1. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Terminology [Internet]. 2020 [citado 2025 May 21]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
2. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. J Pain Res. 2016;9:457–67. doi:10.2147/JPR.S105892
3. Benito F, Andrés M. Control del dolor crónico no oncológico con farmacología no opiácea. Universidad de Valladolid; 2024. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/68261>
4. Fundación Grünenthal, Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz. Barómetro del Dolor Crónico en España 2022 [Internet]. 2022 [citado 2025 May 21]. Disponible en: <https://www.dolor.com/es/barometro-del-dolor-cronico>
5. Cabezas Morla A. Rol de la Enfermería en las Unidades del Dolor. Universidad de Valladolid; 2021. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47713>
6. Tesis Presentada Por la L en P. Pacientes con dolor crónico [Internet]. Tdx.cat. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5423/piv1de4.pdf?sequence=1>
7. Ferro Galardi I. Dolor crónico musculoesquelético y sesgos de género. Revisión sistemática con una perspectiva enfermera. Universidad de Valladolid; 2023. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60039>
8. Nijs J, Clark J, Malfliet A, Ickmans K, Voogt L, Don S, et al. In the spine or in the brain? Recent advances in pain neuroscience applied in the intervention for low back pain. Clin J Pain. 2021;37(7):564-571. doi:10.1097/AJP.0000000000000948
9. Miguel Ángel Galán Martín, Federico Montero Cuadrado, Enrique

Lluch Girbes, María Carmen Coca López, Agustín Mayo Íscar, Antonio Cuesta Vargas, 'Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial', *J. Clin. Med.* 2020, 9(4), 1201; <https://doi.org/10.3390/jcm9041201>

10. Casabella Abril B. New perspectives in the approach to pain. *Aten Primaria* [Internet]. 2024;56(2):102841. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102841>
11. Ramós-Martín GJ, Rodríguez-Nogueira Ó. Efectividad de la educación en neurociencia del dolor aislado o combinado con ejercicio terapéutico en pacientes con dolor lumbar crónico: una revisión sistemática. *Fisioter (Madr, Ed, Impresa)* [Internet]. 2021;43(5):282–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2021.01.008>
12. Kennedy A, Rogers A, Gately C. From patients to providers: Prospects for self-care skills trainers in the National Health Service. *Health Soc Care Community*. 2007;15(2):108-115. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00663.x
13. Wilson MV, Braithwaite FA, Arnold JB, Crouch SM, Moore E, Heil A, et al. The effectiveness of peer support interventions for community-dwelling adults with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Pain* [Internet]. 2024;165(12):2698–720. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003293>
14. Farr M, Brant H, Patel R, Linton MJ, Ambler N, Vyas S, Wedge H, Watkins S, Horwood J. Experiencias de grupos de apoyo entre pares para el dolor crónico dirigidos por pacientes después de programas de manejo del dolor: un estudio cualitativo. *Pain Med*. 2021;22(12):2884-2895. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab189>
15. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1-7.

doi:10.1207/S15324796ABM2601_01

16. de hacer sus actividades habituales. LPQS se R a. lo QUPS su SSRPSC se EU y. HQP es C. CUESTIONARIO DE SALUD SF-versión 2 [Internet]. Scdolor.cat. [citado el 24 de mayo de 2025]. Disponible en: https://scdolor.cat/docs/score/Cuestionario_SF12_v2.pdf
17. Vilagut G, María Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc) [Internet]. 2008;130(19):726–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13121076>
18. Dalmau-Roig A, Castaño-Asins JR, Morral A. Tratamiento del dolor persistente, evidencias. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2024;31(6):9–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2024.05.003>

12. ANEXOS

ANEXO I. Hoja de registro

1	Año 2025	MES	L M X J V S D L M X J V S D L M X J V S D L M X																														
2	GRUPO PAR	NOMBRE Y APELLIDOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	

ANEXO II. Declaración de consentimiento informado.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Sostenibilidad del cambio: Impacto de los grupos de pares en el bienestar y adherencia al ejercicio tras programa en dolor crónico”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Valladolid, a de de 20

ANEXO III. Cuestionario de salud SF-12 v2.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 versión 2*

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Gracias por contestar a estas preguntas.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una ☒ la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

- ☐ (1) Excelente
- ☐ (2) Muy buena
- ☐ (3) Buena
- ☐ (4) Regular
- ☐ (5) Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.

- ☐ (1) Sí, me limita mucho
- ☐ (2) Sí, me limita un poco
- ☐ (3) No, no me limita nada

3. Subir varios pisos por la escalera.

- ☐ (1) Sí, me limita mucho
- ☐ (2) Sí, me limita un poco
- ☐ (3) No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

7. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- ☐ (1) Nada
- ☐ (2) Un poco
- ☐ (3) Regular
- ☐ (4) Bastante
- ☐ (5) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo usted se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

9. Se sintió calmado y tranquilo?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

10. Tuvo mucha energía?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

11. Se sintió desanimado y deprimido?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- ☐ (1) Siempre
- ☐ (2) Casi siempre
- ☐ (3) Algunas veces
- ☐ (4) Sólo alguna vez
- ☐ (5) Nunca

Anexo IV. Satisfacción en el Grupo de pares.

- Este cuestionario te ayudará a reflexionar sobre tu participación en el grupo de apoyo para el manejo del dolor crónico.

- Siendo la participación:

0 = Nada 1 = Un poco 2 = Moderadamente 3 = Mucho 4 = Totalmente

- Marca con una X la opción que mejor describa tu experiencia reciente en cada afirmación.

Pregunta	0	1	2	3	4
1. He contribuido activamente a las discusiones del grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Me he sentido involucrado/a en las actividades del grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
3. He expresado mis opiniones y experiencias durante las sesiones.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Me he mostrado comprometido/a con el proceso grupal.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me he sentido escuchado/a y respetado/a por otros miembros.	☐	☐	☐	☐	☐
6. He sentido que puedo confiar en los otros participantes del grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Me he sentido emocionalmente conectado/a con al menos una persona del grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
8. He ofrecido apoyo emocional a otros miembros del grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
9. He intentado aplicar lo aprendido en el grupo a mi vida diaria.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Siento que el grupo me ha ayudado a manejar mejor mi dolor.	☐	☐	☐	☐	☐
11. He reflexionado sobre mis hábitos o actitudes gracias a lo tratado en el grupo.	☐	☐	☐	☐	☐
12. He sentido que pertenezco al grupo.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO V. *Encuesta de datos demográficos y clínicos.*

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE GRUPOS PARES

Datos demográficos y clínicos.

EDAD

Tu respuesta

GÉNERO

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

¿Vives solo/a?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Toma medicación para el dolor?

- ☐ No tomo
- ☐ Tomo menos
- ☐ Tomo más

¿Participa en más de un grupo par?

- ☐ Sí
- ☐ No

Principales dificultades que te has encontrado para asistir al grupo.

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Problemas de transporte
- ☐ Dolor o malestar físico
- ☐ Otro: _____