



Tesis Doctoral

Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Doctorando: Eduardo Uhden Layron

Director: Francisco Javier Cano García

Curso Académico 2015-2016

Dedicatoria

A Pilar.

Agradecimientos

Por su colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios durante el desarrollo de las entrevistas a los pacientes en el Centro de Salud “Doña Mercedes”, nuestro agradecimiento a:

D^a. Laura Andrade Fernández

D^a. Carmen Barón Sánchez

D^a. Blanca del Rocío Tataje Medrano

D^a. Marina Arenas Arenas

Por su colaboración realizando la intervención psicológica a los pacientes del grupo experimental en el resto de Centros de Salud:

D^a. Cristina Naranjo García

D^a. Lidia Cotes García

D. Manuel Berlanga de Ávila

D^a. María del Carmen González Ortega

D. Pedro Bendala Rodríguez

D^a. Sara Martín Gandullo

D. Sergio Cruz Cantueso

Por su participación en el reclutamiento de los pacientes, nuestro agradecimiento a:

Dr. Carlos López Pérez

Dr. Daniel Benítez Merelo

Dra. María de los Dolores Lario Fernández

Dr. Pablo Guzman Pueyo

Dr. Roberto Moreno Borrego

Dra. Rocío del Pino Gómez

Dra. Ana Palma Amazo

Dr. José Sánchez Blanco

A todos los que, con su colaboración, han contribuido a la realización de este trabajo:

Centro de Salud “Doña Mercedes”. Dos Hermanas. Sevilla.

Centro de Salud “Los Montecillos”. Dos Hermanas. Sevilla.

Centro de Salud “Olivar de Quinto”. Montequinto. Sevilla.

Centro de Salud “Nuestra Señora de la Oliva”. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Centro de Salud “Don Paulino”. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Centro de Salud “Príncipe de Asturias”. Utrera Norte. Sevilla.

Servicio de Anestesiología del hospital “Dr. Peset”. Valencia.

Sin todos ellos, esta tesis doctoral no habría sido posible.

Índice de contenido

Índice de contenido	11
Índice de tablas.....	17
Índice de figuras.....	21
PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA	27
1. Introducción	31
1.1. Conceptualización del dolor	33
1.2. Tipos de dolor	40
1.3. Impacto del dolor crónico	45
1.4. Modelo Cognitivo-Conductual del dolor crónico.....	49
1.5. Evaluación del dolor	58
1.6. Recomendaciones IMMPACT	66
1.7. Tratamientos psicológicos	71
1.7.1. Terapia Cognitivo-Conductual	72
1.7.2. Reestructuración Cognitiva	75
1.7.3. Terapia Racional Emotiva	77
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN	93
2. Objetivos e Hipótesis	97
2.1. Objetivo 1	99
2.2. Objetivo 2	103

3. Método.....	109
3.1. Participantes	111
3.1.1. Ámbito	111
3.1.2. Sujetos	111
3.1.3. Criterios de inclusión	115
3.1.4. Criterios de exclusión	115
3.2. Diseño	115
3.2.1. Diseño y análisis estadístico	115
3.2.2. Variables	117
3.3. Material	118
3.3.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, PGIC)	118
3.3.2. Inventario Multidimensional del Dolor (West Haven-Yale Multidimensional Inventory, WHYMPI / MPI).....	119
3.3.3. Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood States, POMS)	122
3.3.4. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).....	125
3.4. Procedimiento	127
3.4.1. Intervención sobre Grupo Control: Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico.....	127
3.4.2. Intervención sobre Grupo Experimental: Programa de Terapia Racional Emotiva	130
3.4.3. Reclutamiento y aplicación de instrumentos	139
3.5. Comité ético	143
4. Resultados	147
4.1. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual	149

4.1.1. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor presente en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	150
4.1.2. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual	153
4.1.3. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir el nivel de interferencia del dolor en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	156
4.1.4. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir el nivel de depresión en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	159
4.1.5. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de confusión (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	162
4.1.6. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de depresión (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	165
4.1.7. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de fatiga (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	168
4.1.8. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de hostilidad (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	171
4.1.9. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de tensión (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	174
4.1.10. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el aumento del nivel de vigor (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	177
4.1.11. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el estado emocional global (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	180
4.1.12. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la impresión global de cambio percibido por el paciente (PGIC) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual.....	183
4.2. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en función del diagnóstico.....	185
4.2.1. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor presente en función del diagnóstico	186

4.2.2. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas en función del diagnóstico	189
4.2.3. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de interferencia del dolor en función del diagnóstico	192
4.2.4. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de depresión (BDI) en función del diagnóstico	195
4.2.5. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de confusión (POMS) en función del diagnóstico	198
4.2.6. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de depresión (POMS) en función del diagnóstico	201
4.2.7. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de fatiga (POMS) en función del diagnóstico	204
4.2.8. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de hostilidad (POMS) en función del diagnóstico	207
4.2.9. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de tensión (POMS) en función del diagnóstico	210
4.2.10. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el incremento del nivel de vigor (POMS) en función del diagnóstico	213
4.2.11. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el estado de ánimo global (POMS) en función del diagnóstico	216
4.2.12. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la impresión global de cambio percibida por el paciente en función del diagnóstico.....	219
5. Discusión	223
5.1. Consideraciones teóricas.....	225
5.2. Sujetos	229
5.3. Método	231

5.4. Resultados	235
5.5. Limitaciones del estudio	239
5.6. Utilidad del trabajo	240
5.7. Futuras líneas de investigación	243
6. Conclusiones	247
6.1. Objetivo 1	249
6.2. Objetivo 2	257
7. Bibliografía	269
8. Anexos	297
8.1. Anexo I: Entrevista Estructurada	299
8.2. Anexo II: Batería de evaluación psicológica	309
8.3. Anexo III: Programa TRE Pensamientos Irracionales	321
8.4. Anexo IV: Tamaño del efecto	337

Índice de tablas

Tabla 1. Puntos de referencia para interpretar los cambios en el dolor crónico, según la propuesta IMMPECT-IV.....	68
Tabla 2: Descripción sociodemográfica y clínica de los participantes en el estudio...	114
Tabla 3. Variables de estudio.....	117
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la intensidad del dolor presente en la eficacia de la REC vs TCC	151
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la intensidad del dolor en las últimas 24 horas en la eficacia de la REC vs TCC	154
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la interferencia del dolor (MPI) en la eficacia de la REC vs TCC	157
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la depresión en la eficacia de la REC vs TCC..	160
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la confusión (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC.....	163
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la depresión (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC.....	166
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la fatiga (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC.....	169

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la hostilidad (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC	172
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la tensión (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC	175
Tabla 13. Estadísticos descriptivos del vigor (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC	178
Tabla 14. Estadísticos descriptivos del estado emocional global (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC	181
Tabla 15. Estadísticos descriptivos impresión global de cambio percibido por el paciente (PGIC) en la eficacia de la REC vs TCC	184
Tabla 16. Estadísticos descriptivos del nivel de intensidad del dolor presente en la eficacia de la REC en función del diagnóstico.....	187
Tabla 17. Estadísticos descriptivos del nivel de intensidad del dolor en las últimas 24 horas en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	190
Tabla 18. Estadísticos descriptivos de la interferencia del dolor (MPI) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	193
Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la depresión (BDI) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	196
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de la confusión (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	199

Tabla 21. Estadísticos descriptivos de la depresión (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	202
Tabla 22. Estadísticos descriptivos de la fatiga (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	205
Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la hostilidad (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	208
Tabla 24. Estadísticos descriptivos de la tensión (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	211
Tabla 25. Estadísticos descriptivos del vigor (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	214
Tabla 26. Estadísticos descriptivos del estado de ánimo (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	217
Tabla 27. Estadísticos descriptivos de la impresión global de cambio percibida por el paciente (PGIC) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico	220

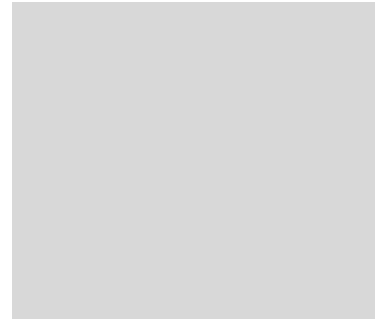
Índice de figuras

Figura 1. Modelo biopsicosocial del dolor crónico	50
Figura 2. Escalas para la evaluación del dolor	63
Figura 3. Teoría ABC	80
Figura 4. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de intensidad del dolor presente.....	150
Figura 5. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de intensidad del dolor en las últimas 24 horas	153
Figura 6. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de interferencias del dolor.....	156
Figura 7. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de depresión	159
Figura 8. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de confusión (POMS)	162
Figura 9. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de depresión (POMS)	165
Figura 10. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de fatiga (POMS)	168
Figura 11. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de hostilidad (POMS).....	171

Figura 12. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de tensión (POMS)	174
Figura 13. Eficacia de la REC vs TCC en el aumento del nivel de vigor (POMS)	177
Figura 14. Eficacia de la REC vs TCC en el estado emocional global (POMS)	180
Figura 15. Eficacia de la REC vs TCC en la impresión global de cambio percibido por el paciente (PGIC).....	183
Figura 16. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de intensidad del dolor presente en función del diagnóstico	186
Figura 17. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de intensidad del dolor en las últimas 24 horas en función del diagnóstico	189
Figura 18. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de interferencia del dolor en función del diagnóstico	192
Figura 19. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de depresión (BDI) en función del diagnóstico	195
Figura 20. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de confusión (POMS) en función del diagnóstico	198
Figura 21. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de depresión (POMS) en función del diagnóstico	201
Figura 22. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de fatiga (POMS) en función del diagnóstico	204

Figura 23. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de hostilidad (POMS) en función del diagnóstico.....	207
Figura 24. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de tensión (POMS) en función del diagnóstico.....	210
Figura 25. Eficacia de la REC en el incremento del nivel de vigor (POMS) en función del diagnóstico	213
Figura 26. Eficacia de la REC en el estado de ánimo global (POMS) en función del diagnóstico	216
Figura 27. Eficacia de la REC en la impresión global de cambio percibida por el paciente (PGIC) en función del diagnóstico	219

PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA



1. Introducción

1.1. Conceptualización del dolor

El dolor es un fenómeno complejo que ha acompañado y acompaña al ser humano a lo largo de toda su historia. Desde su propio nacimiento, la humanidad viene luchando contra el dolor, es en la vida un acompañante innato y fue definido en cierta poesía de Albert Schweitzer como “*el más terrible de los señores de la humanidad*” (Romero-Salinas et al., 2006). Es posible que el síntoma más antiguo como expresión de sufrimiento sea el dolor, pues existe desde la aparición del hombre sobre la tierra (Cabral, 1993).

El dolor ha estado irremisiblemente unido a los seres vivientes en todas las épocas, desde el nacimiento hasta su muerte, ha sido la principal queja médica desde los inicios de la humanidad y, sin duda alguna, es un importante impulsor para el desarrollo de las ciencias de la salud. A lo largo de la historia, las concepciones del dolor y su tratamiento han estado muy ligadas a la cultura y a los eventos mágico-religiosos que rodeaban a las antiguas civilizaciones pero, a pesar de las diversas interpretaciones que las distintas culturas y civilizaciones han hecho del dolor, existe un denominador común en todas ellas: el afán de conocer la causa que lo produce y cómo eliminarlo o aliviarlo (Cabral, 1993).

Desde la época aristotélica hasta nuestros días, la concepción del dolor ha sufrido importantes cambios: para Aristóteles, el dolor era tan sólo una forma particular de la emoción; para Descartes, el dolor era un mero disfuncionamiento de la mecánica corporal. Freud introduce la dimensión subjetiva del dolor y, a partir de sus estudios, se empieza a afirmar que el hombre no es simplemente un apéndice de la actividad neuronal. Así, se desarrollan las primeras investigaciones que analizan la complejidad

del fenómeno doloroso como experiencia humana, donde la dimensión afectiva empieza a ser considerada (Bustos-Domínguez, 2000).

Durante la Segunda Guerra Mundial, Bonica desarrolla el concepto de dolor y promueve por primera vez en la historia el enfoque multidisciplinario del alivio de éste (Bonica, 1999). Considerado casi universalmente el padre del movimiento del dolor clínico, a partir de Bonica se desarrolla el primer centro moderno para el tratamiento del dolor y, posteriormente, se constituye la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) que, en 1973, incorpora una nueva definición del dolor que permanece hasta nuestros días: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (IASP, 1973).

Esta definición del dolor reconoce explícitamente la existencia de dos componentes: uno nociceptivo o sensorial y otro afectivo o reactivo. El primero, se debe a una sensación dolorosa ocasionada por la transmisión de los impulsos lesivos por las vías nerviosas hasta el córtex cerebral. El segundo, es el que da lugar al sufrimiento asociado al dolor y, según la causa, el momento y la experiencia de la persona, puede variar ampliamente, debido a que se relaciona con múltiples factores psicológicos que pueden modificar la sensación del dolor. En definitiva, la percepción final del dolor es consecuencia de la integración de ambos componentes: el sensorial y el afectivo (Soler-Company y Montaner-Abasolo, 2004).

A partir de la nueva conceptualización del dolor, se acepta que la experiencia de dolor resulta de la interacción de múltiples factores: fisiológicos, genéticos, biológicos, cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, psicológicos, sociales y familiares (Bustos-Domínguez, 2000).

Así, el término dolor se utiliza para describir un rango muy amplio de sensaciones, desde la molestia de un pinchazo o un golpe, hasta las sensaciones anormales de los síntomas neuropáticos. Por su propia subjetividad, el dolor incluye un conjunto de sentimientos entre los que se encuentran el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación (Soler-Company y Montaner-Abasolo, 2004).

Melzack, en su artículo “La tragedia del dolor innecesario” afirma que el sufrimiento prolongado destruye la calidad de la vida y puede quitar las ganas de existir, llevando a algunas personas al suicidio. Sus efectos físicos son también muy destructores: un dolor fuerte y persistente puede impedir el sueño y quitar el apetito, produciendo con ello el agotamiento y reduciendo la posibilidad de nutrientes para los órganos. El dolor podría así obstaculizar la recuperación de una enfermedad o de una lesión y, en enfermos muy debilitados o de edad avanzada, llegar tal vez a constituir la última diferencia entre la vida y la muerte (Melzack, 1990).

Durante los últimos 50 años, el dolor ha alcanzado un reconocimiento mundial desde el marco de los Derechos Humanos. La conceptualización actual del dolor contempla, entre otros aspectos, que ciertas situaciones de dolor constituyen en sí mismas una situación de enfermedad y establecen las bases filosóficas y legales para el reconocimiento universal del tratamiento del dolor como un Derecho Fundamental de los Seres Humanos (Ibarra, 2006; World Health Organization, 2011).

De hecho, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce los derechos de toda persona a la vida y a no ser sometido a torturas ni tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 5) y a un nivel de vida adecuado para la salud y bienestar (Art. 25), así como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Art. 12) (Organización de las Naciones Unidas).

Desde 2005, el alivio del dolor se ha formulado como un derecho de las personas, argumentado en el hecho de que el insuficiente e inadecuado tratamiento del dolor es un serio problema que causa una disminución de la calidad y la esperanza de vida del paciente, convirtiéndose en un problema de salud pública en todo el mundo y en una práctica negligente de la medicina (Brennan y Cousins, 2005).

Actualmente, se puede considerar al dolor como la mayor preocupación sanitaria en todo el mundo. El escalón entre los conocimientos de la fisiopatología del dolor y su tratamiento aplicado a todas las capas poblacionales del mundo es un abismo. Las causas son múltiples y van desde la cultura, las actitudes o la educación, hasta las disponibilidades económicas y las disposiciones políticas (Torres, 2005).

En la literatura se señalan varios factores clave para la justificación del nacimiento del derecho al alivio del dolor (Siqueiros-García, 2012):

- La acumulación de evidencias sobre el insuficiente o inadecuado tratamiento que recibe el dolor (ya sea por razones de cultura o religión, de actitud, de logística, de educación, de fallos administrativos, de falta de regulación o de falta de voluntad política).
- La aparición de un lenguaje de "los derechos" en las sociedades liberales de Occidente.
- La limitación al acceso de medicamentos para el dolor, debido a causas económicas o regulativas (como la autorización de fármacos por parte de las agencias u organismos gubernamentales de control de medicamentos) o causas sociales de desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

- La falta de unidades de tratamiento del dolor, específicas para su manejo y tratamiento. Esta situación se agrava aún más considerando el claro aumento de la esperanza de vida, el mayor envejecimiento de la población mundial y el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas.
- La falta de conocimiento y de formación de los profesionales de la salud en materia de evaluación y tratamiento del dolor. Este aspecto es aún más grave, dada la ausencia de esta materia en la currícula de las carreras de las profesiones sanitarias, así como a la falta de especialización por parte de los profesionales de la salud y la falta de oportunidades para la formación y capacitación continua de éstos dentro de las instituciones sanitarias.
- La trivialización del impacto de los factores psico-emocionales del dolor sobre la persona que lo padece.

A pesar de la magnitud del problema y del interés sanitario, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor, numerosos estudios manifiestan que este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado, existiendo un mal control del dolor por parte de los profesionales sanitarios, más concretamente de médicos, enfermeras y farmacéuticos (González-Escalada et al., 2009; Londoño et al., 2005; Montes et al., 2008).

La falta de conocimientos, o los conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor, están relacionados con la escasa formación en este campo. Con respecto a la evaluación del dolor, algunas encuestas (Puig et al., 2001) muestran que la intensidad del dolor no se evalúa de forma sistemática, realizándose tan sólo entre el 36% y el 55% de los pacientes.

En el contexto español, en un estudio realizado en 2008 sobre la información, la evaluación y el tratamiento del dolor, dirigido a 1060 profesionales sanitarios, se concluye que existe una escasa información sobre el dolor a los pacientes, la cual se realiza principalmente de forma oral; los profesionales sanitarios reconocen estar insuficientemente formados en el manejo del dolor; la valoración del dolor se registra en un bajo porcentaje y no existen protocolos terapéuticos de analgesia, a excepción del área quirúrgica (Montes et al., 2008).

Entre otras causas del mal control del dolor, también se encuentran el empleo incorrecto de pautas analgésicas, motivado por la reticencia al suministro de analgésicos e infrautilización de los mismos (Plaisance y Logan, 2006; Sánchez-Sánchez et al., 2005). Los resultados de una encuesta sobre el dolor posoperatorio en España, realizada entre 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos, revelan que el 56% de los cirujanos encuestados no valoran de forma habitual la intensidad del dolor y sólo el 23% declara utilizar escalas de valoración del dolor; el 76% manifiesta que no ha recibido ninguna formación específica sobre el dolor posoperatorio y el 95% declara que desearía recibirla (Landa, 2004).

En la revisión de la literatura realizada por un equipo de investigadores, a partir de 53 artículos considerados relevantes en relación con percepciones y actitudes ante el dolor (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, 2003), se afirma que la percepción que cada persona tiene de determinadas situaciones está muy ligada a la actitud que desarrolla ante esas situaciones. La actitud se entiende como “la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente”; es decir: las actitudes que cada persona adopta ante el dolor, su forma de actuar (tanto si lo sufre como si es responsable de aliviarlo) está en función de las emociones y connotaciones psicológicas que atribuye a lo que

percibe. Estas connotaciones, a su vez, dependen de su historia personal, su experiencia previa y su personalidad. Por ello, la percepción del dolor que tienen los profesionales sanitarios puede ser muy diferente y, a su vez, la actitud que cada uno adopta ante el dolor puede también ser diferente, influyendo en la práctica clínica del manejo del dolor.

Con respecto a la satisfacción de los pacientes con dolor, referida a los profesionales que les atienden, las encuestas realizadas en el seno de un estudio sobre Dolor en Europa (Breivik et al., 2006), arrojan un abrumador 94% de personas que dice sentirse cómodo hablando del dolor con su médico y un 62% que se encuentra "extremadamente satisfecho o muy satisfecho". Sin embargo, una quinta parte de los europeos encuestados afirman que sus médicos rara vez evalúan los síntomas de su dolor, ni utilizan escalas para hacerlo y casi una cuarta parte sienten que no se les da el tiempo suficiente para hablar del dolor. El informe revela también que, con frecuencia, los pacientes no reciben información acerca del tratamiento de su dolor, ni sobre nuevos métodos de manejo del mismo, viéndose obligados a buscar información en periódicos, revistas o Internet.

Mientras que el inadecuado manejo del dolor podría ser considerado una falta grave cometida por los integrantes del equipo asistencial (que, en ocasiones, constituye una negligencia médica), el insuficiente acceso al tratamiento del dolor debería considerarse una violación a los Derechos Humanos del paciente por parte del Estado y sus instituciones. Esta violación se refiere al hecho de que el Estado no establezca las condiciones necesarias para el acceso del ciudadano a la atención y al manejo del dolor, pudiendo hacerlo (Siqueiros-García, 2012).

Algunos autores afirman que el derecho al manejo del dolor es un "imperativo moral" que requiere una "política del dolor". Esto quiere decir que el personal sanitario no solo debe tener un conocimiento preciso y técnicamente correcto sobre el manejo del

dolor, sino una clara conciencia sobre el tratamiento adecuado y humano que debe brindar al paciente para aliviar su dolor, en la medida de lo posible (Fishman, 2007). De hecho, algunos autores sugieren que, dentro del contexto de protección de Derechos Humanos, sería importante que el dolor no solo se considerara incluido dentro de la tortura o los tratos degradantes, sino dentro de la definición del nivel más alto de salud y de calidad de vida. Esto requeriría reelaborar el concepto de dolor, contemplando diversos elementos que forman parte de los Derechos Humanos, tales como la protección a la salud, la integridad personal, la no discriminación, la igualdad en el acceso a los servicios de salud, el respeto a la autonomía, recibir información adecuada, oportuna y veraz, el respeto a la privacidad mediante el deber de confidencialidad y, finalmente, el derecho a la vida y la muerte dignas. Los instrumentos de protección de los Derechos Humanos tienen la función de promover prácticas de respeto a la dignidad y de implementar reformas jurídicas y sociales que permitan mejorar las condiciones de las personas que sufren dolor (Siqueiros-García, 2012).

1.2. Tipos de dolor

Del mismo modo que son múltiples y variadas las formas de percibir el dolor, también lo son las formas en que éste se presenta. Así, en la literatura pueden encontrarse diversas clasificaciones del dolor que se abordan desde diversos aspectos, entre los que se encuentran la duración, la patogenia, el curso y la intensidad del mismo (Puebla-Díaz, 2005; Rodríguez, 2006).

Atendiendo a su duración, el dolor puede dividirse en agudo y crónico. Esta distinción no sólo es importante por los distintos cursos temporales de ambos tipos de

dolor, sino también por los diferentes mecanismos fisiopatológicos que caracterizan a uno y otro (Soler-Company y Montaner-Abasolo, 2004).

- **Dolor Agudo**

El dolor agudo generalmente se debe a un daño tisular, somático o visceral. Surge de forma repentina y, normalmente, tiene una relación identificable, temporal y causal, con una herida o con una enfermedad. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó (Rodríguez, 2006).

Se dice que el dolor agudo conforma el síntoma de una enfermedad, mientras que el dolor crónico con frecuencia constituye la propia enfermedad. El dolor agudo es un mecanismo biológico de alarma, que representa la consecuencia inmediata de la activación del sistema nociceptivo: una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo (Soler-Company y Montaner-Abasolo, 2004).

- **Dolor Crónico**

El dolor crónico es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó y que permanece una vez que dicha lesión desaparece. Generalmente, el dolor crónico es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continua o en brotes, conlleva la presencia de dolor aún en ausencia de lesión periférica (Rodríguez, 2006).

El dolor crónico no posee ninguna función biológica y con frecuencia produce alteraciones físicas, emocionales y sociales que dificultan profundamente la vida del paciente (Soler-Company y Montaner-Abasolo, 2004). Se ha observado que factores ambientales y afectivos pueden exacerbar y perpetuar el dolor crónico, siendo una de las causas de que la respuesta al tratamiento de estos pacientes sea escasa en muchas ocasiones (Snelgrove et al., 2013). La intensidad del dolor crónico puede variar de leve

a intenso. Algunos tipos de dolor crónico tienen unos patrones y características bien definidas, mientras que otros no lo tienen, siendo difícil diagnosticar su causa. La etiología puede ser una lesión aguda que evoluciona a dolor crónico (Van Oosterwijk et al., 2013), trauma, cirugía ó diferentes enfermedades crónicas tales como Osteoartritis, Lumbalgia, Dolor Miofascial, Fibromialgia, Cefaleas, Dolor Abdominal Crónico, Miembro Fantasma, Neuralgias, etc. (Huguet et al., 2014).

Atendiendo a su patogenia, el dolor puede clasificarse en Neuropático, Nocioceptivo o Psicógeno (Nieto y Cruciani, 2006; Pérez-Trullén y Arilla-Aguilera, 2008; Puebla-Díaz, 2005).

- **Dolor Neuropático**

Está producido por un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Algunos ejemplos de dolor neuropático son los producidos después de la quimioterapia y/o la radioterapia, debido a la neuropatía periférica que con frecuencia se produce. Las causas más comunes de dolor neuropático son traumatismo, inflamación, enfermedades metabólicas, infecciones (herpes zoster), tumores, toxinas y enfermedades neurológicas primarias. El dolor neuropático puede ser continuo o episódico, se caracteriza por la dificultad en su control, por la influencia de los estados emocionales sobre su empeoramiento y por no tener una respuesta importante a los tratamiento analgésicos convencionales (como los AINE o los mórficos) o, si la tiene a otros grupos terapéuticos (como los antidepressivos, antiepilépticos y anestésicos locales), la mayoría de los pacientes requieren más de un fármaco para conseguir un alivio del dolor (Van der Wetering et al., 2009).

- **Dolor Nociceptivo**

Este tipo de dolor es el más frecuente y se produce como resultado de la presencia de un estímulo nocivo, cuya intensidad daña o puede dañar la integridad de un tejido. El dolor nociceptivo se divide en somático y visceral: el primero, se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos; el ejemplo más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El segundo (dolor visceral), se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales; este dolor se localiza mal, es continuo y profundo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó y frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. El ejemplo más frecuente es el dolor producido por las metástasis hepáticas y el cáncer pancreático (Puebla-Díaz, 2005).

- **Dolor Psicógeno**

En él interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo, siendo típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

Según el curso del dolor, este puede ser continuo o irruptivo:

- **Dolor Continuo**

Persiste a lo largo del día y no desaparece.

- **Dolor Irruptivo**

Es la exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados, con dolor de fondo estable. Si el dolor se desencadena con el movimiento o por alguna acción voluntaria del paciente, se denomina Dolor Incidental (Puebla-Díaz, 2005).

Según la intensidad, el dolor se clasifica en leve, moderado o severo:

- **Dolor Leve**

Se caracteriza porque la persona puede realizar actividades habituales.

- **Dolor Moderado**

Interfiere con las actividades habituales.

- **Dolor Severo**

Interfiere con el descanso.

- **Dolor Posoperatorio**

Por último, cabe referenciar el dolor posoperatorio como un tipo de dolor muy característico que, por su prevalencia e impacto en los pacientes y en el sistema sanitario, actualmente representa uno de los retos más importantes en lo que respecta al control satisfactorio del dolor. Martínez-Vázquez de Castro (2000), afirma que es una evidencia innegable que la mayoría de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en un grado variable: *“A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones posoperatorias. Como otros tipos de dolor, la incidencia, intensidad y duración del dolor posoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno a otro hospital e incluso de un país a otro”* (Martínez-Vázquez de Castro y Torres, 2000).

1.3. Impacto del dolor crónico

El dolor es uno de los síntomas con mayor prevalencia en el ámbito de la enfermedad, tanto que con frecuencia hablamos de dolencia al referirnos a una determinada enfermedad (Mäntyselkä et al., 2001). Actualmente, el dolor afecta aproximadamente a un tercio de la población mundial y constituye un grave problema internacional de salud pública debido a la incapacidad funcional que ocasiona en las personas que lo sufren (Stucky et al., 2001), así como a sus múltiples repercusiones económicas (Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).

En la literatura científica se observa un aumento en la prevalencia de dolor entre la población general en los últimos años (Palanca et al., 2011), alcanzando un reconocimiento mundial desde el marco de los Derechos Humanos.

En 2003, un informe elaborado a partir de una encuesta realizada a 46394 personas adultas de 18 países europeos encontró que uno de cada cinco europeos adultos sufren de dolor crónico (18% de la población europea) (Breivik, 2006). Estos datos, trasladados al ámbito familiar, permiten afirmar que más de una tercera parte de los hogares europeos tienen, al menos, un miembro de la familia que sufre dolor.

Desde el punto de vista de las consecuencias del dolor en la vida familiar y social de las personas, el Informe muestra el gran impacto que el dolor tiene en la vida de las personas, sobre su capacidad de llevar una vida normal, sobre su independencia y las relaciones interpersonales: uno de cada cinco pacientes con dolor crónico ha sido diagnosticado de depresión como resultado de su dolor; la mayor tasa de depresión se produce en España (29%), seguida de Noruega (28%). Casi la mitad de los enfermos de dolor crónico manifiestan sentimientos de impotencia o incapacidad para pensar o funcionar con normalidad; el 50% dice sentirse cansado todo el tiempo; un 43% afirma que el dolor les hace sentir “impotente”; el 44% dice que su dolor les impide pensar con

claridad o concentrarse. Más del 40% dicen que su dolor tiene consecuencias en las actividades cotidianas de la vida diaria, como levantarse, moverse o dormir. El problema del aislamiento social es más grave: el 27% de los europeos que sufren dolor afirman ser menos capaces o incapaces para mantener relaciones con amigos o familiares; el 30% no es capaz de mantener un estilo de vida independiente; el 19% no es capaz de mantener relaciones sexuales; el 29% dice que “nadie cree lo mucho que me duele”; un 28% de las personas afirma que se sienten solas con su dolor y un 17% cree que son tratados de manera diferente a causa de su dolor. En Dinamarca, el 50% de las personas con dolor dice no poder hablar de su dolor con otras personas. Más de la cuarta parte de las personas que sufren dolor crónico se sienten incapaces de mantener sus relaciones sociales y ven afectado su nivel de independencia: esto tiene graves consecuencias para su desarrollo profesional e incluso para el mantenimiento de su puesto de trabajo, ya que uno de cada cinco pacientes con dolor crónico afirma haber perdido su puesto de trabajo como consecuencia de su dolor; además, los que están trabajando, aseguran haber perdido un promedio de 7,8 días de trabajo en los últimos seis meses debido al dolor (Breivik, 2006).

Aunque el 94% de los europeos encuestados decía sentirse cómodos hablando del dolor con su médico, un 25% de ellos afirmó que sus médicos rara vez evaluaban los síntomas de su dolor, un 90% decía que nunca habían sido evaluados con una escala de dolor y un 33% afirmó que sus médicos no sabían cómo controlarlo (Breivik, 2006).

En España, los datos sobre la situación del dolor no son más alentadores. En el estudio ITACA (Casals y Samper, 2004) se afirma que 14 millones de españoles llevan sufriendo algún tipo de dolor al menos tres meses y un tercio de ellos están experimentando dolor durante más de seis meses. Según la Sociedad Española del Dolor (SED), en España el dolor crónico afecta a casi el 35% de las personas. Asimismo,

según datos de la encuesta realizada por el Ministerio de Salud y Bienestar Social español en 2010, en España el 17% de la población adulta manifestó dolor experimentado en el último mes, refiriendo dolor diario un 7% (Palanca-Sánchez et al., 2011).

En el medio hospitalario, entre un 30% y un 65% de los pacientes sufren dolor de diversa intensidad y, cuando es debido a una intervención quirúrgica, hasta el 65% de ellos llegan a manifestar haber padecido dolor en las primeras 24-48 horas después de la intervención (Ortega y Neira, 2003).

En 2005 se publicaron los resultados de un estudio transversal realizado en 309 pacientes ingresados en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que encontró una prevalencia global del dolor del 54,7%, con un 18,7% de pacientes tributarios de analgesia que no tenían prescripción. Entre sus resultados cabe destacar que la mayoría de los tratamientos analgésicos administrados fueron a demanda (63,2%) y que el 18,7% de los enfermos candidatos a dicho tratamiento no tenían ninguna prescripción por parte del médico. También se encontró una gran variabilidad en cuanto a la conducta terapéutica del dolor en las distintas áreas asistenciales: el dolor en los enfermos quirúrgicos y de críticos-semicríticos tuvo una prevalencia y una intensidad superior a la de los enfermos pediátricos o con patologías médicas. En el área médica, la prevalencia de dolor no se distanció mucho de la de críticos-semicríticos, si bien la intensidad tendió a ser más moderada. Los resultados de los enfermos pediátricos mostraron una mayor frecuencia de prescripción y una mayor efectividad analgésica (Bolíbar et al., 2005).

En el ámbito de la Comunidad Andaluza, los datos sobre el dolor recogidos en el “Estudio sobre la incidencia del dolor en la Comunidad Autónoma de Andalucía” (Asociación Andaluza del Tratamiento del Dolor y Asistencia Continuada, 2010)

afirman que un tercio de los andaluces sufre algún dolor (30%) o lo ha sufrido durante el último mes (3,8%); además, estima que el 15,5% de la población andaluza sufre dolor de tipo crónico, siendo la valoración media de la intensidad del dolor de 5,4 (en una escala de 1 a 10). Existe una relación directamente proporcional entre la edad de la población, el tiempo que dura el dolor y la frecuencia con que les duele de manera que, cuánto mayores son, más tiempo llevan sufriendo dolor y con mayor frecuencia lo padecen. El 68,9% de los pacientes tratados dicen estar satisfechos con los profesionales sanitarios que les tratan; los insatisfechos representan el 11,5%. Una cuarta parte de los afectados ha acudido a urgencias de dos a tres veces al año a causa de su dolor. El principal impacto del dolor sobre la calidad de vida se manifiesta en la realización de tareas habituales y el normal desarrollo de las actividades personales (al 75,5% le afecta “mucho o algo”) y sobre las relaciones con amigos y familiares (29,9%). Otro efecto a tener en cuenta es el de las bajas laborales, reconocidas por el 21,8% de toda la población con dolor.

Por último y en relación con el impacto que el dolor crónico tiene sobre las personas, también cabe destacar que las reacciones que el dolor desencadena en el organismo pueden dar lugar a una serie de alteraciones que van a ser determinantes en la recuperación y evolución posterior del paciente, debido a la morbimortalidad que presenta la propia situación del dolor. Se ha visto cómo la presencia continua de dolor puede dar lugar a diversas complicaciones, que van desde problemas cardiovasculares y alteraciones digestivas, hasta trastornos metabólicos, respiratorios, etc. El control inadecuado del dolor agudo puede progresar irremisiblemente hacia su propia cronificación, como ocurre con el dolor postoracotomía o posmastectomía, o el dolor del miembro fantasma. En otras situaciones dolorosas también se ha encontrado una relación entre presencia de dolor y aumento de la mortalidad. Todo

esto pone de manifiesto la morbilidad inducida por el propio dolor, que añade aún mayor gravedad al sufrimiento experimentado por el paciente (Soler y Montaner, 2004).

1.4. Modelo Cognitivo-Conductual del dolor crónico

A partir de la Teoría de la Compuerta propuesta por Melzack y Wall (1965) la psicología del dolor crónico y la concepción de la experiencia dolorosa se han modificado sustancialmente. Esta teoría plantea que la mente juega un papel fundamental en la experiencia final de dolor de tal forma que, a nivel del sistema nervioso central, existe un sistema de bloqueo (que los autores denominan “compuerta”) que posibilita la apertura o cierre de las vías relacionadas con el dolor; así, la compuerta puede abrirse permitiendo la transmisión del dolor a través de las fibras aferentes y eferentes desde y hacia el cerebro o, en caso contrario, la compuerta puede cerrarse para bloquear la transmisión del dolor. Este fenómeno está condicionado por multitud de factores psicológicos (emociones, experiencias previas, etc.) que influyen sobre el cerebro, modulando la interpretación que la mente hace sobre una experiencia dolorosa de modo que puede afirmarse que los aspectos fisiológicos, psicológicos, cognitivos y emocionales regulan la percepción del dolor (Camacho y Anarte, 2001; Gatchel et al., 2007). Desde este punto de vista, los componentes de tipo psicosocial alcanzan gran relevancia en los problemas de dolor crónico, en donde el dolor se relaciona con el contexto social, actitudes, creencias, emociones, etc. (Miró, 2003; Navarro-Calvillo, 2006; Novy, 2004; Van-Der Hofstadt y Quiles, 2001). La Teoría de la Compuerta distingue tres dimensiones implicadas en la experiencia dolorosa: la dimensión sensorial-discriminativa (que relaciona la transmisión de la información con las

propiedades físicas del estímulo nocioceptivo), la dimensión motivacional-afectiva (que identifica al dolor como algo desagradable o aversivo y que, por lo tanto, genera una experiencia emocional desagradable que hace que la persona “escape” del estímulo doloroso) y la dimensión cognitivo-evaluativa (referida a los pensamientos, creencias, valores, etc.); ésta última es la encargada de modular a las dimensiones anteriores.

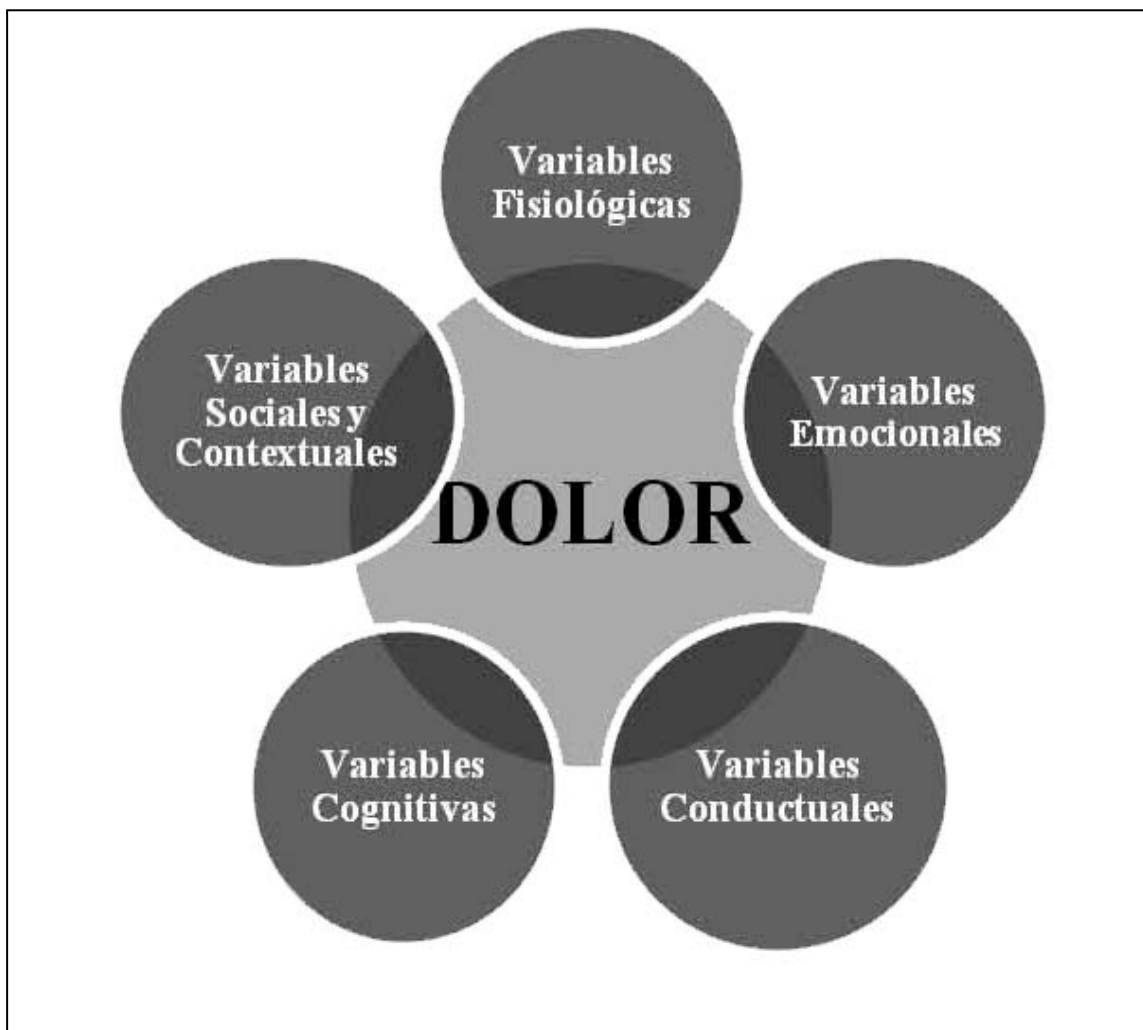


Figura 1. Modelo biopsicosocial del dolor crónico
Fuente: Moretti, L.S. / RACC, 2010, Vol. 2, N°3, 21-29

En los últimos años se ha venido desarrollando un modelo Cognitivo-Conductual del dolor crónico (Moretti, 2010) a partir de la premisa de que, alrededor del fenómeno

doloroso, se producen una serie de problemas que son el resultado de las creencias que las personas tienen sobre el dolor, su percepción sobre el mismo, la forma de afrontarlo y el modo en el que reaccionan ante éste; en ello estriban las diferencias entre las personas que se sienten incapacitados ante el dolor, frente a las que no consideran el dolor como un problema.

Las cogniciones y creencias relacionadas con el dolor son el resultado de experiencias de aprendizaje previas y del contexto cultural del paciente (Turk y Okifuji, 2002) de tal forma que, dependiendo de las experiencias que el paciente haya tenido con el dolor o el conocimiento de otras personas que han sufrido dolor, los pacientes podrían haber aprendido que el dolor tiene determinados significados. De la misma forma, los pacientes pueden aprender a interpretar y/o a evaluar el dolor de diferentes maneras, dependiendo de la cultura en la que vivan y de lo que éstos hayan observado sobre los modos que tienen otras personas para responder ante el dolor (Sharp, 2001). Así pues, el sistema de creencias relacionadas con la experiencia del dolor desempeña un papel fundamental en el ajuste del dolor crónico (Camacho y Anarte, 2003; Stroud et al., 2000; Turk y Okifuji, 2002; Young-Casey et al., 2008).

Dentro de las creencias relacionadas con el dolor, debemos destacar aquella que se refiere al control del mismo, en el sentido de las creencias que las personas poseen respecto de las habilidades y recursos disponibles para manejar y controlar el dolor y sus efectos sobre su propia vida (Tan et al., 2002; Martín-Aragón et al., 2001). Existen tres constructos relacionados con la percepción de control sobre el dolor: el locus de control, la autoeficacia y la competencia percibida. Respecto al primero (locus de control), éste se refiere a la creencia que posee una persona respecto a la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias: el control que posee sobre su propia salud y su dolor, y el poder que ejercen otras personas e incluso el azar (Comeche-Moreno et

al., 1999; Visdómine-Lozano y Luciano, 2006). Diversas investigaciones han encontrado que el locus de control se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento y con la intensidad en el dolor percibido y comunicado por los pacientes; así, a locus de control interno más elevado, mayor afrontamiento y menor intensidad de dolor percibido (Harkapaa et al., 1991; Toomey et al., 1991). Para Cano-García et al. (2013), el locus de control está relacionado con el impacto de los dolores de cabeza y el dolor crónico.

Respecto al segundo constructo relacionado con la percepción de control sobre el dolor, las expectativas de autoeficacia se entienden como las creencias que poseen las personas acerca de su habilidad para desempeñarse en una determinada tarea; es decir: si los pacientes creen que no pueden hacer frente a los síntomas del dolor, no invertirán esfuerzos para controlar activamente su dolor, experimentando mayor malestar emocional y aumentando la percepción del estímulo doloroso (Turk y Okifuji, 2002). La autoeficacia parece ser una de las variables que mejor predice la percepción de la intensidad de dolor y su impacto físico y sobre las relaciones sociales (Roskell et al., 2011).

En la misma línea se afirma que, cuando un paciente cree no tener control sobre su dolor, se acentúan aún más las características aversivas hacia éste de modo que, a medida que pasa el tiempo y el dolor continúa, la persona percibe el dolor de forma más negativa ya que se cree indefensa ante la imposibilidad de hacer algo para disminuir el dolor (Camacho y Anarte, 2003).

Por último, existen otro tipo de creencias implicadas en el dolor: se trata de las creencias de indefensión, consideradas como un estado psicológico resultante de acontecimientos incontrolables e impredecibles a los que una persona se enfrenta. Las creencias de indefensión se correlacionan de manera negativa con las creencias de los

pacientes acerca de que poseen recursos para afrontar el dolor (Camacho y Anarte, 2003). Según Samwel et al. (2006) las creencias de indefensión contribuyen de manera notable en la percepción de incapacidad y al nivel de dolor percibido y son determinantes en la percepción de los pacientes acerca del tratamiento: si el dolor persiste y se prueban tratamientos que no son efectivos para reducir el dolor, los pacientes podrían desarrollar un estado de “indefensión aprendida”, creyendo que ningún tratamiento en el futuro podrá ayudarlo. Esto podría incrementar las posibilidades de que el tratamiento no sea efectivo (Sharp, 2001).

Por todo lo dicho, en el ámbito cognitivo, la valoración del dolor y la intervención sobre él deben incluir todos aquellos procesos que culminan en la apreciación del dolor como un fenómeno estresante: qué significa el dolor para el sujeto (creencias irracionales y pensamientos negativos), cuál es el grado de dolor percibido (locus de control y expectativas de autoeficacia), cuál es el patrón de atención al dolor, cuál el apoyo social percibido, qué importancia tiene el miedo al dolor para la persona y cuál es su memoria respecto a episodios de dolor anteriores.

El dolor es una experiencia estresante para la que el organismo dispone de circuitos capaces de transmitir rápidamente datos sobre las cualidades sensoriales, así como de las emociones que lo caracterizan como una experiencia aversiva, movilizándolo a la persona para hacer frente a la amenaza que el dolor supone para su supervivencia; a la inversa, también existen mecanismos endógenos que permiten inhibir la señal de dolor de forma automática (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001).

La valoración del dolor y su afrontamiento son procesos indisolublemente unidos que determinan, en gran medida, la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del propio dolor; así, la riqueza y complejidad de la percepción dolorosa ponen de manifiesto la importancia de explorar y comprender lo que significa el dolor para cada

persona y cómo se enfrenta a su sufrimiento específico (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001).

Para superar la situación potencialmente amenazante que produce el dolor, las personas realizan esfuerzos cognitivos y conductuales denominados “estrategias de afrontamiento”. En palabras de Moix (2005) *“los estudios que intentan relacionar las estrategias de afrontamiento y la discapacidad suelen mostrar que las estrategias activas y dirigidas a la solución de problemas parecen estar relacionadas con una menor discapacidad e incluso menor dolor, mientras otras estrategias más pasivas están asociadas a un mayor nivel de dolor”*.

En líneas generales, se defiende que la experiencia de dolor viene determinada por la capacidad de una persona para manejar una situación, los recursos con los que cuenta para hacerle frente y las características personales que, en interacción con las anteriormente reseñadas, pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Herrero et al., 2008; Ramírez-Maestre et al., 2008).

En este sentido, en la experiencia dolorosa juega un papel fundamental el significado que el paciente atribuye al dolor y no tanto el dolor en sí mismo: qué efectos tiene para él y qué significa en su vida. El afrontamiento tiene que ver con todo lo que hace el sujeto para intentar manejar su situación y es efectivo cuando disminuyen las consecuencias negativas del dolor logrando, por tanto, que se adapte mejor a su situación. Son muchas las estrategias de afrontamiento que los individuos ponen en marcha para intentar manejar una situación que ha sido valorada como estresante. En los últimos años la psicología está estudiando el papel de la aceptación del dolor como modo general de afrontamiento activo y focalizado en el problema. Aceptar el dolor no es claudicar ni rendirse, es negociar con él; por ejemplo: un paciente con dolor puede hacer las tareas de la casa, no como las hacía antes, ni tan deprisa ni tan bien, pero puede

hacerlas. Así, la calidad de vida de una persona radica en lo que ésta es capaz de hacer, las actividades que es capaz de desarrollar (Castel-Bernal et al., 2006).

La situación estresante que produce el dolor crónico, mantenida en el tiempo, requiere esfuerzos adaptativos continuos por parte de la persona que lo sufre (Moretti, 2010). Estos esfuerzos dedicados a enfrentar, manejar y/o paliar el dolor, entendidos como estrategias de afrontamiento, vienen determinados por el tipo de valoración que hace la persona acerca de su situación y de los recursos de los que disponga; por ello, el papel de la valoración cognitiva en la adaptación a enfermedades crónicas se considera fundamental (Anarte et al., 2001; Camacho y Anarte, 2001; Ramírez-Maestre et al., 2008).

Entre las diversas estrategias de afrontamiento identificadas, cabe destacar la clasificación en estrategias activas, estrategias pasivas, estrategias conductuales y estrategias cognitivas (Brown y Nicasio, 1987; DeGood y Shetty, 1992). Las activas se consideran adaptativas, ya que requieren responsabilidad y el desarrollo de acciones instrumentales por parte del paciente, tendentes al manejo del dolor (por ejemplo, el ejercicio físico o el uso de estrategias distractoras). Las pasivas implican el abandono por parte de la persona que sufre el dolor (por ejemplo, descansar en la cama) o porque el paciente no asume la responsabilidad de actuar por sí mismo, recurriendo a elementos externos (por ejemplo, la ingesta de analgésicos) (Comeche-Moreno et al., 1999). Las estrategias de afrontamiento conductuales son aquellas conductas que realiza una persona con el propósito de afrontar su dolor (por ejemplo, frotarse la zona afectada) (Camacho y Anarte, 2001). Finalmente, las estrategias de afrontamiento cognitivas hacen referencia al uso, por parte del paciente, de pensamientos que pretenden alterar la percepción de la intensidad del dolor y la propia capacidad para manejar o tolerar el

dolor, intentando continuar con las actividades de la vida diaria (Turk et al., 1983 en Camacho y Anarte, 2001).

Dentro de las estrategias de afrontamiento cognitivas, en el ámbito del dolor crónico, también se han identificado dos tipos de estrategias desadaptativas: la preocupación y la catastrofización (Moretti, 2010). La preocupación se basa en modelos de desórdenes de ansiedad y se refiere a la tendencia a priorizar el procesamiento de material amenazante y a interpretar estímulos ambiguos de manera amenazante (Samwel et al., 2006); en un estudio realizado por Samwel et al. (2006) se encontró que el sentimiento de indefensión es un factor importante para explicar el nivel de dolor percibido y la incapacidad. La catastrofización se ha definido como una orientación exageradamente negativa hacia el dolor (Severeijns et al., 2002), referida a pensamientos excesivamente negativos e irreales acerca del dolor, percibido como excesivamente amenazante, lo cual genera miedo y malestar (por ejemplo, “el dolor es terrible y siento que me desborda” o “no puedo soportar esto”) (Ehde y Jensen, 2004; Crombez et al., 1998); esto impide que la atención pueda focalizarse en otros estímulos, haciendo que la persona perciba el dolor como extraordinariamente intenso y se sienta desamparado frente al control del mismo (Schütze et al., 2010).

En un estudio realizado por Severeijns et al. (2002), en relación a la catastrofización de la experiencia dolorosa, se llegó a las siguientes conclusiones: tiene un fuerte impacto negativo en los aspectos psicológicos del estado de salud general; afecta moderadamente el funcionamiento social y la vitalidad; las personas experimentan más sentimientos de depresión y nerviosismo; perciben su salud mental como más pobre en relación con los demás; evalúan su estado de salud general de manera más negativa; perciben mayores limitaciones en sus actividades sociales; las

mujeres con pensamientos catastróficos muestran menor energía y/o se sienten más fatigadas.

Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico, Rodríguez-Franco y Cano-García (2004), realizaron una adaptación del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CSQ) a la población española, con el fin de arrojar luz sobre la evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con dolor crónico en el contexto cultural español. El instrumento, el más utilizado en su ámbito, fue desarrollado por Rosentiel y Keefe en 1983. La muestra analizada fue de 205 pacientes procedentes de centros públicos de Atención Primaria y Unidades del Dolor: más de la mitad padecía Migraña y Cefalea Tensional Crónica; el resto presentaba Fibromialgia, Lumbalgia, Artrosis y Artritis. Los diversos análisis factoriales explicaron el 59% de la varianza total sobre una estructura de ocho factores de primer orden que convergieron en dos de segundo orden. En los de primer orden la novedad fue la diversificación de la distribución mental y no mental y de la esperanza con y sin matices religiosos. En los de segundo orden lo novedoso fue la eficacia del afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento desadaptativas se asociaron a un lenguaje interno negativo, ansiógeno y depresógeno, a una deficiente percepción de control y autoeficacia percibida y a la proliferación de conductas de dolor de diversa naturaleza, sucediendo lo contrario en el caso de las estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico. El CSQ se mostró como un instrumento válido y fiable para evaluar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en la población española.

La apreciación cognitiva influye y, a su vez, es influida por las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza, por lo que resulta determinante la valoración de cuáles y cuántas de estas estrategias pone en marcha, la flexibilidad a la hora de utilizarlas, el grado de eficacia resultante y la capacidad de aprender nuevas estrategias

de afrontamiento o de consolidar las que utiliza (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001).

1.5. Evaluación del dolor

La valoración del dolor es la base que posibilita su control y debe partir de la concepción de que el dolor es una experiencia multidimensional, única para cada persona. Por ello, la evaluación del dolor es un proceso complejo debido, en gran parte, a que el dolor constituye una percepción y no una sensación. Para tratar correctamente el dolor es necesario un enfoque individualizado que tenga en cuenta tanto las características y localización del dolor, como la enfermedad de base y los factores psíquicos asociados (Caballero y Fernández-Castillo, 2006; Echevarría-Guanilo et al., 2006).

La evaluación del dolor debe perseguir muy diversos objetivos, entre los que cabe señalar los siguientes: determinar la frecuencia, intensidad, localización y cronología temporal del dolor; determinar el estado emocional, las cogniciones y las conductas ante el dolor; determinar los factores antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia del dolor; determinar las consecuencias a corto y largo plazo de las conductas y experiencia del dolor, tanto en lo personal y familiar como en las actividades; determinar el grado de adaptación al dolor, incluyendo el estado emocional, afrontamiento, funcionamiento físico, social, de pareja y familiar (Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008; Turk y Burwinkle, 2005).

Entre los múltiples instrumentos y métodos de valoración del dolor desarrollados hasta la actualidad, los más frecuentes son la entrevista, el autoregistro, la observación, los cuestionarios y las escalas.

▪ **La Entrevista**

La evaluación del dolor comienza por una historia comprensiva y un examen físico clínico. La entrevista con el paciente (o con los cuidadores y observadores, según proceda) aporta una información crítica y única. En el caso de pacientes que presentan daños cognitivos o de comunicación, la información de los cuidadores es un requisito imprescindible. La entrevista a los cuidadores y miembros familiares aporta una valiosa información que puede contrastar y ampliar los datos aportados por el paciente en varios aspectos, tales como la evaluación de su comportamiento en respuesta a las conductas de dolor del paciente (Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).

La entrevista permite obtener datos directos de observación de conductas de dolor (expresiones faciales, cambios posturales, reflejos) y del estado emocional. En palabras de Olivares, *“es muy importante comenzar especificando claramente el objeto de la evaluación, centrarse en el dolor y después abordar las áreas emocionales y sociales. No conviene administrar previamente cuestionarios sobre estados emocionales o síntomas psicopatológicos, ya que el paciente puede considerar la evaluación psicológica como un modo de decirle que su dolor no es "real", sino "psicológico", o que es un enfermo mental. Debe aclararse que su dolor es un proceso psicobiológico”* (Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).

En la entrevista al paciente, debe interrogársele acerca de la intensidad del dolor, localización, número de dolores (el 81% de las personas que sufren dolor, presentan dos o más dolores), características del dolor (cómo describe el paciente su dolor, qué palabras utiliza...) y modificaciones del mismo (cuándo, con qué frecuencia, ha cambiado la intensidad, ha empeorado, ha aparecido alivio...) y eficacia del tratamiento iniciado, en su caso. Deben tenerse en cuenta, también, si existen otros síntomas en el

paciente y si tiene antecedentes de adicciones (Bradle y McKendree-Smith, 2001; Goldberg y Morrison, 2007).

- **El Auto-registro**

El hecho de que un paciente valore y registre su dolor a lo largo de días o semanas, ofrece la oportunidad de observar cuándo y en qué situaciones, actividades o momentos está presente el dolor, aumenta o disminuye. Además, tiene la ventaja de no estar sometido al recuerdo y sesgos retrospectivos, permitiendo evaluar el dolor en momentos y situaciones variables (Jensen y Karoly, 2001).

Los problemas que en el pasado presentaba esta forma de evaluación del dolor, tales como la imprecisión o la no cumplimentación de los registros en los intervalos temporales adecuados por parte de los pacientes, actualmente empiezan a obviarse con la utilización de tecnología electrónica (Gendreau et al., 2003; Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008; Turk y Burwinkle, 2005).

- **Observación**

Las conductas de dolor abarcan las expresiones faciales o verbales de malestar, la deambulación, posturas desadaptadas, signos de afectividad negativa y evitación de la actividad. Para medir el dolor a través de la observación, pueden emplearse métodos estructurados o no estructurados en situaciones diversas (en la sala de espera, mientras están siendo entrevistados, durante una serie de tareas físicas determinadas, etc.), pero en cualquier caso se trata de la percepción del profesional que atiende al paciente, no de la valoración subjetiva que realiza el paciente respecto a su propio dolor (Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).

▪ **Cuestionarios**

Los cuestionarios más empleados en la evaluación del dolor se pueden tipificar en aquellos que son propios del dolor, los que miden el afrontamiento, la funcionalidad y calidad de vida y, por último, aquellos que exploran indicadores psicopatológicos (Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).

Los cuestionarios generales del dolor de mayor aplicación en la actualidad son el Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire: MPQ), el Cuestionario de Dolor Español, el Inventario Multidimensional del Dolor y el Inventario Breve de Dolor.

- El Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ) se basa en la idea de que la percepción del dolor es una percepción de tipo multidimensional, por lo que los 78 descriptores que incluye están relacionados con tres dimensiones del dolor diferentes: sensorial, afectiva y evaluativa. Consta de 20 subclases de descriptores verbales de dolor. Aunque se ha cuestionado su validez, debido a algunas limitaciones psicométricas (sistemas de puntuación complicados, número desigual de descriptores en cada subclase, ambigüedad de algunos descriptores, etc.), hay pocas dudas de su relevancia como instrumento para describir la intensidad percibida del dolor (Boyle et al., 2003; Melzack, 1975, 1987).
- El Cuestionario de Dolor Español (CDE) es una adaptación del MPQ, que contiene 63 descriptores. A diferencia del MPQ original, incorpora también una Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor, así como una representación de la figura humana (en la que debe señalarse exactamente el lugar en el que se localiza el dolor). Además, se complementa con la recogida de datos personales, la historia clínica en relación al dolor, el estado actual del dolor, las consecuencias del dolor en la vida diaria, el tratamiento actual y anterior

(farmacológico o no), los hábitos de salud y la situación socio-laboral y familiar del paciente. El resultado de este Cuestionario obtiene un valor de la intensidad del dolor para cada dimensión (sensorial: de 0 a 7 puntos; afectiva: de 0 a 6 puntos; evaluativa: de 0 a 1 punto). Además, se puntúa la intensidad del dolor actual en una escala tipo Likert (0: sin dolor, hasta 5: dolor insoportable) y en una EVA (de 0 a 10 puntos). Finalmente, mide la intensidad total del dolor a partir de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa (Ruíz-López et al., 1993).

- El Inventario Multidimensional del Dolor se aplica habitualmente en la valoración del dolor de tipo crónico. En 1987, Turk y Rudy desarrollaron el modelo denominado MAP (Multiaxial Assessment of Pain), con el objetivo de realizar una evaluación completa del dolor que lograra integrar datos clínicos, psicológicos y conductuales. Consta de 52 items agrupados en varias escalas que miden la experiencia del dolor (intensidad, interferencias en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo...), la respuesta de los familiares y allegados en torno a las demostraciones y quejas del dolor del paciente, así como la participación de éste en diferentes tipos de actividades diarias (Kerns et al., 1985; Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).
- El Inventario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI) desarrollado por Cleland y Ryan en 1994, mide la presencia de la intensidad del dolor en diversos momentos: ahora, en las últimas 24 horas y el peor nivel de dolor en las 24 horas anteriores. También evalúa la interferencia del dolor en las últimas 24 horas, el estado de ánimo, la capacidad para andar, trabajar, relacionarse socialmente y

disfrutar de la vida (Badia et al., 2003; Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008).

▪ La Escala Visual Analógica

Aunque se han definido un buen número de escalas diferentes para evaluar el dolor, utilizando distintas gradaciones y símbolos representativos del nivel de dolor (Figura 2), la Escala Visual Analógica (EVA) es la que se ha demostrado que mide de forma más fiable y válida la intensidad del dolor que describe el paciente.

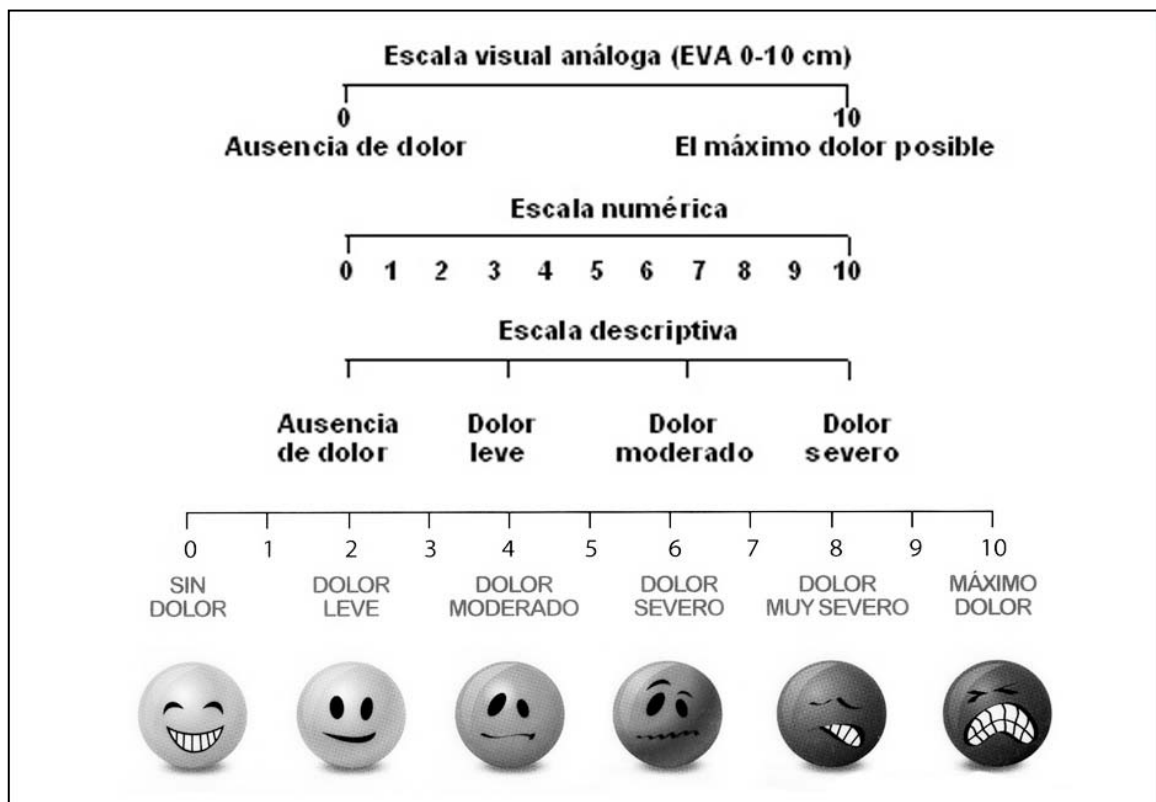


Figura 2. Escalas para la evaluación del dolor

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma: en el izquierdo se ubica la ausencia

o menor intensidad y, en el derecho, la mayor intensidad. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Se le pide al paciente que indique, en la línea, dónde está su dolor en relación con los dos extremos de ésta: lo indicado, se mide con una regla milimetrada. Esta calificación es sólo una aproximación; por ejemplo: si el paciente marca su dolor en el medio de la línea, esto indicaría que el dolor es aproximadamente la mitad del peor dolor posible. Las escalas visuales analógicas o “Visual Analogue Scale” (VAS) fueron empleadas inicialmente en la valoración del estado de ánimo en Psicología. Dada su simplicidad y su teórica facilidad de cumplimentación, fueron rápidamente adaptadas para la medición de la intensidad del dolor. La EVA ha demostrado sensibilidad en situaciones muy diferentes, tanto en procesos no relacionados con el cáncer, en la atención ambulatoria, en pacientes ingresados, en estrés psicológico y en medidas globales de calidad de vida. Se ha detectado una diferencia del 15% entre la valoración subjetiva del paciente y la opinión del personal observador sanitario (Hadjistavropoulos y Craig, 2002; Jensen y Karoly, 2001; Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008; Pacheco-Rodríguez, 2008; Serrano-Atero et al., 2002).

La revisión sobre las publicaciones más relevantes de los últimos tiempos conduce, habitualmente, a la constatación de que la Escala Visual Analógica (EVA) o su variante más actual, la Escala Numérica Verbal (ENV), son los instrumentos más utilizados en la actualidad para evaluar el dolor en los pacientes (Alonso-Babarro, 2011; Caballero y Fernández-Castillo, 2006; Echevarría-Guanilo et al., 2006; Pardo et al., 2006).

EVA y ENV son instrumentos de valoración subjetiva de la intensidad o severidad del dolor percibido, tanto crónico como agudo y se caracterizan por ser simples, sencillos de comprender, robustos, sensibles y reproducibles, permitiendo al paciente expresar la severidad de su dolor y posibilitando obtener un valor numérico del mismo. Entre otras de sus virtudes está la facilidad de utilización, las escasas instrucciones de aplicación o la

sencillez en la obtención de la puntuación del sujeto (Bergh et al., 2000; Caballero y Fernández-Castillo, 2006; Echevarría-Guanilo et al., 2006; Hadjistavropoulos y Craig, 2002; Jensen y Karoly, 2001; Olivares-Crespo y Cruzado-Rodríguez, 2008; Sánchez-Cánovas y Sánchez-López, 1994; Serrano-Atero et al., 2002).

Sin embargo, a pesar de todas estas ventajas, algunos autores han señalado, desde hace ya algún tiempo, ciertos cuestionamientos sobre su utilización. Por ejemplo: con frecuencia se critica que esta forma de evaluar el dolor demuestra que éste es considerado como un fenómeno unitario en el que sólo se tiene en cuenta su intensidad, frente al concepto actual de que el dolor debe entenderse como una experiencia multidimensional, y puede hacerse más complejo con la presencia de otras variables como son las expresiones verbales, los aspectos emocionales implicados, el tipo de dolor, o los factores psicosociales y contextuales (Caballero y Fernández-Castillo, 2006). Efectivamente, en el caso de que los pacientes presenten deterioro cognitivo y dificultades de comunicación, valorar el dolor presenta muchas dificultades y, a menudo, impide una valoración correcta del dolor (Baeza et al., 2007).

Paralelamente, junto al diseño de este amplio abanico de instrumentos de medición, se ha intentado evaluar el dolor prestando atención también a aspectos cognitivos, conductuales, u otras manifestaciones asociadas, tales como la depresión o la ansiedad. Sin embargo, este objetivo no ha sido conseguido plenamente por lo que la EVA, pese a sus limitaciones e inconvenientes, sigue siendo en la actualidad uno de los métodos más utilizados (Caballero y Fernández-Castillo, 2006).

1.6. Recomendaciones IMMPACT

A partir del desarrollo del Modelo Multidimensional del Dolor de Melzack y Wall (1965) y la conceptualización del dolor como una manifestación multidimensional (IASP, 1994), en los últimos años se ha intentado investigar y determinar la importancia de evaluar al paciente con dolor desde esta visión, abordando la complejidad de todos los aspectos involucrados en el mismo. De este modo, se creó la Iniciativa sobre Métodos, Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (Initiative on Methods, Measurement and Assessment in Clinical Trial, IMMPACT) como una organización de alcance global, conformada por expertos del ámbito del dolor crónico de diferentes especialidades (psicólogos, cirujanos, anestesiólogos, neurólogos, psiquiatras, traumatólogos, etc.). El Grupo IMMPACT ha establecido que todo paciente con dolor crónico debe ser evaluado en tres niveles: el nivel fisiológico (que incluye las medidas fisiológicas y neurofisiológicas), el nivel comportamental (compuesto por las estrategias de afrontamiento, el tipo de consultas a los profesionales, el uso del sistema de salud, las actitudes más frecuentes frente al dolor, etc.) y el nivel subjetivo, que se centra en la percepción particular que tiene el paciente sobre su dolor (es decir: qué piensa de lo que le sucede) y las emociones relacionadas con dicha percepción. (Dworkin et al., 2008; Dworkin y Turk, 2008; Turk et al., 2003; Turk et al., 2008).

Para la reunión de consenso IMMPACT fueron convocados 40 participantes procedentes de universidades, agencias gubernamentales, una organización de autoayuda al paciente y la industria farmacéutica, que fueron seleccionados en base a sus investigaciones o a su experiencia en el diseño y evaluación de los resultados del tratamiento del dolor crónico. Se plantearon, fundamentalmente, dos objetivos: desarrollar recomendaciones generales para determinar cambios, clínicamente importantes en las medidas de resultado de dolor crónico y proponer puntos de

referencia para identificar dichos cambios. Para el desarrollo del trabajo los participantes utilizaron diez criterios: (1) la oportunidad del contenido de la medida y del modelo conceptual; (2) la fiabilidad; (3) la validez; (4) la capacidad de respuesta; (5) la interpretabilidad; (6) la precisión de puntuaciones; (7) el encuestado y la aceptación del administrador; (8) el demandado y el administrador de la carga y viabilidad; (9) la disponibilidad y la equivalencia de formas alternativas y métodos de administración y (10) la disponibilidad y la equivalencia de las versiones para las diferentes culturas y lenguas. Los elementos que se analizaron para interpretar los cambios que se producen en el dolor crónico fueron los siguientes: (1) La intensidad del dolor, evaluado mediante una escala de calificación numérica 0 a 10; (2) el funcionamiento físico, evaluado a través de la Interference Scale of the Multidimensional Pain Inventory (MPI) o por la Interference Scale of the Brief Pain Inventory (BPI); (3) funcionamiento emocional, evaluado por el Beck Depression Inventory (BDI) y por el Profile of Mood States (POMS); y (4) las calificaciones de los participantes en cuanto a su impresión sobre “mejora global”, evaluada mediante la Patient Global Impressions of Change Scale (PGIC) (Dworkin et al., 2008; Dworkin y Turk, 2008; Turk et al., 2003; Turk et al., 2008) (Tabla 1).

Dominio	Escala de medida	Cambio	Tipo de mejora
Intensidad del dolor	0-10 Escala Numérica (ENV)	10-20% de disminución	Mínimamente importante
		30% de disminución	Moderadamente importante
		50% de disminución	Sustancial
Funcionamiento físico	Multidimensional Pain Inventory Escala de Interferencia (MPI)	Punto de disminución 0,6	Clínicamente importante
	Brief Pain Inventory Escala de Interferencia (BPI)	1 punto de disminución	Mínimamente importante
Funcionamiento emocional	Beck Depression Inventory (BDI)	5 puntos de disminución	Clínicamente importante
	Profile of Mood States (POMS): -Perturbación total del humor -Subescalas específicas	-10-15 puntos disminución - 2-12 puntos cambio	-Clínicamente importante -Clínicamente importante
Evaluación global de la mejoría	Patient Global Impression of Change (PGIC)	Mínimamente mejorado	Mínimamente importante
		Ha mejorado mucho	Moderadamente importante
		Muy mejorado	Sustancial

Tabla 1. Puntos de referencia para interpretar los cambios en el dolor crónico, según la propuesta IMMPACT-IV.

Fuente: Dworkin et al., 2008

Una vez realizada la evaluación, el paciente debe recibir un tratamiento acorde a su necesidad. Desde el punto de vista de los tratamientos psicosociales, se deben perseguir ciertos objetivos fundamentales para la mejoría de los pacientes con dolor crónico, de manera que pueda abordarse de forma integral la gran complejidad de éste. Entre estos objetivos pueden destacarse los siguientes: facilitar el manejo de la activación fisiológica y/o el nivel de tensión relacionado con el dolor; modificar la forma en que el sujeto valora la situación, facilitando una reconceptualización de su vivencia de forma más adaptativa; reorientar las conductas disfuncionales en una dirección constructiva, para lograr que el paciente desarrolle habilidades funcionales en el afrontamiento de su dolor; atender las dificultades de la familia y asesorarla respecto al cuidado e interacción con el paciente (Dworkin et al., 2008 y 2010).

Con el paso del tiempo, y debido al importante aumento de los ensayos clínicos para el estudio del dolor, la IMMPACT ha ido actualizando sus recomendaciones para el diseño de las investigaciones desde el punto de vista metodológico, de manera que se aumente la sensibilidad y se realicen evaluaciones con resultados más significativos y rigurosos que incrementen la probabilidad de llegar a resultados más concluyentes (Dworkin et al., 2010). Así, en su segunda reunión, el Grupo IMMPACT presentó una revisión de sus recomendaciones, estableciendo los criterios para la evaluación en seis áreas principales del dolor: intensidad, situación funcional, situación emocional, impresión global de mejoría, efectos secundarios y disposición de los pacientes (Dworkin et al., 2005):

- **Intensidad**

Todas las escalas (visuales, numéricas, categóricas) son válidas y fiables, sin grandes diferencias en la sensibilidad para detectar cambios debidos al tratamiento. Se

recomienda registrar la analgesia de rescate, las características del dolor, su intensidad, su evolución en el tiempo y las crisis de dolor episódico. En cuanto a la respuesta analgésica, se recomienda registrar a cuántos pacientes alcanza la reducción del dolor (al menos, el 30% de la intensidad inicial).

- **Situación funcional**

Salvo que se disponga de instrumentos específicos para una patología concreta (como los que evalúan la calidad de vida), la situación funcional se puede estimar mediante la Escala de Interferencia del MPI (Multidimensional Pain Inventory Interference Scale) o el BPI (Brief Pain Inventory).

- **Situación emocional**

Para evaluar la ansiedad, la depresión, la angustia y otras alteraciones emocionales que se asocian al dolor, se recomienda el BDI (Beck Depression Inventory) y el POMS (Profile of Mood States).

- **Impresión global de mejoría**

Esta evaluación subjetiva, a cerca del tratamiento por parte del enfermo, integra el síntoma que padecía, sus expectativas, el alivio del dolor y los posibles efectos secundarios. Se puede medir mediante la PGIC (Patient Global Impression of Change Scale).

- **Efectos secundarios**

Se consideran registros válidos tanto los que recogen únicamente los que el paciente refiere, de manera espontánea, como los que emplean cuestionarios estructurados.

- **Disposición de los pacientes**

Se puede evaluar según las recomendaciones CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Normas Consolidadas de Presentación de Informes de Ensayos). Incluye un registro de los pacientes que aceptan y de los que rechazan entrar en el estudio y también de su evolución en el tiempo, con las pérdidas y abandonos.

Existe un acuerdo generalizado de que los esfuerzos por desarrollar mejores tratamientos para los pacientes con dolor crónico son una prioridad de investigación. La variabilidad en las medidas de los resultados usadas en los ensayos clínicos dificulta las evaluaciones de la eficacia y la efectividad de los tratamientos; en base a ello, la Iniciativa sobre Métodos, Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos en su cuarta reunión (IMMPACT-IV) (Dworkin et al., 2008) recomendó un conjunto estándar de resultados de dominios y medidas específicos para los ensayos en dolor crónico, lo cual facilita el proceso de elaboración de protocolos de investigación, permite la puesta en común de los datos de diferentes estudios y proporciona una base para las revisiones sistemáticas y comparaciones entre tratamientos.

1.7. Tratamientos psicológicos

Vistas las enormes repercusiones psicológicas que el dolor tiene sobre las personas, cabe destacar el elevado número de personas con dolor crónico que sufren depresión, ansiedad e ira como emociones que con frecuencia acompañan al fenómeno doloroso. Puesto que el dolor crónico suele presentarse conjuntamente con todo ese tipo de emociones, conviene conceptualizarlo como un cuadro más complejo que requiere de una visión holística con un tratamiento interdisciplinar. A pesar de ello, aún es escasa la

aplicación de tratamientos psicológicos a personas que sufren dolor crónico, aún cuando se ha demostrado fehacientemente su efectividad (Moix y Casado, 2011).

Aunque entre las terapias psicológicas más estudiadas se encuentran la Hipnosis, la Relajación, el Biofeedback, las Técnicas Operantes, las Psicoterapias Racionales, Mindfulness, Escritura Emocional, Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Racional Emotiva y la Reestructuración Cognitiva, describiremos en profundidad tan solo las tres últimas, implicadas directamente en el desarrollo de este estudio.

1.7.1. Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual es el procedimiento terapéutico que, en la actualidad, ha demostrado más ampliamente su eficacia en el abordaje psicológico del dolor crónico (Field y Swarm, 2008).

Su objetivo es que el paciente afronte el impacto que el dolor tiene en su vida del modo más adecuado posible, consiguiendo así que el dolor le produzca el mínimo posible de interferencias: recuperar su vida personal, social y/o profesional en la medida de lo posible, sentirse útil y valioso, con la consiguiente mejora de su estado de ánimo, etc. El aumento de actividad y un afrontamiento adecuado del dolor, facilitará que los sistemas de modulación del dolor operen de forma más efectiva, mejorando el dolor percibido (Vallejo et al., 2009; Comeche et al., 2010).

La Terapia Cognitivo-Conductual utiliza muy diversas herramientas para alcanzar estos objetivos: facilita información sobre el síndrome de dolor, actúa sobre los aspectos emocionales, fisiológicos y cognitivos que pueden favorecer o impedir un adecuado afrontamiento del problema, y ayuda al paciente en el abordaje más adaptativo de aquél

área de su vida en la que el dolor tenga un impacto significativo (Moix y Kovacs, 2009; Field y Swarm, 2008; Moix y Kovacs, 2010).

Los estudios realizados para demostrar la efectividad de las técnicas Cognitivo-Conductuales, en términos generales comparan la evolución de un grupo de pacientes tratados con esas técnicas y tratamientos médicos habituales, con la de otro grupo de pacientes tratados exclusivamente con dichos tratamientos médicos. Por tanto, los resultados de esos estudios reflejan el efecto adicional que esas técnicas obtienen como coadyuvante de las terapias médicas. Los pacientes tratados conjuntamente con técnicas médicas y psicológicas muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos (Moix y Kovacs, 2010; Moix y Kovacs, 2011).

En España se desarrolló en 2009 un protocolo sistematizado para aplicar la Terapia Cognitivo-Conductual para el dolor crónico, en el que participaron un grupo de veinticuatro psicólogos especialistas en esta materia coordinados por Francisco Kovacs y por Jenny Moix (Moix y Kovacs, 2009).

El protocolo incluye diez sesiones grupales (de entre 8 y 10 personas) y dos sesiones individuales. La duración de las sesiones puede oscilar entre una hora y media, y dos y cada sesión consta de tres partes diferenciadas: en la primera se comentan las tareas realizadas en casa, para comprobar hasta qué punto se han entendido las estrategias explicadas en la sesión anterior y para aclarar todas las dudas que han podido ir surgiendo; en la segunda parte se explica la temática de la propia sesión, con una parte teórica y otra de ejercicios prácticos; finalmente, en la tercera sesión se proponen las tareas que deben llevar a cabo los pacientes para practicar lo aprendido, hasta la llegada de la siguiente sesión (Moix y Casado, 2011).

Respecto a las dos sesiones individuales, una de ellas se realiza aproximadamente a la mitad del tratamiento y la segunda al finalizar el mismo. Estas sesiones pretenden

comprobar si el paciente va adquiriendo los conocimientos y las técnicas explicadas, así como tratar cuestiones particulares que el paciente no haya expuesto en las sesiones conjuntas.

Las técnicas que incluye el Protocolo de Terapia Cognitivo-Conductual son las siguientes (Moix y Kovacs, 2011; Moix y Casado, 2011):

- **Introducción a la Terapia Cognitivo-Conductual:** Con frecuencia, las personas con dolor crónico piensan que los profesionales sanitarios creen que su estado psicológico es la causa de su dolor. Por ello, es fundamental explicar a los pacientes que van a ser sometidos a esta Terapia Cognitivo-Conductual en qué consiste dicha terapia y qué beneficios pueden obtener.
- **Respiración y relajación:** Puesto que el dolor provoca tensión muscular y ésta, a su vez, incrementa el dolor, se enseña al paciente cómo relajarse a través de la técnica de Jacobson, indicándoles que la practiquen diariamente.
- **Manejo de la atención:** Se enseña al paciente a “redireccionar” la atención, aconsejándoles que lo practiquen durante su vida diaria.
- **Reestructuración Cognitiva:** Se explica al paciente las distorsiones cognitivas que las personas realizan al interpretar la realidad y se les entrega un registro que deben cumplimentar cada vez que experimenten estados emocionales negativos.
- **Solución de problemas:** Se explican las diferentes fases de la solución de problemas y se realiza un ejercicio basado en un problema que expone voluntariamente el paciente, relacionada con la problemática de su dolor, con el fin de que compruebe los distintos enfoques y estrategias con las que se puede tratar una misma situación.

- Manejo de emociones y asertividad: Se pretende que el paciente identifique las emociones desagradables y entienda su relación con el dolor; después, se le explica el distanciamiento como forma de manejar dichos estados emocionales.
- Valores y establecimientos de objetivos: Esta técnica pretende promover los valores vitales del paciente a través de metáforas que le permitan reflexionar y establecer objetivos concretos para sus vidas, una vez que el dolor les ha obligado a abandonar aficiones, trabajo, etc.
- Organización del tiempo y actividades reforzantes: El dolor produce en muchos casos la sensación de falta de tiempo dado que, frecuentemente, hace más lenta la realización de las actividades cotidianas. Por ello, se explican al paciente diferentes estrategias para organizar el tiempo, transmitiéndole la necesidad de reservar espacios del día para la inclusión de actividades de ocio.
- Ejercicio físico, higiene postural, higiene del sueño y prevención de recaídas: Se da al paciente una serie de recomendaciones para reducir el dolor mediante la promoción del ejercicio físico, la higiene postural y el sueño. También se les explica cuáles son las señales de aviso de las recaídas y qué pasos deben dar en el caso de que se detecten.

1.7.2. Reestructuración Cognitiva

La Reestructuración Cognitiva es una estrategia general de las terapias Cognitivo-Conductuales, destinada a modificar la percepción y el modo de afrontamiento del dolor, así como de otras experiencias estresantes funcionalmente relacionadas con éste (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001).; también se identifica como "*Estimular al*

paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista", a través de intervenciones como la ayuda al paciente a cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas (autoafirmaciones), ayuda al paciente para identificar la emoción dolorosa que está sintiendo (ira, ansiedad, desesperanza, etc.), identificación de los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización), realización de afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación, etc.

En la Reestructuración Cognitiva, no son los acontecimientos *per se* los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos (Bados y García-Grau, 2008). Así, las diferentes técnicas de Reestructuración Cognitiva se utilizan para creencias irracionales sobre el dolor, pensamientos negativos hacia éste, etc. (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001).

La Reestructuración Cognitiva es una de las técnicas Cognitivo-Conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone la Terapia Cognitivo-Conductual. Sin embargo su aplicación no es fácil, debido a que requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar, se precisa de agilidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente, entre otros motivos. Consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados, reduciendo o eliminando así la perturbación emocional y/o conductual causada por dichos pensamientos. Junto con la Terapia Cognitivo-Conductual, la Reestructuración Cognitiva se ha mostrado más eficaz especialmente en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de alimentación, trastorno de

somatización, trastorno por dolor, hipocondría, trastornos por abuso de sustancias y juego patológico, entre otros (Bados y Grau, 2008; Bados et al., 2002).

1.7.3. Terapia Racional Emotiva

Lo que años después se conocería como Terapia Racional Emotiva (TRE), fue desarrollado e introducido en la literatura psicológica por Albert Ellis en el año 1958, ampliándose y profundizándose en las décadas siguientes y aplicándose, en la actualidad, a una gran variedad de poblaciones (Palermo et al., 2010).

La técnica de TRE consiste en identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos, para sustituirlos por otros más apropiados, reduciendo o eliminando la perturbación emocional y/o conductual que acompañan a esos pensamientos. El procedimiento de esta técnica incluye tres fases: identificar los pensamientos inadecuados; evaluar y analizar los pensamientos; buscar pensamientos alternativos (Ellis y Grieger, 1992).

Los pensamientos inadecuados pueden identificarse a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Existen diferentes tipos de pensamientos:

- Pensamientos adaptativos: son objetivos, realistas, facilitan la consecución de los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.
- Pensamientos neutros: no interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.
- Pensamientos no adaptativos: distorsionan la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación.

Algunos de los pensamientos no adaptativos o distorsiones cognitivas más frecuentes son extraer conclusiones generales a partir de un pequeño detalle, un hecho aislado o un único incidente; dar por supuesto lo que los otros están pensando o lo que significa su pensamiento; interpretar cualquier hecho o situación de manera extremista o sin término medio; juzgar cualquier situación a partir de valores dogmáticos (prejuicios); culpabilizarse a uno mismo de los errores ajenos o culpar a los otros o a las circunstancias de los errores propios; intentar probar continuamente que nuestro punto de vista es el único correcto; catastrofismo, exagerar las consecuencias de algún acontecimiento desafortunado; considerar las emociones como prueba de que algo es verdad; minimizar o infravalorar las propias capacidades (Ellis y Grieger, 1992).

Para la identificación correcta de las cogniciones debe tenerse en cuenta, además, otros factores:

- Muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y pueden ser tan habituales que escapen a la atención consciente.
- Es fundamental identificar los pensamientos importantes que producen el malestar emocional.
- No hay que confundir pensamientos y emociones; “me sentí fatal” o “estoy nervioso” son estados emocionales, no pensamientos.
- Es importante el registro de algunos pensamientos concretos: no hay que apuntar “quedaré mal” si lo que la persona piensa es “hablarán mal de mí y no me volverán a dirigir la palabra”; cada pensamiento debe registrarse de forma independiente y separada.

- Las cogniciones pueden presentarse no sólo en forma de pensamientos verbales, sino también como imágenes; por ejemplo: imaginar que uno se despeña con el coche o que tiene un infarto en la calle sin que nadie le ayude.

Una vez identificados y analizados los pensamientos inadecuados, deben buscarse formas alternativas de interpretar la situación: no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible. Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración: una vez obtenidos, se pueden utilizar como autoinstrucciones de forma que lo que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos, le ayude a ver la realidad de una forma más objetiva (Ellis y Grieger, 1992).

La TRE creada por Ellis, es un método terapéutico que intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos, subsanando las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de los esquemas mentales distorsionados. Ellis parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). No es A quien genera C, sino B. Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales (D) seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (E) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas. Esta Teoría del ABC de la personalidad y del cambio de personalidad, parte de la base de la importancia de las emociones y de las conductas, poniendo énfasis especial en el papel de las cogniciones: las creencias, los pensamientos y las imágenes mentales (Figura 3).

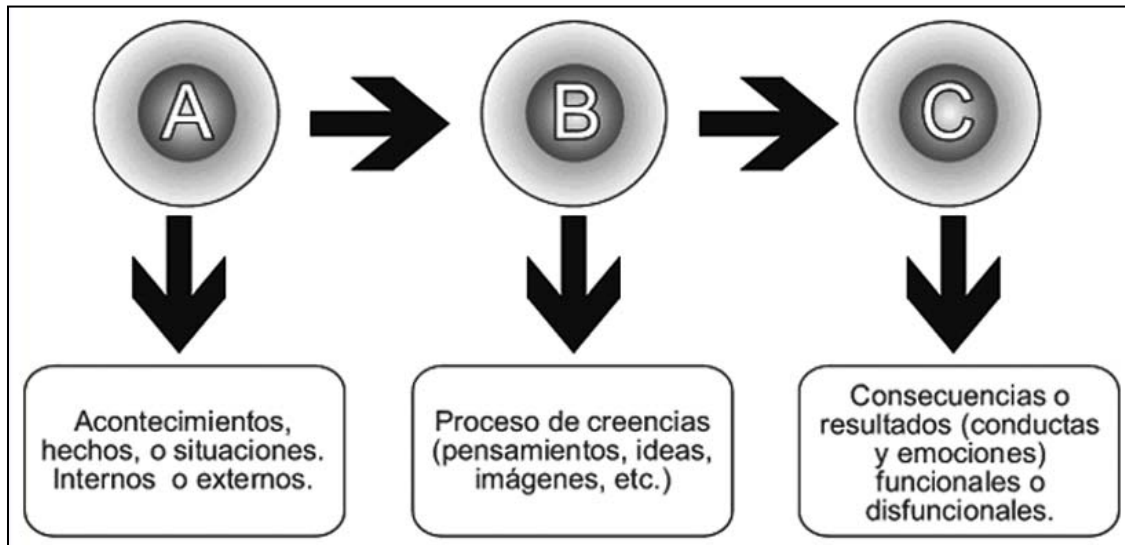


Figura 3. Teoría ABC

A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Pero, a pesar de que los acontecimientos activadores A a menudo parecen causar las C, esto no es realmente así, ya que las B (creencias y pensamientos sobre A) son mediadores importantes entre los A y las C, llegando a ser las principales y más directas responsables de las C. Por ejemplo: una persona llega a un lugar donde hay varios desconocidos y estos le miran fijamente (A). Según el tipo de interpretaciones que haga sobre este hecho, es decir, según lo que piense (B), reaccionará a nivel emocional y conductual (C) de una forma u otra. Por ejemplo, si piensa que los demás le están evaluando positivamente se sentirá mejor que si piensa que le evalúan negativamente. En función de lo que piense también actuará de diferente forma.

Albert Ellis describió 11 creencias irracionales sobre las que basa su teoría (Ellis y Grieger, 1992; Ellis, 2012):

- **Idea irracional nº 1:** *Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad.*

¿Por qué es irracional? El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable. Si, de forma extrema, se necesita la aprobación de los demás, siempre se generará una preocupación por el cuánto le aceptarán a uno. Es imposible que alguien alcance la aprobación total por parte de todo el mundo pero, en el caso de que fuera posible, ello exigiría una enorme cantidad de esfuerzo y energía. El intentar ser aprobado por los demás generaría un servilismo donde se tendrían que abandonar las propias necesidades. Al mismo tiempo, la incertidumbre de no conseguir la aprobación de los demás generaría un comportamiento inseguro y molesto que haría perder el interés de los demás.

Alternativas racionales: El individuo no debería intentar erradicar todos sus deseos de aprobación, sino las necesidades excesivas de aprobación o amor. El individuo debería buscar más la aprobación por sus hechos, actividades y comportamientos que "por sí mismo". El no ser considerado por los demás es algo frustrante pero no horroroso o catastrófico. El individuo debería preguntarse "¿qué quiero hacer en el curso de mi vida?, más que "¿qué creo que les gustaría a los demás que hiciera?".

- **Idea irracional nº 2:** *Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.*

¿Por qué es irracional? Ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos o en la mayor parte de los aspectos de la vida. Intentar tener éxito está bien, pero

el exigirse que debe tener éxito es la mejor manera de sentirse incompetente e incapaz. Forzarse más de la cuenta produce estrés y enfermedades psicosomáticas. El individuo que lucha por el éxito total está en continua comparación con otros ante los que, inevitablemente, se siente inferior. El ambicionar el éxito conlleva el querer ser superior a los demás, con lo que invariablemente se entra en conflicto con los otros. El buscar el éxito distrae al individuo de su auténtico objetivo de ser más feliz en la vida. La preocupación por el éxito acarrea el miedo al fracaso y a cometer errores, generándose disgusto por el trabajo y una tendencia al fracaso real en éste.

Alternativas racionales: El individuo debe actuar, más que actuar bien. Se debe concentrar más en disfrutar del proceso que del resultado, intentar actuar bien más para su propia satisfacción que para agradar o ser mejor que los demás. Debe cuestionarse con frecuencia si está luchando por alcanzar un objetivo en sí, o por un objetivo para su propia satisfacción. En la lucha por alcanzar sus objetivos el individuo debe aceptar sus propios errores y confusiones en vez de horrorizarse por ellos. Se debe aceptar la necesidad de practicar las cosas antes de conseguir el éxito. Se debe forzar a hacer de vez en cuando aquello en lo que se teme fracasar, aceptando el hecho de que los seres humanos no somos perfectos.

- **Idea irracional nº 3: *Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.***

¿Por qué es irracional? Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente, sin una "maldad consciente". En la mayoría de los casos, las personas que actúan mal son personas ignorantes o perturbadas, que no son conscientes de las consecuencias de sus comportamientos para los demás y para sí mismas. El castigar o culpabilizar severamente al que comete

errores normalmente le conduce a seguir cometiéndolos, mientras que una actitud más tolerante y racional a la hora de considerar sus errores favorecen el cambio positivo de la persona. El hecho de culpabilizarse a uno mismo, o culpabilizar a los demás, genera depresión, angustia, ansiedad, rabia, hostilidad y conflicto personal o social.

Alternativas racionales: No se debe criticar o culpar a los otros por sus fallos, sino comprender que éstos son cometidos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional. Cuando alguien le culpabilice a uno, deberá preguntarse si realmente uno lo hizo mal e intentar mejorar su conducta; pero, si no lo ha hecho, deberá comprender que la crítica de los demás es un problema de ellos, por algún tipo de defensa o perturbación. Es positivo comprender por qué la gente actúa como actúa, desde su punto de vista, y valorar si hay alguna manera calmada de hacerle entender sus errores. Si no es posible, habrá que decirse "esto es malo, pero no necesariamente catastrófico". Deberá intentar comprender que sus propios errores, como los de los demás, son el resultado de la ignorancia o de la perturbación emocional.

- **Idea irracional nº 4:** *Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.*

¿Por qué es irracional? No hay razón para pensar que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son, otra cosa es que no nos agrade. El abatimiento por las circunstancias no nos ayudará a mejorarlas; incluso, es posible que de esta forma las empeoremos. Cuando las cosas no salen como desearíamos, es bueno luchar por cambiarlas pero, cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son. Aunque nos veamos frustrados o privados de algo que deseamos, el sentirnos muy desdichados es solo consecuencia de considerar erróneamente nuestro deseo como una necesidad fundamental.

Alternativas racionales: Se debe discernir si las circunstancias son realmente negativas, o si estamos exagerando sus características frustrantes. El sentido catastrófico se lo damos a veces con nuestras propias expresiones: "Es terrible", "Dios mío", "No puede soportarlo". Se debe aprender a cambiar estas expresiones por otras más racionales y realistas: "Son negativas pero no catastróficas", "Estoy convencido de que puedo soportarlo". Hemos de intentar aceptar las situaciones difíciles como un desafío del que debemos aprender.

- **Idea irracional nº 5: *La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.***

¿Por qué es irracional? Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que le prestemos atención con nuestras valoraciones e interpretaciones. La expresión "Me duele que mis amigos no me hagan caso" no es correcta, ya que lo que realmente produce dolor es que yo me lo diga dándole el valor de algo terrible o insoportable. Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible cambiarlas.

Alternativas racionales: Un individuo, cuando experimente una emoción dolorosa, debe reconocer que es él el creador de dicha emoción y que, como la origina, también puede erradicarla. Cuando un individuo observa de forma objetiva sus emociones dolorosas, descubre los pensamientos y frases ilógicas que están asociados a esa emoción: cuando es capaz de cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar las emociones autodestructivas.

- **Idea irracional nº 6:** *Si algo es o puede ser peligroso o temible, deberá sentirse terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.*

¿Por qué es irracional? Si se está muy preocupado por un asunto de riesgo, el nerviosismo impide ver realmente la gravedad de éste y la ansiedad intensa impide afrontar el peligro. La excesiva preocupación por que algo suceda, no solo no evita que ocurra, sino que a menudo contribuye a su aparición. El inquietarse por una situación peligrosa conlleva el exagerar las posibilidades de que ocurra, aunque sea muy improbable. Cuando han de sucederse acontecimientos inevitables (tales como la enfermedad o la muerte), no sirve de nada preocuparse anticipadamente por ellos. La mayoría de los hechos temidos y peligrosos (como las enfermedades) son mucho menos catastróficos cuando ocurren de verdad, pero la ansiedad o el miedo de que sobrevengan constituyen algo aún más doloroso que la propia situación temida.

Alternativas racionales: Es importante comprender que la mayoría de las preocupaciones no las causan los peligros externos, sino la manera que una persona tiene de hablarse a sí misma; darse cuenta de que los miedos no ayudan a evitar los peligros, más bien todo lo contrario; comprender que la mayoría de los miedos tiene en su origen el miedo a lo que los demás piensen de nosotros mismos. De vez en cuando debe promoverse en el paciente la realización de aquellas cosas que producen miedo, con el objetivo de demostrarse a sí mismo que esos miedos no son tan terribles (hablar en público, defender sus derechos o mostrar sus puntos de vista con superiores).

- **Idea irracional nº 7:** *Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.*

¿Por qué es irracional? Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto trae consecuencias negativas tales como dejar de estudiar, de trabajar o de realizar cualquier actividad que requiere esfuerzo físico o psíquico. El proceso de decidir no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer una actividad desagradable. La confianza en uno mismo proviene de hacer actividades; sin embargo, si se evitan, la existencia se hará más fácil pero a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal. Aunque mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando está comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo.

Alternativas racionales: Un individuo racional deberá esforzarse en realizar las cosas desagradables que sea necesario hacer y terminarlas lo antes posible. No debemos suponer que detrás de cada evasión de nuestros problemas existe una actitud indolente, sino suponer que ésta es el resultado de creencias irracionales que debemos descubrir y cambiar. No deberá imponerse una autodisciplina rígida ni exagerada pero sí planificar las actividades y objetivos de un modo razonable, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo.

- **Idea irracional nº 8: *Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.***

¿Por qué es irracional? Aunque es normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no debe llegarse al extremo de que los demás elijan o piensen por nosotros. Cuanto más se depende de los demás, menos se elige por uno mismo y más se actúa por los demás y se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima,

perdiendo así la posibilidad de ser uno mismo y teniendo menos oportunidades de aprender. Cuando un individuo depende de los demás, queda uno a su merced y esto implica que la vida toma un cariz incontrolable.

Alternativas racionales: Es importante aceptar el hecho de que uno está solo en el mundo y que no es tan terrible apoyarse en uno mismo y tomar decisiones, comprender que no es terrible el fracaso en la consecución de los objetivos y que los fracasos no tienen que ver con la valía de una persona como ser humano. Al mismo tiempo, es positivo aceptar la ayuda de los demás cuando es necesaria.

- **Idea irracional nº 9:** *La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.*

¿Por qué es irracional? Aunque una persona haya tenido que sufrir los excesos y condicionamientos de otros (por ejemplo, ser excesivamente complaciente con los padres), eso no quiere decir que haya que seguir ocurriendo siempre. Cuanto más influenciado se está por el pasado, más se utilizan soluciones a los problemas que fueron utilizadas en el pasado pero que, en la actualidad, pueden ser ineficaces. El pasado puede ser utilizado como una excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente. También puede ocurrir que se exagere la importancia del pasado (por ejemplo, en lugar de decir "Por culpa de mi pasado me resulta difícil cambiar", se dice "Debido a mi pasado me resulta imposible cambiar").

Alternativas racionales: Un individuo racional acepta el hecho de que el pasado es importante y sabe de la influencia de éste en el presente pero, a la vez, sabe que su presente es el pasado del mañana: si se esfuerza en transformarlo, puede conseguir que su mañana sea diferente y presumiblemente más satisfactorio. En lugar de repetir de

forma automática los mismos comportamientos del pasado, debe parar y desafiar esos comportamientos (tanto de forma verbal como activamente); en vez de rebelarse con rencor contra las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y rebelarse sólo con aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales.

- **Idea irracional nº 10: *Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.***

¿Por qué es irracional? Los problemas de los demás con frecuencia tienen que ver poco o nada con nosotros, por lo que no debemos estar preocupados por ellos: aunque los demás realicen comportamientos que nos perturban, nuestro enfado no proviene de su conducta sino de lo que nos decimos a nosotros mismos. Por mucho que nos disgustemos por la conducta de los demás, probablemente éstos no la cambiarán; es importante aceptar que no tenemos el poder de cambiar a los demás y, en el caso de que sea posible, la perturbación que ello nos haya producido implica un alto precio que no deberíamos pagar: debemos buscar otras formas menos destructivas de intentar que los demás corrijan sus errores.

Alternativas racionales: Debemos preguntarnos si realmente merece la pena preocuparse por los comportamientos de los demás, interesarnos sólo cuando nos preocupen lo suficiente o cuando pensemos que nuestra ayuda puede ser útil realmente. Cuando aquellos que nos preocupan estén actuando erróneamente, no debemos preocuparnos por sus comportamientos y sí hacerles ver de forma tranquila y objetiva; si no podemos eliminar la conducta autodestructiva de otros, al menos debemos no estar enfadados con nosotros mismos por no conseguirlo y renunciar a la idea de mejorar esa situación.

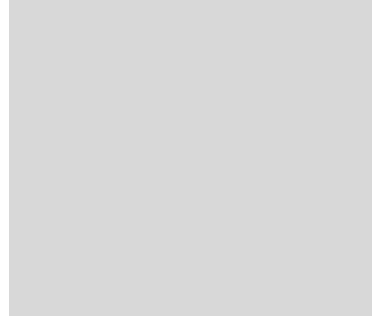
- **Idea irracional nº 11: *Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.***

¿Por qué es irracional? No existe ni seguridad, ni perfección, ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas. Los desastres que la gente imagina que le sobrevendrán si no consiguen una solución adecuada a sus problemas, no tienen una razón objetiva: son desastres creados en su mente, que pueden producir un intenso estado de pánico o de desesperanza. El perfeccionismo induce a resolver los problemas de forma mucho menos "perfecta" que si no se fuera perfeccionista.

Alternativas racionales: Un individuo racional no comete la estupidez de decirse a sí mismo que debe conocer la realidad totalmente, o que tiene que controlarla, o que existen soluciones perfectas a todos los problemas. Cuando un individuo racional se enfrenta a un problema, piensa en varias soluciones posibles a elegir y elige la más factible, no la "perfecta", sabiendo que todo tiene sus ventajas e inconvenientes; entre las opciones extremas (negras o blancas), debe buscar los puntos intermedios y moderados (los grises). Debe saber que errar es de humanos, pero que sus actos no tienen nada que ver con su valor como ser humano. Sabiendo que sólo aprendemos de realizar intentos y equivocaciones, deberá experimentar una y otra vez hasta dar solución a sus problemas.

Ellis afirma que, con gran probabilidad, cualquier perturbación emocional estará relacionada con alguna de estas creencias irracionales. Los objetivos de la terapia serán detectar y cambiar las inferencias erróneas, modificar las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan, y transformar las evaluaciones erróneas de la realidad (Ellis, 1971).

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN



2. Objetivos e Hipótesis

2.1. Objetivo 1

Determinar los niveles de eficacia de un protocolo individual de Reestructuración Cognitiva en comparación con un protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 1:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la intensidad del dolor presente.

Hipótesis 2:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas.

Hipótesis 3:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la interferencia del dolor (Inventario Multidimensional del Dolor, MPI).

Hipótesis 4:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción del nivel de depresión (Inventario para la Depresión de Beck, BDI).

Hipótesis 5:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la confusión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 6:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la depresión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 7:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la fatiga (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 8:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la hostilidad (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 9:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la tensión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 10:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en el incremento del vigor (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 11:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la mejora global del estado de ánimo (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

Hipótesis 12:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de mejoría percibida por el paciente (Impresión Global de los Pacientes del Cambio, PGIC) que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual.

2.2. Objetivo 2

Determinar los niveles de reducción del dolor y mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico tratados con un protocolo individual de Reestructuración Cognitiva en función del diagnóstico (Cefalea, Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia).

Hipótesis 13:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la intensidad del dolor presente por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 14:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 15:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la interferencia del dolor (Inventario Multidimensional del Dolor, MPI) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 16:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en depresión (Inventario para la Depresión de Beck, BDI) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 17:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en confusión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 18:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en depresión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 19:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en fatiga (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 20:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en hostilidad (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 21:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en tensión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 22:

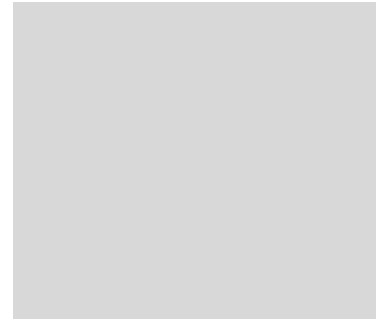
El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva incrementará la puntuación en vigor (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 23:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación global de estado de ánimo (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 24:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva obtendrá semejante satisfacción percibida por los pacientes (Impresión Global de los Pacientes del Cambio, PGIC) en todos los diagnósticos de dolor crónico no oncológico.



3. Método

3.1. Participantes

3.1.1. Ámbito

Pacientes atendidos en el Centro de Salud “Doña Mercedes” en Dos Hermanas, Centro de Salud “Los Montecillos” en Dos Hermanas, Centro de Salud “Olivar de Quinto” en Montequinto, Centro de Salud “Nuestra Señora de la Oliva” en Alcalá de Guadaíra, Centro de Salud “Don Paulino” en Alcalá de Guadaíra, Centro de Salud “Príncipe de Asturias” en Utrera Norte. Todos en Sevilla y diagnosticados como pacientes con dolor crónico no oncológico por su médico de familia.

3.1.2. Sujetos

El tamaño muestral se calculó utilizando el software G*Power (Faul et al., 2007), estableciendo los siguientes parámetros: test estadístico ANOVA de medidas repetidas; tamaño del efecto mediano (0,25); un error tipo alfa de 0,05; potencia estadística de 0,80; con el resultado de 80 sujetos. No ha sido aleatorio, por lo que se trata de un estudio cuasiexperimental en dos grupos, de 40 sujetos cada uno:

- Grupo Experimental (GE): Pacientes atendidos en el Centro de Salud “Doña Mercedes” de Dos Hermanas y reclutados a medida que fueron llegando a la consulta del médico de familia, siempre que cumplieran los criterios de inclusión. Para poder comprobar el Objetivo 2, se estableció una clasificación de cuatro grupos de la siguiente manera: $\frac{1}{4}$ con diagnóstico de Fibromialgia, $\frac{1}{4}$ con diagnóstico de Lumbalgia, $\frac{1}{4}$ con diagnóstico Osteoarticular y $\frac{1}{4}$ con diagnóstico

de Cefaleas. A todos ellos se les aplicó, como técnica de Reestructuración Cognitiva, la Terapia Racional Emotiva para el control de pensamientos irracionales de Ellis, por parte del autor de esta tesis.

- Grupo Control (GC): Pacientes atendidos en el resto de centros de salud mencionados en el ámbito de este estudio (“Los Montecillos”, “Olivar de Quinto”, “Nuestra Señora de la Oliva”, “Don Paulino” y “Príncipe de Asturias”). Este es el Grupo Control no equivalente que se utilizó por la imposibilidad ética de disponer de un Grupo Control sin tratar. Diversos estudiantes de prácticas de Máster en Psicología de la Salud intervinieron a cientos de pacientes utilizando el Programa Cognitivo-Conductual de Kovacs y Moix (2009). A todos ellos se les aplicó el Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del dolor crónico de Moix y Kovacs (2009). De estos registros, fueron extraídos 40 casos al azar que habían completado las fases del estudio para servir de muestra control no equivalente.

En relación con aspectos socio-demográficos, (Tabla 2) se encontró que, tanto para el grupo experimental (GE) como para el grupo control (GC), la edad media (50-55 años), la mayor participación de mujeres, el estado civil de casada y con estudios primarios, fueron las características predominantes. Hay una diferencia significativa en cuanto a la situación laboral: mientras en el GE predominan las amas de casa, en el GC se distribuyen casi por igual los estados “ama de casa” y desempleado/a. En el GE el diagnóstico de dolor crónico no oncológico es formulado en mayor medida por parte del médico de Atención Primaria, mientras que en el GC corresponde al traumatólogo.

Para ambos grupos, resulta significativo que la frecuencia del dolor que sufren en el momento de la primera entrevista sea diaria y que el dolor persista durante las 24 horas, con apenas diferencia entre ellos. En cuanto a la persona más significativa que

atiende al paciente y vive con él, para el GE resultó ser el cónyuge; para el GC se distribuyó entre el cónyuge y un pariente, no quedando claro cuál de los dos era el que vivía con el paciente, aunque por los datos porcentuales parecería que se tratara del cónyuge. El tiempo que estuvieron padeciendo dolor crónico no oncológico, desde su diagnóstico hasta la primera entrevista realizada, fue de 10,5 años para el GE y de 14 años para el GC.

Variables sociodemográficas	Grupo Experimental	Grupo Control
Edad (en años)	55	50
Mujeres	77.5%	82.5%
Hombres	22.5%	17.5%
Soltero/a	2.5%	5.0%
Casado/a	92.5%	72.5%
Separado/a	0.0%	15.0%
Viudo/a	5.0%	7.5%
Sin estudios	12.5%	7.5%
Estudios Primarios	72.5%	55.0%
Estudios Secundarios	15.0%	32.5%
Estudios Universitarios	0.0%	5.0%
Ama/o de casa	65.0%	35.0%
Desempleado/a	7.5%	32.5%
En activo	5.0%	17.5%
Baja temporal	7.5%	7.5%
Jubilado/a por edad	5.0%	0.0%
Jubilado/a por enfermedad	10.0%	7.5%
Diagnóstico Reumatólogo	15.0%	22.5%
Diagnóstico Traumatólogo	17.5%	42.5%
Diagnóstico Médico A.P.	65.0%	12.5%
Diagnóstico Neurólogo	2.5%	5.0%
Diagnóstico Unidad del Dolor	0.0%	2.5%
Frecuencia dolor actual: diario	97.5%	92.5%
Frecuencia dolor actual: 2 veces al mes	2.5%	0.0%
Frecuencia dolor actual: día si/día no	0.0%	5.0%
Frecuencia dolor actual: 4 veces semana	0.0%	2.5%
Duración dolor actual: durante las 24 horas	87.5%	85.0%
Persona significativa: cónyuge	87.5%	57.5%
Persona significativa: pareja/acompañante	2.5%	2.5%
Persona significativa: pariente	10.0%	25.0%
Persona significativa: amigo/a	0.0%	10.0%
Persona significativa vive con ella: si	97.5%	77.5%
Tiempo con dolor (en años)	10.5	14

Tabla 2: Descripción sociodemográfica y clínica de los participantes en el estudio

3.1.3. Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres que habían sido diagnosticados de dolor crónico no oncológico en centros de Atención Especializada o Primaria (Reumatología, Medicina Interna, Unidad del Dolor, etc.) del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.).
- Que aceptaron participar en el estudio, comprometiéndose a acudir a los controles establecidos.
- Que su edad fuera superior a los 18 años en el momento de su inclusión.
- Que su nivel de estudios fuera, como mínimo, saber leer y escribir.

3.1.4. Criterios de exclusión

- Estar bajo tratamientos psicológicos o psiquiátricos paralelos.
- Estar incapacitados para cumplimentar los cuestionarios (nivel de lectura insuficiente, ceguera, demencia,...)
- Estar en litigio laboral o en tramitación de invalidez (no se excluyeron los pacientes en situación de baja laboral).

3.2. Diseño

3.2.1. Diseño y análisis estadístico

Para el Objetivo 1, el diseño fue cuasi-experimental con grupo control no equivalente. El análisis estadístico consiste en un diseño factorial mixto de medidas

repetidas donde la variable intra-sujeto es el momento de la evaluación pre-post-seguimiento y la variable inter-sujeto es el grupo experimental vs. grupo control (diseño 3x2).

Para el Objetivo 2, el diseño fue cuasi-experimental sin grupo control. El análisis estadístico consiste en un diseño factorial mixto de medidas repetidas donde la variable intra-sujeto es el momento de la evaluación pre-post-seguimiento y la variable inter-sujeto es el grupo diagnóstico (diseño 3x4).

El Tamaño del Efecto es el nombre dado a una familia de índices que miden la magnitud del efecto del tratamiento. A diferencia de las pruebas de significación, estos índices son independientes del tamaño de la muestra. Los índices del Tamaño del Efecto se utilizan en los estudios de meta-análisis como medio de resumen cuantitativo de los resultados de diferentes investigaciones sobre un área de investigación específica. La magnitud del efecto experimental señala el grado de asociación entre un efecto (sea principal, de interacción o un contraste) y la variable dependiente. Si el valor de esa medida de asociación es al cuadrado, entonces puede ser interpretada como la proporción de varianza de la variable dependiente que es atribuida al efecto (Frías-Navarro, 2009).

Para calcular el Tamaño del Efecto, aunque el programa SPSS proporciona un índice η^2 (eta al cuadrado) parcial, éste puede estar sobrestimado en los diseños de medidas repetidas (Olejnik y Algina, 2003), motivo por el cual hemos procedido al cálculo manual del R^2 , que resulta de dividir la suma de cuadrados de la variable intra-sujetos entre el sumatorio de la suma de cuadrados de la variable intra-sujetos, la suma de cuadrados del error intra-sujetos y la suma de cuadrados del error entre-sujetos. Para su interpretación seguimos los niveles de Cohen (1992), ver anexo IV.

3.2.2. Variables

Las variables que se contemplaron en este estudio fueron las siguientes:

VARIABLES INDEPENDIENTES	
Grupo tratamiento	Reestructuración Cognitiva
	Tratamiento Cognitivo-Conductual
Grupo diagnóstico	Cefalea
	Osteoarticular
	Fibromialgia
	Lumbalgia
VARIABLES DEPENDIENTES	
Área de dolor	Intensidad presente
	Intensidad a las 24 horas
Área de funcionamiento físico	MPI-Interferencia
Área de funcionamiento emocional	BDI
	POMS-Confusión
	POMS-Depresión
	POMS-Fatiga
	POMS-Hostilidad
	POMS-Tensión
	POMS-Vigor
POMS-Total	

Tabla 3. Variables de estudio

Además, se utilizaron las características socio-demográficas como variables secundarias que sirvieron para caracterizar la muestra: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, situación familiar, diagnóstico, frecuencia y duración del dolor, etc.

3.3. Material

El material utilizado en este estudio incluye la Entrevista Estructurada elaborada por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla (Anexo I), en relación con la Escala de Impresión Clínica Global (PGIC), y la Batería de Evaluación Psicológica para el Dolor Crónico (Anexo II), elaborada también por dicho Departamento, en la que se incluyeron el Inventario Multidimensional del Dolor (West Haven-Yale Multidimensional Pain, WHYMPI / MPI), el Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood State, POMS) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) .

3.3.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, PGIC)

La Escala de Impresión Clínica Global (PGIC) fue diseñada por W. Guy (1976) para valorar, de una forma sencilla, la gravedad de un cuadro y su mejoría tras el tratamiento a lo largo del tiempo. En la actualidad, esta escala se utiliza habitualmente para medir la intensidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y la eficacia de éste. Muchos investigadores, aunque reconocen la validez y robustez de la escala, consideran que es subjetiva y que su sensibilidad y especificidad son discutibles, ya que es necesario que el usuario compare los sujetos con los pacientes “típicos” de su experiencia clínica (Pérez et al., 2007). Existen versiones auto y heteroaplicadas.

La Escala de Impresión Clínica Global consta de tres subescalas:

- Severidad (ICGS): evalúa la gravedad total del cuadro clínico. Utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores, desde 0 (no evaluado), hasta 7 (extremadamente enfermo).
- Mejoría (ICG): evalúa el cambio o la mejora en la evolución de dicho trastorno, según el clínico y el propio paciente. También utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores, desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor), o de 5 valores en algún caso.
- Eficacia (IE): compara la condición basal-actual y el beneficio terapéutico y/o efectos adversos, después de un tratamiento o intervención.

La Escala de Impresión Clínica Global (ICG) es una de las escalas de evaluación más utilizadas en el ámbito de la psicología y la psiquiatría, un instrumento rápido y sencillo de evaluación del estado clínico global del paciente.

3.3.2. Inventario Multidimensional del Dolor (West Haven-Yale Multidimensional Inventory, WHYMPI / MPI)

Entre los instrumentos contruidos específicamente para pacientes con dolor crónico, el West Haven-Yale Multidimensional Inventory (WHYMPI / MPI) fue elaborado por Kerns, Turk y Rudy (1985). Se trata de un inventario comprehensivo multidimensional, específicamente diseñado para la evaluación de variables psicosociales relevantes asociadas al dolor crónico (Kerns et al., 1985; Turk y Rudy, 1987). Para su construcción se partió de dos supuestos: considerar al dolor como una compleja experiencia subjetiva y tomar como base teórica para su estudio la perspectiva Cognitivo-Conductual. El MPI constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el

dolor desde una perspectiva comprensiva, considerando al dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultante de la interacción de múltiples factores. El objetivo de este instrumento no es el de analizar el dolor *per se*, si no que pretende aportar datos de cómo el sujeto vive su experiencia de dolor, información ésta de importancia vital en el diseño y aplicación de cualquier programa de tratamiento (Miró, 2003).

El MPI ha demostrado ser aplicable en una gran variedad de situaciones de dolor (Turk y Rudy, 1987) y parece tener las adecuadas garantías psicométricas en cuanto a validez y fiabilidad que han sido, además, probadas en diversas muestras de pacientes con dolor (Kerns et al., 1985). Otras ventajas relevantes de este instrumento se derivan de su brevedad, facilidad de administración y comprensión, incluso en el caso de poblaciones con nivel cultural relativamente bajo, confiabilidad y validez demostrada, validez aparente, aceptación del paciente y demostración de su utilidad en múltiples investigaciones clínicas y de investigación (Turk y Rudy, 1987). Los coeficientes de fiabilidad interna de todas las escalas MPI van desde 0,70 hasta 0,90; la confiabilidad test-retest de estas escalas en un intervalo de dos semanas 0,62-0,91. La validez de MPI ha sido apoyada por los resultados de los procedimientos analíticos factoriales confirmatorios y exploratorios; los procedimientos revelaron que las escalas MPI se correlacionaron significativamente con varias medidas de criterio de la ansiedad, la depresión, la satisfacción marital, la intensidad del dolor y el locus de control de salud (Kerns et al., 1985).

La versión del WHYMPI utilizada para el estudio es un cuestionario de tipo autoinforme que puede ser autoadministrado, requiere de 20 minutos para su realización y pretende evaluar diversas variables psicosociales relevantes para el estudio del dolor, desde una perspectiva Cognitivo-Conductual. Consta de 51 ítems distribuidos en tres secciones (Miró, 2003):

- Sección I: está formada por 20 preguntas y tiene por objeto evaluar la intensidad del dolor y su impacto sobre diversos aspectos de la vida de la persona. Consta de cinco factores: F1) Apoyo social percibido, F2) Emocionalidad negativa, F3) Interferencia del dolor en la vida social y afectiva, F4) Severidad del dolor y sufrimiento, y F5) Autocontrol percibido sobre el dolor y sobre la propia vida.

- Sección II: evalúa la percepción del paciente sobre las respuestas de los otros a sus conductas de dolor y está compuesta por 14 preguntas agrupadas en tres factores: F1) Respuestas distractoras, F2) Respuestas solícitas y F3) Respuestas punitivas o de castigo.

- Sección III: valora la frecuencia con la que los sujetos realizan actividades de la vida diaria y está compuesta por 18 preguntas agrupadas en cuatro factores: F1) Tareas domésticas, F2) Actividades fuera del hogar, F3) Trabajos de jardinería, bricolaje o mantenimiento del hogar y F4) Actividades sociales. La combinación de estos cuatro factores permite obtener un nivel general de actividad del paciente.

Cada uno de los ítems de este instrumento debe ser cumplimentado por el paciente utilizando una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Para cada uno de los factores que componen el MPI se obtiene una puntuación media, resultante de sumar los puntos de cada ítem que componen cada factor y dividir la suma obtenida por el número de ítems del factor (Miró, 2003). En nuestro estudio utilizamos únicamente los resultados de la Escala de Interferencia del dolor.

3.3.3. Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood States, POMS)

Los estados de ánimo constituyen un estado emotivo general, que matiza los procesos psíquicos y la conducta del hombre durante un considerable periodo de tiempo (Barrios, 2007). Según McNair (1971), los estados de ánimo son “*estados afectivos transitorios fluctuantes*” y para Cockerill (1991), los estados de ánimo son “*estados emocionales transitorios que pueden ser influenciados por una variedad de factores ambientales y de personalidad*”. Lane y Terry (2000), han definido los estados de ánimo como “*un conjunto de sentimientos efímeros por naturaleza, que varían en intensidad y duración y que, generalmente, comprometen más de una emoción*”.

Los estados de ánimo pueden ser el resultado de distintos acontecimientos que producen una fuerte impresión emocional; su base también puede estar en la actividad vital del organismo o en vagas y mal localizadas sensaciones de los órganos internos (Barrios, 2007). Pueden surgir por la influencia de una sola impresión, de un recuerdo o de una idea repentina y pueden también ser el resultado de la personalidad, de cómo un individuo se conduce ante las dificultades, de sus relaciones con el medio y su propia actividad (Rubinstein, 1981). Se considera que algunos cambios en el estado bioquímico y hormonal del individuo, tales como la falta de sueño o el ejercicio, pueden generar alteraciones en los estados de ánimo (Ekman, 1994).

La búsqueda de evidencia empírica sobre la relación entre el estado afectivo y el comportamiento, ha conducido al desarrollo de numerosas medidas del estado de ánimo subjetivo; algunas de ellas atienden a una estructura general con dos dimensiones (estado de ánimo positivo y negativo), mientras que otras abordan múltiples estados específicos (Clark et al., 1994). En este segundo nivel de medición se encuentra el cuestionario denominado Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood States,

POMS), con aplicaciones en diferentes ámbitos, más particularmente en el entorno deportivo (Arce et al., 2000; Andrade et al., 2000; Andrade et al., 2002).

Inicialmente (McNair et al., 1971), el POMS fue utilizado para evaluar los efectos de la psicoterapia y la medicación en pacientes psiquiátricos externos; estaba compuesto por 65 ítems, valorados mediante un formato tipo Likert, con cinco alternativas de respuesta que permiten obtener un índice general de alteración del estado de ánimo, con siete medidas parciales denominadas Tensión, Depresión, Cólera, Vigor, Fatiga, Confusión y Amistad. Para la construcción del POMS, sus autores (McNair et al., 1971) realizaron seis estudios factoriales exploratorios sobre un total de 100 adjetivos. El componente denominado “Amistad” no aparecía como un factor independiente de modo consistente; por ello, la versión más conocida del cuestionario ha quedado reducida a 58 ítems y se ha prescindido sistemáticamente de los adjetivos empleados para definir este séptimo estado de ánimo.

En la actualidad, POMS se ha convertido en un instrumento ampliamente utilizado en la investigación en Psicología del Deporte (Arce et al., 2000) y parece ser un instrumento multidimensional, con elevada consistencia interna y con una estructura factorial relativamente estable (McNair et al., 1971; Spielberger, 1972; Norcross et al., 1984; Reddon et al., 1985). La utilización del POMS en el ámbito del deporte se debe al trabajo de Morgan (1980), que describió el cuestionario como el mejor predictor del rendimiento deportivo y lo empleó en las comparaciones habituales de deportistas frente a no-deportistas, así como de deportistas de éxito frente a deportistas con menos éxito en los mismos deportes. Sus investigaciones llevaron a identificar un patrón característico de las puntuaciones en el POMS para los deportistas (y en especial para los deportistas de élite), que fue denominado “Perfil Iceberg”. Estos sujetos puntuaban por debajo de la media poblacional en Tensión, Depresión, Cólera, Fatiga y Confusión,

y por encima de la media poblacional en Vigor (Nagle et al., 1975; Morgan, 1980); la disposición gráfica de sus puntuaciones sugería la forma de un iceberg: de ahí su nombre.

El POMS ha sido traducido al castellano y administrado a una muestra formada por 374 estudiantes. Teniendo en cuenta criterios tanto psicométricos como semánticos, algunos de los ítems de esa versión inicial tuvieron que ser reformulados y dos de ellos fueron eliminados (Arce et al., 2000; Andrade et al., 2000; Andrade et al., 2002).

El cuestionario utilizado en este estudio es la traducción del POMS al castellano (Andrade-Fernández, 2002) compuesto por 65 ítems, cada uno de ellos valorado siguiendo un formato tipo Likert, con 5 alternativas de respuesta, desde 0 (nada) hasta 4 (muchísimo). El paciente debe responder cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy, respecto a los siguientes estados:

- Estado de tensión: tenso, agitado, con los nervios de punta, relajado, intranquilo, inquieto, nervioso, ansioso.
- Estado de depresión: infeliz, arrepentido por cosas que ha hecho, triste, melancólico, desesperado, desanimado, solo, desdichado, abatido, desvalido, inútil, aterrorizado, culpable.
- Estado de cólera: enfadado, malhumorado, irritado, rencoroso, molesto, resentido, con rabia, agresivo, rebelde, enfadado, furioso, de mal genio.
- Estado de vigor: animado, activo, enérgico, alegre, alerta, lleno de alegría, libre de preocupaciones, vigoroso.
- Estado de fatiga: rendido, desatento, fatigado, exhausto, débil, cansado, agotado.

- Estado de confusión: confundido, incapaz de concentrarse, aturdido, desorientado, olvidadizo, indeciso.
- Estado de amistad: amistoso, sensato, considerado, comprensivo, servicial, amable, confiado.

3.3.4. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), (Beck et al., 1961) es un inventario para la evaluación del estado de ánimo que otorga una especial importancia a los componentes cognitivos de la depresión, más que a los conductuales y somáticos. Ofrece unas puntuaciones que se estiman como una medida de la gravedad de la depresión. Es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz et al., 2003; Sanz et al., 2005; Sanz y García-Vera, 2013); de hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000; Muñiz y Fernández-Hermida, 2010; Sanz y García-Vera, 2013). En 1976, fue adaptado a la población española por Conde y colaboradores (Conde y Useros, 1974).

Posteriormente, en 1978, se elaboró una nueva versión en la que se pregunta al paciente por su situación “durante la última semana, incluyendo el día de hoy” evaluando, de este modo, una sintomatología depresiva menos momentánea que la evaluada en la versión de 1961. La segunda versión (BDI-II) es un instrumento de autoaplicación, tipo autoinforme, diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años.

Consta de 21 ítems, indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, así como la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. Cada ítem se corresponde con una escala de cuatro puntos, de cero a tres, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito), que contienen siete categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (Melipillán et al., 2008).

El BDI-I es fácil de utilizar y se puede aplicar de forma individual o colectiva, en formato de papel y lápiz o en formato oral. En términos generales requiere entre cinco y diez minutos para ser completado, aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

En las instrucciones del BDI-I se solicita a la persona evaluada que *“si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto”* y, en consecuencia, se le pide también que se asegure *“de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”*. No obstante, en el estudio piloto de la adaptación española, dos personas (10%) informaron no sentirse cómodas eligiendo una sola alternativa, ya que en algunos ítems había varias

alternativas que las describían. Por ello, para los estudios de investigación iniciales y análisis psicométricos de la adaptación española, a la persona evaluada se le indica que *“si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también”*, dejando que la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada.

Los estudios psicométricos del BDI-I se han llevado a cabo con varias muestras de tamaño moderado o alto, observándose una alta consistencia interna, tanto en muestras clínicas como no clínicas (muestras de universitarios, población general y personas con trastornos psicopatológicos) (Melipillán et al., 2008; Sanz et al., 2005; Sanz et al., 2003). Las comparaciones entre el BDI y el BDI-II indican que la segunda versión tiene al menos las mismas cualidades psicométricas que la primera, existiendo indicios de que su consistencia interna y validez factorial son superiores; también es claro que la validez de contenido del BDI-II es superior a la del BDI, reflejando sus ítems casi la totalidad de los criterios diagnósticos sintomáticos (Sanz et al., 2003). Sin embargo, en esta tesis hemos utilizado la versión I por prescripción del POMS.

3.4. Procedimiento

3.4.1. Intervención sobre Grupo Control: Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico

Se desarrolló el Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico de Moix y Kovacs (2009) en los 40 sujetos incluidos en el Grupo Control, consistente en las intervenciones que a continuación se describen, realizados por

diversos estudiantes de prácticas de Máster en Psicología de la Salud, formados y supervisados por el director del presente trabajo.

- **Introducción a la Terapia Cognitivo-Conductual**

Es fundamental que los pacientes comprendan en qué consiste la terapia y qué beneficios pueden alcanzar. Con frecuencia, las personas que son derivadas al psicólogo creen que lo son porque se considera que su estado psicológico ha sido la causa de su dolor. Por ello, en esta sesión se les indica que su dolor suele ser el que origina el malestar anímico y que estas emociones pueden aumentar su dolor. Una vez comprendida esta idea, se les explica que la terapia va dirigida a tratar los pensamientos, conductas y emociones que incrementan su sufrimiento.

- **Respiración y relajación**

El dolor provoca tensión muscular y ésta a su vez incrementa el dolor. Una vez explicado este círculo vicioso, se enseña a los pacientes cómo relajarse a través de la técnica de Jacobson. Al finalizar la sesión, se entrega un CD con las instrucciones de relajación para que la practiquen diariamente.

- **Manejo de la atención**

Los procesos atencionales están claramente implicados en la percepción del dolor. Una vez analizada esta influencia, se realizan una serie de ejercicios donde se enseña a redireccionar la atención, aconsejándoles que los practiquen durante su vida diaria.

- **Reestructuración Cognitiva**

En primer lugar, se explican las distorsiones cognitivas que las personas solemos realizar al interpretar la realidad. Para que los pacientes puedan aprender cuáles son las

distorsiones que llevan a cabo, se les entrega un registro que deben cumplimentar en casa cuando experimenten estados emocionales negativos, debiendo anotar en qué situación los han sentido y cuáles han sido sus pensamientos.

- **Solución de problemas**

A nivel teórico se detallan las diferentes fases de la solución de problemas, realizándose un ejercicio basado en un problema que, voluntariamente, expone algún paciente o en alguna situación problemática típica de los pacientes con dolor. El objetivo de esta práctica es comprobar los distintos enfoques y estrategias con las que se puede tratar una misma situación problemática.

- **Manejo de emociones y asertividad**

Se identifican las emociones desagradables, relacionando éstas con el dolor. Seguidamente, se explica el distanciamiento como forma de manejar dichos estados emocionales. La incomprensión es una de las quejas más habituales de los pacientes con estas dolencias. El dolor, en ocasiones, dificulta la comunicación con los demás. Por ello, se enseñan los tres pasos de la asertividad como técnica para mejorar las relaciones.

- **Valores y establecimientos de objetivos**

El dolor supone, en bastantes ocasiones, un cambio radical del estilo de vida. Muchas personas han de abandonar su puesto de trabajo y no pueden mantener sus aficiones. Por ello, la sensación de sentirse perdido es bastante habitual. Esta técnica tiene como propósito trabajar los valores vitales a través de varias metáforas,

básicamente a través de la reflexión. Para que estas reflexiones se traduzcan a nivel práctico, se anima a los pacientes a que establezcan objetivos concretos para sus vidas.

- **Organización del tiempo y actividades reforzantes**

Muchas actividades se ven enlentecidas cuando se experimenta dolor. Por ello, la sensación de falta de tiempo suele ser habitual. En esta sesión se explican diferentes estrategias para organizar el tiempo. Dentro de la planificación del tiempo, se transmite la necesidad de reservar espacios del día para la inclusión de actividades de ocio, que suelen ser las primeras que se suprimen cuando se tiene la sensación de falta de tiempo.

- **Ejercicio físico, higiene postural, higiene del sueño y prevención de recaídas**

Además de resaltar su importancia, se recomiendan una serie de pautas para reducir el dolor, relacionadas con el ejercicio físico, la higiene postural y del sueño. Es usual que mientras los pacientes acuden a las sesiones terapéuticas se sientan mejor pero es posible que, una vez finalizadas, en algún momento aparezcan contratiempos. Por ello al acabar, se explica cuáles son las señales de aviso de las recaídas y qué pasos dar en el caso de que se detecten.

3.4.2. Intervención sobre Grupo Experimental: Programa de Terapia Racional Emotiva

A los 40 sujetos incluidos en el Grupo Experimental se les aplicó parte de la Técnica de Reestructuración Cognitiva (TRE), adaptada por el investigador de este estudio (Anexo III) y que consistieron en tres sesiones (Semanas 3, 4 y 5 del Procedimiento), a diferencia de las 6-8 sesiones de la TRE completa original, cada una de 45 minutos de duración, y que se describe a continuación.

▪ **Introducción al tema**

En casi todos los momentos de nuestra vida consciente estamos en conversación con nosotros mismos; este es el lenguaje interno de nuestro pensamiento, que da lugar a las frases con las que describimos e interpretamos el mundo. Si este lenguaje y diálogo con nosotros mismos es preciso y se ajusta a la realidad, no es fuente de problemas; si, por el contrario, es absurdo y no es exacto con respecto a la realidad, puede producir estrés y otros trastornos emocionales. La frase siguiente es un ejemplo de charla irracional con uno mismo: “No puedo soportar estar solo”. Ninguna persona físicamente sana ha muerto nunca por el mero hecho de estar solo. Estar solo puede resultar incómodo, no deseable y frustrante, pero puede soportarse y debe sobrellevarse.

Otro ejemplo de charla irracional sería la siguiente: “No debería ser nunca cruel con mi esposa. Si lo soy, seré una persona corrompida”. Las palabras “No deberla nunca” no permiten posibilidad de fallo o error. Cuando la inevitable pelea suceda, usted se acusará a sí mismo de estar corrompido (y todo por un sencillo incidente).

A veces las ideas absurdas pueden estar basadas en percepciones completamente equivocadas (“Esta persona probablemente no me gustará”; “Cuando las alas del avión empiecen a moverse, querrá decir que va a caer”...) o bien, pueden corresponder a deberes y obligaciones de tipo perfeccionista (“Debe estar callado y no molestar a nadie”). Si tomamos, por ejemplo, la siguiente afirmación: “Necesito amor”, vemos que emocionalmente es mucho más estresora y a la larga peligrosa que la siguiente, más ajustada a la realidad: “Deseo amor intensamente, pero no me es en absoluto imprescindible para vivir; es más, puedo ser razonablemente feliz sin él”. La afirmación “¡Qué terrible es sentirse rechazado!” resulta alarmante si la comparamos con la siguiente: “Pienso que es muy desagradable y me siento momentáneamente incómodo cuando soy rechazado”. Los imperativos del tipo: “Tengo que dedicarme más a la casa”

pueden transformarse en otros más racionales: “Probablemente habría más paz y todo resultaría más compatible si distribuyera mejor el trabajo”.

Se ha desarrollado un sistema para atajar las ideas o creencias absurdas y sustituirlas por afirmaciones, más acordes con la realidad del mundo: las emociones no tienen nada que ver con los acontecimientos reales; entre el hecho y la emoción que se desarrolla, media la real o irreal apreciación mental del mismo; sus propios pensamientos, dirigidos y controlados por usted, son los que crean ansiedad, mal humor y depresión.

- **Síntomas sobre los que actúa**

Se ha encontrado que el diálogo con uno mismo de carácter negativo produce considerables cambios psicológicos. En otras palabras, su cuerpo se pone tenso y se siente estresado cuando desarrolla silogismos tan irracionales como los siguientes: “La gente parece ignorarme en las fiestas”; “Está claro que les resulto aburrida o poco atractiva”; “¡Qué horrible!”.

Los resultados emocionales del proceso son ansiedad, depresión, rabia, sentimiento de culpabilidad y desprecio por uno mismo. Esta terapia ha demostrado su efectividad en disminuir la frecuencia e intensidad de estas emociones.

- **Tiempo de entrenamiento**

La valoración de los pensamientos irracionales, junto con el esfuerzo y trabajo suficientes para rechazar uno de estos pensamientos, puede precisar aproximadamente de 20 minutos al día durante dos semanas. La imaginación emotiva racional, proceso a través del cual trabajará directamente en el cambio de las emociones, llevará también unas dos semanas si se practica unos diez minutos al día.

- **Instrucciones TRE: Valoración**

Este registro de opiniones (Anexo III, pág. 1, 2 y 3 del programa) tiene como misión poner de manifiesto las ideas irracionales particulares que contribuyen, de forma encubierta, a su estrés e infelicidad.

- **Ideas irracionales**

En la raíz de todo pensamiento irracional se encuentra la suposición de que las cosas se hacen para uno: “Esto realmente me deprime... Esta chica me pone nervioso... Los sitios como ese me dan miedo... Estar tumbado me hace poner colorado”. Nada se hace para usted. Las cosas en el mundo simplemente pasan; usted experimenta esos acontecimientos (A), inicia el diálogo consigo mismo (B), y luego experimenta una emoción (C), resultado de este diálogo interior. A no es la causa de C, pero B sí es la causa de C. Si el diálogo consigo mismo no se ajusta a la realidad y es irracional, creará emociones desagradables.

Dos formas corrientes de charla interior irracional son las que originan las frases que “horrorizan” y las que “absolutizan”. Usted mismo se horroriza, haciendo interpretaciones catastróficas de sus experiencias: Un dolor momentáneo en el pecho es un ataque de corazón; su malhumorado jefe intenta encolerizarlo; su cónyuge tiene que trabajar de noche y la idea de estar solo es increíblemente terrible. Las emociones que resultan de un diálogo horroroso tienden, a su vez, a ser horribles: está respondiendo a su propia descripción del mundo.

Las afirmaciones irracionales que “absolutizan”, normalmente incluyen palabras como “debería, tendría que, siempre, nunca”. La idea que se encuentra en la base de este tipo de afirmaciones es que las cosas tienen que ser de una forma determinada o bien que uno mismo debe ajustarse a un modelo concreto de comportamiento. Cualquier

desviación de la norma es mala. La gente que no vive de acuerdo con el patrón es mala. En realidad, es la norma lo que está mal, ya que es irracional.

Se han propuesto diez ideas irracionales básicas (Anexo III, pág. 4 y 5 del programa) y a estas diez, se han añadido algunas más, altamente frecuentes y que se apartan totalmente de la realidad. A partir de las puntuaciones obtenidas en el registro de creencias y de las situaciones en que sabe que, de forma característica, experimenta estrés, elija las afirmaciones que crea que pueden aplicarse a usted: probablemente podrá añadir a esta lista otras ideas irracionales. Hágalo, por favor. La mejor manera de descubrir sus propias ideas es pensando en situaciones en las que experimente ansiedad, depresión, mal humor, furia o sensación de tener poco valor. Detrás de cada una de estas emociones, especialmente si las siente de forma crónica, hay un diálogo irracional consigo mismo.

Gran parte de la dificultad que hay en descubrir el diálogo con uno mismo se debe a la velocidad e invisibilidad de los pensamientos. Éstos pueden hacerse conscientes sólo por breves segundos. Es raro que tenga consciencia de una afirmación irracional de forma tan clara y explícita como se ha formulado en los ejemplos anteriores. Debido a que el diálogo interior tiene un carácter reflexivo y automático, es fácil tener la ilusión de que los sentimientos emergen directamente de los acontecimientos; sin embargo, una vez que los pensamientos se van poniendo en orden, como si pasara una película a cámara lenta, quedan al descubierto sus influencias malévolas. Los pensamientos que crean sus emociones aparecen frecuentemente en forma taquigráfica: “No bueno... loco... sintiéndome enfermo... estúpido”, etc. Esta taquigrafía tiene que traducirla en la frase completa a la que pertenece. La afirmación completa puede ya cambiarse con los métodos que serán explicados en la sección de rechazo de ideas absurdas.

- **Reglas para suscitar el pensamiento irracional**

(Anexo III, pág. 8 del programa). Documentación que se entrega al paciente para que la trabaje en casa, con la intención de que evalúe sus opiniones comparándolas con las seis reglas o guías para un pensamiento racional que se exponen a continuación.

- **Rechazo de ideas irracionales**

(Anexo III, pág. 9 y 10 del programa). Documentación que se entrega al paciente para que aprenda a rechazar las ideas irracionales.

- **Deberes de clase**

(Anexo III, pág. 11 y 12 del programa). Para ganar la batalla contra las ideas irracionales, debe comprometerse a realizar diariamente el ejercicio que se describe a continuación, como si se tratara de los deberes de clase. Utilice como guía el modelo que se le entrega. Rellene una de estas hojas de registro (Anexo III, pág. 13 y 14) por lo menos una vez al día.

- **Consideraciones especiales**

Si tiene dificultades en sus progresos con la terapia emotiva racional, es posible que estén interfiriendo alguno de los siguientes factores:

- Todavía no se ha convencido de que son los pensamientos los que provocan las emociones. Si es éste su caso, límitese de momento a trabajar la técnica que se describe a continuación de las imágenes emotivo racionales; si con ello se convence de que los cambios en su lenguaje interior pueden ayudarle a disminuir sus emociones estresoras, le resultará más creíble la teoría de que los pensamientos provocan las emociones.

- Sus ideas irracionales y su lenguaje interior son tan veloces que le resulta difícil retenerlos. Necesita llevar un registro de emociones intensas que anotará a medida que las sienta. Escriba cualquier cosa que aparezca por su mente: escenas, imágenes, palabras sueltas, pensamientos vagos a medio formar, nombres, sonidos, frases, etc.
- Usted tiene dificultad en recordar sus pensamientos. Si éste es su caso, no espere hasta el final y utilice un registro donde debe escribirlo todo justo cuando ocurra.

- **Imágenes emotivas racionales**

Para superar esas dificultades en el progreso del rechazo de las ideas irracionales, existe una técnica de imágenes emotivo-racionales que le ayudará a desarrollar estrategias para cambiar sus emociones estresoras. Funciona como sigue:

- Imagínese un acontecimiento estresante que se acompaña generalmente de mociones desagradables. Fíjese en todos los detalles de la situación: las imágenes, el olor, el sonido, cómo va vestido, qué dice, etc.
- Cuando ya pueda ver el acontecimiento de modo claro, piense que se siente incómodo. Deje que le invadan la sensación de mal humor, de ansiedad, de depresión, de autodesprecio o de vergüenza. No intente evitarlas; experimente esta sensación de malestar.
- Después de experimentar una de las sensaciones estresantes, oblíguese a cambiarla. Puede variar esta emoción esencialmente de modo que la ansiedad, la depresión, la rabia y el sentimiento de culpa, sean reemplazados por una profunda inquietud, por desilusión, decepción o arrepentimiento. Si cree que no es capaz de

hacerlo, se engaña a sí mismo: todo el mundo puede obligarse a cambiar una emoción, aunque sea por pocos momentos.

- Después de haber tomado contacto con la sensación estresora y haberla transformado en otra más adecuada, aunque haya sido por breves momentos, debe pasar a examinar cómo lo ha hecho. ¿Qué ha ocurrido en su mente que ha hecho que pudiera modificar la depresión, la ansiedad, la rabia, etc.? Se dará cuenta de que, en cierto modo, ha modificado también su sistema de creencias.
- En lugar de decir: “No puedo soportar esto... Va a volverme loco”, ahora podría decir: “Ya he salido con éxito de situaciones como ésta otras veces”. Con ello habrá cambiado sus creencias, sus interpretaciones de las experiencias.

Una vez que haya aprendido a cambiar las emociones estresoras por otras más adecuadas, puede utilizar las creencias nuevas y adaptativas en cualquier momento que lo necesite. Observe cómo estas nuevas creencias hacen que, poco a poco, se libere del estrés y le produzcan emociones que resultan más soportables que las antiguas.

- **Ejemplo**

La técnica de las imágenes emotivo-rationales fue practicada por un ama de casa que se deprimía cada vez que su marido encendía la televisión por la noche. Durante el día evocaba la situación: su marido limpiándose con la servilleta, levantándose de la mesa, llevando los platos a la cocina y saliendo del comedor. Unos minutos después se oíría el sonido de la televisión, el cambio de canal hasta oír el programa preferido del marido. Cuando se repetía la secuencia, se sentía invadida por el desánimo y el descorazonamiento.

Después de entrar en contacto con la emoción estresora de forma continuada, esta mujer se obligó a cambiarla por el sentimiento de disgusto y de irritación. Era como intentar mover una roca inmensa y dedicó 15 minutos de esfuerzo continuado en poder tomar contacto, aunque momentáneo, con las emociones más apropiadas. Practicando a intervalos de una hora, pronto logró transformar la depresión en irritación o en disgusto y sentirlo durante varios minutos.

Llegada a este punto, estaba en condiciones de examinar cómo había cambiado sus pensamientos (lenguaje interior) para poder cambiar con ello sus emociones. Averiguó que podía cambiar la depresión por irritación, diciéndose a sí misma: “No tengo por qué sentirme desamparada. Si él quiere pasar el tiempo viendo la televisión, yo mientras tanto puedo hacer algo que me guste”. Otros pensamientos fueron: “Es su vida. Puede pasarla como quiera. Pero yo no voy a desperdiciar la mía; hay mucha gente a la que no visito porque creo que debo estar en casa con él. Voy a ocuparme de mí misma. Puede que a él no le guste que no esté en casa, pero yo no tengo obligación de quedarme”.

- **Desarrollo de respuestas emocionales alternativas**

(Anexo III, pág. 15 del programa). A continuación presentamos una lista de ejemplos de situaciones y de respuestas emocionales alternativas. Puede utilizar la técnica de las imágenes emotivo-rationales en cada una de las situaciones que haya escrito. Si las emociones estresantes no desaparecen inmediatamente, continúe experimentándolas hasta que se produzca el cambio. Es absolutamente cierto que puede modificar estas emociones simplemente obligándose a hacerlo. Cambiando su lenguaje interior para que dé lugar a pensamientos, creencias e ideas más adaptativas, logrará

cambiar la emoción de forma gradualmente más fácil. Para obtener resultados óptimos, practique esta técnica diez minutos al día, durante dos semanas por lo menos.

- **Profundización**

Es importante darse cuenta de que hay tres niveles de profundización que son totalmente necesarios para que se produzca el cambio de emoción: Conocimiento de la existencia del problema y de algunos de los acontecimientos que pueden haberlo causado; ver con claridad que las ideas irracionales que adquirió en épocas tempranas de la vida son las que crean el clima emocional en el que vive en la actualidad y que, de modo consciente o inconsciente, usted está colaborando a que se perpetúen; el convencimiento profundo de que, después de descubrir los dos niveles anteriores, no encontrará otra forma de eliminar el problema más que trabajar de modo enérgico, constante y persistente, en modificar sus ideas irracionales. Sin un acuerdo con este último nivel, le resultará muy difícil modificar sus respuestas emocionales habituales.

3.4.3. Reclutamiento y aplicación de instrumentos

Después de que los médicos de familia implicados en este estudio hubieran confeccionado el listado de los pacientes que cumplían los requisitos y que deseaban participar en esta investigación, se procedió como sigue:

- **Semana 1: Cita Telefónica**

Se llamó por teléfono a los pacientes para citarlos a la semana siguiente en la consulta asignada por la dirección del Centro de Salud correspondiente, con el fin de realizar la Entrevista Estructurada y la Batería de Cuestionarios. Estas tareas fueron realizadas por el personal colaborador (estudiantes de Psicología en prácticas).

▪ **Semana 2: Pre-test**

Se volvió a explicar a los participantes en qué consistía su participación en el estudio y la colaboración que se les solicitaba, aclarando las dudas que surgieron.

Se realizó la Entrevista Estructurada y la Batería de Cuestionarios.

Finalmente, el personal colaborador (estudiantes de Psicología en prácticas) citó a los participantes para la semana siguiente, en la consulta del psicólogo en el mismo centro (en una consulta distinta).

▪ **Semana 3: Consulta con el psicólogo (45 min.)**

Se produce el primer contacto que tiene el psicólogo con el participante: se emplearon cinco minutos en aclarar al paciente sus posibles dudas sobre el estudio y se le preguntó cuánto dolor tenía en ese instante.

Se le solicitó que tratara de recordar los pensamientos que le aparecen en los momentos de dolor, el tiempo que persisten, las estrategias que emplea para rechazarlos, si aumenta o disminuye el dolor y si son repetitivos.

Se le explicaron los siguientes asuntos: qué es un pensamiento irracional y las coincidencias con sus pensamientos; el pensamiento irracional se puede controlar mediante determinadas técnicas psicológicas; cuando se consigue controlar o rechazar estos pensamientos, el nivel del dolor que se siente en ese instante puede disminuir: este es el objetivo del estudio en el que participa; para lograr el control sobre sus pensamientos irracionales debe seguir todas las instrucciones que se le den en la consulta y cumplimentar los ejercicios que se le propongan.

Se insistió a cerca de que esa Consulta estaba destinada, única y exclusivamente, para el control de los pensamientos irracionales, en ningún caso para la depresión, la tristeza u otras “sugerencias” planteadas por los participantes.

Como “deberes de clase” se le entregó el documento “Reglas para suscitar el pensamiento Racional” (Anexo III, pág. 8 del cuestionario) y “Rechazo de Ideas Irracionales (Anexo III, pág. 9 del cuestionario), previa explicación de ambos.

Se le citó para la semana siguiente, el mismo día y a la misma hora, preguntándole cuánto dolor tenía en ese instante.

▪ **Semana 4: Consulta con el psicólogo (45 min.)**

Se le preguntó cuánto dolor tenía en este instante. Se emplearon 30 minutos en repasar los “deberes de clase” que se entregaron la semana anterior.

Se cumplimentó junto con el participante, ítem a ítem, discutiendo las estrategias que había empleado para reconocer lo que es un pensamiento irracional, para identificar las sensaciones que había tenido en ese momento, si el dolor aumentó o no, si consiguió controlar esos pensamientos, si consiguió rechazarlos y si el dolor disminuyó al hacerlo.

Se permitió al participante que expresara su opinión respecto a lo que estaba sintiendo al participar en este estudio y su opinión personal al respecto.

Se le entregaron los documentos “Deberes de Clase” (Anexo III, pág. 11 y 12 del cuestionario) y “Hoja de Registro” (Anexo III, pág. 13 y 14 del cuestionario), previa explicación de los mismos.

Se le cita para la semana siguiente, el mismo día y a la misma hora, y se le pregunta cuánto dolor tiene en ese instante.

▪ **Semana 5: Consulta con el psicólogo (45 min.)**

Se le preguntó cuánto dolor tenía en ese instante.

Se emplearon 30 minutos en repasar los “Deberes de Clase” que se entregaron la semana anterior.

Se cumplimentó junto con el participante, ítem a ítem, discutiendo las estrategias que había empleado para reconocer lo que es un pensamiento irracional, para identificar las sensaciones que había tenido en ese momento, si el dolor aumentó o no, si consiguió controlar esos pensamientos, si consiguió rechazarlos y si el dolor disminuyó al hacerlo.

Se permitió al participante que expresara su opinión respecto a lo que estaba sintiendo al participar en este estudio y su opinión personal al respecto.

Se le explicó que el estudio había terminado, pero que lo aprendido debería seguir practicándolo para evitar que los pensamientos irracionales le produzcan más dolor.

Se le citó para la semana siguiente, en una consulta distinta, para realizar el post-test y se le preguntó cuánto dolor tenía en ese instante.

▪ **Semana 6: Post-test**

Se agradeció al participante su colaboración.

Seguidamente se le realizaron la Entrevista Estructurada (elaborada por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, Anexo I) y la Batería de Cuestionarios de Evaluación Psicológica para el Dolor Crónico (Anexo II, elaborada también por dicho Departamento).

El personal colaborador (estudiantes de Psicología en prácticas) le comunicó que, en un tiempo aproximado de seis meses, se le citaría para volver a realizar la Entrevista Estructurada y la Batería de Cuestionarios.

▪ **Semana 24: Seguimiento**

El personal colaborador (estudiantes de Psicología en prácticas) contactó con el paciente telefónicamente, para citarle la semana siguiente en la consulta asignada por la

dirección del Centro de Salud correspondiente, con el fin de realizarles nuevamente la Entrevista Estructurada y la Batería de Cuestionarios.

3.5. Comité ético

Como paso previo a la ejecución de la investigación, el proyecto se sometió al dictamen de los Comités de Ética de la Universidad de Sevilla y del Distrito Sanitario Sevilla Sur del Servicio Andaluz de Salud.

Se cumplieron los principios básicos de la investigación clínica recogidos en la Declaración de Helsinki de 1964 (World Medical Association, 2013) y los Principios éticos para la investigación experimental del dolor en humanos de la IASP (International Association for the Study of Pain, 2014).

En todo momento se garantizó la protección y confidencialidad de los datos, mediante el tratamiento anónimo y la segregación de datos personales y variables de estudio.

En todos los registros se respetaron los preceptos establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, así como en seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, sobre todo en el acceso a través de redes de comunicaciones (RD 994/1999 de 11 de junio) y en acceso a datos confidenciales con fines científicos, tal y como dispone el Reglamento CE N° 831/2002 de la Unión Europea y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.



4. Resultados

4.1. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

4.1.1. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor presente en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest, seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 4). El efecto inter-sujetos fue $F(1,77) = 45.32; p < .001; R^2$ parcial = 0.15 (tamaño del efecto grande). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,154) = 25.52; p < .001; R^2$ parcial = 0.19 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,154) = 4.27; p < .001; R^2$ parcial = 0.04 (tamaño de efecto pequeño).

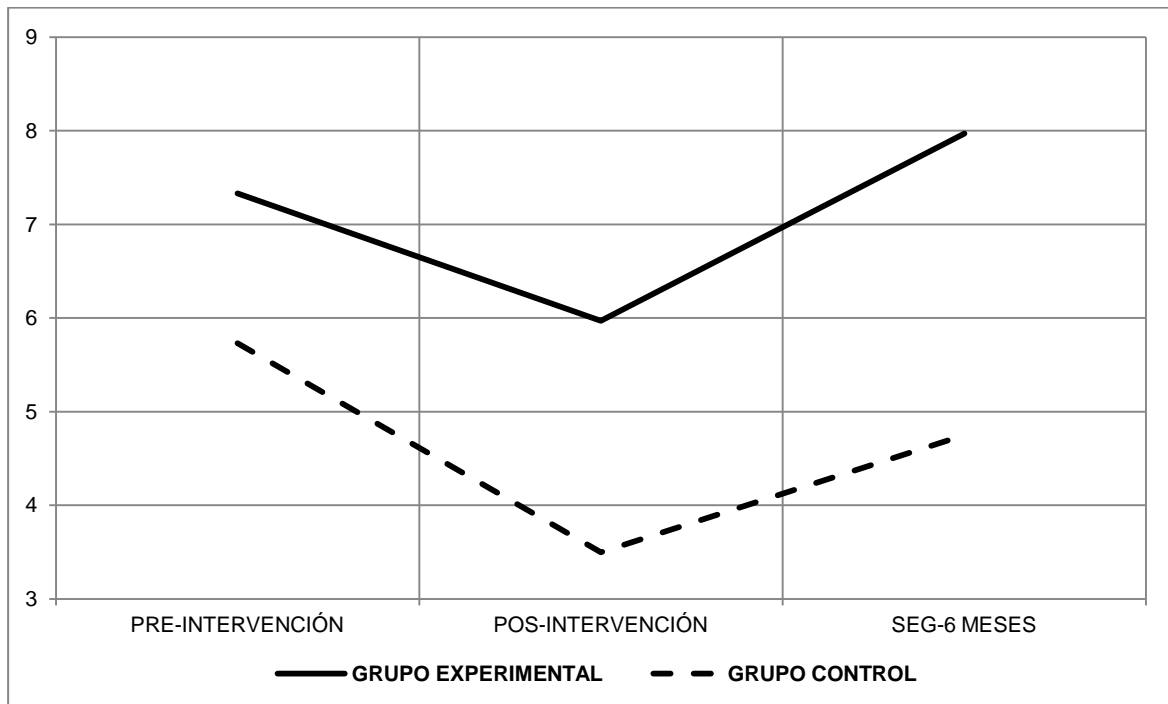


Figura 4. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de intensidad del dolor presente

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 4). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,76) = 20.66; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,72) = 12.24; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.27$) como en el grupo control ($R^2 = 0.18$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	7.33	2.23	39
	CONTROL	5.73	2.46	40
	Total	6.52	2.47	79
POSTEST	EXPERIMENTAL	5.97	0.74	39
	CONTROL	3.50	2.47	40
	Total	4.72	2.20	79
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	7.97	1.95	39
	CONTROL	4.75	2.44	40
	Total	6.34	2.73	79

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la intensidad del dolor presente en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental fue mínimamente importante (-18%), mientras que el del grupo control fue moderadamente importante (-39%). La recuperación en el postest-seguimiento fue moderadamente importante tanto en el grupo experimental (+33%) como en el grupo control (+36%).

4.1.2. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en la intensidad del dolor percibida en las últimas 24 horas con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 5). El efecto inter-sujetos fue $F(1,77) = 14.28$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.038 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,149) = 32.12$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.24 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,149) = 5.09$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.05 (tamaño de efecto pequeño).

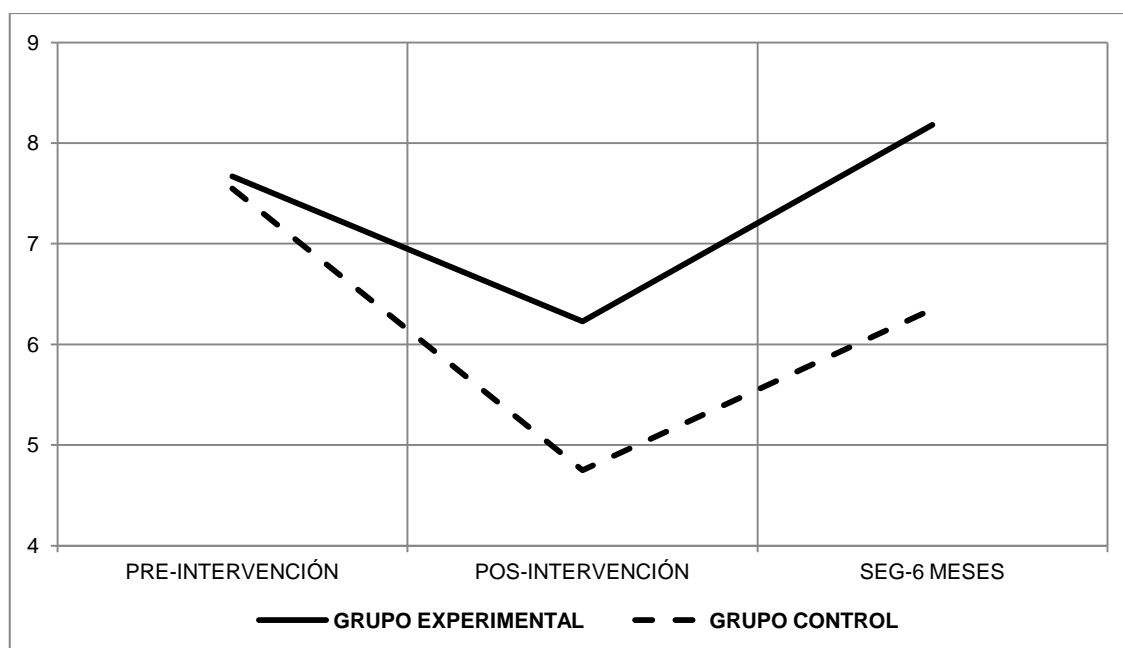


Figura 5. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de intensidad del dolor en las últimas 24 horas

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 5). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,76) = 25.98; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,77) = 16.51; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.32$) como en el grupo control ($R^2 = 0.26$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	7.67	1.85	39
	CONTROL	7.55	1.86	40
	Total	7.61	1.85	79
POSTEST	EXPERIMENTAL	6.23	0.87	39
	CONTROL	4.75	2.53	40
	Total	5.48	2.03	79
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	8.18	1.73	39
	CONTROL	6.35	2.50	40
	Total	7.25	2.33	79

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la intensidad del dolor en las últimas 24 horas en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental fue mínimamente importante (-19%), mientras que el del grupo control fue moderadamente importante (-37%). La recuperación en el posttest-seguimiento fue moderadamente importante tanto en el grupo experimental (31%) como en el grupo control (34%).

4.1.3. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir el nivel de interferencia del dolor en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en el MPI-Interferencia con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 6). El efecto inter-sujetos fue $F(1,73) = 4.58$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.014 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,131) = 38.01$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.26 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,131) = 0.57$; $p = .55$; R^2 parcial = 0.007 (tamaño de efecto pequeño).

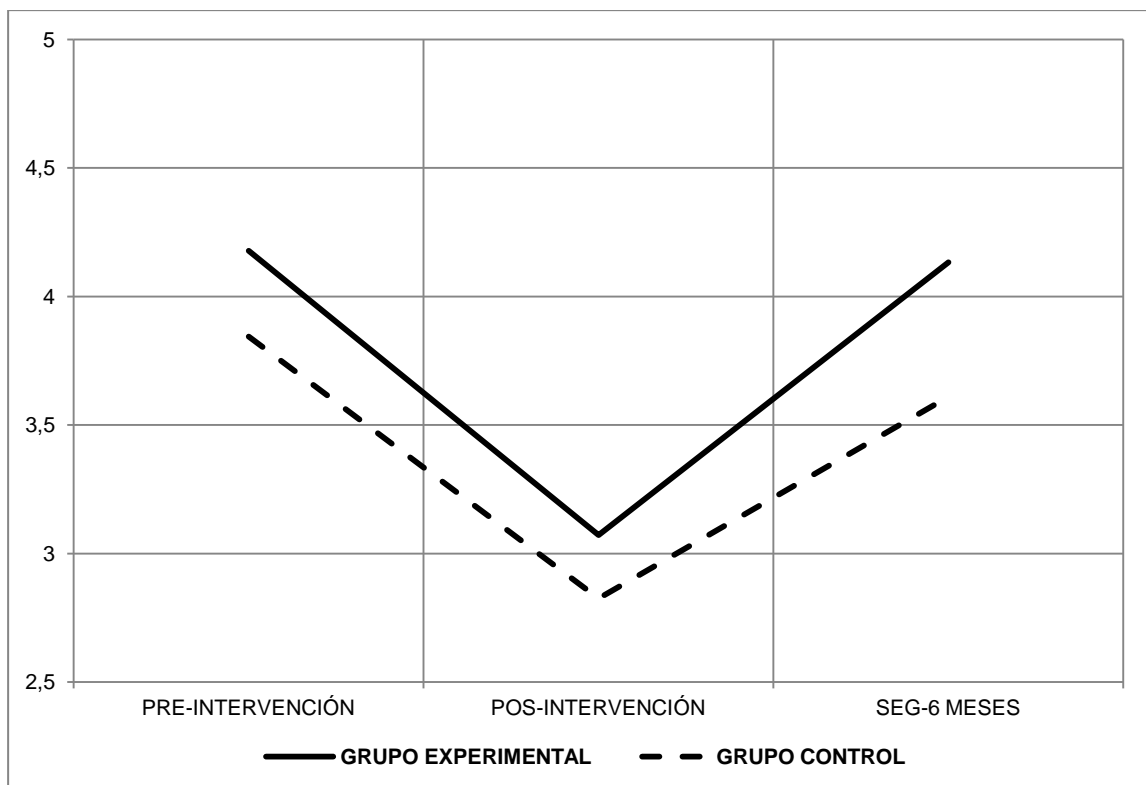


Figura 6. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de interferencias del dolor

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 6). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 29.65; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,63) = 12.47; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.36$) como en el grupo control ($R^2 = 0.2$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	4.17	0.87	40
	CONTROL	3.84	1.16	35
	Total	4.02	1.02	75
POSTEST	EXPERIMENTAL	3.07	0.76	40
	CONTROL	2.74	1.20	35
	Total	2.95	0.99	75
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	4.13	0.95	40
	CONTROL	3.61	0.99	35
	Total	3.88	1.00	75

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la interferencia del dolor (MPI) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante (-1 punto), tanto en el grupo experimental como en el grupo control. La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (1 punto) como en el grupo control (1 punto).

4.1.4. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir el nivel de depresión en comparación con el Tratamiento Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en el Inventario Depresión Beck con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 7). El efecto inter-sujetos fue $F(1,77) = 96.89$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.28 (tamaño del efecto grande). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (2,153) = 82.8; $p < .001$; R^2 parcial = 0.42 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser (2,153) = 32.91; $p < .001$; R^2 parcial = 0.23 (tamaño de efecto grande).

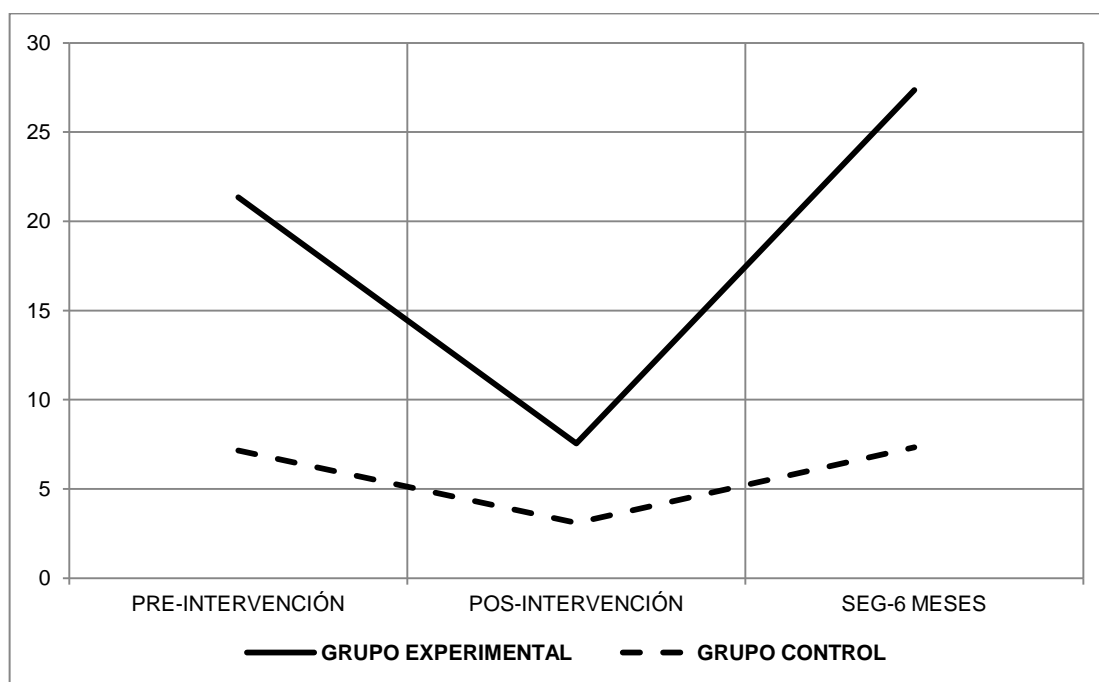


Figura 7. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de depresión

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 7). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 83.11; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,72) = 9.17; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.6$) como en el grupo control ($R^2 = 0.14$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	21.35	11.21	40
	CONTROL	7.15	7.22	39
	Total	14.34	11.80	79
POSTEST	EXPERIMENTAL	7.55	7.78	40
	CONTROL	3.10	4.03	39
	Total	5.35	6.57	79
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	27.35	6.46	40
	CONTROL	7.33	7.32	39
	Total	17.47	12.18	79

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la depresión en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo experimental fue clínicamente importante (-14 puntos), mientras que el del grupo control fue sin mejoría (-4 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (20 puntos) como en el grupo control (5 puntos).

4.1.5. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de confusión (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Confusión con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 8). El efecto inter-sujetos fue $F(1,73) = 0.43; p < .001; R^2$ parcial = 0.002 (sin tamaño del efecto). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,145) = 17.3; p < .001; R^2$ parcial = 0.13 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,145) = 0.82; p = .44; R^2$ parcial = 0.006 (tamaño de efecto pequeño).

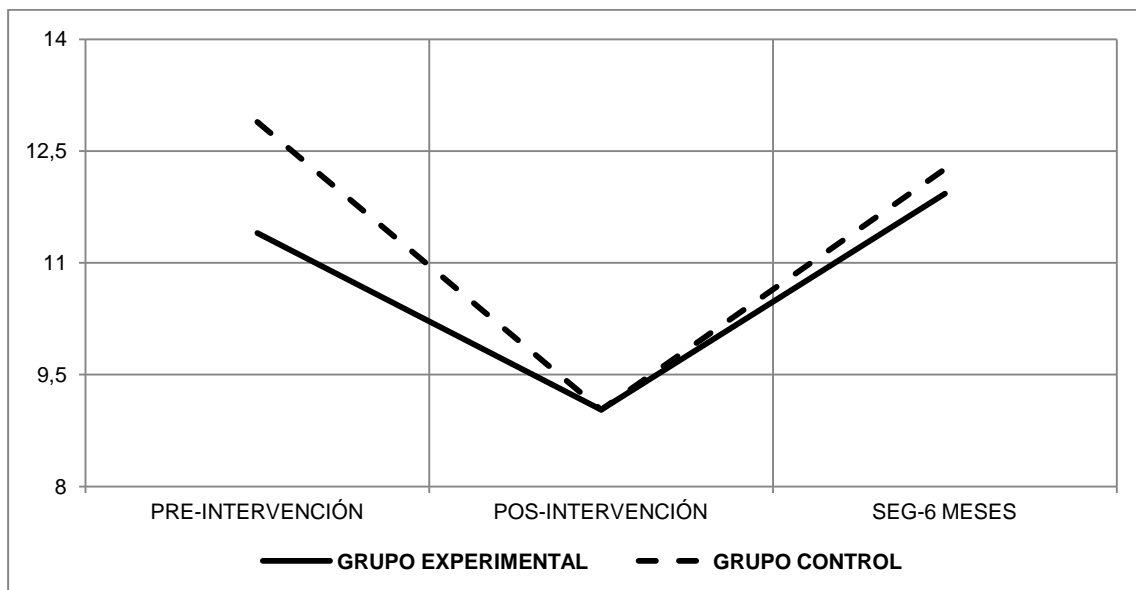


Figura 8. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de confusión (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 8). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 9.02$; $p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,66) = 8.63$; $p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.14$) como en el grupo control ($R^2 = 0.13$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	11.40	5.18	40
	CONTROL	12.89	5.80	35
	Total	12.09	5.40	75
POSTEST	EXPERIMENTAL	9.03	2.56	40
	CONTROL	9.03	5.51	35
	Total	9.03	4.27	75
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	11.93	3.77	40
	CONTROL	12.26	6.55	35
	Total	12.08	5.22	75

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la confusión (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante, tanto en el grupo experimental (-2 puntos) como en el grupo control (-4 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (3 puntos) como en el grupo control (3 puntos).

4.1.6. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de depresión (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Depresión con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-grupos (ver Figura 9). El efecto inter-sujetos fue $F(1,72) = 0.66$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.003 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,140) = 45.9$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.3 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,140) = 0.73$; $p = .48$; R^2 parcial = 0.007 (tamaño de efecto pequeño).

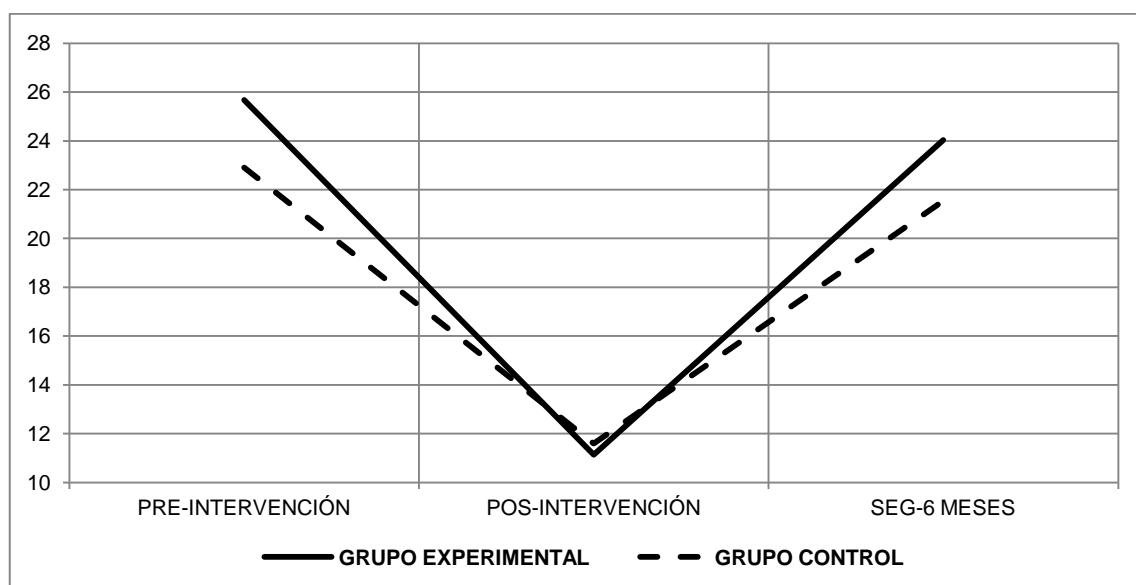


Figura 9. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de depresión (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 9). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 9.02; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,66) = 8.63; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.14$) como en el grupo control ($R^2 = 0.13$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	25.67	9.72	39
	CONTROL	22.91	12.73	35
	Total	24.36	11.24	74
POSTEST	EXPERIMENTAL	11.13	7.57	39
	CONTROL	11.60	10.63	35
	Total	11.35	9.08	74
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	24.03	9.73	39
	CONTROL	21.54	15.35	35
	Total	22.85	12.66	74

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la depresión (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante, tanto en el grupo experimental (-15 puntos) como en el grupo control (-11 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (13 puntos) como en el grupo control (10 puntos).

4.1.7. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de fatiga (POMS) en comparación con el Tratamiento Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Fatiga con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-grupos (ver Figura 10). El efecto inter-sujetos fue $F(1,72) = 0.45$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.002 (sin tamaño del efecto). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,140) = 37.27$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.28 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,140) = 0.16$; $p = .84$; R^2 parcial = 0.001 (sin tamaño del efecto).

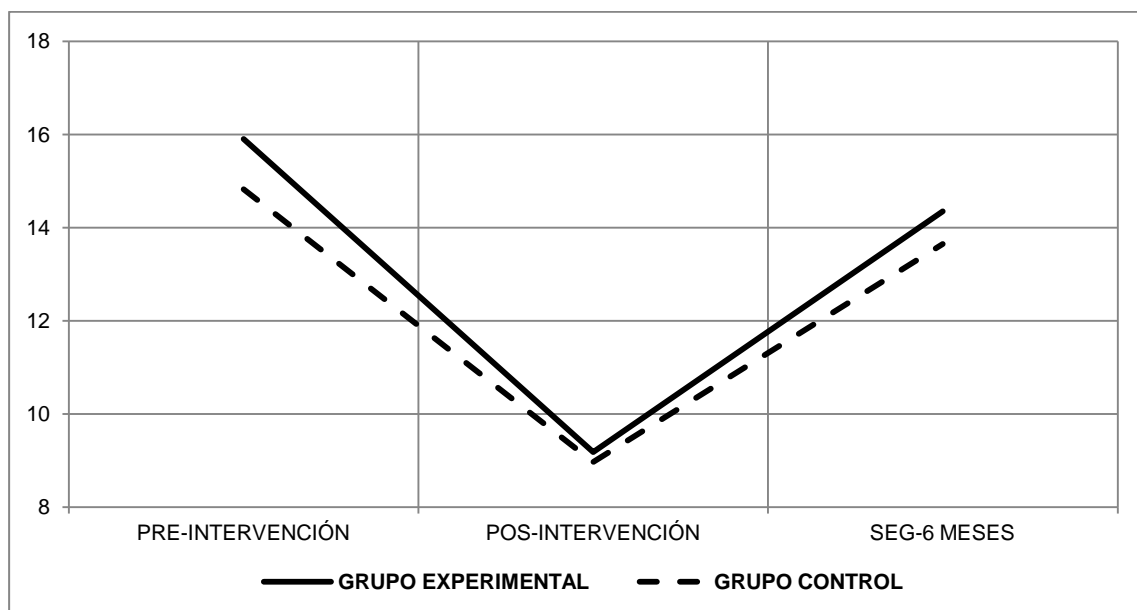


Figura 10. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de fatiga (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 10). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 26.11$; $p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,62) = 12.42$; $p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.37$) como en el grupo control ($R^2 = 0.19$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	15.90	5.32	40
	CONTROL	14.82	7.09	34
	Total	15.41	6.19	74
POSTEST	EXPERIMENTAL	9.18	3.82	40
	CONTROL	8.97	6.94	34
	Total	9.08	5.49	74
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	14.35	4.06	40
	CONTROL	13.65	6.51	34
	Total	14.03	5.38	74

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la fatiga (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante, tanto en el grupo experimental (-7 puntos) como en el grupo control (-6 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (5 puntos) como en el grupo control (5 puntos).

4.1.8. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de hostilidad (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Hostilidad con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-grupos (ver Figura 11). El efecto inter-sujetos fue $F(1,74) = 30.67; p < .001; R^2$ parcial = 0.2 (tamaño del efecto grande). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (1,143) = 47.58; $p < .001; R^2$ parcial = 0.3 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser (1,143) = 0.73; $p = .48; R^2$ parcial = 0.006 (tamaño de efecto pequeño).

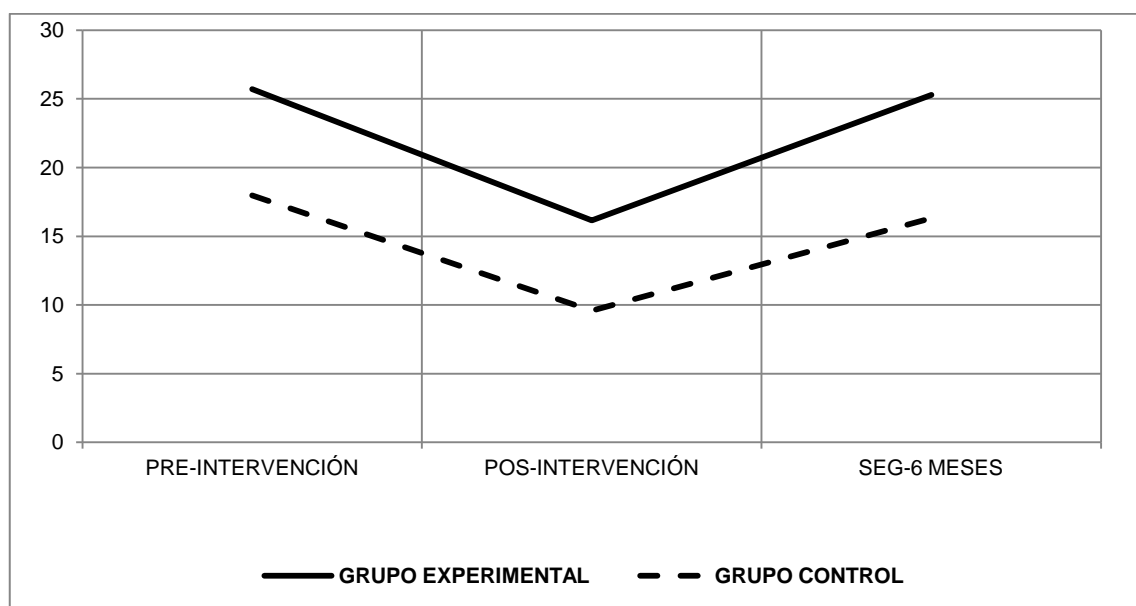


Figura 11. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de hostilidad (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 11). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 34.35; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,69) = 16.42; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.4$) como en el grupo control ($R^2 = 0.22$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	25.70	7.94	40
	CONTROL	17.97	9.32	36
	Total	22.04	9.43	76
POSTEST	EXPERIMENTAL	16.15	4.22	40
	CONTROL	9.58	7.96	36
	Total	13.04	7.04	76
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	25.30	6.77	40
	CONTROL	16.31	10.20	36
	Total	21.04	9.65	76

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la hostilidad (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante, tanto en el grupo experimental (-10 puntos) como en el grupo control (-8 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (9 puntos) como en el grupo control (7 puntos).

4.1.9. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de tensión (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Tensión con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-grupos (ver Figura 12). El efecto inter-sujetos fue $F(1,74) = 6.75$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.03 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (2,144) = 39.9; $p < .001$; R^2 parcial = 0.26 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser (2,144) = 0.36; $p = .67$; R^2 parcial = 0.003 (tamaño de efecto pequeño).

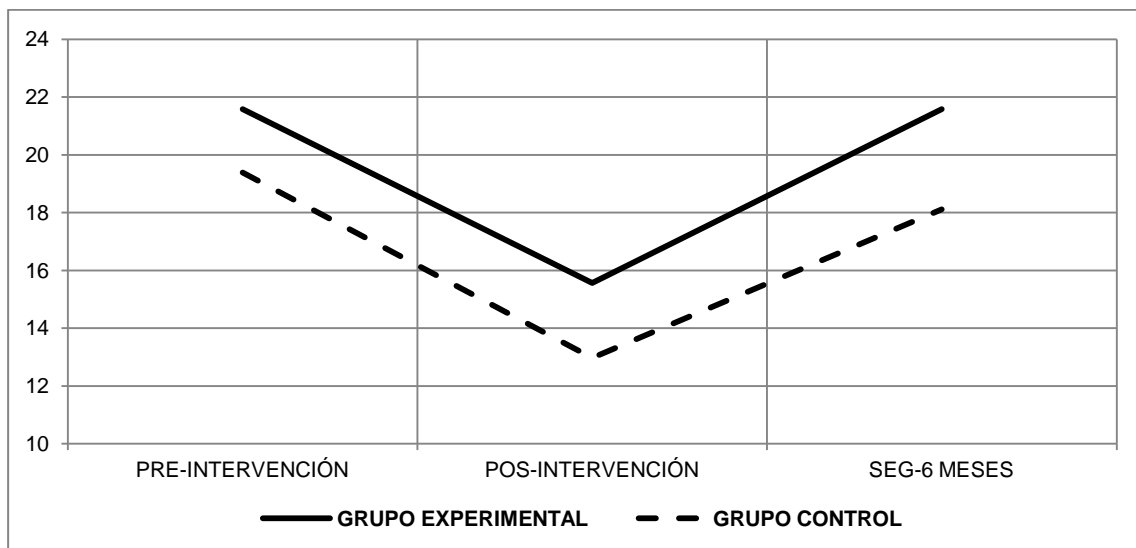


Figura 12. Eficacia de la REC vs TCC en la disminución del nivel de tensión (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 12). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 20.96; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,69) = 19.48; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.3$) como en el grupo control ($R^2 = 0.24$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	21.58	6.94	40
	CONTROL	19.39	6.59	36
	Total	20.54	6.86	76
POSTEST	EXPERIMENTAL	15.57	3.82	40
	CONTROL	12.97	6.32	36
	Total	14.34	5.28	76
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	21.58	4.06	40
	CONTROL	18.11	7.55	36
	Total	19.93	6.15	76

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la tensión (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante (-6 puntos), tanto en el grupo experimental como en el grupo control. La recuperación en el postest-seguimiento fue clínicamente importante tanto en el grupo experimental (6 puntos) como en el grupo control (5 puntos).

4.1.10. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el aumento del nivel de vigor (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Vigor con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-grupos (ver Figura 13). El efecto inter-sujetos fue $F(1,73) = 3.18$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.01 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,140) = 34.33$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.26 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,140) = 2.14$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.02 (tamaño de efecto pequeño).

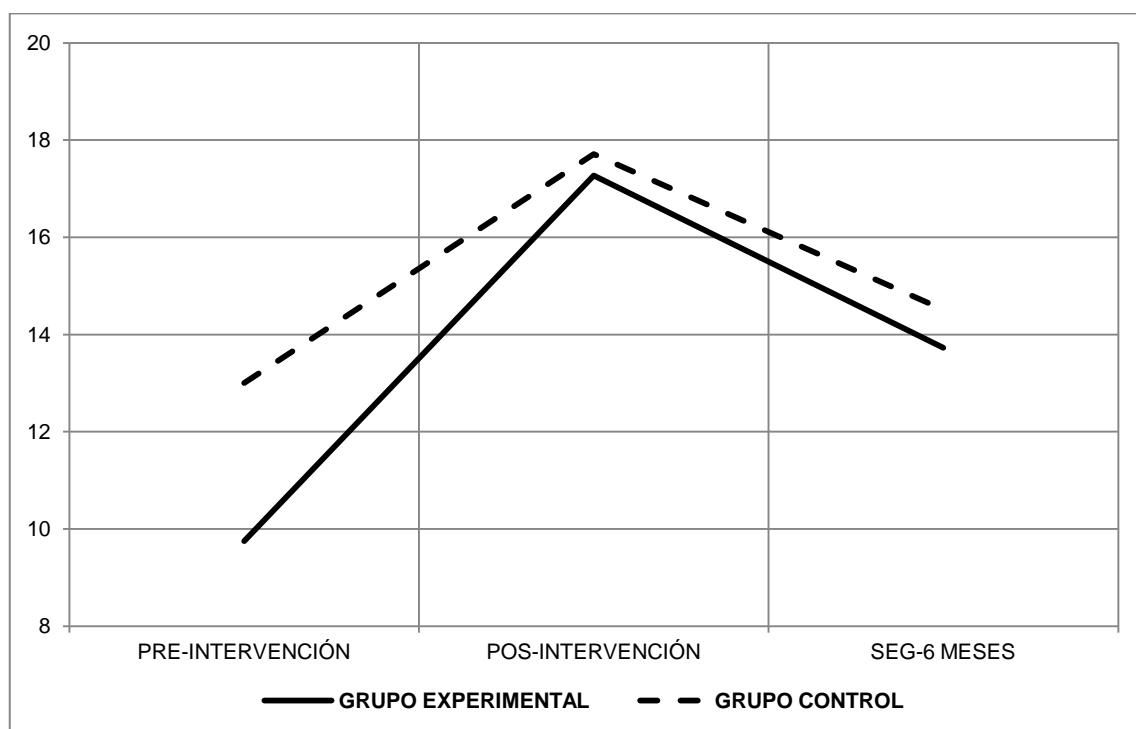


Figura 13. Eficacia de la REC vs TCC en el aumento del nivel de vigor (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 13). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,78) = 30.6; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,63) = 8.96; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.37$) como en el grupo control ($R^2 = 0.16$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	9.75	5.60	40
	CONTROL	13.00	5.59	35
	Total	11.27	5.79	75
POSTEST	EXPERIMENTAL	17.27	2.97	40
	CONTROL	17.71	5.39	35
	Total	17.48	4.25	75
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	13.73	5.54	40
	CONTROL	14.51	5.47	35
	Total	14.09	5.49	75

Tabla 13. Estadísticos descriptivos del vigor (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante, tanto en el grupo experimental (8 puntos) como en el grupo control (5 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue mínimamente importante tanto en el grupo experimental (-4 puntos) como en el grupo control (-3 puntos).

4.1.11. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el estado emocional global (POMS) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en POMS-Total con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest, seguimiento) como variable intra-grupos (ver Figura 14). El efecto inter-sujetos fue $F(1,68) = 4.17$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.02 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,131) = 64.81$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.39 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(2,131) = 0.22$; $p = .79$; R^2 parcial = 0.002 (sin tamaño del efecto); como la significación de $F = 0.79 > 0.05$, no fue estadísticamente significativo.

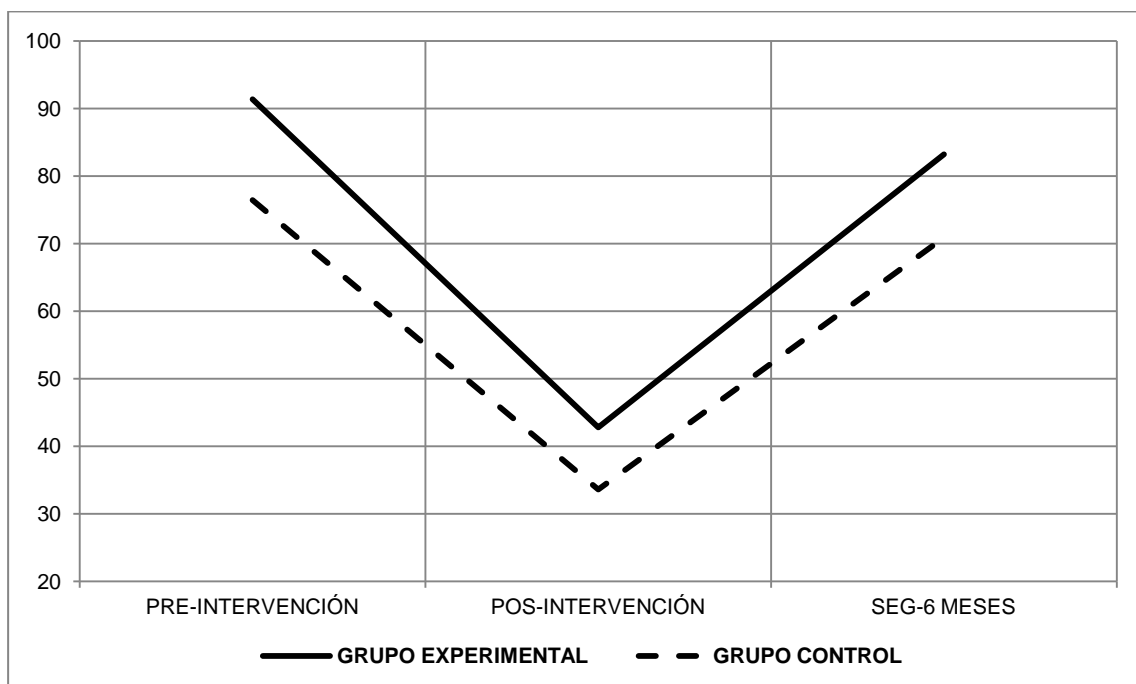


Figura 14. Eficacia de la REC vs TCC en el estado emocional global (POMS)

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado (ver Tabla 14). Los efectos intra-sujetos fueron estadísticamente significativos tanto en el grupo experimental $F(2,76) = 60.67; p < .001$; como en el grupo control F de Greenhouse-Geisser $(2,57) = 18.34; p < .001$. Asimismo, los tamaños del efecto fueron grandes tanto en el grupo experimental ($R^2 = 0.54$) como en el grupo control ($R^2 = 0.28$). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la puntuación tanto en el grupo experimental como en el grupo control del pretest al posttest. También hubo en ambos un incremento estadísticamente significativo de la puntuación entre el posttest y el seguimiento a los seis meses.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
PRETEST	EXPERIMENTAL	91.38	29.49	39
	CONTROL	76.45	39.74	31
	Total	84.77	34.95	70
POSTEST	EXPERIMENTAL	42.79	18.03	39
	CONTROL	33.61	35.72	31
	Total	38.73	27.47	70
SEGUIMIENTO	EXPERIMENTAL	83.21	23.77	39
	CONTROL	70.90	44.66	31
	Total	77.76	34.87	70

Tabla 14. Estadísticos descriptivos del estado emocional global (POMS) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest fue clínicamente importante, tanto en el grupo experimental (-49 puntos) como en el grupo control (-43 puntos). La recuperación en el postest-seguimiento fue mínimamente importante tanto en el grupo experimental (40 puntos) como en el grupo control (37 puntos).

4.1.12. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la impresión global de cambio percibido por el paciente (PGIC) en comparación con el Tratamiento Cognitivo-Conductual

Se obtuvieron las medias aritméticas y las desviaciones típicas de las puntuaciones en el PGIC con el tipo de tratamiento como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest, seguimiento) como variable intra-sujetos, con el que se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la Figura 15 y de la Tabla 15.

Para el grupo experimental la expectativa hacia el tratamiento fue que el grado en que le iba a beneficiar era “Algo mejor” y para el grupo control fue “Bastante mejor”. Para el grupo experimental la satisfacción respecto al resultado del tratamiento en el postest fue “Algo mejor” y para el grupo control fue “Bastante mejor”. Para el grupo experimental la satisfacción respecto al resultado del tratamiento en el seguimiento fue “Algo mejor” y para el grupo control fue “Bastante mejor”.

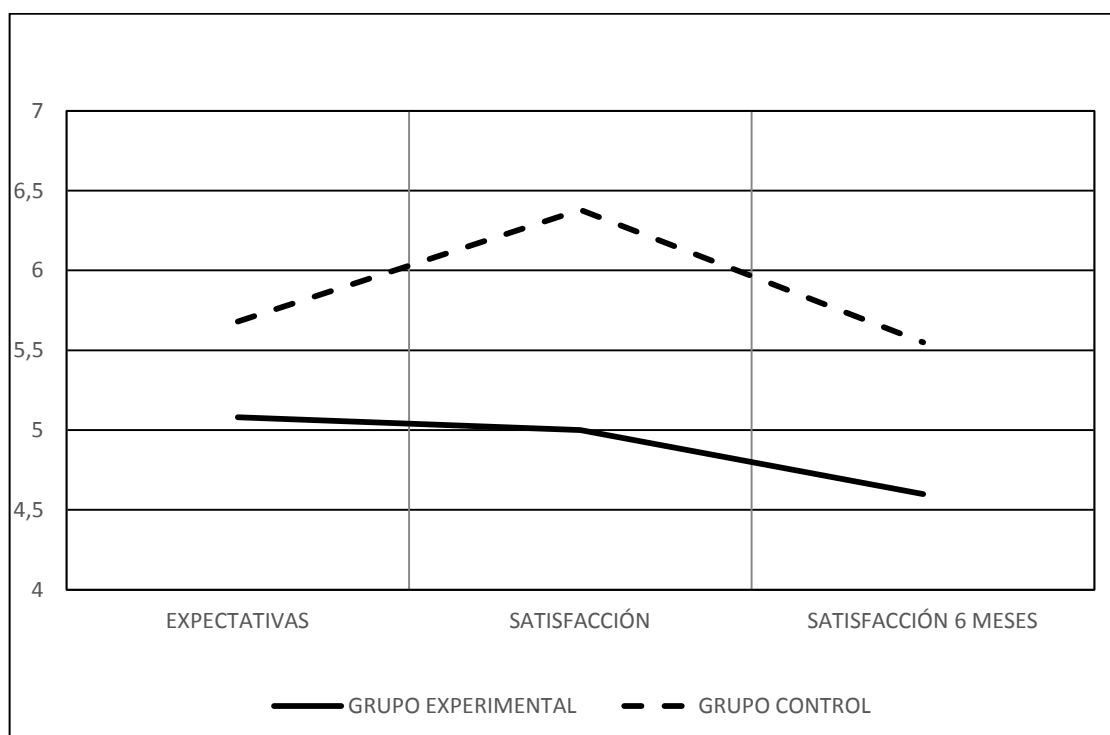


Figura 15. Eficacia de la REC vs TCC en la impresión global de cambio percibido por el paciente (PGIC)

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
EXPECTATIVAS	EXPERIMENTAL	5.08	.73	40
	CONTROL	5.68	.83	40
	Total	5.38	.83	80
SATISFACCIÓN	EXPERIMENTAL	5.00	.55	40
	CONTROL	6.38	.81	40
	Total	5.69	.98	80
SATISFACCIÓN 6 MESES	EXPERIMENTAL	4.60	.95	40
	CONTROL	5.55	1.22	40
	Total	5.08	1.19	80

Tabla 15. Estadísticos descriptivos impresión global de cambio percibido por el paciente (PGIC) en la eficacia de la REC vs TCC

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-posttest en el grupo experimental fue mínimamente importante, mientras que el del grupo control fue moderadamente importante. La recuperación en el posttest-seguimiento fue moderadamente importante tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

4.2. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en función del diagnóstico

4.2.1. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor presente en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 16). El efecto inter-sujetos fue $F(3,35) = 0.643$; $p = .6$; R^2 parcial = 0.017 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,55) = 21.25$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.29 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(5,55) = 1.16$; $p = .34$; R^2 parcial = 0.06 (tamaño del efecto mediano).

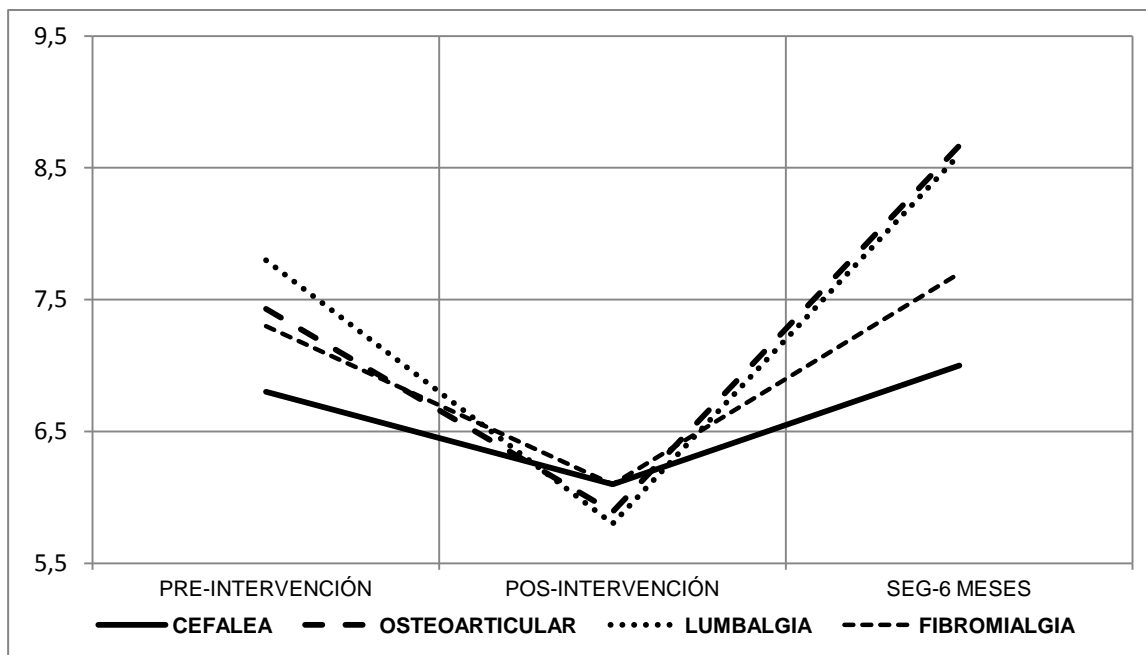


Figura 16. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de intensidad del dolor presente en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 16. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún momento de la medición en los diagnósticos de dolor por Cefalea ni de dolor por Fibromialgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	6.80	2.78	10
	POSTEST	6.10	0.99	10
	SEGUIMIENTO	7.00	2.90	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	7.43	2.94	9
	POSTEST	5.89	0.78	9
	SEGUIMIENTO	8.67	1.58	9
LUMBALGIA	PRETEST	7.80	1.03	10
	POSTEST	5.80	0.42	10
	SEGUIMIENTO	8.60	0.69	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	7.30	2.00	10
	POSTEST	6.10	0.73	10
	SEGUIMIENTO	7.70	1.70	10

Tabla 16. Estadísticos descriptivos del nivel de intensidad del dolor presente en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue mínimamente importante (-10.3%), en el grupo Osteoarticular fue moderadamente importante (-20.7%), en el grupo Lumbalgia fue moderadamente importante (-25.6%) y en el grupo Fibromialgia fue mínimamente importante (-16.4%).

4.2.2. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 17). El efecto inter-sujetos fue $F(3,35) = 2.216; p = .10; R^2$ parcial = 0.05 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (1,47) = 27.23; $p < .001; R^2$ parcial = 0.35 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo de F de Greenhouse-Geisser (4,47) = 1.78; $p = .15; R^2$ parcial = 0.09 (tamaño del efecto mediano).

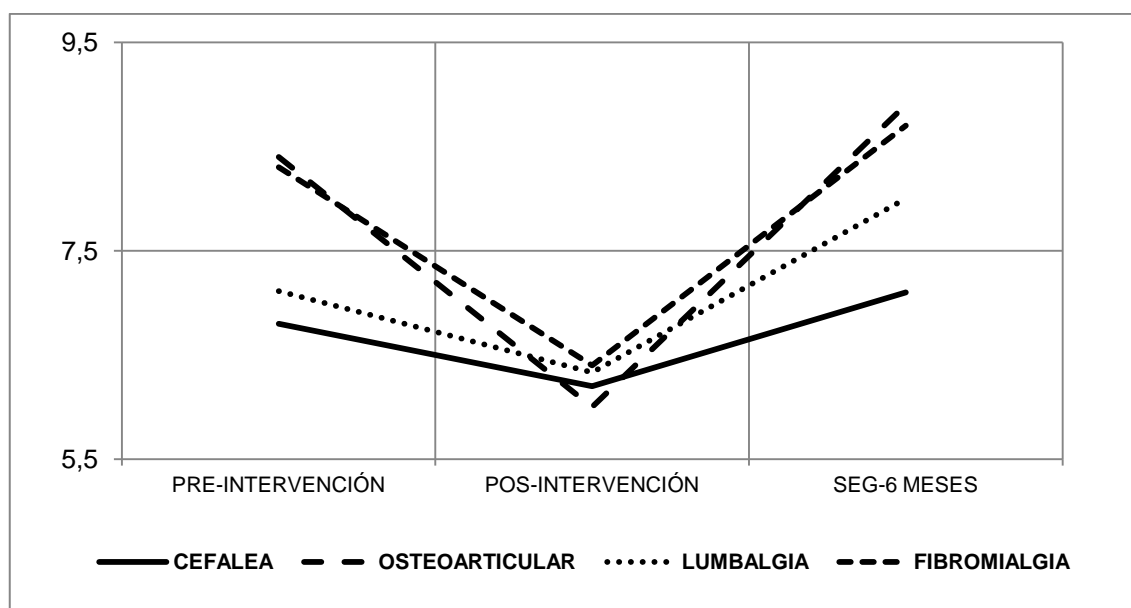


Figura 17. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de intensidad del dolor en las últimas 24 horas en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 17. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún momento de la medición en los diagnósticos de dolor por Cefalea ni de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del pretest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	6.80	2.65	10
	POSTEST	6.20	1.22	10
	SEGUIMIENTO	7.10	2.80	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	8.40	1.57	10
	POSTEST	6.00	0.81	10
	SEGUIMIENTO	8.90	0.99	10
LUMBALGIA	PRETEST	7.11	0.92	9
	POSTEST	6.33	0.70	9
	SEGUIMIENTO	8.00	0.70	9
FIBROMIALGIA	PRETEST	8.30	1.41	10
	POSTEST	6.40	0.69	10
	SEGUIMIENTO	8.70	1.05	10

Tabla 17. Estadísticos descriptivos del nivel de intensidad del dolor en las últimas 24 horas en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue mínimamente importante (-8.82%), en el grupo Osteoarticular fue moderadamente importante (-28.57%), en el grupo Lumbalgia fue mínimamente importante (-10.97%) y en el grupo Fibromialgia fue moderadamente importante (-22.89%).

4.2.3. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de interferencia del dolor en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 18). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 1.31$; $p = .28$; R^2 parcial = 0.03 (tamaño del efecto mediano). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (1,44) = 29.5; $p < .001$; R^2 parcial = 0.37 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser (4,44) = 0.94; $p = .44$; R^2 parcial = 0.05 (tamaño del efecto mediano).

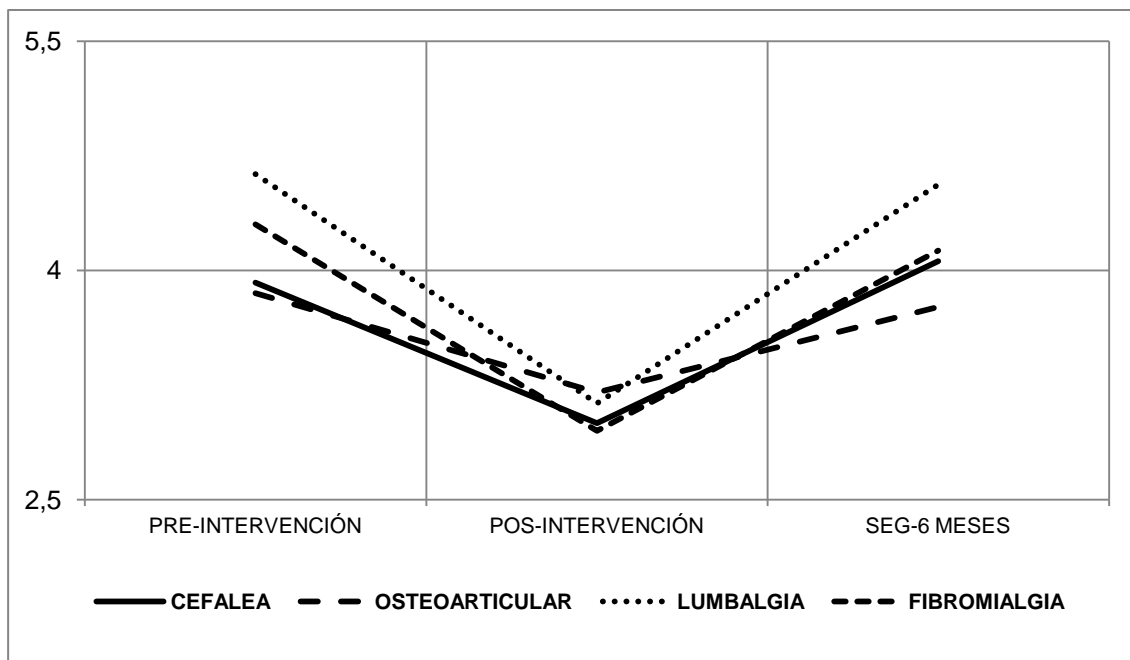


Figura 18. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de interferencia del dolor en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 18. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún momento de la medición en los diagnósticos de dolor por Cefalea ni de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del pretest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	3.92	0.99	10
	POSTEST	3.00	0.50	10
	SEGUIMIENTO	4.06	1.29	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	3.85	1.17	10
	POSTEST	3.20	0.93	10
	SEGUIMIENTO	3.76	1.15	10
LUMBALGIA	PRETEST	4.63	0.44	10
	POSTEST	3.13	0.93	10
	SEGUIMIENTO	4.56	0.37	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	4.30	0.52	10
	POSTEST	2.95	0.67	10
	SEGUIMIENTO	4.13	0.65	10

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de la interferencia del dolor (MPI) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-0.92 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-0.65 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-1.5 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-1.34 puntos).

4.2.4. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de depresión (BDI) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 19). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 4.17; p < .001; R^2$ parcial = 0.09 (tamaño del efecto grande). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,71) = 90.72; p < .001; R^2$ parcial = 0.65 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(6,71) = 2.2; p = .06; R^2$ parcial = 0.12 (tamaño del efecto grande).

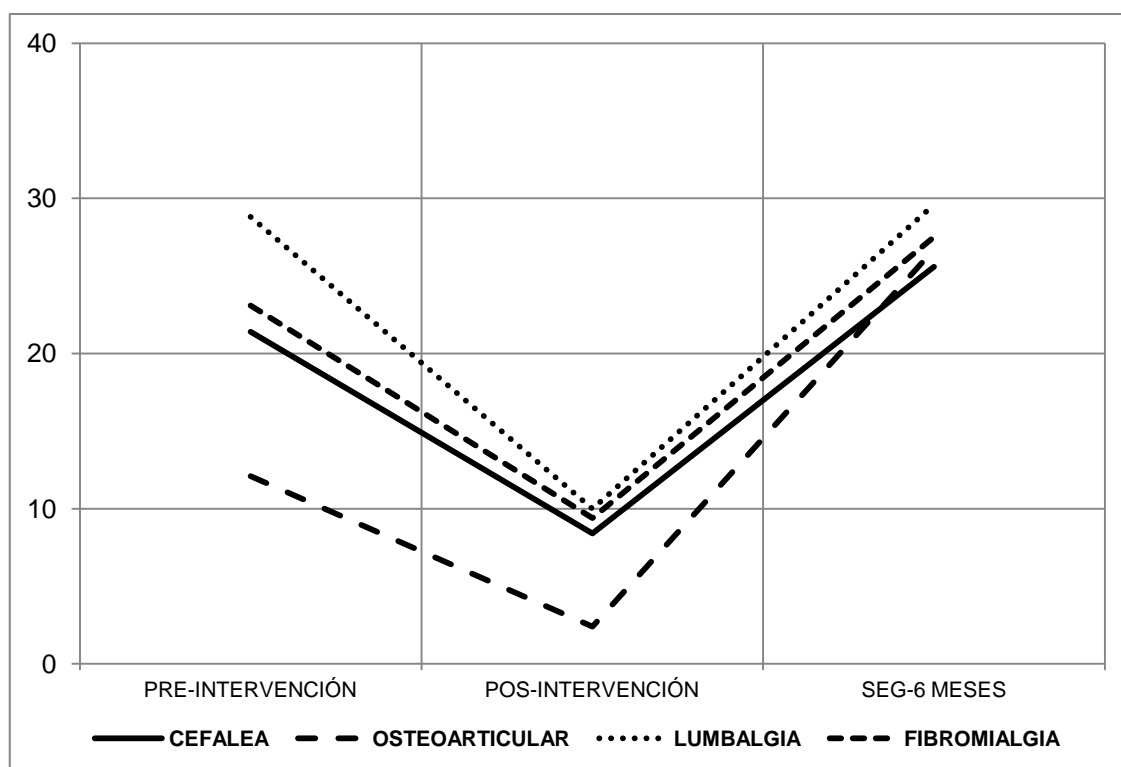


Figura 19. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de depresión (BDI) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 19. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Cefalea. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	21.40	10.31	10
	POSTEST	8.40	5.36	10
	SEGUIMIENTO	25.60	10.01	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	12.10	7.26	10
	POSTEST	2.40	6.90	10
	SEGUIMIENTO	26.70	6.07	10
LUMBALGIA	PRETEST	28.80	8.10	10
	POSTEST	10.00	11.15	10
	SEGUIMIENTO	29.60	2.32	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	23.10	12.65	10
	POSTEST	9.40	4.60	10
	SEGUIMIENTO	27.50	5.34	10

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la depresión (BDI) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-13 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-9.7 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-18.8 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-13.7 puntos).

4.2.5. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de confusión (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 21). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 0.27; p = .84; R^2$ parcial = 0.006 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (2,69) = 9; $p < .001; R^2$ parcial = 0.15 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser (6,69) = 1; $p = .42; R^2$ parcial = 0.056 (tamaño del efecto mediano).

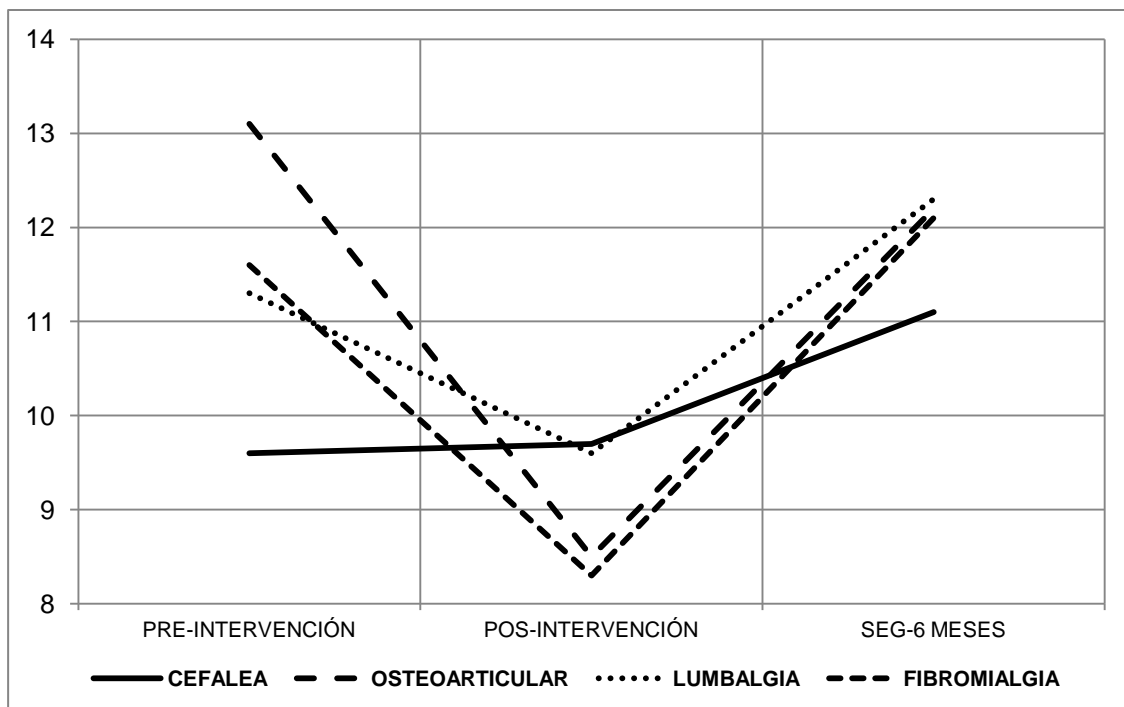


Figura 20. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de confusión (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 20. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Cefalea. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del pretest y del seguimiento en los diagnósticos de dolor por Lumbalgia y de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	9.60	3.06	10
	POSTEST	9.70	3.05	10
	SEGUIMIENTO	11.10	4.58	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	13.10	4.70	10
	POSTEST	8.50	1.65	10
	SEGUIMIENTO	12.20	4.13	10
LUMBALGIA	PRETEST	11.30	3.77	10
	POSTEST	9.60	2.11	10
	SEGUIMIENTO	12.30	3.16	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	11.60	7.91	10
	POSTEST	8.30	3.02	10
	SEGUIMIENTO	12.10	3.38	10

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de la confusión (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue sin mejoría (-0.1 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-4.6 puntos), en el grupo Lumbalgia fue sin mejoría (-1.7 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-3.3 puntos).

4.2.6. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de depresión (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 22). El efecto inter-sujetos fue $F(3,35) = 0.57; p = .64; R^2$ parcial = 0.012 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,61) = 40.26; p < .001; R^2$ parcial = 0.46 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(5,61) = 1.53; p = .19; R^2$ parcial = 0.09 (tamaño del efecto grande).

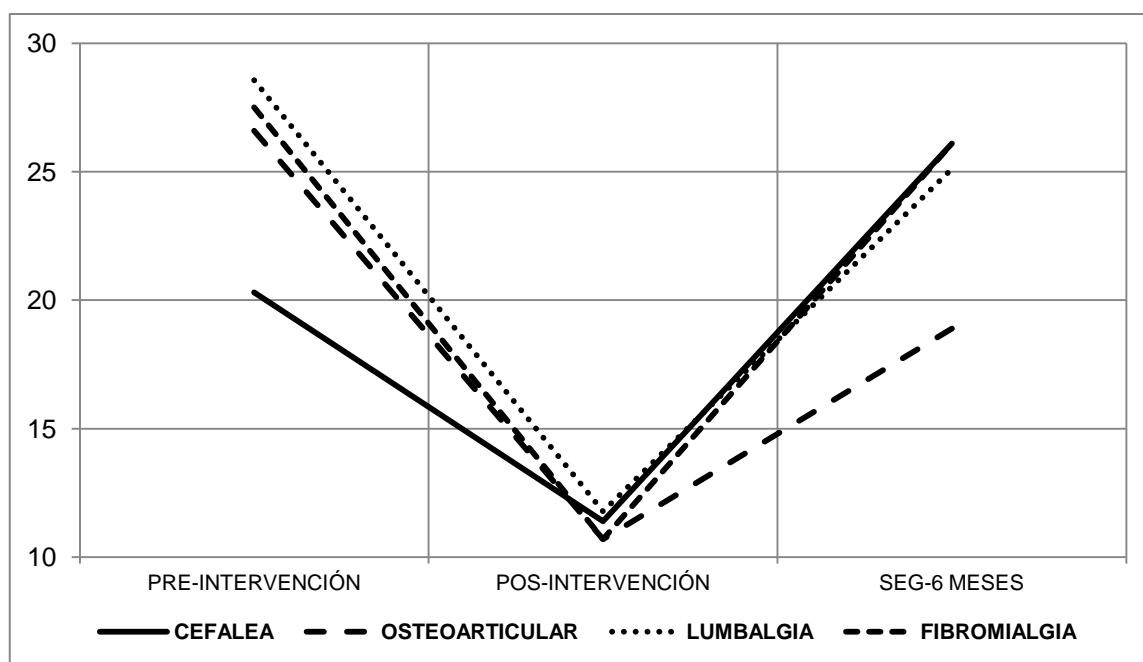


Figura 21. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de depresión (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 21. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Cefalea y en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del posttest en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del posttest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	20.30	8.60	10
	POSTEST	11.40	6.46	10
	SEGUIMIENTO	26.10	11.74	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	26.60	7.77	10
	POSTEST	10.70	7.67	10
	SEGUIMIENTO	18.90	6.28	10
LUMBALGIA	PRETEST	28.56	5.02	9
	POSTEST	11.78	6.81	9
	SEGUIMIENTO	25.11	6.45	9
FIBROMIALGIA	PRETEST	27.50	13.97	10
	POSTEST	10.70	9.84	10
	SEGUIMIENTO	26.10	12.00	10

Tabla 21. Estadísticos descriptivos de la depresión (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-8.9 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-15.9 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-16.8 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-16.8 puntos).

4.2.7. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de fatiga (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 23). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 0.4$; $p = .7$; R^2 parcial = 0.007 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,67) = 32.4$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.41 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(6,67) = 3$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.16 (tamaño del efecto grande).

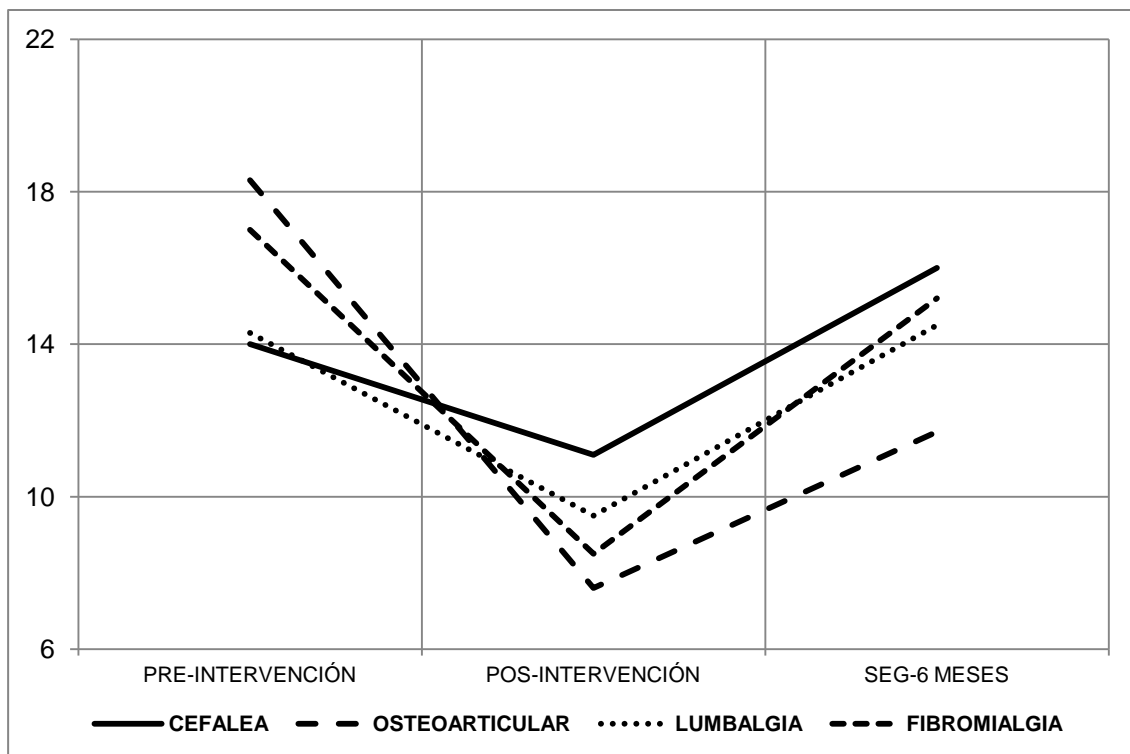


Figura 22. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de fatiga (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 22. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Cefalea. Si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del posttest y entre las puntuaciones del posttest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor Osteoarticular y del dolor por Fibromialgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del posttest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	14.00	3.23	10
	POSTEST	11.10	3.98	10
	SEGUIMIENTO	16.00	2.90	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	18.30	3.52	10
	POSTEST	7.60	1.89	10
	SEGUIMIENTO	11.70	3.56	10
LUMBALGIA	PRETEST	14.30	5.71	10
	POSTEST	9.50	4.17	10
	SEGUIMIENTO	14.50	2.91	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	17.00	7.40	10
	POSTEST	8.50	4.33	10
	SEGUIMIENTO	15.20	5.35	10

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de la fatiga (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-2.9 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-10.7 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-4.8 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-8.5 puntos).

4.2.8. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de hostilidad (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 24). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 1; p = .4; R^2$ parcial = 0.02 (tamaño del efecto mediano). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,59) = 34.4; p < .001; R^2$ parcial = 0.42 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(5,59) = 1; p = .4; R^2$ parcial = 0.06 (tamaño del efecto mediano).

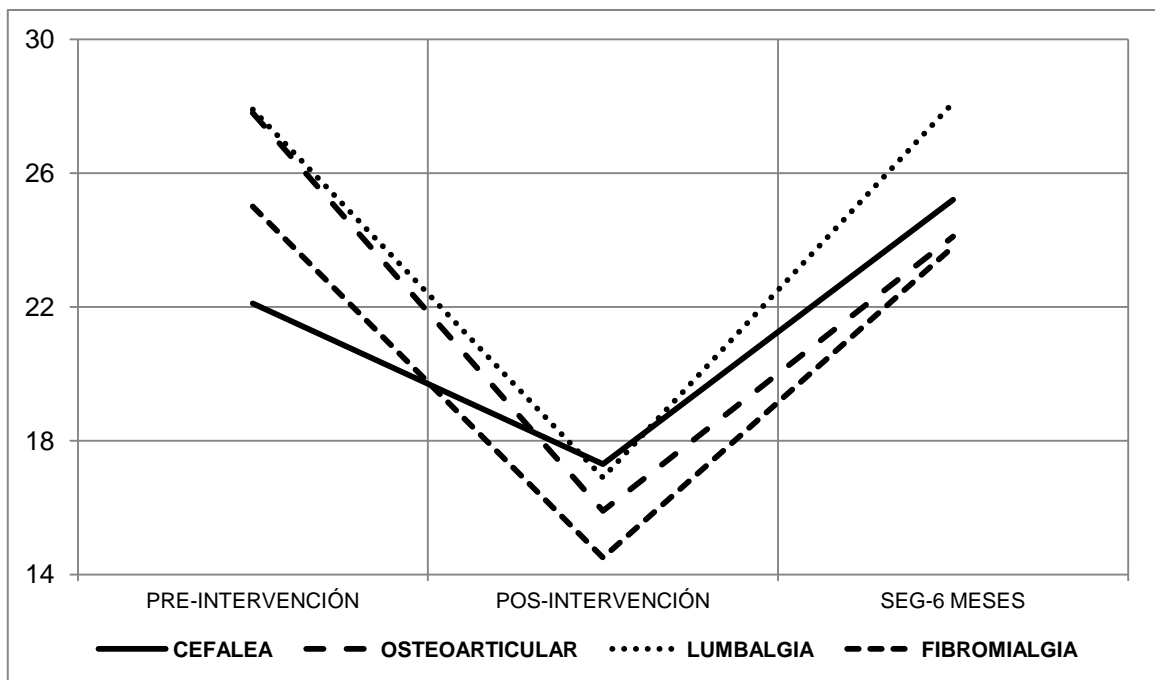


Figura 23. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de hostilidad (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 23. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Cefalea. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del pretest y del seguimiento en los diagnósticos de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	22.10	7.86	10
	POSTEST	17.30	2.90	10
	SEGUIMIENTO	25.20	10.75	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	27.80	6.42	10
	POSTEST	15.90	4.45	10
	SEGUIMIENTO	24.10	4.43	10
LUMBALGIA	PRETEST	27.90	7.69	10
	POSTEST	16.90	4.95	10
	SEGUIMIENTO	28.10	4.45	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	25.00	9.45	10
	POSTEST	14.50	4.50	10
	SEGUIMIENTO	23.80	5.63	10

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la hostilidad (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-4.8 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-11.9 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-11 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-10.5 puntos).

4.2.9. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la disminución del nivel de tensión (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 25). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 0.275$; $p = .84$; R^2 parcial = 0.004 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,56) = 20.68$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.31 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(5,56) = 0.825$; $p = .53$; R^2 parcial = 0.05 (tamaño del efecto mediano).

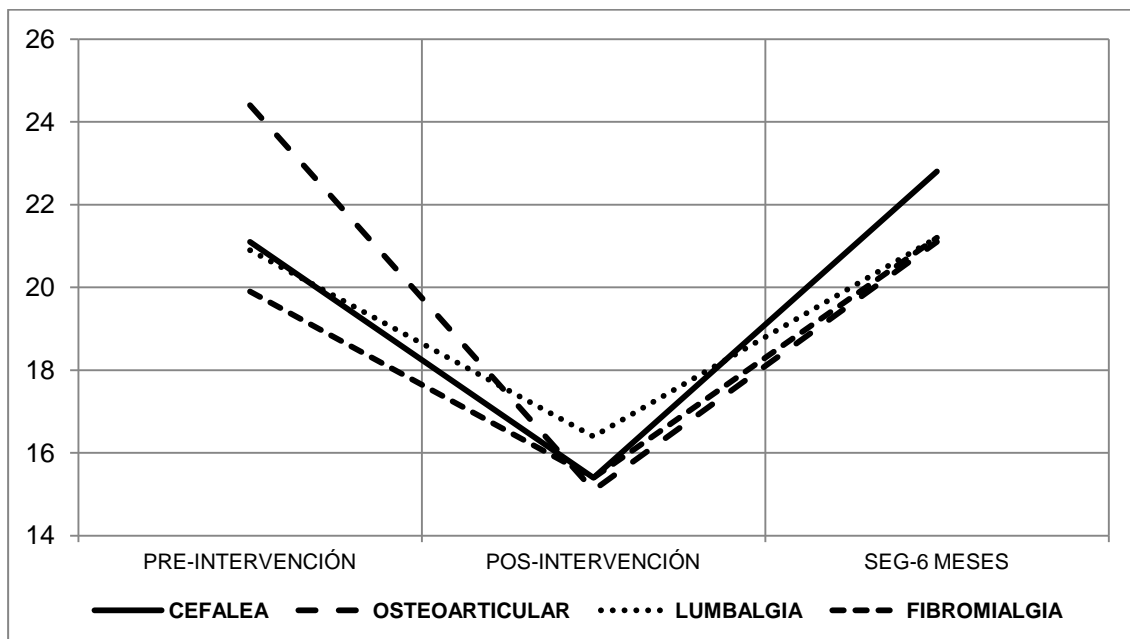


Figura 24. Eficacia de la REC en la disminución del nivel de tensión (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 24. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Cefalea. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor Osteoarticular y en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	21.10	5.23	10
	POSTEST	15.40	2.17	10
	SEGUIMIENTO	22.80	4.89	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	24.40	5.96	10
	POSTEST	15.10	3.65	10
	SEGUIMIENTO	21.10	3.38	10
LUMBALGIA	PRETEST	20.90	7.12	10
	POSTEST	16.40	4.55	10
	SEGUIMIENTO	21.20	2.30	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	19.90	9.24	10
	POSTEST	15.40	4.83	10
	SEGUIMIENTO	21.20	5.16	10

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de la tensión (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-5.7 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-9.3 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-4.5 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-4.5 puntos).

4.2.10. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el incremento del nivel de vigor (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 26). El efecto inter-sujetos fue $F(3,36) = 2.64$; $p = .06$; R^2 parcial = 0.04 (tamaño del efecto mediano). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser $(2,70) = 29.4$; $p < .001$; R^2 parcial = 0.4 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser $(6,70) = 0.5$; $p = .06$; R^2 parcial = 0.02 (tamaño del efecto mediano).

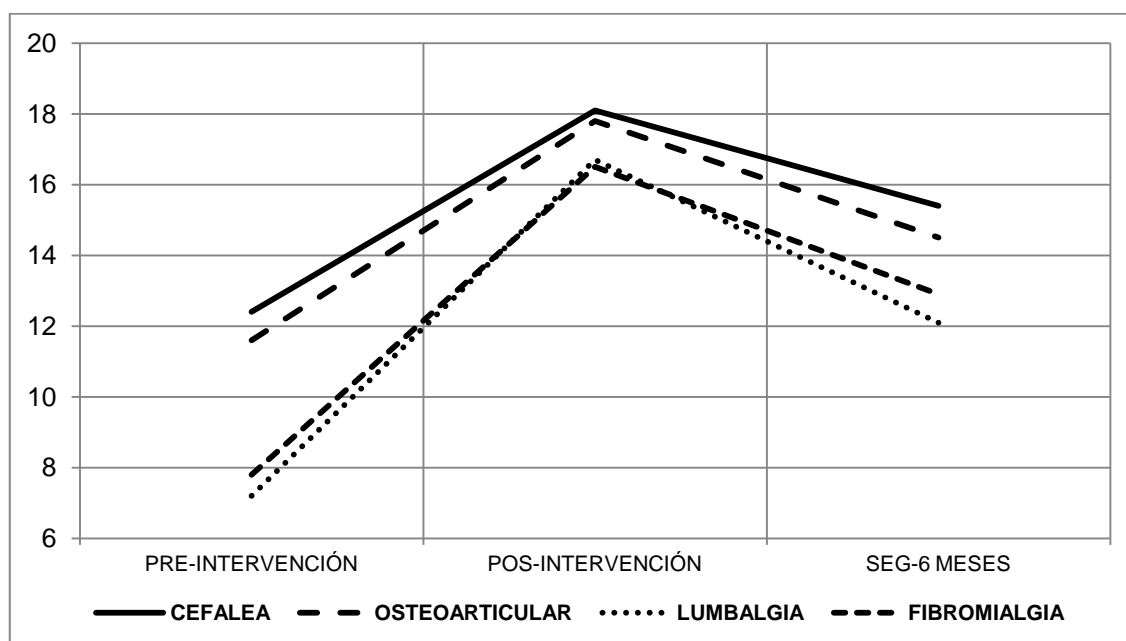


Figura 25. Eficacia de la REC en el incremento del nivel de vigor (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 25. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres momentos de la medición en el diagnóstico de dolor por Cefalea y en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	12.40	5.96	10
	POSTEST	18.10	2.28	10
	SEGUIMIENTO	15.40	6.55	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	11.60	5.54	10
	POSTEST	17.80	2.04	10
	SEGUIMIENTO	14.50	5.52	10
LUMBALGIA	PRETEST	7.20	4.23	10
	POSTEST	16.70	3.36	10
	SEGUIMIENTO	12.10	5.52	10
FIBROMIALGIA	PRETEST	7.80	5.37	10
	POSTEST	16.50	3.92	10
	SEGUIMIENTO	12.90	4.65	10

Tabla 25. Estadísticos descriptivos del vigor (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-5.7 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-6.2 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-9.5 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-8.7 puntos).

4.2.11. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en el estado de ánimo global (POMS) en función del diagnóstico

Se desarrolló un ANOVA factorial mixto de la puntuación en intensidad del dolor presente con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, postest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Figura 27). El efecto inter-sujetos fue $F(3,35) = 0.39; p = .76; R^2$ parcial = 0.009 (tamaño del efecto pequeño). El efecto intra-sujetos fue F de Greenhouse-Geisser (2,61) = 65; $p < .001; R^2$ parcial = 0.57 (tamaño del efecto grande). El efecto interactivo fue F de Greenhouse-Geisser (5,61) = 1.84; $p = .11; R^2$ parcial = 0.1 (tamaño del efecto grande).

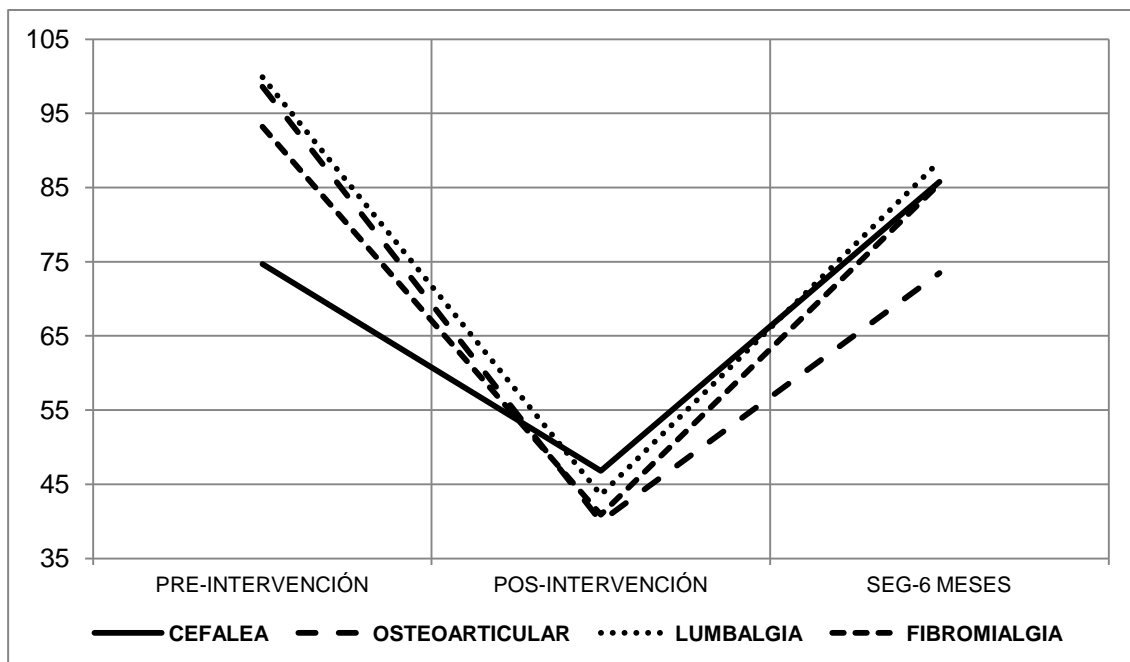


Figura 26. Eficacia de la REC en el estado de ánimo global (POMS) en función del diagnóstico

Para poder realizar una comparación por pares en la variable intra-sujetos, se repitió el análisis de medidas repetidas para cada grupo por separado. Los resultados se presentan en la Tabla 26. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los tres momentos de la medición para el diagnóstico de dolor por Cefalea. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del pretest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor Osteoarticular. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pretest y del postest y entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Lumbalgia. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del seguimiento en el diagnóstico de dolor por Fibromialgia.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	PRETEST	74.70	27.45	10
	POSTEST	46.80	10.91	10
	SEGUIMIENTO	85.80	32.19	10
OSTEOARTICULAR	PRETEST	98.60	21.67	10
	POSTEST	40.00	16.62	10
	SEGUIMIENTO	73.50	14.61	10
LUMBALGIA	PRETEST	99.89	16.39	9
	POSTEST	43.56	17.17	9
	SEGUIMIENTO	88.56	11.70	9
FIBROMIALGIA	PRETEST	93.20	42.05	10
	POSTEST	40.90	26.16	10
	SEGUIMIENTO	85.50	29.44	10

Tabla 26. Estadísticos descriptivos del estado de ánimo (POMS) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue clínicamente importante (-27.9 puntos), en el grupo Osteoarticular fue clínicamente importante (-58.6 puntos), en el grupo Lumbalgia fue clínicamente importante (-56.33 puntos) y en el grupo Fibromialgia fue clínicamente importante (-52.3 puntos).

4.2.12. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la impresión global de cambio percibida por el paciente en función del diagnóstico

Se obtuvieron las medias aritméticas y las desviaciones típicas de las puntuaciones en el PGIC con el diagnóstico (Cefalea, dolor Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia) como variable entre-grupos y los tres momentos de medición (pretest, posttest y seguimiento) como variable intra-sujetos (ver Tabla 27 y Figura 28).

Para los cuatro grupos de diagnósticos, la expectativa al tratamiento fue “Algo mejor”; para los cuatro grupos la satisfacción al tratamiento fue “Algo mejor”; para los cuatro grupos la satisfacción al tratamiento en el seguimiento fue “Algo mejor”, excepto para el grupo Lumbalgia que fue “Como estaba”.

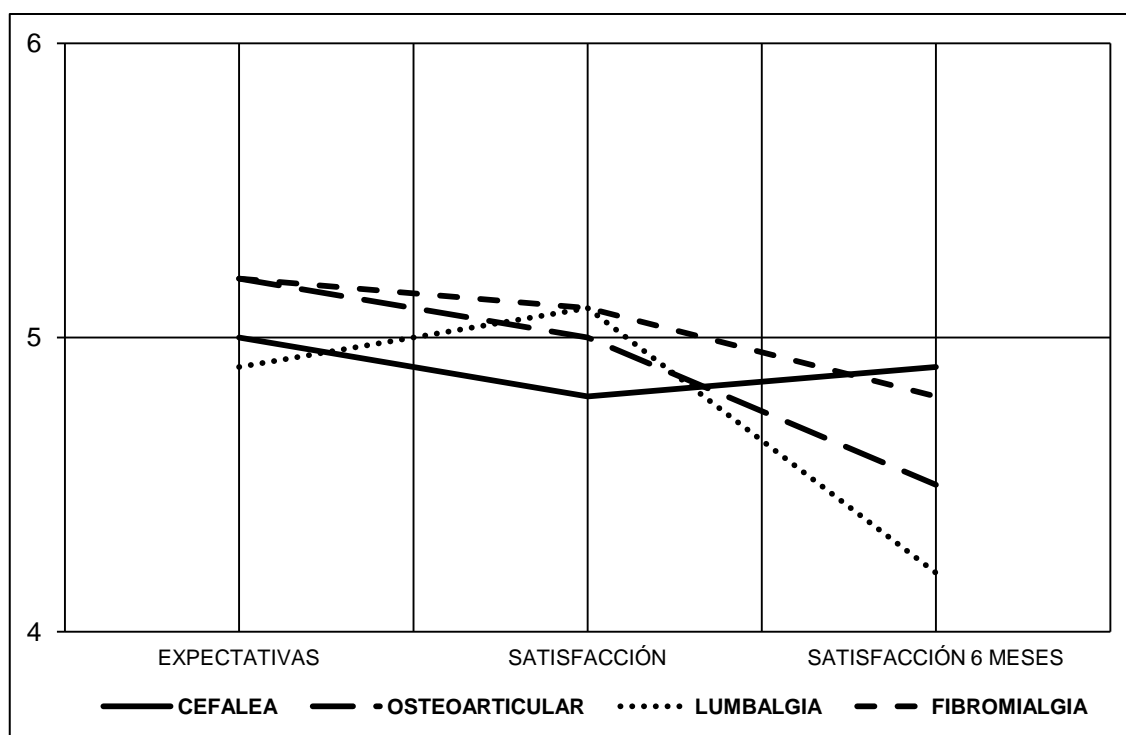


Figura 27. Eficacia de la REC en la impresión global de cambio percibida por el paciente (PGIC) en función del diagnóstico

Según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Cefalea fue mínimamente importante, en el grupo Osteoarticular fue mínimamente importante, en el grupo Lumbalgia fue mínimamente importante y en el grupo Fibromialgia fue mínimamente importante.

	GRUPO	Media	Desviación típica	N
CEFALEA	EXPECTATIVAS	5.00	.81	10
	SATISFACCIÓN	4.80	.42	10
	SATISFACCIÓN 6 MESES	4.90	.87	10
OSTEOARTICULAR	EXPECTATIVAS	5.20	.79	10
	SATISFACCIÓN	5.00	.47	10
	SATISFACCIÓN 6 MESES	4.50	1.12	10
LUMBALGIA	EXPECTATIVAS	4.90	.74	10
	SATISFACCIÓN	5.10	.74	10
	SATISFACCIÓN 6 MESES	4.20	.42	10
FIBROMIALGIA	EXPECTATIVAS	5.20	.63	10
	SATISFACCIÓN	5.10	.57	10
	SATISFACCIÓN 6 MESES	4.80	1.13	10

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de la impresión global de cambio percibida por el paciente (PGIC) en la eficacia de la REC en función del diagnóstico



5. Discusión

5.1. Consideraciones teóricas

El primer objetivo de nuestro estudio fue demostrar que el protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presenta los mismos niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la intensidad del dolor, la Interferencia (MPI), la Depresión (BDI), los Estados de Ánimo (POMS) y la Impresión Clínica Global (PGIC) en pacientes con dolor crónico no oncológico. Nuestro segundo objetivo fue demostrar que el protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reduce estas mismas variables (Intensidad del dolor, Interferencia, Depresión, Estados de Ánimo e Impresión clínica global) por igual en los cuatro grupos de diagnóstico (Cefalea, Lumbalgia, Fibromialgia y Osteoarticular).

En el marco de la intervención psicológica en pacientes con dolor crónico, basada en la Terapia Cognitivo-Conductual y más concretamente en la Reestructuración Cognitiva, nuestro estudio concluyó en la eficacia de este tipo de intervenciones corroborando los resultados de numerosas investigaciones que plantean la hipótesis de reducción del nivel de dolor y síntomas coadyuvantes (Van der Hofstadt et al., 2012; Moretti, 2010; Morley et al., 2004; Eccleston et al., 2001). Por ejemplo, en un estudio desarrollado por Ehde y Jensen (2004) se encontró que después de la intervención con Reestructuración Cognitiva sobre los pensamientos catastróficos hacia el dolor, los participantes de este grupo mostraron una mejoría en los niveles de dolor mientras que el grupo que recibió psicoeducación acerca del dolor no mostró cambios en los niveles del mismo. De la revisión bibliográfica realizada puede decirse que, desde el modelo biopsicosocial del dolor crónico, las variables cognitivo-evaluativas juegan un rol importante en la determinación de la experiencia de dolor. Se afirma que una persona va a percibir determinado nivel de dolor dependiendo de múltiples factores, como son los

comportamientos, los estados emocionales y las valoraciones cognitivas que dicha persona haga de su problema de dolor (Gatchel et al., 2007; Miró, 2003; Vallejo, 2010; Moix et al., 2004; Moix, 2005; Moix y Kovacs, 2009; Moix y Kovacs, 2010; Moix y Kovacs, 2011). En este sentido, las intervenciones destinadas al control y manejo de los pensamientos irracionales de nuestro estudio (rechazo de ideas irracionales, estrategias para modificar las emociones, desarrollo de respuestas emocionales alternativas, etc.) se demostraron eficaces en el alivio del dolor, más concretamente en la reducción de su intensidad y en la mejoría de los estados de ánimo tales como depresión, fatiga, hostilidad, tensión y vigor, ya sea mínimamente o ya sea logrando una repercusión clínicamente importante en el estado de ánimo del paciente.

Se ha visto que el afrontamiento del dolor crónico no se centra sólo en la percepción sensorial del dolor sino también en las valoraciones cognitivas que realizan los pacientes acerca de su dolor (Sharp, 2001). Por lo tanto, pensar en la intervención clínica del dolor crónico implica pensar en el necesario abordaje de las variables cognitivas asociadas a él. Así, por ejemplo, se cree que aumentando los niveles de autoeficacia hacia el control del dolor en una persona y disminuyendo la tendencia a la catastrofización del dolor (Turk y Okifuji, 2002; Schütze et al., 2010), se puede lograr que la persona desarrolle estrategias de afrontamiento más adaptativas que se dirijan directamente al control y alivio del dolor, impactando así directamente en una mejora en su calidad de vida.

La bibliografía relevante acumulada en las últimas dos décadas han dejado patente la influencia de las variables psicológicas en el fenómeno del dolor (Merayo et al., 2007; Merayo et al., 2009). Desde los años treinta, con el establecimiento de los tratamientos Cognitivo-Conductuales en el dolor crónico, ha sido abrumadora la evidencia de la eficacia de los mismos en la reducción del dolor (Fordyce, 1988; Turk et

al., 1983; Flor et al., 1992). En el trabajo de Hoffman, Papas, Chatkoff y Kerns (2006) se analizaron los resultados obtenidos en 22 trabajos publicados entre 1982 y 2003; las variables evaluadas fueron la intensidad del dolor, la interferencia en la vida diaria, los síntomas depresivos, la discapacidad y la calidad de vida, entre otras. El resultado más evidente de este meta-análisis fue que la intervención psicológica redujo la intensidad del dolor crónico de modo considerable. La tendencia que observamos en nuestra muestra coincidió con los resultados encontrados en éstos y otros trabajos (Ruvalcaba y Domínguez, 2009; Gatchel et al., 2007), en los que se demuestra que con los programas Cognitivo-Conductuales se obtienen reducciones significativas en la percepción de dolor.

En relación a nuestro segundo objetivo, al detenernos en la efectividad de la intervención psicológica en relación al diagnóstico de los pacientes, cabe destacar algunos aspectos.

Ya se ha dicho en sucesivas ocasiones que el Tratamiento Cognitivo-Conductual es la intervención psicológica que ha demostrado más eficacia en el tratamiento de la Fibromialgia. De acuerdo con el meta-análisis de Rossy et al. (1999), en el tratamiento específico de la Fibromialgia el Tratamiento Cognitivo-Conductual fue la terapia que mayor eficacia mostró sobre el nivel de actividad, incluso por encima del tratamiento farmacológico (Aterógenes et al., 2010). Efectivamente en nuestro estudio, según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), el cambio pretest-postest en el grupo Fibromialgia presentó mejoría de carácter “clínicamente importante”.

También se han demostrado los efectos de la intervención psicológica en el dolor y el estado emocional de personas con Fibromialgia en el trabajo realizado por Moioli y Merayo (2005), ya mencionado, en el que se evaluó la efectividad de un protocolo de

tratamiento psicológico grupal, con orientación Cognitivo-Conductual en 48 mujeres con Fibromialgia.

Después de la intervención psicológica realizada en nuestro estudio, utilizando la Reestructuración Cognitiva y la Terapia Racional Emotiva, nuestros resultados según la Iniciativa sobre Métodos de Medición y Evaluación del Dolor en los Ensayos Clínicos (IMMPACT), indicaron que el cambio pretest-postest en el grupo Osteoarticular presentó mejoría de carácter “clínicamente importante”.

Según Redondo et al. (2008), los trabajos que han revisado las intervenciones psicológicas llevadas a cabo en los pacientes con Artritis Reumatoide señalan las Terapias Cognitivo-Conductuales como las técnicas más empleadas dirigidas al manejo del dolor (Dixon et al., 2007). En estos trabajos se muestra cómo dichas terapias consiguen reducciones en los niveles de dolor de los pacientes por encima de los grupos control empleados. Esta demostrada eficacia ha hecho que el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos (NIH, 1996) haya reconocido la Terapia Cognitivo-Conductual como un tratamiento eficaz para el dolor en la Artritis Reumatoide. Redondo (2008) afirma que las terapias Cognitivo-Conductuales implementadas en pacientes con Artritis Reumatoide deben incluir técnicas de reestructuración cognitiva, manejo de las emociones negativas, entrenamiento en el manejo de la afectividad negativa y los estilos de afrontamiento como objetivos definidos y operativizables, dada la probada relación de estas variables con el dolor.

También en 2008 se publicó un importante trabajo en el que se evaluaron trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en pacientes con Artritis Reumatoide, comparándolos con pacientes sanos, en 17 países de diferentes regiones del mundo. Los resultados muestran una mayor prevalencia de estos trastornos en los pacientes con Artritis Reumatoide que en los sujetos sin la enfermedad (He et al., 2008).

Tal fue nuestra intervención en el Grupo Experimental desarrollada en este estudio que, como se ha visto, consistió en la valoración de los pensamientos irracionales, rechazo de ideas irracionales, estrategias para modificar las emociones y desarrollo de respuestas emocionales alternativas, entre otras, dirigidas al control de los estados de ánimo referidos a tensión, depresión, cólera, vigor, fatiga y confusión, así como los relacionados con depresión.

Está asumido que los pacientes con Artritis Reumatoide presentan mayores niveles de emocionalidad negativa que la población sin dolor. De hecho, se han encontrado un buen número de trabajos que han tomado como variable dependiente el dolor y estudiado a partir de ahí los factores que predicen o explican su aparición, refiriéndose a la depresión como uno de estos factores, a través de análisis de varianza o de regresión. Es más, algunos estudios apuntan que, aunque existen relaciones significativas entre distintas medidas de la actividad de la enfermedad, el predictor más fuerte del dolor no es el estado en la actividad de la enfermedad, sino las medidas de depresión. A la hora de explicar los motivos por los que la depresión puede predecir o explicar la presencia de mayores niveles de dolor, se ha argumentado que la sintomatología depresiva parece producir una disminución en el umbral de dolor y una amplificación somatosensorial (Redondo et al., 2008).

5.2. Sujetos

En otro ámbito de análisis, si revisamos el perfil sociodemográfico de la muestra de los estudios analizados, veremos que el perfil medio de los sujetos de nuestro estudio mostró una mujer de entre 50 y 55 años, casada, con estudios primarios, ama de casa, que manifestó tener dolor con una frecuencia diaria durante las 24 horas del día; el

tiempo que estuvieron padeciendo dolor crónico, desde su diagnóstico hasta la primera entrevista realizada en el estudio, fue de 10,5 años para el Grupo Experimental y de 14 años para el Grupo Control. Estos datos no difieren de otros estudios similares, tanto nacionales como extranjeros, donde se ha encontrado una relación mujer-hombre de 21 a 1, afirmando que las personas con bajo nivel de estudios o sin estudios presentan una mayor asociación con el dolor (Moioli y Merayo, 2005; White et al., 2001; Carmona et al., 2001).

Moioli y Merayo (2005), en un trabajo sobre los efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con Fibromialgia, describieron una muestra totalmente femenina, con un nivel de estudios en su mayoría bajo y siendo el estatus familiar predominante el de ama de casa. La media de padecimiento del dolor fue de 20 años; esta cifra es algo más elevada que la encontrada en nuestro estudio y en otros, en los que se observó una media de 11,6 años desde el comienzo de los síntomas (Moioli y Merayo, 2005); también encontraron que la experiencia de dolor era diaria, con una intensidad de dolor de 8,36 en un rango de 0 a 10, con una frecuencia casi diaria durante 19 horas al día.

En otro estudio realizado por Roth y Geisser (2002), en el que se evaluaron 299 pacientes con dolor crónico, pudieron comprobar que a menor nivel educacional más inadaptación a causa del dolor. La relación entre estas dos variables, según esta investigación, parece estar mediada por el catastrofismo y la creencia de que el dolor es la señal de daño tisular ya que las personas con un nivel educacional más bajo presentan más pensamientos catastróficos y una mayor tendencia a creer que el dolor señala daño tisular. Así pues, se trata de una variable indirecta que afecta a la discapacidad a través de la evaluación cognitiva (concretamente el catastrofismo), coincidente con

nuestro estudio en el que el 85% en el Grupo Experimental y el 62.5% en el Grupo Control no tenía estudios o sólo estudios primarios.

En la investigación realizada por Sánchez-Román et al. (2006), sobre un total de 177 sujetos, la descripción de la muestra también coincidió con la nuestra: el 84,2% eran mujeres, la media de la población del estudio fue de 45 años y la mayoría (52,0%) eran casados. Lo mismo ocurrió en el estudio de Van der Hofstadt et al. (2012) sobre 13 pacientes, coincidente con la descripción de la muestra.

5.3. Método

La Técnica de Reestructuración Cognitiva empleada en este estudio demostró una vez más la eficacia de las terapias psicológicas utilizadas para el manejo del dolor crónico (Moix y Casado, 2011; Eccleston et al., 2009; Lunde et al., 2009; Morley et al., 1999). La Reestructuración Cognitiva, destinada a modificar la percepción y el modo de afrontamiento del dolor, así como de otras experiencias estresantes funcionalmente relacionadas con éste, actúa sobre las creencias irracionales relacionadas con el dolor y los pensamientos negativos hacia éste, promoviendo en el paciente la alteración de los esquemas de pensamiento desordenados de modo que vea el mundo y a sí mismo de una forma realista (Rodríguez-Franco y Cano-García, 2001; Bados y García-Grau, 2008; Bados et al., 2002). Estas intervenciones incluyen la ayuda al paciente para cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas (autoafirmaciones), la ayuda al paciente para identificar la emoción dolorosa que está sintiendo (ira, ansiedad, desesperanza, etc.), la identificación de los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización), o la realización de afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación, entre otras.

En reiteradas ocasiones se ha identificado la focalización atencional hacia las propias señales sensoriales como una de las características de los pacientes que sufren dolor crónico. Este hecho, que supone un incremento de la sensación del dolor, es frecuentemente abordado por los programas multicomponentes, tratando de enseñar a tomar conciencia sobre las sensaciones y, por ende, incrementar la sensación de control hacia las mismas (Pincus y Morley, 2001). Los mejores resultados se obtienen cuando el paciente minimiza la percepción de invalidez, ya que la percepción subjetiva, la experiencia y las expectativas de eficacia por parte del paciente son más importantes que la capacidad física (Almendro et al., 2011). Todo ello ha llevado a los investigadores a la búsqueda de otros abordajes terapéuticos en el ámbito psicológico, complementarios al farmacológico, que contribuyen a mejorar el control del dolor, ya que se reconoce que los pacientes tratados conjuntamente con técnicas médicas y psicológicas muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos (Moix y Kovacs, 2010).

Los programas multicomponente son los más habitualmente utilizados en la clínica. Se componen de elementos conductuales, cognitivos y emocionales y permiten, de ese modo, incluir los recursos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del dolor, en un sentido amplio (Flor et al., 1992). Sin embargo, los programas multicomponente presentan un problema derivado de su complejidad en términos de duración y de exigencia al paciente. La cantidad de tareas que debe llevar a cabo, el número de cambios que debe hacer en su forma de vida, la necesaria supervisión y ayuda para este esfuerzo hace que los pacientes rechacen el tratamiento, lo abandonen o se presente una alta tasa de recaídas, posiblemente debido a que el tratamiento no ha sido seguido convenientemente (Richmond y Carmmody, 1999). Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que las intervenciones limitadas en el tiempo y estructuradas

presentan menores tasas de abandono (Hunt y Andrews, 1992; Issadikis y Andrews, 2004).

Efectivamente, en nuestro estudio se analizaron los niveles de eficacia comparada entre el protocolo individual de Reestructuración Cognitiva y el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en pacientes con dolor crónico no oncológico, produciéndose siete abandonos que fueron sustituidos inmediatamente para completar nuevamente la muestra de tal modo que todos los pacientes incluidos en el estudio terminaron el tratamiento y respondieron al postest y al seguimiento. Buscando semejanzas en nuestro entorno cercano, en el estudio realizado en el Hospital Universitario de Getafe, también se observaron dificultades de adhesión al tratamiento, ya que algunos pacientes asistieron de forma irregular y otros abandonaron. Este hecho es congruente con los datos de los grupos de enfermedades crónicas, en los que se constata que un 33% no finaliza los programas de intervención psicológica (Almendro et al., 2011),

Hoy en día, todas las sociedades internacionales sobre dolor y guías de práctica clínica coinciden en señalar la necesidad de un abordaje multidisciplinar del dolor crónico, basándose en que el modelo biopsicosocial está ampliamente aceptado como la mejor aproximación a esta patología (Turk y Okifuji, 2002; Gatchel et al., 2007).

Considerándose el abordaje psicológico uno de los pilares básicos del tratamiento del dolor crónico, puesto que las intervenciones que los incluyen como un componente nuclear demuestran ser más efectivas (Turk y Okifuji, 2002; Vallejo, 2010), las técnicas habitualmente utilizadas en programas dirigidos a trabajar el dolor crónico incorporan siempre, entre otros, la Reestructuración Cognitiva y el manejo de las emociones (Turk y Okifuji, 2002; Gatchel et al., 2007; Moix y Kovacs, 2010; Monsalve, 2010).

En efecto, nuestro estudio se ha basado en el mismo marco conceptual y los mismos principios seguidos por los innumerables estudios de investigación referidos a la efectividad del abordaje psicológico en el manejo del dolor.

Así, por ejemplo, el estudio realizado por la Unidad del Dolor del Hospital General Universitario de Alicante (Sánchez-Román et al., 2006), sobre la influencia de los factores psicológicos del dolor y la efectividad de un programa de tratamiento psicológico, dentro del abordaje multidisciplinar para el tratamiento del dolor crónico no oncológico. El objetivo central de este trabajo era demostrar que la realización de un programa de intervención psicológica, de forma complementaria al tratamiento farmacológico habitual de los pacientes, genera diferencias en los niveles de dolor a la finalización del mismo, junto con otras variables relacionadas con la ansiedad, la depresión, el sueño y la calidad de vida. Los autores concluyeron que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como dotar de información al paciente o entrenarlo en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo, inquietud y ansiedad.

Otra experiencia cercana a nuestro entorno fue la realizada en el Hospital Universitario de Getafe (Almendro et al., 2011), donde los resultados de su estudio vieron diferencias en el impacto del dolor y en su intensidad, pero no en la interferencia de éste, y también observaron mejoría en el estado emocional, aspectos subjetivos como dolor, fatiga o cansancio, y la capacidad física. Un dato que los autores aportan y que en nuestro caso no se observa, es que encontraron que la intensidad del dolor en las últimas 24 horas mostraba un aumento significativo coincidiendo con el final de las sesiones.

5.4. Resultados

En nuestro estudio, si bien se cumplieron las hipótesis planteadas, en el Grupo Experimental los resultados de los Cuestionarios decayeron a los seis meses. Esto nos hizo plantearnos la conveniencia de desarrollar nuevas líneas de investigación futuras, que nos permitan contestar a preguntas tales como qué ocurriría si se realizara una intervención psicológica mensual de mantenimiento en el tiempo, para ajustar la terapia y, en su caso, si así se conseguiría que los resultados se mantuvieran en el tiempo. Estas cuestiones son coincidentes con las formulaciones de algunos investigadores (Moix et al., 2004), que afirman que no existen muchos estudios que analicen si los efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual se mantienen a lo largo del tiempo y que, por lo tanto, son necesarios más estudios que investiguen el mantenimiento de los beneficios a más largo plazo. No obstante, Moix et al. (2004) en un trabajo realizado durante los años 2001 y 2002, comprobaron la eficacia de un programa interdisciplinar en el tratamiento del dolor de espalda crónico y pudieron afirmar que sus efectos se mantuvieron a los tres meses tras finalizar el programa.

Veamos ahora la relación coste-efectividad de los tratamientos psicológicos en el abordaje del dolor. Entre el 10% y el 23% de los españoles sufren dolor crónico; el impacto económico que ello supone es altísimo, tanto por el coste de su atención sanitaria como por el de sus bajas laborales. Sin embargo, todavía más preocupante que sus repercusiones económicas, es el impacto del dolor crónico en las vidas de los millones de personas que lo padecen y de sus familias. En el dolor influyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y su tratamiento íntegro requiere un abordaje multidisciplinario. Se ha demostrado el impacto positivo de la evaluación de las variables psicológicas y su ajuste en el cociente coste/eficacia de los tratamientos invasivos para el tratamiento del dolor (Monsalve et al., 2000). Los tratamientos

Cognitivo-Conductuales forman parte de este abordaje pero, a pesar de su demostrada efectividad, todavía no se aplican de manera sistemática en las clínicas y hospitales de nuestro país (Merayo et al., 2009).

En el trabajo realizado en el Hospital Universitario de Getafe, ya mencionado en este trabajo, se observaron diferencias en el impacto del dolor y en su intensidad, pero no en la interferencia de éste; observaron mejoría en el estado emocional, aspectos subjetivos como dolor, fatiga o cansancio y la capacidad física. También encontraron que la intensidad del dolor en las últimas 24 horas mostraba un aumento significativo coincidiendo con el final del grupo. Sin embargo, este estudio utilizó un encuadre grupal cerrado y estructurado consistente en diez sesiones de hora y media, mas una de seguimiento (Almendro et al., 2011).

Pese a que la mayoría de los estudios en los que se compara el efecto adicional que las terapias psicológicas obtienen, como coadyuvante de los procedimientos médicos, son estudios de pequeña magnitud, recientemente se ha publicado un estudio realizado con una muestra de 710 pacientes con dolor lumbar subagudo y crónico, en el que se ha encontrado una elevada magnitud del efecto y se ha demostrado su efectividad respecto a los costes derivados de dichos tratamientos (Lamb et al, 2010).

Nuestro estudio, sobre una muestra de 40 pacientes con dolor crónico no oncológico, demostró la eficacia de una adaptación de la Técnica de Reestructuración Cognitiva (TRE), que requirió de sólo tres sesiones, cada una de 45 minutos de duración, para alcanzar resultados similares al Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico (Moix y Kovacs, 2009), que requiere de dos sesiones individuales, con una duración de una hora cada una (en total, dos horas), además de diez sesiones grupales (de una hora y media a dos horas cada una). Nuestro estudio, por tanto, mostró una mayor eficiencia al requerir menor consumo de recursos, tanto en

términos de tiempo como de profesionales necesarios para la realización de las intervenciones psicológicas correspondientes.

Cuando Moix (2005) habla de la efectividad de la Reestructuración Cognitiva y la Terapia Racional Emotiva en el dolor crónico, afirma que existe una variable muy estudiada que encaja perfectamente en el concepto de “evaluación cognitiva”. Se trata de la variable “catastrofismo”: los individuos que tienen una visión catastrofista de su dolor son aquellos que evalúan su dolor como incontrolable, exageran las propiedades amenazantes del estímulo doloroso y no pueden apartar su mente del dolor (Sullivan et al., 1995; Thorn et al., 2002; Turner et al., 2000); de hecho se ha demostrado que, cuanto mayor es el catastrofismo, mayor es la intensidad del dolor y éste resulta más incapacitante (Bishop et al., 2001; Buer y Linton, 2002; Turner et al., 2002). En un estudio realizado sobre 88 mujeres con dolor crónico, a las que se pidió que anotaran sus pensamientos catastróficos, nivel de dolor y estado de ánimo durante 30 días, se comprobó que los días en los que se registraban más pensamientos catastróficos coincidían con un incremento del dolor y estados de ánimo negativos (Grant et al., 2002). Entre las distintas técnicas Cognitivo-Conductuales, la Terapia Racional Emotiva pretende modificar los pensamientos catastrofistas y fomentar la creencia del dolor como algo controlable (Lebovits, 2002; Thorn et al., 2002). Moix (2005) indica la necesidad de que las sesiones no sólo se limiten a dar información, sino que se acompañen de “deberes” que los pacientes tienen que realizar en sus casas.

En esta línea, las intervenciones psicológicas en nuestro estudio se han dirigido a ayudar a los pacientes a identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados, reduciendo o eliminando así la perturbación emocional y/o conductual causada por dichos pensamientos. Así la Reestructuración Cognitiva y la Terapia Racional Emotiva se han mostrado eficaces en

el control y manejo de la intensidad del dolor y los estados de ánimo que lo acompañan (Bados y Grau, 2008; Bados et al., 2002). Con respecto a estos últimos, en la literatura se han encontrado numerosas afirmaciones relacionadas con el papel determinante de los estados de ánimo y la dimensión emocional en la modulación del umbral del dolor (Monsalve et al., 2000; Melzack y Casey, 1968). Entre los estados de ánimo más estudiados y considerados como más relevantes dentro de la experiencia del dolor, se encuentran la ansiedad, la depresión, la fatiga, la hostilidad, la confusión, la tensión y el vigor, entre otros. Estos estados de ánimo se han relacionado con el mantenimiento y exacerbación del dolor crónico (Sternbach, 1975; Romano y Turner, 1985; Turk et al., 1995). En efecto, en nuestro estudio se analizó el Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood States, POMS, McNair et al., 1971), en base a los estados de tensión, depresión, cólera, vigor, fatiga y confusión; además, se analizaron los estados de ánimo relacionados con la depresión (Beck Depression Inventory, BDI, Beck et al., 1961).

Finalizaremos esta discusión haciendo referencia al papel del psicólogo en el abordaje del dolor descrito por Rodríguez-Franco y Cano-García (2001) quienes afirmaron que, en el ámbito cognitivo, se debe valorar e intervenir sobre una serie de procesos que culminan en la apreciación del dolor como estresante, desencadenando su cronificación: *“Se trata, en esencia, de precisar qué significa el dolor para el sujeto (creencias irracionales, pensamientos negativos), el grado de control percibido (locus de control, expectativas de autoeficacia), cuál es el patrón de atención al dolor, el apoyo social percibido, la importancia del miedo al dolor y la memoria de episodios de dolor anteriores. Debemos analizar, por tanto, cómo el paciente siente el dolor, cómo le emociona, cómo le motiva, cómo lo piensa y qué le hace hacer”*.

5.5. Limitaciones del estudio

Antes de destacar las aportaciones fundamentales de este trabajo y las futuras nuevas líneas de investigación que se presentan, describiremos las limitaciones que hemos encontrado durante la realización de este estudio. Desde nuestro punto de vista, estas limitaciones derivan fundamentalmente de la muestra, tanto para el Grupo Control como para el Grupo Experimental, relacionadas con dos aspectos.

En primer lugar, nos referimos al nivel de estudios, dentro de las variables sociodemográficas. Puesto que dentro de los criterios de inclusión sólo se exigió “Que su nivel de estudios fuera, como mínimo, saber leer y escribir”, nos encontramos que el 12,5% de los sujetos del GE no tenía estudios y que el 72,5% sólo tenía estudios primarios. Esto supuso una importante limitación a la hora de que los sujetos comprendieran las instrucciones de los cuestionarios, siendo necesario adaptarlas a su lenguaje, “traducir” sus contenidos y explicar con detenimiento el sentido de las preguntas.

Además, también relacionado con el nivel educacional y formativo, encontramos que todos los sujetos del Grupo Experimental tenían recetados, de promedio, entre cinco y seis medicamentos para el dolor y que éstos eran “autoadministrados” por los propios sujetos. Sin duda este aspecto supone una limitación en el estudio, dado que el consumo de fármacos para el control del dolor pudiera haber interferido en los resultados de la intervención psicológica.

En segundo lugar, los sujetos pertenecientes al Grupo Control configuraron un grupo control estricto, que no se pudo formar por falta de operatividad. Dichos sujetos ya habían sido evaluados y habían recibido tratamiento por parte de otros psicólogos pertenecientes a otros centros de salud, basado en el Programa de Tratamiento

Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico (Moix y Kovacs). Esto hizo que el diseño del estudio fuera cuasi-experimental con grupo control no equivalente.

Por último, diremos que no pudimos comparar nuestros resultados con otros estudios de similares características, puesto que se trató de una intervención psicológica diseñada por el autor del estudio presentado en este trabajo, a partir de la adaptación de la Terapia Racional Emotiva (TRE).

5.6. Utilidad del trabajo

Hemos visto que el dolor constituye un problema importante de salud pública a nivel mundial, con una frecuencia elevada y de tendencia creciente: 116 millones de personas padecen dolor en Estados Unidos, 52,7 millones en Europa, 14 millones en España. También hemos descrito las consecuencias tan importantes que el dolor tiene en la calidad de vida de las personas que lo padecen, el alto impacto psicoemocional, el deterioro de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, las importantes pérdidas de productividad y costes sanitarios a los que da lugar.

En la actualidad, se entiende que el dolor es una experiencia resultante de la interacción de múltiples factores, entre ellos los psicológicos, que modulan la interpretación que la mente hace sobre una experiencia dolorosa, regulando así la propia percepción del dolor. Por ello, los componentes de tipo psicosocial alcanzan gran relevancia en los problemas de dolor crónico, en donde el dolor se relaciona con el contexto social, actitudes, creencias, emociones, etc.

A pesar de la magnitud del problema y del interés sanitario, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor, numerosos estudios

manifiestan que este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado, existiendo un mal control del dolor por parte de los profesionales.

Dicho esto, describimos a continuación los argumentos más relevantes que justifican el importante esfuerzo que hemos realizado para llevar a cabo este estudio, así como los elementos de utilidad que encontramos en el ámbito del tratamiento de las personas con dolor crónico no oncológico.

- **Contribuir al estudio y manejo del dolor crónico no oncológico**

La Reestructuración Cognitiva ha demostrado ser una de las técnicas más eficaces y sugerentes para modificar la percepción y el modo de afrontamiento del dolor, así como de otras experiencias estresantes funcionalmente relacionadas con éste. En la Reestructuración Cognitiva, las expectativas e interpretaciones de los acontecimientos y las creencias son los responsables de las reacciones emocionales y conductuales que acompañan a la percepción del dolor. En el marco de las numerosas investigaciones relacionadas con la evaluación y tratamiento del dolor crónico, este estudio ha pretendido aportar una perspectiva más con el objetivo de aumentar la sensibilidad y realizar evaluaciones con resultados significativos y rigurosos, que incrementen la probabilidad de llegar a resultados cada vez más concluyentes.

Consideramos que nuestro estudio puede aportar más datos a cerca de cómo la evaluación del dolor y su complejo abordaje deben tener en cuenta todos los aspectos involucrados en el mismo: desde el nivel fisiológico, hasta el nivel comportamental, el nivel subjetivo o las emociones relacionadas con la percepción. Puesto que el dolor constituye una percepción y no una sensación, y es una experiencia multidimensional, única para cada persona, el psicólogo debe abordarlo de una forma integral, facilitar el manejo de la activación fisiológica y/o el nivel de tensión relacionado con el dolor,

modificar la forma en que el sujeto valora la situación y facilitar una reconceptualización de su vivencia de forma más adaptativa, reorientar las conductas disfuncionales que permitan el desarrollo de habilidades funcionales en el afrontamiento de su dolor, etc.

- **Incrementar la eficiencia de la intervención psicológica**

El Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico (Moix y Kovacs), ha sido estudiado ampliamente a través de numerosas investigaciones. El Programa, consistente en diez sesiones grupales y dos sesiones individuales, con una duración que puede oscilar entre una hora y media y dos horas cada una, ha demostrado su efectividad reflejando el efecto adicional que estas técnicas obtienen en la reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos.

En contraposición, nuestro estudio basado en el desarrollo de una adaptación de la Técnica de Reestructuración Cognitiva (TRE), junto con la Entrevista Estructurada, la Escala de Impresión Clínica Global (PGIC) y la Batería de Evaluación Psicológica para el Dolor Crónico (Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla), ha requerido de sólo tres sesiones, cada una de 45 minutos de duración, para alcanzar los mismos resultados (aunque éstos no se hayan mantenido en el tiempo, una vez pasados seis meses).

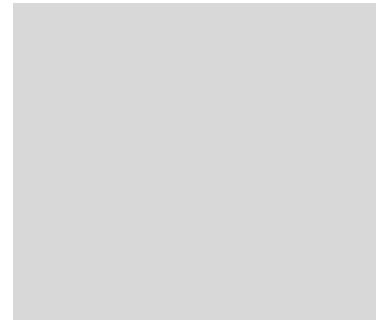
Por ello, creemos que nuestro estudio puede ser útil para mejorar la eficiencia y reducir los costes en el ámbito del tratamiento del dolor crónico, más aún en la situación actual de contención económica y presupuestaria que pone en riesgo la sostenibilidad del sistema sanitario.

5.7. Futuras líneas de investigación

Como resultado de la experiencia adquirida a lo largo de la realización de este trabajo nos parece adecuado proponer, desde nuestro punto de vista, dos líneas de investigación posibles para el futuro en este ámbito de la psicología clínica.

En primer lugar, dadas las dificultades de comprensión por parte de los sujetos de estudio, consideramos interesante la adaptación de los Cuestionarios al lenguaje común y coloquial de la sociedad: sujetos susceptibles de configurar la muestra de cualquier estudio de investigación. Esta adaptación debiera tener en cuenta no sólo el nivel educacional, formativo o de estudios de posibles participantes en una investigación, sino también los aspectos culturales y las singularidades geográficas que determinan el lenguaje de las personas. Así mismo, resultaría crucial adaptar los ejemplos que se muestran en los Cuestionarios, de modo que los sujetos identifiquen situaciones que respondan a su realidad cotidiana.

En segundo lugar, puesto que en el Grupo Experimental los resultados de los Cuestionarios decayeron a los seis meses, creemos adecuada una línea de investigación que nos permitiera responder a las siguientes preguntas: ¿Qué ocurriría si se realizara una intervención psicológica mensual para ajustar la terapia, después de las tres sesiones que incluye la Técnica de Reestructuración Cognitiva empleada en nuestro estudio? ¿Se conseguiría así que los resultados se mantuvieran en el tiempo? Puesto que nuestro estudio demostró una mayor eficiencia con la técnica psicológica empleada, requiriendo de sólo tres sesiones (frente a las 8-10 del Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor Crónico de Moix y Kovacs), consideramos que los resultados de esta futura línea de investigación podrían mejorar la rentabilidad de la intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico, en términos de efectividad, eficacia y costes.



6. Conclusiones

6.1. Objetivo 1

Determinar los niveles de eficacia de un protocolo individual de Reestructuración Cognitiva en comparación con un protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Hipótesis 1:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la intensidad del dolor presente.

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	No se confirma	Se confirma

Hipótesis 2:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas.

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	No se confirma	Se confirma

Hipótesis 3:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la interferencia del dolor (Inventario Multidimensional del Dolor, MPI).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 4:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción del nivel de depresión (Inventario para la Depresión de Beck, BDI).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	No se confirma	Se confirma

Hipótesis 5:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la confusión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 6:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la depresión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 7:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la fatiga (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 8:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la hostilidad (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 9:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la reducción de la tensión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 10:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos niveles o superiores de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en el incremento del vigor (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 11:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la mejora global del estado de ánimo (Perfil de Estados de Ánimo, POMS).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Tamaño del efecto	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

Hipótesis 12:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva presentará los mismos o superiores niveles de eficacia que el protocolo grupal multicomponente de Tratamiento Cognitivo-Conductual en la mejoría percibida por el paciente (Impresión Global de los Pacientes del Cambio, PGIC).

	POSTEST	SEGUIMIENTO
Mejoría estadísticamente significativa	Se confirma	Se confirma
Significación clínica	Se confirma	Se confirma

6.2. Objetivo 2

Determinar los niveles de reducción del dolor y mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico tratados con un protocolo individual de Reestructuración Cognitiva en función del diagnóstico (Cefalea, Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia).

Hipótesis 13:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la intensidad del dolor presente por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor presente en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención, siendo mayor la diferencia en Osteoarticular y Lumbalgia (menos intensidad de dolor). En el seguimiento los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos, sobrepasando el valor inicial (más intensidad de dolor). Por lo tanto, concluimos que el cambio pretest-postest en Cefalea y Fibromialgia es mínimamente importante, siendo moderadamente importante para Osteoarticular y Lumbalgias.

Hipótesis 14:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la intensidad del dolor percibida en las últimas veinticuatro horas por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la intensidad del dolor percibida en las últimas 24 horas en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención, siendo mayor la diferencia en osteoarticular y Fibromialgia (menos intensidad del dolor percibido). En el seguimiento los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos, sobrepasando el valor inicial (más intensidad del dolor percibido). Concluimos que el cambio pretest-postest en Cefalea es moderadamente importante, siendo para Osteoarticular, Lumbalgia y Fibromialgia mínimamente importante.

Hipótesis 15:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la interferencia del dolor (Inventario Multidimensional del Dolor, MPI) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la interferencia del dolor en varias áreas de la vida del paciente en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención, siendo mayor la diferencia en Fibromialgia (menos

interferencia del dolor). En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos sin sobrepasar el valor inicial (más interferencia del dolor). Por lo tanto, concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 16:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en depresión (Inventario para la Depresión de Beck, BDI) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

Sí se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la severidad de los síntomas depresivos según el BDI en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención; en Cefalea, antes de la intervención la puntuación corresponde a “depresión moderada”, después a “depresión mínima”; en Osteoarticular y Fibromialgia, antes y después de la intervención la puntuación corresponde a “depresión mínima”; en Lumbalgia, antes de la intervención la puntuación corresponde a “depresión grave” y después de la intervención a “depresión mínima”. En el seguimiento, los cuatro vuelven a los valores iniciales, siendo mayor en Osteoarticular. En efecto, concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 17:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en confusión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la confusión según el POMS, en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención en todos excepto en Cefalea, donde no hay variación, quedando en “poco confusos”; en los otros tres pasan de “moderadamente confusos” a “poco confusos”. En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos a “moderadamente confusos”. Por lo tanto, concluimos que el cambio pretest-postest en Cefalea y Lumbalgia es sin mejoría, siendo para Osteoarticular y Fibromialgia clínicamente importante.

Hipótesis 18:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en depresión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la depresión según el POMS en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención en todos excepto en Cefalea, donde no hay variación, quedando en “poca depresión”; en los otros

tres pasan de “depresión moderada” a “poca depresión”. En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos a “depresión moderada”. Concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 19:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en fatiga (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la fatiga según el POMS en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención en todos, excepto en Cefalea, donde se mantiene constante en los tres momentos de la medición en “moderadamente fatigados”. En los otros tres diagnósticos, pasan de “moderadamente fatigados” a “poco fatigados”. En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos a “moderadamente fatigados”. En efecto, concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 20:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en hostilidad (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la hostilidad según el POMS en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención en todos y con los mismos valores, pasando de “moderadamente hostiles” a “poco hostiles”. En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos a “moderadamente hostiles”. Concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 21:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación en tensión (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para disminuir la tensión según el POMS en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención, en todos excepto en Fibromialgia, que se mantiene constante antes y después de la intervención en “moderadamente tensos”. Los otros tres diagnósticos pasan de “bastante tensos” a

“moderadamente tensos”. En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos a “bastante tensos”. Por lo tanto, concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 22:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva incrementará la puntuación en vigor (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para aumentar el vigor según el POMS en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención, en todos excepto en Cefalea, que se mantiene constante en las tres mediciones en “moderadamente vigorosos”. Los otros tres diagnósticos pasan de “poco vigorosos” a “moderadamente vigorosos” y en el seguimiento los valores se mantienen constantes al pretest en “moderadamente vigorosos”. Concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 23:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva reducirá la puntuación global de estado de ánimo (Perfil de Estados de Ánimo, POMS) por igual en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

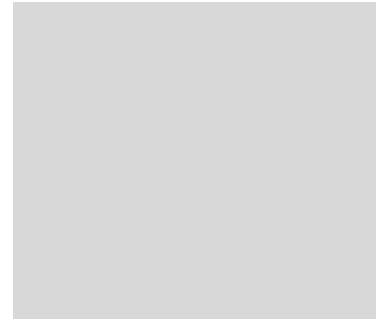
La eficacia de la Reestructuración Cognitiva para modificar los estados de ánimo según el POMS-Total en los cuatro diagnósticos se confirma después de la intervención, en todos excepto en Cefalea, que se mantiene constante antes y después de la intervención en “pocos estados de ánimo”. Los otros tres diagnósticos pasan de “estados de ánimo moderados” a “pocos estados de ánimo”. En el seguimiento, los valores vuelven a subir en los cuatro diagnósticos a “estados de ánimo moderados”. En efecto, concluimos que el cambio pretest-postest en los cuatro diagnósticos es clínicamente importante.

Hipótesis 24:

El protocolo individual de Reestructuración Cognitiva obtendrá semejante satisfacción percibida por los pacientes (Impresión Global de los Pacientes del Cambio, PGIC) en todos los diagnósticos de dolor crónico.

No se confirma.

En cuanto a las expectativas hacia el tratamiento (PGIC), para los cuatro grupos de diagnóstico el grado en que les iba a beneficiar el tratamiento de Reestructuración Cognitiva sobre la mejoría global y satisfacción con el tratamiento, para los cuatro grupos fue “Algo mejor” después del tratamiento. Para los cuatro grupos la satisfacción respecto al resultado del tratamiento en el seguimiento fue “Algo mejor”, excepto para el grupo Lumbalgia que fue “Como estaba”. Por lo tanto, el cambio pretest-posttest en los cuatro grupos de diagnóstico fue mínimamente importante. De estos datos concluimos que la Reestructuración Cognitiva no modifica las expectativas de los pacientes pues, prácticamente, se mantienen constantes en los cuatro grupos de diagnóstico durante todo el proceso.



7. Bibliografía

- Almendro, M. T., Clariana, S. M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B., Del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: el reto de un afrontamiento activo. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 110, 213-270.
- Alonso-Babarro, A. (2011). La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. *Atención Primaria*, 43(11), 575-576.
doi:10.1016/j.aprim.2011.07.003
- Anarte, M. T., Ramírez, C., López, A. E, Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista Sociedad Española Dolor*, 8, 102-110.
- Andrade, E. M., Arce, C., Seoane, G. (2000). Problemas semánticos en la adaptación del POMS al castellano. *Psicothema*, 12, 47-51.
- Andrade-Fernández, E., Arce-Fernández, C., Seoane-Pesqueira, G. (2002) Adaptación al español del cuestionario «Perfil de los Estados de Ánimo» en una muestra de deportistas. *Psicothema*, 14(4), 708-713.
- Arce, C., Andrade, E. M., Seoane, G. (2000). Problemas semánticos en la adaptación del POMS al castellano. *Psicothema*, 12(2), 47-51.
- Asociación Andaluza del Tratamiento del Dolor y Asistencia Continuada. (2010). Estudio sobre la incidencia del dolor en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Atenógenes, H., Saldívar, F. J., Guzmán, B., Torres, I. A. (2010). Fibromialgia su reconocimiento como trastorno de salud y su diferencia con el dolor crónico. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(1).
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Cleeland, C. S. (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina clínica*, 120(2), 52-9.

- Bados, A., García-Grau, E. (2008). Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica. Publicación electrónica. <http://hdl.handle.net/2445/4962>.
- Bados-López, A., García-Grau, E., Fusté-Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Baeza, R., Torrubia, R., Baños, J. E. (2007). La valoración del dolor en pacientes con déficit cognitivo grave que impide la comunicación. *Dolor*, 22, 85–92.
- Barrios, R. (2007). La interacción atleta-familia: enfoques para su estudio e intervención. *Revista Digital EFDeportes*, 114.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bergh, I., Sjöström, B., Odén, A., Steen, B. (2000). An application of pain rating scales in geriatric patients. *Aging*, 12(5), 380–387.
- Bishop, K. L., Ferraro, F. R., Borowiak, D. (2001). Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist*, 23 (1-2), 33-42.
- Boletín Oficial del Estado BOE num 298. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Disponible en:
www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf
- Boletín Oficial del Estado BOE num 274. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en:
www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
- Bolibar, I., Catalá, E., Cadena, R. (2005). El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Revista Española Anestesiología y Reanimación*, 52(3), 131-40.

- Bonica J. J. (1999). Definitions and taxonomy of pain. In: Bonica J. J. Ed. *The Management of Pain* 2nd edition. *Philadelphia: Lea & Febiger*, 18-27.
- Boyle, G., Fernández, E., Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Psicología*, 12, 111-119.
- Bradle, L. A., McKendree-Smith, N. L. (2001). Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. In: D.C. Turk y R. Melzack (Eds). *Handbook of Pain Assessment*, 292-319.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287.
doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Brennan, F., Cousins, M. (2005). El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista Sociedad Española Dolor*, 12, 17-23.
- Brown, G., Nicasio, P. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64.
- Buer, N., Linton, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99(3), 485-491.
- Bustos-Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta Bioethica* 2000; 6(1).
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>.
- Caballero, J., Fernández-Castillo, A. (2006). Valoración complementaria del dolor agudo posoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Revista Sociedad Española Dolor*, 13(3), 151-158.

- Cabral, A. R. (1993). Conceptos históricos y teorías del dolor. *Méjico: UNAM, Facultad de Ciencias*.
- Camacho, L., Anarte, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología, 19*, 1-13.
- Camacho, L., Anarte, M. T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema, 15*, 464-470.
- Cano-García, F. J., Rodríguez-Franco, L., López-Jimenez, A. M. (2013). Locus of control patterns in headaches and chronic pain. *Pain Research Management, 18(4)*, 48-54.
- Carmona, G. R., Ballina, J., Laffon, A. (2001). Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Revista Española Reumatología, 1(28)*, 18-25.
- Casals, M., Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista Sociedad Española Dolor, 11(5)*, 260-269.
- Castel-Bernal, B., de Felipe, V., Tornero-Molina, J. (2006) Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica, 2*, 44-49.
doi:10.1016/S1699-258X(06)73082-0.
- Clark, L. A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology, 103(1)*.
- Cockerill, L., Nevil, A., Lyons, N. (1991). Modelling mood states in Athletic performance. *Journal of Sports Sciences, 9(2)*, 205-212.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112(1)*, 155-159.
dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155

- Comeche-Moreno, M. I., Díaz-García, M. I., Vallejo-Pareja, M. A. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 3(1), 75-87.
- Comeche-Moreno, M. I., Martín-Fernández, A., Rodríguez-Muñoz, F., Ortega-Pardo, J., Díaz-García, M. I., Vallejo-Pareja, M. A. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21(2), 107-121.
- Committee for Research and Ethical Issues de la International Association for the Study of Pain. (2014). *Ethical Guidelines for Pain Research in Humans*. Disponible en: www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1213
- Conde, V., Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 153-167.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, 187-198.
- DeGood, D. E., Shetty, M. S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping and self efficacy. En D. C. Turk & R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press.
- Dixon, K. E., Keffe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. C. M., Abernethy, P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychology*, 26, 241-250.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., ... IMMPACT. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1-2), 9-19.
doi:10.1016/j.pain.2004.09.012

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 9(2), 105–121.
doi:10.1016/j.jpain.2007.09.005

Dworkin, R. H., Turk, D. C., (2008). Sarah Peirce-Sandner, S., Baron, R., Bellamy, N.,... Cleeland, A. C. Research design considerations for confirmatory chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 149(2), 177-193.
doi:10.1016/j.pain.2010.02.018

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Peirce-Sandner, S., Baron, R., Bellamy, N., Burke, L. B., Chappell, A., Chartier, K., Cleeland, C. S., Costello, A., Cowan, P., Dimitrova, R., Ellenberg, S., Farrar, J. T., French, J. A., Gilron, I., Hertz, S., Jadad, A. R., Jay, G. W., Kalliomaki, J., Katz, N. P., Kerns, R. D., Manning, D. C., McDermott, M. P., McGrath, P., Narayana, A., Porter, L., Quessy, S., Rappaport, B. A., Rauschkolb, C., Reeve, B., Rhodes, T., Sampaio, C., Simpson, D. M., Stauffer, J. W., Stucki, G., Tobias, J., White, R. E., Witter, J. (2010). Research design considerations for confirmatory chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, (149), 177-193.

Echevarría-Guanilo, M. E., Rossi, L. A., Dantas, R. A. S., Dos Santos, C. B. (2006). Cross-cultural adaptation of the Burns Specific Pain Anxiety Scale--BSPAS to be used with Brazilian burned patients. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 14(4), 526–533.

- Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., Stannard, C. (2001). Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences. *European Journal of Pain*, 5(3), 309-318.
- Eccleston, C., Williams, A., Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2.
- Ehde, D. M., Jensen, M. P. (2004). Feasibility of a cognitive restructuring intervention for treatment of chronic pain in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49, 254-258.
- Ekman, P. y Davidson, R. (1994). The nature of emotion. Oxford (England): *Oxford University Press*.
- Ellis, A. (1971). Growth through reason: Verbatim cases in rational-emotive therapy. *Palo Alto, CA: Science and Behavior Books*.
- Ellis, A., Grieger, R. (1992). Manual de Terapia Racional Emotiva. Desclée De Brouwer. *Biblioteca de Psicología*.
- Ellis, A. (2012). Emotional disturbance and its treatment in a nutshell. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 5(3), 168-171.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Field, B. J., Swarm, R. A. (2008). Chronic pain, advances in psychotherapy: evidence based practice. *Cambridge (England): Hogrefe*.
- Fishman, S. M. (2007). Recognizing pain management as a human right: a first step. *Anesthesia and analgesia*, 105(1), 8-9.

doi:10.1213/01.ane.0000267526.37663.41

- Flor, H., Fydrich, T., Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49(2), 221-230.
- Fordyce, W. E. (1988). Pain and suffering: a reappraisal. *American Psychologist*, 43(4), 276.
- Frías-Navarro, M. D. (2009). Métodos y diseños de investigación. Curso 2008-2009. Universidad de Valencia.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Gendreau, M., Hufford, M. R., Stone, A. A. (2003). Measuring clinical pain in chronic widespread pain: selected methodological issues. Best practice & research. *Clinical rheumatology*, 17(4), 575–92.
- Goldberg, G. R., Morrison, R. S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(13), 1792–1801.
doi:10.1200/JCO.2006.07.9038
- González-Escalada, J., Barutell, C., Camba, A., Contreras, D., Muriel, C., Rodríguez, M. (2009). Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Revista Sociedad Española Dolor*, 16(1), 7–20.
- Grant, L. D., Long, B. C. y Willms, J. D. (2002). Women's adaptation to chronic back pain: daily appraisals and coping strategies, personal characteristics and perceived spousal responses. *Journal of Health Psychology*, 7 (5), 545-564.

- Hadjistavropoulos, T., Craig, K. D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behaviour research and therapy*, 40(5), 551-570.
- Harkapaa, K., Jarvikoski, A., Mellin, G., Hurri, H., Luoma, J. (1991). Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients: results of a 3-month follow-up of a controlled intervention study. *Pain*, 46, 35-41.
- He, Y., Zhang, M., Lin, E. H. B., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Angenneyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Uda, H. (2008). Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 38, 1639-1650.
- Herrero, A. M., Ramírez-Maestre, C., González, V. (2008). Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 531-542.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., Kerns, R. D. (2006). Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Health Psychology*, 26(1).
- Huguet, A., McGrath, P. J., Stinson, J., Tougas, M. E., Doucette, S. (2014). Efficacy of psychological treatment for headaches: an overview of systematic reviews and analysis of potential modifiers of treatment efficacy. *The Clinical Journal of Pain*, 30(4), 353–369.
doi:10.1097/AJP.0b013e318298dd8b
- Hunt, C., Andrews, G. (1992). Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.

- Ibarra, E. (2006). Una nueva definición de Dolor. Un imperativo de nuestros días. *Revista Sociedad Española Dolor*, 13(2), 65–72.
- Issakidis, C., Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 426-433.
- Jensen, M. P., Karoly, P. (2001). Selfreport scales and procedures for assessing pain in adults. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.). *New York: Guilford Press*.
- Kerns, R. D., Turk, D. C., Rudy, T. E. (1985). El Inventario de West Haven-Yale Multidimensional Pain (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Lamb, S. E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnovo, E., Wither, E., Nichols, V., Potter, R., Underwood, M. R. (2010). Group cognitive behavioral treatment for low back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. Disponible en: <http://www.thelancet.com>
- Landa, J. L. (2004). Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos sobre el dolor posoperatorio. *Jano*, 10–12.
- Lane, A., Terry, P. (2000). Test of a Conceptual Model of Mood- Performance Relationships with a Focus on Depression: A Review and Synthesis Five Years On. *University of Wolverhampton, UK and University of Southern Queensland, Australia*.
- Lebovits, A. (2002). Psychological issues in the assessment and management of chronic pain. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 5(3), 19-21.
- Londoño, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S., Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 25–31.

- Lunde, L. H., Nordhus, I. H., Pallesen, S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262.
- Mäntyselkä, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamäki, H., Takala, J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*, 89(2-3), 175–180.
- Martín-Aragón, M., Lledó, P. A., López-Roig, S., Terol, M. C., Rodríguez-Martín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Martínez-Vázquez, J., Torres, L. M. (2000). Prevalencia del dolor posoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Revista Sociedad Española Dolor*, 7, 465–476.
- McNair, D. M., Lorr, M., Droppleman, L. F. (1971). Manual for the profile of mood states. *Educational and Industrial Testing Service, San Diego*.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26 (1), 59-69.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–99.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30(2), 191–197.
- Melzack, R. (1990). La tragedia del dolor innecesario. *Investigación y ciencia*, 163, 10-18.
- Melzack, R., Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. R. Keeshalo (Ed.): *The skin senses. Springfield: Thomas*.

- Melzack, R., Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Merayo-Alonso, L. A., Cano-García, F. J., Rodríguez-Franco, L., Ariza-Ariza, R., Navarro-Sarabia, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 3(2), 8.
- Merayo-Alonso, L.; Cano-García, F. J. (2009). Manual del dolor. Tratamiento Cognitivo-Conductual del dolor crónico. *Barcelona: Editorial Paidós*.
- Miró, J. (2003). Dolor Crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica. *Bilbao: Desclée de Brouwer*.
- Moioli, B., Merayo, L. A. (2005). Effects of psychological intervention on pain and emotional state of persons with fibromyalgia. *Revista Sociedad Española Dolor*, 12(8), 476-484.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, 37-60.
- Moix, J., Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Moix, J., Kovacs, F. M. (2009). Manual del dolor. Tratamiento Cognitivo-Conductual del dolor crónico. *Barcelona: Editorial Paidós*.
- Moix, J., Kovacs, F. M. (2010). Terapia Cognitivo-Conductual para el dolor crónico. Infocop online. Disponible en:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2800.
- Moix, J., Kovacs, F. M. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.

- Moix, J., Cañellas, M., Girvent, F., Martos, A., Ortigosa, L., Sánchez, C., Portell, M. (2004). Confirmación de la eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Revista Sociedad Española Dolor*, 11, 141-149.
- Monsalve, V. (2010). Intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico. Una realidad necesaria. Infocop online. Disponible en:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2831.
- Monsalve, V., Cerdá-Olmedo, G., Mínguez, A., De Andrés, J. A. (2000). Anxiety and depression in patients with chronic pain receiving home care opposite to outpatient care. *Revista Sociedad Española Dolor*, 7, 6-11.
- Montes, A., Arbonés, E., Planas, J., Muñoz, E., Casamitjana, M. (2008). Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista Sociedad Española Dolor*, 15(2), 75-82.
- Moretti, L. (2010). Variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor crónico. *Revista Argentina Ciencias Comportamiento*, 2(3), 21-29.
- Morgan, W. (1980). Test of Champions: the iceberg profile. *Psychology Today*, 14, 92-99.
- Morley, S., Eccleston, C., Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Morley, S., Shapiro, D. A., Biggs, J. (2004). Developing a treatment manual for attention management in chronic pain. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(1), 1-11.
- doi:10.1080/16506070310001794

- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R. (2000). La utilización de los test en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Nagle, F. J., Morgan, W. P., Hellickson, R. O., Serfass, R. C., Alexander, J. F. (1975). Spotting success traits in Olympic contenders. *The Physician and Sports Medicine*, 18, 85-92.
- Navarro-Calvillo, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en psicología*, 20(107), 1-21.
- Nieto, M. J., Cruciani, R. A. (2006). Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Revista Sociedad Española Dolor*, 5, 312-327.
- Norcross, J. C., Guadagnoli, E., Prochaska, J. O. (1984). Factor structure of the Profile of Mood States (POMS): two partial replications. *Journal of Clinical Psychology*, 40(5), 1270-1277.
- Novy, D. M. (2004). Psychological approaches for managing chronic pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 279-288
- Olejnik, S., Algina, J. (2003). Generalized Eta and Omega squared statistics: Measures of effect size for some common research designs. *Psychological Methods*, 8(4), 434-447.
- dx.doi.org/10.1037/1082-989X.8.4.434
- Olivares, M., Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-341.
- Ortega, J. L., Neira, F., Torres, L. M. (2003). Prevalencia, medición y valoración del dolor posoperatorio. En: Torres L. M. Tratamiento del dolor posoperatorio. *Madrid: Ediciones Ergon S. A.*, 31-55.

- Pacheco-Rodríguez, D. (2008). Medición del dolor en enfermedades musculoesqueléticas. *Medwave*, 8(11).
doi:10.5867/medwave.2008.11.3658
- Palanca-Sánchez, I. (2011). Puig Riera de Conías, M. M. (Coord. Cient.), Elola Somoza, J. (Dir.), Bernal Sobrino, J. L. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós, J. L. (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. *Unidad de tratamiento del dolor: estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., Williams, A. C. de C., Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain*, 148(3), 387–397.
doi:10.1016/j.pain.2009.10.004
- Pardo, C., Muñoz, T., Chamorro, C., SEMICYUC, G. de T. de A. y S. de la. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 30(8).
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes (2007). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 229-235.
- Pérez-Trullén, J. M., Arilla-Aguilera, J. A. (2008). Dolor psicógeno. *Revista de Psiquiatría Biológica*, 15(3), 90–96.
- Pincus, T., Morley, S. (2001). Cognitive-Processing Bias in Chronic Pain: A Review and Integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599-617.

- Plaisance, L., Logan, C. (2006). Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(4), 167–175.
doi:10.1016/j.pmn.2006.09.003
- Puebla-Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 33-37
- Puig, M. M., Montes, A., Marrugat, J. (2001). Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(4), 465–70.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12, 749-756
- Reddon, J. R., Marceau, R., Holden, R. R. (1985). A confirmatory evaluation of the Profile of Mood States: Convergent and discriminant item validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7(3), 243-259.
- Redondo-Delgado, M. M., León-Mateo, L., Pérez-Nieto, M. A., Jover-Jover, J. A., Abasolo-Alcázar, L. (2008). El dolor en los pacientes con Artritis Reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*, 19(3).
- Richmond, R. L., Carmody, T. P. (1999). Dropout from treatment for chronic low back pain. *Professional Psychology*, 30, 51-55.
- Rodríguez, M. J. (2006). Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España: Estudio STEP. *Revista Sociedad Española Dolor*, 13(8), 525–532.
- Rodríguez-Franco, L., Cano-García F. J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 279-288.
- Rodríguez-Franco, L., Cano-García, F. J., Blanco-Picabia, A. (2004). Assessment of chronic pain coping strategies. *Actas Especialidad Psiquiátrica*, 32(2), 82-91.

- Romano, J. M., Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*; 97(1), 18-34.
- Romero-Salinas, G., García-Olivera, V., Hernández-Vazquez, N., Romero-Salinas, M., Sandoval-Pallares, J., Gutiérrez-Cárdenas, M., Cruz-Mejía, R. (2006). El dolor y su significado a través de la historia. Enlace Revista Digital de la unidad para la atención de las organizaciones sociales. *Nueva época*, 4(4).
- Rosentiel, A. K., Keefe, F. J. (1983). The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Roskell, N. S., Beard, S. M., Zhao, Y., Le, T. K. (2011). A meta-analysis of pain response in the treatment of fibromyalgia. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 11(6), 516–527.
doi:10.1111/j.1533-2500.2010.00441.x
- Rossy, L. A., Buckelew, S. P., Dorr, N., Hagglund, K. J., Thayer, J. F., McIntosh, M. J., ... Johnson, J. C. (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 180-191.
- Roth, R. S., Geisser, M. E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of painrelated cognitions. *Clinical Journal of Pain*, 18(5), 286-296.
- Ruvalcaba, G., Domínguez, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.
- Rubinstein, J. (1981). Principios de psicología general. *La Habana: Edición Revolucionaria*.
- Ruíz-López, R., Pagerols, M., Collado, A. (1993). Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el período 1990-93. *Dolor*, 11.

- Samwel, H. J. A., Evers, A. W. M., Crul, B. J. P., Kraaimaat, F. W. (2006). The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 22, 245-251.
- Sánchez-Cánovas, J., Sánchez-López, M. P. (1994). Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas. *Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces*.
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R., Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa Cognitivo-Conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista Investigación Clínica*, 58(6), 540-546.
- Sánchez-Sánchez, R., Pernía, J., Calatrava, J. (2005). Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *Revista Sociedad Española Dolor*, 12(7), 81-85.
- Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortún, M., Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75.
- Sanz, J., Navarro, M., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A., Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127.

- Serrano-Atero, M. S. C., Serrano-Álvarez, C., Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 109–121.
- Severeijns, R., van den Hout, M. A., Vlaeyen, J. W. S., Picavet S. J. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain*, 99, 367-376.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800.
- Siqueiros-García, J. M. (2012). El alivio del dolor, ¿es un derecho humano? *Revista Sociedad Española Dolor*, 19(3), 147–156.
- Snelgrove, S., Liossi, C. (2013). Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*, 9(4), 283–301.
doi:10.1177/1742395313476901
- Soler-Company, E., Montaner-Abasolo, M. C. (2004). Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Persona y bioética*, 8(20-21), 49-64.
- Spielberger, C. (1972). Anxiety: Current trends in research. *London: Academic Press*.
- Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P., Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Sternbach, R. A. (1975). Psychological aspects of pain and the selection of patients. *Clinical Neurosurgery*; 2(1), 323-333.
- Stucky, C. L., Gold, M. S., Zhang, X. (2001). Mechanisms of pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(21), 11845-11846.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scales: development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4), 524-532.

- Tan, G., Jensen, M. P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. I., Monga, T. (2002). Measuring control appraisals in chronic pain. *The Journal of Pain*, 3(5), 385-393.
- Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. (2003). Percepciones y actitudes ante el dolor postquirúrgico de pacientes, familiares, enfermeras y médicos: una revisión sistemática.
- Thorn, B. E., Bothby, J. L. Sullivan, M. J. L. (2002). Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(2), 127-138.
- Torres, L. M. (2005). El tratamiento del dolor como un derecho de todos. *Revista Sociedad Española Dolor*, 12, 399-400.
- Toomey, T. C., Mann, J. D., Abashian, S., Thompson-Pope, S. (1991). Relationship between perceived self-control of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.
- Turk, D. C., Burwinkle, T. M. (2005). Assessment of Chronic Pain in Rehabilitation: Outcomes Measures in Clinical Trials and Clinical Practice. *Rehabilitation Psychology*, 50(1), 56-64.
doi:10.1037/0090-5550.50.1.56
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., ... Witter, J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 106(3), 337-345.

- Turk, D. C., Dworkin, R. H., McDermott, M. P., Bellamy, N., Burke, L. B., Chandler, J. M., ... Witter, J. (2008). Analyzing multiple endpoints in clinical trials of pain treatments: IMMPACT recommendations. Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials. *Pain, 139*(3), 485–493.
doi:10.1016/j.pain.2008.06.025
- Turk, D. C., Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 678-690.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective. *New York: Guilford Press*.
- Turk, D. C., Rudy, T. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy, 25*, 237-249.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Scharff, L. (1995). Chronic Pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain, 61*, 93-101.
- Turner, J. A., Jensen, M. P. y Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*, 115-125.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A., Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain, 98*(1-2), 127-134.
- Vallejo, M. A. (2010). La Terapia Cognitivo-Conductual es el tratamiento psicológico que mayor evidencia aporta sobre dolor crónico. *Infocoponline*. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2784.

- Vallejo, M. A., Comeche, M. I., Ortega, J., Rodríguez, M. F., Díaz, M. I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la Fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2, 28-34.
- Van der Hofstadt, C. J., Couceiro, S., Mateu, M., Peiró, A. M., Pérez, E. (2012). Primera aproximación a un programa cognitivo conductual grupal en dolor crónico moderado. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 101, 33-42.
- Van der Hofstadt, C. J., Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la Psicología. *Revista Sociedad Española Dolor*, 8, 503-510.
- Van der Hofstadt, C. J., Román, C., Couceiro-Rosillo, S., Mateu-Vicente, M., Margarit-Ferri, C., Peiró-Peiró, A. M., Pérez-Martínez, E. (2012). Primera aproximación a un programa cognitivo conductual grupal en dolor crónico moderado. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 101, 33-42.
- Van der Wetering, E., Lemmens, K., Nieboer, A., Huijsman, R. (2009). Cognitive and behavioral interventions for the management of chronic neuropathic pain in adults - A systematic review. *European Journal of Pain*, 14(7), 670-681.
- Van Oosterwijck, J., Nijs, J., Meeus, M., Paul, L. (2013). Evidence for central sensitization in chronic whiplash: a systematic literature review. *European Journal of Pain*, 17(3), 299-312.
doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00193.x
- Visdómine-Lozano, J. C., Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 729-751.
- White, K. P., Harth, M. (2001). Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 5(4), 320-329.

- World Health Organization. (2011). Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. *Geneva: World Health Organization*. Retrieved from http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/GLs_Ens_Balance_NOCP_
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA, 310(20)*, 2191-2194.
doi:10.1001/jama.2013.281053.
- Young-Casey, C., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, R. E., Hubbard, E. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective and trauma factors. *Pain, 134*, 69-79.



8. Anexos

8.1. Anexo I: Entrevista Estructurada



Entrevista estructurada de evaluación psicológica

[DOLOR CRÓNICO]

Nombre paciente:

NUSS:

Fecha de la entrevista:

Evaluación: [pretratamiento] | [postratamiento] | [seguimiento]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, []

Como paciente asistido/a en mi centro de salud perteneciente al Distrito de Atención Primaria Sevilla Sur, y en virtud del Convenio para la realización de prácticas suscrito por dicha entidad con la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, consiento en contestar una batería de preguntas sobre mi enfermedad y sus repercusiones psicológicas, conociendo y aceptando que:

- 1) Mi colaboración contribuye a la formación práctica que la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla ofrece a sus estudiantes de Licenciatura, Grado y Máster en Psicología de la Salud.
- 2) Las preguntas se centrarán exclusivamente en aspectos relacionados con mi problema de salud.
- 3) Mi colaboración es voluntaria y **anónima** y puedo dejar de prestarla o negarme a responder la/s pregunta/s que estime conveniente, sin tener que dar explicaciones.
- 4) Realizará la entrevista:
[],
estudiante de Licenciatura de Psicología/Grado en Psicología/Máster en Psicología de la Salud, quien se encuentra realizando sus prácticas profesionales en este centro de salud.
- 5) El/la estudiante mencionado/a cuenta con la tutorización profesional del Dr./Dra.:
[],
y la tutorización académica del Dr. Cano, profesor del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla.
- 6) Toda la información personal recogida en las preguntas mencionadas anteriormente será tratada conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- 7) Estoy de acuerdo en incorporar la información relevante a mi historial clínico para conseguir la mejor atención posible para mi enfermedad.

Por todo lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en dicha actividad.

En [], a [] de [] de []

Fdo.: []

0. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

0.1. Edad:

0.2. Sexo:

0.3. Estado civil y familiar:

Soltera, casada/emparejada, separada/divorciada o viuda

0.4. Nivel de estudios:

Sin estudios, primarios, secundarios o universitarios

0.5. Situación laboral:

Ama de casa, desempleada, en activo, de baja temporal, jubilada por edad, jubilada por enfermedad u otros

0.6. Litigio-compensación:

Comprobar que no existe litigio ni compensación pendientes relacionadas con la enfermedad (criterio exclusión)

1. DOLOR

1.1. Diagnóstico de dolor crónico realizado por :

Ej. Reumatólogo, médico de Atención Primaria, etc.

1.2. Tratamientos y profesionales consultados hasta ahora y resultado obtenido:

Ej. Cirugía, fisioterapia, acupuntura, etc.

1.3. Tiempo desde el inicio del dolor:

Ej. En meses o años

1.4. Circunstancias históricas del inicio del dolor:

Ej. Accidente, enfermedad, acontecimiento vital, etc.

1.5. Intensidad del dolor en las últimas 24 horas:

Escala numérica 0-10. 0: Ningún dolor; 10: máximo dolor imaginable

1.6. Interferencia del dolor en las últimas 24 horas: <i>Escala verbal. Ninguna; Ligera (ni dificulta ni prohíbe actividades diarias); Moderada (dificulta pero no prohíbe actividades diarias); Severa (prohíbe actividades diarias)</i>					
1.7. Intensidad del dolor AHORA: <i>Escala numérica 0-10; 0: Ningún dolor; 10: máximo dolor imaginable</i>					
1.8. Interferencia del dolor AHORA: <i>Escala verbal: Ninguna; Ligera (ni dificulta ni prohíbe actividades diarias); Moderada (dificulta pero no prohíbe actividades diarias); Severa (prohíbe actividades diarias)</i>					
1.9. Frecuencia del dolor actual: <i>Episodios o crisis al mes: ej. diario, día sí/día no, dos veces en semana, etc.</i>					
1.10. Duración del dolor actual: <i>Horas al día con dolor: ej. si duele todo el día 24 horas, si no número aproximado de horas</i>					
1.11. Calidad del dolor (SF-MPQv2): <i>¿Cómo ha sido su dolor la semana pasada?</i>					
	<i>0 (NADA) –10 (LO PEOR POSIBLE)</i>			<i>0 (NADA) –10 (LO PEOR POSIBLE)</i>	
01. LATE		12. CANSA-AGOTA			
02. COMO UN DISPARO		13. MAREA			
03. APUÑALA		14. DA MIEDO			
04. AGUDO		15. CASTIGADOR-CRUEL			
05. ACALAMBRA		16. COMO UNA DESCARGA ELÉCTRICA			
06. ROE		17. COMO EL HIELO			
07. CALIENTA-QUEMA		18. PENETRANTE-DESGARRADOR			
08. IRRITANTE		19. DUELE INCLUSO CON TOQUE LIGERO			
09. PESADO		20. PICA			
10. SENSIBLE		21. COMO UN HORMIGUEO-COSQUILLO			
11. RAJA		22. ADORMECIMIENTO-INSENSIBILIDAD			
1.12. Medicación actual (MQS-III): <i>¿Cuál es la pauta de medicación actual para el dolor y psicofármacos?</i>					
Medicamento	Dosis (mg./día)	Corrección por tipo	Nivel de dosis	Puntos MQS	
			X	=	
			X	=	
			X	=	

			X		=	
			X		=	
			X		=	
			X		=	
			X		=	
Puntuación total						

2. FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y CALIDAD DE VIDA

2.1. Discapacidad (MEDIDA: WHYMPIv3; ítems en batería):

Escalas primarias:

Severidad:	Interferencia:	Control:
Distrés:	Apoyo:	Respuestas duras:
Respuestas solícitas:	Respuestas distractoras:	Actividad general:

Escalas compuestas:

Disfuncional:	Estrés interpersonal:
---------------	-----------------------

Perfil: Disfuncional Interpersonalmente estresado Afrontador adaptativo

2.2. Calidad de vida general (MEDIDA: SF36v2; ítems en batería):

Función física:	Rol físico:	Dolor corporal:
Salud general:	Vitalidad:	Función social:
Rol emocional:	Salud mental:	

2.3. Calidad de vida específica (MEDIDA: FIQ; ítems en batería SOLO EN FIBROMIALGIA):

FIQ total:

3. FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL

3.1. Perfil de estados de ánimo (MEDIDA: POMS; ítems en batería):

Tensión/ansiedad:	Depresión/melancolía:	Ira/hostilidad:
Vigor/actividad:	Fatiga/inercia:	Confusión/desconcierto:
POMS total:		

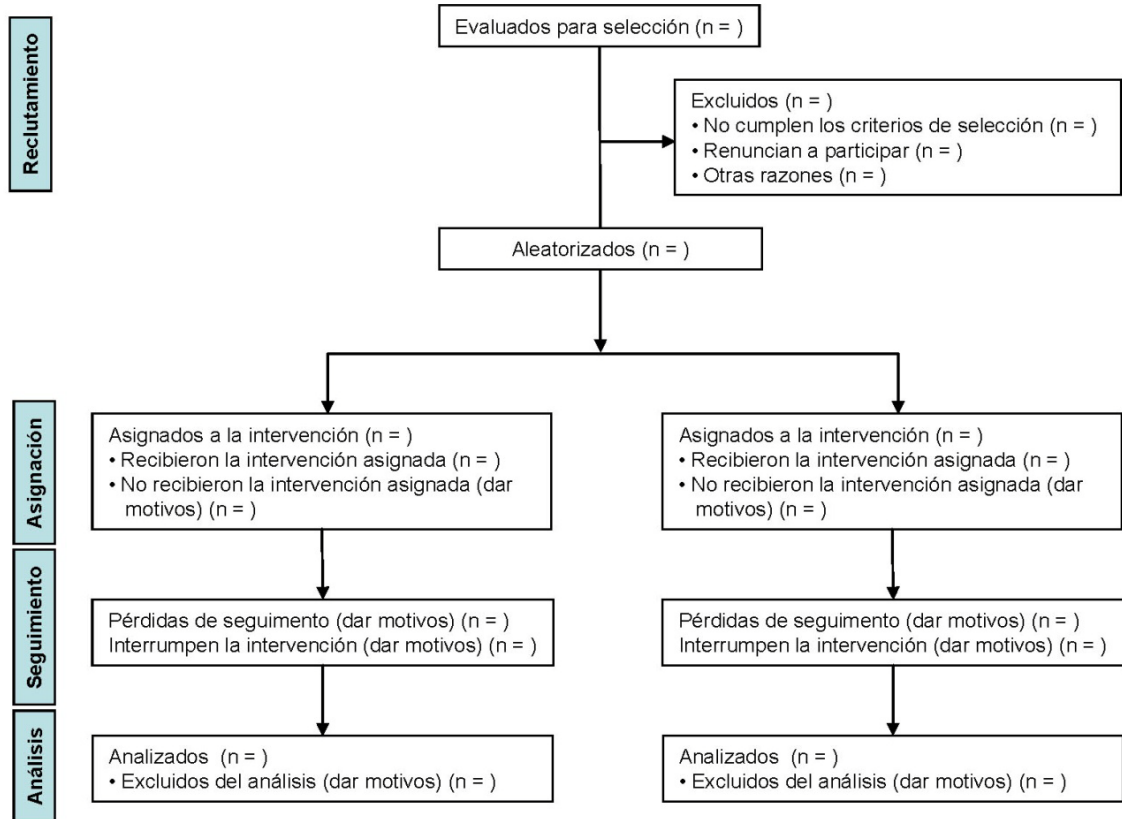
3.2. Depresión (MEDIDA: IDB; ítems en batería):
IDB total:
4. ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO (SOLO EN EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO)
4.1. Expectativas hacia el tratamiento (PGIC)
¿En qué grado cree que le va a beneficiar este tratamiento?

1	2	3	4	5	6	7
Mucho peor	Bastante peor	Algo peor	Como estoy	Algo mejor	Bastante mejor	Mucho mejor

5. MEJORÍA GLOBAL Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (SOLO EN EVALUACIONES POSTRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO)
(PGIC)
¿Cuál ha sido a su juicio el resultado del tratamiento?

1	2	3	4	5	6	7
Mucho peor	Bastante peor	Algo peor	Como estaba	Algo mejor	Bastante mejor	Mucho mejor

6. EVENTUALIDADES DURANTE EL TRATAMIENTO (O EN EL RECLUTAMIENTO)
(Protocolo CONSORT [<http://www.consort-statement.org>])
Especificar las eventualidades aplicables al caso (diagrama CONSORT en siguiente página)



8.2. Anexo II: Batería de evaluación psicológica



Batería de evaluación psicológica

[DOLOR CRÓNICO]

Nombre paciente:

NUSS:

Fecha de la entrevista:

Evaluación: [pretratamiento] | [postratamiento] | [seguimiento]

1. Clasifique cuánto de fuerte es su dolor en estos momentos:

0	1	2	3	4	5	6
No hay dolor						Dolor muy intenso

2. En general, ¿cuánto le interfiere su dolor en sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6
No interfiere						Interfiere demasiado

3. Desde que comenzó su dolor, ¿cuánto ha interferido su dolor en su capacidad de trabajar?

0	1	2	3	4	5	6
No ha habido cambio						Cambios extremos

4. ¿Cuánto ha cambiado su dolor la satisfacción o goce que siente cuando participa en actividades sociales o recreativas?

0	1	2	3	4	5	6
No ha habido cambio						Cambios extremos

5. ¿Cuánto apoyo o ayuda le da su persona significativa con respecto a su dolor?

0	1	2	3	4	5	6
Para nada						Mucho apoyo

6. Califique su humor en general durante la semana pasada.

0	1	2	3	4	5	6
Extremadamente malo						Extremadamente bueno

7. Como promedio ¿cuánto de fuerte ha sido su dolor durante la semana pasada?

0	1	2	3	4	5	6
Para nada fuerte						Extremadamente fuerte

8. ¿Cuánto ha cambiado su dolor su capacidad de participar en actividades recreativas o sociales?

0	1	2	3	4	5	6
No ha habido cambio						Cambios extremos

9. ¿Cuánto limita sus actividades para evitar que el dolor empeore?

0	1	2	3	4	5	6
Para nada						Mucho

10. ¿Cuánto ha cambiado su dolor la satisfacción o goce que usted obtiene de las actividades relacionadas con su familia?

0	1	2	3	4	5	6
No ha habido cambio						Cambios extremos

11. ¿Cuánto de preocupada está su persona significativa por usted debido a su dolor?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Para nada | | | | | | Extremadamente preocupado |
12. Durante la semana pasada ¿cuánto control cree que ha tenido sobre su vida?
- | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ningún control | | | | | | Control extremo |
13. ¿Cuánto sufrimiento tiene debido a su dolor?
- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ningún sufrimiento | | | | | | Sufrimiento extremo |
14. ¿Cuánto ha cambiado su dolor la cantidad de satisfacción o goce que usted obtiene de su trabajo? ([] Marque aquí si no está trabajando en este momento)
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No ha habido cambio | | | | | | Cambios extremos |
15. ¿Cuánto de atenta es su persona significativa con usted debido a su dolor?
- | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Para nada atento | | | | | | Extremadamente atento |
16. Durante la semana pasada ¿cuánto de bien se ha sentido para hacerle frente a sus problemas?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Para nada | | | | | | Extremadamente bien |
17. ¿Cuánto ha cambiado su dolor su capacidad para hacer las tareas de la casa?
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No ha habido cambio | | | | | | Cambios extremos |
18. Durante la semana pasada ¿cuánto éxito tuvo usted en hacerle frente a situaciones con mucha tensión en su vida?
- | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No tuve éxito para nada | | | | | | Extremadamente exitoso |
19. ¿Cuánto ha interferido su dolor en su capacidad para planear actividades?
- | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ninguna interferencia | | | | | | Interferencia extrema |
20. Durante la semana pasada ¿cuánto de irritable estuvo?
- | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Para nada irritable | | | | | | Extremadamente irritable |
21. Durante la semana pasada ¿cuánto de tenso o ansioso estuvo?
- | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Para nada tenso o ansioso | | | | | | Extremadamente tenso o ansioso |

SECCION 2

En esta sección estamos interesados en saber cómo responde su persona significativa cuando sabe que usted tiene dolor según la escala mencionada abajo. Por favor conteste las 12 preguntas.

1. Me pregunta lo que puede hacer por ayudarme

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

2. Se molesta conmigo

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

3. Se hace cargo de mis trabajos o tareas

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

4. Me habla sobre otras cosas para apartar mi mente del dolor

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

5. Se frustra conmigo

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

6. Trata de que descanse

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

7. Trata de que participe en alguna actividad

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

8. Se enoja conmigo

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

9. Me da la medicina para el dolor

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

10. Me alienta para que me ocupe con algún pasatiempo

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

11. Me da algo de tomar o comer

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

12. Enciende la televisión para que me olvide del dolor

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

SECCION 3

A continuación hay una lista con 15 actividades diarias. Por favor indique con qué frecuencia hace usted cada una de estas actividades y marque una de las respuestas en la escala mencionada abajo. Por favor conteste las 15 preguntas.

1. ¿Lava los platos?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

2. ¿Sale a comer?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

3. ¿Va a comprar?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

4. ¿Va al cine?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

5. ¿Visita amistades?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

6. ¿Ayuda con la limpieza de la casa?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

7. ¿Coge el coche o el autobús?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

8. ¿Visita familiares? (Marque aquí si viven demasiado lejos para visitarlos)

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

9. ¿Prepara alguna de las comidas del día?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

10. ¿Lava el coche? (Marque aquí si no tiene coche)

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

11. ¿Ha hecho algún viaje?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

12. ¿Va al parque o a la playa?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

13. ¿Lava?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

14. ¿Hace reparaciones necesarias en casa?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

15. ¿Tiene relaciones sexuales?

0	1	2	3
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo

POMS

Lea atentamente la lista de palabras que se desarrolla a continuación. Estas palabras describen sentimientos que tienen las personas. Después de leer cada palabra fíjese en las cinco opciones posibles y elija la que mejor describa como se ha sentido usted últimamente. Coloque el número de la opción elegida a la derecha de cada palabra en la casilla correspondiente. Por favor procure no omitir ninguna

Conteste: 0-NADA 1-POCO 2-MODERADAMENTE 3-BASTANTE 4-MUCHÍSIMO

	Triste.....	<input type="checkbox"/>	Inquieto.....	<input type="checkbox"/>	Ansioso.....	<input type="checkbox"/>	Confiado.....	<input type="checkbox"/>
Cordial.....	<input type="checkbox"/>	Activo.....	<input type="checkbox"/>	Incapaz de.....	<input type="checkbox"/>	Listo para.....	<input type="checkbox"/>	Lleno de.....
Tenso.....	<input type="checkbox"/>	Con los.....	<input type="checkbox"/>	concentrarse	<input type="checkbox"/>	pelear	<input type="checkbox"/>	dinamismo
Enfadado.....	<input type="checkbox"/>	nervios de punta	<input type="checkbox"/>	Fatigado.....	<input type="checkbox"/>	Afable.....	<input type="checkbox"/>	Con mal genio
Rendido.....	<input type="checkbox"/>	Malhumorado.....	<input type="checkbox"/>	Servicial.....	<input type="checkbox"/>	Pesimista.....	<input type="checkbox"/>	Inútil.....
Infeliz.....	<input type="checkbox"/>	Melancólico.....	<input type="checkbox"/>	Irritado.....	<input type="checkbox"/>	Desesperado..	<input type="checkbox"/>	Sin memoria...
Perspicaz.....	<input type="checkbox"/>	Energético.....	<input type="checkbox"/>	Desanimado....	<input type="checkbox"/>	Perezoso.....	<input type="checkbox"/>	Despreocupado
Animado.....	<input type="checkbox"/>	Asustado.....	<input type="checkbox"/>	Resentido.....	<input type="checkbox"/>	Rebelde.....	<input type="checkbox"/>	Aterrorizado.....
Confuso.....	<input type="checkbox"/>	Falto de.....	<input type="checkbox"/>	Nervioso.....	<input type="checkbox"/>	Indefenso.....	<input type="checkbox"/>	Culpable.....
Arrepentido por cosas hechas	<input type="checkbox"/>	esperanza	<input type="checkbox"/>	Solo.....	<input type="checkbox"/>	Abatido.....	<input type="checkbox"/>	Vigoroso.....
Inestable.....	<input type="checkbox"/>	Relajado.....	<input type="checkbox"/>	Miserable.....	<input type="checkbox"/>	Desconcertado	<input type="checkbox"/>	Inseguro de.....
Apático.....	<input type="checkbox"/>	Indigno.....	<input type="checkbox"/>	Atontado.....	<input type="checkbox"/>	Alerta.....	<input type="checkbox"/>	las cosas
Enojado.....	<input type="checkbox"/>	Rencoroso.....	<input type="checkbox"/>	De buen humor	<input type="checkbox"/>	Decepcionado..	<input type="checkbox"/>	Muy cansado...
Considerado.....	<input type="checkbox"/>	Benévolo.....	<input type="checkbox"/>	Amargado.....	<input type="checkbox"/>	Furioso.....	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Intranquilo.....	<input type="checkbox"/>	Exhausto.....	<input type="checkbox"/>	Eficiente.....	<input type="checkbox"/>	

IDB

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

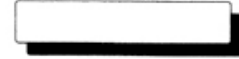
1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

FIN DE LA EVALUACIÓN. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

8.3. Anexo III: Programa TRE Pensamientos Irracionales



REGISTRO DE OPINIONES

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____	
C.P. : _____	TELÉFONO: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	

Este registro de opiniones tiene como misión poner de manifiesto sus ideas irracionales particulares, que contribuyen, de forma encubierta, a su estrés e infelicidad. No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase al siguiente. Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Puntuación
---------------------	------------------	------------

- | • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás. |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Odio equivocarme en algo. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas". |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Evito las cosas que no puedo hacer bien. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Las frustraciones no me distorsionan. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Es casi imposible superar la influencia del pasado. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Me gusta disponer de muchos recursos. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Quiero gustar a todo el mundo. |

No estoy de acuerdo Estoy de acuerdo Puntuación

- 22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
- 23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
- 24. Las cosas deberían ser distintas a como son.
- 25. Yo provoqué mi propio mal humor.
- 26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.
- 27. Evito enfrentarme a los problemas.
- 28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.
- 29. Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
- 30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.
- 31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás.
- 32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que pueda hacerlo.
- 33. La inmoralidad debería castigarse severamente.
- 34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
- 35. Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.
- 36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.
- 37. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.
- 38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.
- 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
- 40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.
- 41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.
- 42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
- 43. Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.
- 44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.
- 45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.
- 46. No puedo soportar correr riesgos.
- 47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.
- 48. Me gusta valerme por mí mismo.
- 49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gusta ser.
- 50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.
- 51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.
- 52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.
- 53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.
- 54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.
- 55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.
- 56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.
- 57. Raramente aplazo las cosas.
- 58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.
- 59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
- 60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido.
- 61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.
- 62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.

No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Puntuación
---------------------	------------------	------------

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 69. Somos esclavos de nuestro pasado. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 72. Me trastorna cometer errores. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 73. No es equitativo que "lleve igual sobre el justo que sobre el injusto". |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 74. Yo disfruto honradamente la vida. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 78. Pienso que es fácil buscar ayuda. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 80. Me encanta estar tumbado. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 87. No me gustan las responsabilidades. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 88. No me gusta depender de los demás. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 89. La gente nunca cambia, básicamente. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 94. Raramente me importunan los errores de los demás. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 95. El hombre construye su propio infierno interior. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar. |
| •• | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 99. No miro atrás con resentimiento. |
| • | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada. |

IDEAS IRRACIONALES

Elija las afirmaciones que crea que pueden aplicarse a usted y puntúelas del 1 al 10 en el recuadro correspondiente en función a la intensidad que usted crea que le afecta.

- 1. Para un adulto, existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
- 2. Hay que ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.
- 3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
- 4. Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.
- 5. Los acontecimientos externos con la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
- 6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
- 7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

Si ha contestado que está de acuerdo con esta idea, escriba en el espacio que se indica a continuación sus excusas habituales para evitar las responsabilidades:

Área de responsabilidad

Medio de evitarla

- 8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
- 9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
- 10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.
- 11. Se halla desamparado y no tiene control sobre lo que experimenta o siente.
- 12. Las personas somos frágiles y nunca deberíamos sufrir daño alguno.

- 13. Las buenas relaciones están basadas en el sacrificio mutuo y en la idea de dar.
- 14. Si no te esfuerzas mucho por agradar a los demás, éstos te abandonarán y rechazarán.
- 15. Cuando la gente desapruéba lo que haces, significa invariablemente que estás equivocado o que no eres bueno.
- 16. La felicidad, el bienestar y la satisfacción sólo pueden alcanzarse en compañía de los demás y estar solo es algo horrible.
- 17. El amor es perfecto y la relación ideal existen realmente.
- 18. No tendríamos que sentir dolor; tenemos derecho a una buena vida.
- 19. Su valor como persona depende de cuanto consiga y realice.
- 20. El enfado es automáticamente malo y destructivo.
- 21. Está mal o es un error ser egoísta.

Otras ideas irracionales que experimente:

VALORACIÓN

PUNTUACIÓN DEL REGISTRO DE OPINIONES

1. Ítems con un solo punto.

Si el ítem tiene un solo punto (.) y ha contestado "Estoy de acuerdo", anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

2. Ítems con dos puntos.

Si el ítem tiene dos puntos (..) y ha contestado "No estoy de acuerdo", anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

3. Cuente los puntos obtenidos en los ítems.

1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91 y escriba el total aquí ----->
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.*

2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92 y escriba el total aquí ----->
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.*

3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, 93 y escriba el total aquí ----->
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.*

4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94 y escriba el total aquí ----->
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.*

5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95 y escriba el total aquí ----->
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.*

6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96 y escriba el total aquí ----->
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.*

7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97 y escriba el total aquí -----▶
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.*

8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, 98 y escriba el total aquí -----▶
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.*

9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 99 y escriba el total aquí -----▶
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.*

10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 y escriba el total aquí -----▶
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

REGLAS PARA SUSCITAR EL PENSAMIENTO RACIONAL

Evalúe sus opiniones comparándolas con las seis reglas o guías para un pensamiento racional que se exponen a continuación:

No me afecta.

Las situaciones de la vida no me hacen sentir ansiedad y miedo. Soy yo quien hablándome a mí mismo dice cosas que me producen estas sensaciones.

Todo es exactamente como debería ser.

Las circunstancias necesarias para que las cosas o las personas sean distintas a como son, no se dan. Decir que las cosas deberían ser de otro modo es creer que la sucesión de acontecimientos que las conforman se ve influenciada por algún elemento mágico. Cosas y personas son como son por una serie de hechos causales, entre los que se hallan: las interpretaciones personales, las respuestas individuales al lenguaje interior irracional, etc. Decir que deberían ser distintos es apartarse del principio de causalidad que rige el mundo.

Todo ser humano se equivoca.

Esto es algo inevitable. Si no se fijan unos márgenes de error razonables para uno mismo y para los demás es muy probable que se caiga en la decepción y en la infelicidad con extrema facilidad. Por otro lado, es muy fácil culparse a uno mismo y a los otros de no valer suficiente, de no ser buenos, etc.

Una discusión es cosa de dos.

Antes de iniciar una acusación o una disputa cualquiera, tenga en cuenta la regla del 30 por ciento. Esta regla dice que en cualquier riña, cada una de las partes interviene por lo menos en un 30% en hacer que la discusión continúe.

La razón inicial se halla inmersa en el pasado.

Es una pérdida de tiempo intentar descubrir quién empezó primero. Por ejemplo, intentar buscar la causa inicial de las emociones crónicas desagradables es algo sumamente difícil; es mucho más útil decidir cambiar de conducta *ya*.

Nos sentimos en función de como pensamos.

Efectivamente, esta afirmación es la que continúa con la primera que aparece al principio de la lista. Viene a reforzar la idea de que no son los acontecimientos los que nos causan las emociones, sino nuestra interpretación de ellos.

RECHAZO DE IDEAS IRRACIONALES

Hay cinco pasos (de A hasta E) para discutir y eliminar las ideas irracionales. Empiece por elegir una situación que genere en usted, de forma continuada, emociones estresantes.

A. Escriba cómo fue la realidad de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que escribe sólo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.

B. Escriba su lenguaje interior respecto al acontecimiento. Anote todos sus juicios subjetivos, sus suposiciones, creencias, predicciones y preocupaciones. Después observe cuántas de estas afirmaciones coinciden con las que se han descrito previamente como ideas irracionales.

C. Concéntrese en su respuesta emocional. Elija una o dos palabras claras a modo de etiqueta: mal humor, deprimido, sentimiento de autodesprecio, miedo, etc.

D. Discuta y varíe el lenguaje interior que ha descrito en el punto B. A continuación le mostramos cómo debe hacerse:

1. **Elija la idea irracional** que desea discutir. A modo de ejemplo, utilizaremos la siguiente idea: "No hay derecho a que tenga que sufrir por este problema".
2. **¿Existe algún soporte racional a esta idea?** Dado que, debido a una larga sucesión de relaciones causa-efecto, todo es como debe ser, la respuesta es "No". El problema debe soportarse y resolverse ya que ha ocurrido, y ha ocurrido porque se han dado todas las condiciones necesarias para que tuviera lugar.
3. **¿De qué evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?**
 - a. No hay leyes en el universo que digan que no debe existir el dolor ni los problemas. Tengo un problema cuando se dan las condiciones necesarias para que aparezca.
 - b. La vida no es una fiesta. La vida es tan sólo una sucesión de acontecimientos, algunos de los cuales son agradables y otros son incómodos y dolorosos.
 - c. Cuando los problemas aparecen, es asunto mío resolverlos.
 - d. Intentar que un problema no aparezca es adaptativo, pero resentirse y no afrontarlo una vez que ya ha surgido es algo contraproducente.
 - e. No hay nadie especial. Algunas personas pasan por la vida con menos problemas que yo, pero ¿es que esto no puede deberse a que, a veces, yo contribuyo a que se den las condiciones para que surjan los problemas?
 - f. Sólo por el hecho de tener un problema no significa que tenga que sufrir. Incluso puede ser una buena oportunidad a aumentar mi autoestima intentando encontrar la solución adecuada de la que pueda sentirme orgulloso.

4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?

No; mis sufrimientos se deben a mi lenguaje interior a través del cual he interpretado este acontecimiento. Me he convencido a mí mismo de que debo sentirme mal.

5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme si lo que quiero que ocurra no ocurre o sí, al contrario, lo que temo que suceda, sucede?

- a. Podría verme privado de varios placeres mientras tengo que solucionar el problema.
- b. Podría sentirme incómodo.
- c. Podría no llegar a solucionar nunca el problema y sentirme inútil en ese aspecto.
- d. Tendría que aceptar las consecuencias del fracaso.
- e. Podría ser que los demás no aprobaran mi conducta y me rechazaran.
- f. Podría sentir más estrés, más tensión o una sensación desagradable.

6. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme si lo que quiero que ocurra no ocurre o sí, al contrario, lo que temo que suceda, sucede?

- a. Podría aprender a tolerar mejor la frustración.
- b. Podría mejorar mi capacidad de afrontamiento.
- c. Podría hacerme más responsable.

E. Sustituya el lenguaje interior por otro, ahora que ha examinado detenidamente la idea irracional que ha originado y ha podido compararla con lo que sería una forma de pensamiento racional.

1. No hay nada especial en mí. Puedo aceptar las situaciones dolorosas siempre que surjan.
2. Afrontar los problemas es más adaptativo que resentirse o huir de ellos.
3. Me siento de acuerdo con mi forma de pensar. Si no tengo pensamientos negativos, no tengo emociones estresoras. Como mucho, me sentiré molesto, arrepentido o enfadado, no ansioso, deprimido ni furioso.

DEBERES DE CLASE

Para ganar la batalla contra las ideas irracionales, debe comprometerse a realizar diariamente el ejercicio que se describe a continuación, como si se tratara de los deberes de clase. Utilice como guía el modelo que le mostramos abajo. Rellene una de estas hojas por lo menos una vez al día.

El ejemplo siguiente corresponde a una mujer que no había podido tener una cita con un amigo:

A. Acontecimiento desencadenante:

Un amigo ha cancelado su cita conmigo.

B. Ideas racionales:

Sé que en estos momentos se encuentra muy ocupado... Haré algo sola.

Ideas irracionales:

Me sentiré terriblemente sola esta noche... La sensación de vacío empieza a envolverme... Realmente no se preocupa de mí... En realidad nadie quiere estar conmigo... Me siento como si me cayera a pedazos.

C. Consecuencias de las ideas irracionales:

Depresión... Ansiedad moderada.

D. Discusión y cambio de las ideas irracionales:

1. Elija la idea irracional:

Me sentiré terriblemente sola esta noche... Me siento como si me cayera a pedazos.

2. ¿Existe algún soporte racional a esta idea?

No.

3. ¿Qué evidencias existen de la falsedad de la idea?

Estar sola no resulta agradable cuando se tenía una cita, pero puedo encontrar algo que hacer y sentirme a gusto con ello.

Generalmente disfruto de estar sola y es lo que voy a hacer en cuanto acepte la desilusión que he sufrido.

Me estoy equivocando al llamar a la decepción y a la desilusión "caerse a pedazos".

4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de la idea?

No, lo único evidente es que me he estado hablando a mí misma bajo los efectos de la depresión.

5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?

Podría sentirme decepcionada durante toda la noche y no encontrar nada realmente agradable que hacer.

6. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?

Podría sentir más seguridad en mí misma y darme cuenta de que dispongo de recursos propios.

E. Pensamientos alternativos:

Estoy bien. Esta noche leeré mi novela de detectives y me premiaré con una cena china. Estaré bien sola.

Emociones alternativas:

Estoy tranquila, un poco desilusionada pero me las prometo felices con una buena comida y un buen libro.

Use este formato para cada uno de los acontecimientos estresores que experimente. Dedique por lo menos 20 minutos cada día en realizar esta tarea. Siempre que le sea posible, haga el ejercicio justo después de que el acontecimiento estresor haya ocurrido. Utilice una hoja para cada uno y guárdela como registro de sus progresos.



HOJA DE REGISTRO

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____	
DIRECCIÓN: _____		
C.P. : _____	TELÉFONO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____

A. Acontecimiento desencadenante: _____

B. Ideas racionales: _____

Ideas irracionales: _____

C. Consecuencias de las ideas irracionales: _____

D. Discusión y cambio de ideas irracionales:

1. Elija la idea irracional: _____

2. ¿Existe algún soporte racional de esta idea?: _____

3. ¿Qué evidencias existen de la falsedad de esta idea?: _____

4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de la idea?: _____

5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?: _____

6. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?: _____

E. Pensamientos alternativos: _____

Emociones alternativas: _____

DESARROLLO DE RESPUESTAS EMOCIONALES ALTERNATIVAS

APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____	
C.P. : _____	TELÉFONO: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	

A continuación presentamos una lista de ejemplos de situaciones y de respuestas emocionales alternativas.

Situación	Emoción estresante	Emoción apropiada
Discusión con el cónyuge	Rabia	Enfado, irritación
Fracaso en encontrar trabajo en una fecha límite	Ansiedad	Inquietud
Crueldad hacia mi hijo	Sentimiento intenso de culpa	Arrepentimiento
Anulación de algo que le gusta mucho	Depresión	Desilusión
Recibimiento de una crítica	Sentimiento de autodesprecio	Enfado, preocupación
Error en público	Vergüenza	Irritación

A continuación escriba sus propias situaciones estresantes, anotando también las emociones estresantes que experimenta y otras más adecuadas que le gustaría sentir.

Situación	Emoción estresante	Emoción apropiada

8.4. Anexo IV: Tamaño del efecto

Tamaño del efecto: Interpretación en términos de correlación y varianza explicada.

Cohen	Tamaño Efecto	r	r ²
	2.0	0.707	0.500
	1.9	0.689	0.474
	1.8	0.669	0.448
	1.7	0.648	0.419
	1.6	0.625	0.390
	1.5	0.600	0.360
	1.4	0.573	0.329
	1.3	0.545	0.297
	1.2	0.514	0.265
	1.1	0.482	0.232
	1.0	0.447	0.200
	0.9	0.410	0.168
GRANDE	0.8	0.371	0.138
	0.7	0.330	0.109
	0.6	0.287	0.083
MEDIO	0.5	0.243	0.059
	0.4	0.196	0.038
	0.3	0.148	0.022
PEQUEÑO	0.2	0.100	0.010
	0.1	0.050	0.002
	0.0	0.000	0.000

