

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Dolor crónico: el rol de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento combinado.

Rosales, Ma. Guadalupe, Martini, Sabrina, D'alessandro, Fabián,
Koutsovitis, Florencia, Colombo, Maria Cecilia, Donatti, Sofía, Ramos,
María Belén y Garay, Cristian Javier.

Cita:

Rosales, Ma. Guadalupe, Martini, Sabrina, D'alessandro, Fabián,
Koutsovitis, Florencia, Colombo, Maria Cecilia, Donatti, Sofía, Ramos,
María Belén y Garay, Cristian Javier (2014). *Dolor crónico: el rol de la
terapia cognitivo conductual en el tratamiento combinado. VI Congreso
Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI
Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de
Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/196>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/qKw>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

DOLOR CRÓNICO: EL ROL DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO COMBINADO

Rosales, Ma. Guadalupe; Martini, Sabrina; D'alessandro, Fabián; Koutsovitis, Florencia; Colombo, Maria Cecilia; Donatti, Sofía; Ramos, María Belén; Garay, Cristian Javier
UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El Dolor Crónico presente en muchas enfermedades frecuentes conforma un cuadro bio-psico-social singular que requiere un abordaje específico. Las recomendaciones de expertos en Guías Clínicas coinciden en un abordaje multimodal, es decir que comprenda el manejo clínico efectivo a nivel fisiológico, comportamental y psicológico. De esta forma el presente estudio recoge los resultados de los estudios de mayor relevancia hasta actualidad respecto de la efectividad de la combinación de tratamientos haciendo especial énfasis en el abordaje psicosocial. Los resultados arrojan evidencia de la efectividad de la combinación de tratamientos para este tipo de problemáticas independientemente de la enfermedad o daño real o potencial que posea el paciente siendo, en el ámbito psicológico, el Modelo Cognitivo Conductual de segunda y tercera generación quienes cuentan con mayor consenso. Finalmente se discuten algunos puntos vinculados a las variaciones en los estudios encontrados como así también las controversias que esto conlleva en la práctica clínica.

Palabras clave

Dolor Crónico, Tratamiento Combinado, Terapia Cognitivo Conductual

ABSTRACT

CHRONIC PAIN: THE ROLE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN COMBINED TREATMENT

Chronic Pain present in many common diseases, conforms a singular bio-psycho-social syndrome that requires a specific approach. Expert recommendation within Clinical Guidelines agreed on a multimodal treatment that effectively address the range of physiological, behavioral and psychological components. The present review shows the study results of greatest relevance to the present regarding the effectiveness of combination treatments, special emphasis being laid on psychosocial approach. Results show evidence for the effectiveness of the combination treatments in Chronic Pain regardless of the actual or potential disease/damage, being second and third generation Cognitive-Behavioral Model, the psychological treatment with greater consensus in the field. Finally we discuss some related issues linked to variations found in studies as well as the controversies that entails in clinical practice.

Key words

Chronic Pain, Combined Treatment, Cognitive Behavioral Therapy

Introducción

El abordaje del dolor crónico comienza a tener relevancia para la psicología a partir de los años '60 gracias al desarrollo del Modelo Multidimensional del Dolor de Melzack y Wall (1967), quienes a través de la "Teoría de la Compuerta", lograron demostrar la importancia que asume la cognición en la modulación de la experiencia

subjetiva del dolor. Dicha teoría, con amplio apoyo empírico en la actualidad, ha logrado explicar cómo la actividad de determinadas fibras nerviosas produce analgesia a nivel medular y cómo la influencia de estructuras superiores del Sistema Nervioso Central opera también en la modulación del dolor. Es decir que la relación entre la magnitud de la lesión y la experiencia sensorial deja de ser unívoca y cobran relevancia los factores afectivos y evaluativos del dolor. De esta manera, el componente cognitivo pasa a ocupar un rol protagónico, la manera de pensar acerca del dolor parece afectar la intensidad y la frecuencia de percepción de la experiencia dolorosa.

En la actualidad, la Asociación Internacional del Estudio del Dolor, define al dolor como "una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular, real o potencial" (IASP, 1994), tratándose de una manifestación multidimensional en la que interactúan factores biológicos, comportamentales, psicológicos y sociales. Por esta razón, en los últimos años se ha intentado investigar y determinar la importancia de evaluar al paciente con Dolor desde este aspecto multidimensional para abordar la complejidad de dichos cuadros sin descuidar ninguno de los aspectos involucrados. La *Initiative on Methods, Measurement and Assessment in Clinical Trial (IMMPACT)* (Dworkin, Turk, Wyrwich, Beaton, Cleeland et al, 2008; Dworkin, Turk, Peirce-Sandner, Baron, Bellamy, Burke, et al, 2010) organización de alcance global conformada por expertos del ámbito del dolor crónico de diferentes especialidades (psicólogos, cirujanos, anestesiólogos, neurólogos, psiquiatras, traumatólogos, etc.), ha establecido que todo paciente con dolor crónico deberá 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 médicas, 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.

Una vez realizada la evaluación, el paciente deberá recibir un tratamiento acorde a su necesidad. Para ello, desde el punto de vista de los tratamientos psicosociales se persiguen ciertos objetivos, fundamentales para la mejoría de los pacientes con dolor crónico. Entre ellos, se pretende: 1) facilitar el manejo de la activación fisiológica y/o el nivel de tensión relacionado con el dolor; 2) modificar la forma en que el sujeto valora la situación, facilitando una reconceptualización de su vivencia de forma más adaptativa; 3) reorientar las conductas disfuncionales en una dirección constructiva, para lograr que el paciente desarrolle habilidades funcionales en el afrontamiento de su dolor; 4) atender las dificultades de la familia y asesorarla respecto al cuidado e interacción con el paciente. De esta manera, se pretende abordar la complejidad del paciente con dolor de forma integral.

Las terapias conductuales desarrollaron los primeros abordajes para el manejo del dolor incorporando luego los aspectos cogniti-

vos que llevaron a conformar lo que actualmente se conoce como Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) para el Manejo del Dolor (Flor & Turk, 2011; Moix & Kovacs, 2009; Otis, 2007; Caudill, 1998), siendo el modelo más difundido para la intervención de pacientes con dichas patologías tan específicas.

Recientemente, dentro del paradigma cognitiva-conductual, las terapias de Tercera Generación han aportado nuevos elementos de interés para estos pacientes, entre los que se destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el manejo del dolor (Hayes, 1999) la cual se focaliza en estrategias de aceptación de la experiencia del dolor y buscar reconectar al paciente con los valores esenciales de su vida. A su vez, se han desarrollado intervenciones de Conciencia o Atención Plena (*Mindfulness*) (Gardner-Nix & Zinn, 2009), las cuales se utilizan como parte del modelo de tratamiento o como una estrategia aislada.

Respecto del Tratamiento Combinado (TC) de psicoterapia y farmacoterapia, la generalidad de las Guías Clínicas de mayor difusión a nivel global (*National Institute for Health and Care Excellence -NICE-*, *American Psychiatric Association -APA-*, *National Institute of Mental Health -NIMH-*, Guías Clínicas de la Secretaría de Salud de México, Guías Clínicas Fisterra, Guías Clínicas del Gobierno Vasco, entre otras), han recomendado a la actualidad utilizar tratamientos de tipo Multimodal, es decir, de abordaje multidisciplinario con ciertos componentes indiscutidos: el tratamiento psicoterapéutico, el farmacológico, la rehabilitación y la psicoeducación tanto para el paciente como para la familia (como componente aislado o como parte de la psicoterapia).

Objetivo

El presente trabajo pretende brindar un enfoque actualizado de las recomendaciones con base empírica difundidas para el abordaje del dolor crónico, mediante la combinación de tratamientos, haciendo énfasis en el rol que asume la TCC en este tipo de abordaje.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica entre las principales Guías Clínicas de difusión global y en los estudios controlados y aleatorizados sobre la temática.

Se utilizaron las bases de datos de PubMed, Scielo, EBSCO; utilizando las siguientes palabras claves: "dolor crónico", "dolor neuropático", "dolor sensitivo central", "tratamiento psicológico dolor crónico", "tratamiento psicosocial dolor crónico", "tratamiento combinado dolor crónico", "psicofármacos dolor crónico", "psicoterapia dolor crónico", "psicología dolor crónico", "terapia cognitivo conductual dolor crónico", "tratamiento multimodal dolor crónico". Se incluyeron los estudios de resultados publicados hasta la actualidad, realizados con población adulta. Se excluyeron los estudios realizados sobre población infanto-juvenil.

Resultados

Las Guías Clínicas de mayor rigurosidad y difusión (NICE, APA, NIMH, Guías Clínicas de la Secretaría de Salud de México, Guías Clínicas Fisterra, entre otras) sugieren el TC, como estrategia de primera elección para la remisión y mejoría en la calidad de vida de los pacientes con Dolor Crónico, incluso para casos de comorbilidad con sintomatología psiquiátrica. Entre los abordajes psicosociales se recomienda la TCC, con resultados optimistas respecto de las estrategias incorporadas del modelo cognitivo-conductual de tercera generación (Terapia de Aceptación y Cambio y estrategias de *Mindfulness* o "Conciencia Plena").

Entre los estudios que evalúan la aplicación de TCC de tercera ge-

neración, se ubica una revisión sistemática y meta-análisis de estudios controlados y no controlados sobre la aplicación de Terapia de Aceptación y Compromiso y el Programa de la Atención Plena en la reducción del estrés (Veehof, Oskam, Schreurs, Bohlmeijer, 2011), para evaluar su efecto en pacientes que informaban Dolor, tanto en su remisión como en la posible mejoría de enfermedades mentales comórbidas.

Se incluyeron veintidós estudios (9 estudios controlados aleatorios, 5 estudios controlados no aleatorios clínicos y 8 estudios no controlados), por un total de 1235 pacientes con dolor crónico, en los cuales se investigó como medidas de resultado primarias: la intensidad del dolor y la depresión; y entre los resultados secundarios, la ansiedad, el bienestar físico y la calidad de vida. Los resultados sugieren que ambas intervenciones no son superiores a la terapia cognitivo-conductual de segunda generación, pero se sugiere que podrá ser una buena alternativa, siempre y cuando se desarrollen mayores estudios de alta calidad para comprobar su efecto. Considerando los resultados secundarios, se logró determinar que las Terapias basadas en la Aceptación tienen pequeños a medianos efectos sobre la salud física y mental de los pacientes con dolor crónico, comparables a los de la TCC.

Entre los estudios más recientes sobre las terapias de tercera generación, se halla un ensayo de comparación entre la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la TCC en pacientes con dolor crónico no maligno (artrosis (33,3%), dolor neuropático (30,7%) y enfermedad degenerativa de los discos (28,9%)), en una muestra de 114 participantes de entre 18 y 89 años (Wetherell, Afari, Rutledge, Sorrell, Stoddard, Petkus, et al., 2011). Entre ellos, se observa comorbilidad psiquiátrica de 28,1% con depresión mayor y 16,7% de trastorno de estrés postraumático. Al compararse ambas intervenciones, se encuentra evidencia de marcados beneficios en las medidas de interferencia del dolor y el humor, en ambas condiciones en comparación con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos, pero les fue posible concluir, mediante la calificación de los pacientes que la TCC es un tratamiento más creíble, pero en cambio las estrategias de ACT son más satisfactorias. La correlación entre los cambios en la interferencia del dolor y el control del dolor percibido mediante ACT fue significativa, pero la correlación correspondiente a la aceptación del dolor no lo fue. Lo mismo sucedió mediante la aplicación de TCC. Por lo tanto, el control y la aceptación del dolor no median diferencias entre las dos modalidades de tratamiento. Los autores concluyen que tanto ACT como TCC son tratamientos eficaces para el dolor crónico y puede aumentar el nivel de eficacia del tratamiento médico estándar.

Contemplando la combinación de tratamientos psicológico y farmacológico, se encuentra un estudio que remite a la eficacia de la aplicación conjunta entre TCC y amitriptilina (antidepresivo tricíclico) en pacientes con trastornos de dolor temporomandibulares crónico (Calderon Tabaquim, Oliveira, Camargo, Ramos Netto, Conti, 2011). En el mismo, fueron seleccionadas cuarenta y siete mujeres, de 35,4 años promedio, con el mencionada diagnóstico, divididas en 4 grupos: amitriptilina; amitriptilina y TCC; placebo y TCC; y solo placebo (control), evaluadas durante 7 semanas consecutivas, con un seguimiento en la primera, la séptima y la onceava semana. Se midieron la presencia y gravedad del dolor, los niveles de depresión y la calidad de vida y del sueño de las pacientes. Al momento de establecer resultados, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, al final del tratamiento (11 semanas de seguimiento), estos resultados positivos persistieron sólo para las mujeres tratadas con el antidepresivo y la TCC. Los resultados

obtenidos sugieren que la combinación de amitriptilina y TCC puede ser eficaz en la reducción del dolor y los niveles de depresión, así como en la mejora de la calidad de vida y el sueño en los pacientes con Trastorno de Dolor Temporomandibular crónico.

Tomando en consideración al dolor lumbar crónico, una de las patologías de mayor prevalencia a nivel global entre el grupo de trastornos de dolor crónico, se logra hallar una de las revisiones más importantes realizadas hasta la fecha, en la cual se incluyeron diez ensayos controlados (12 comparaciones aleatorias), con un total de 1964 pacientes con dolor lumbar crónico (Guzman, Esmail, Karjalainen, Malmivaara, Irvin, Bombardier, 2002). En dicha revisión, se tomaron aquellos estudios que lograran comparar la intervención multidisciplinaria (abordaje de rehabilitación bio-psico-social) con una intervención control del tipo monoterapéutica (sin multidisciplinaria), sobre una población de pacientes adultos con dolor lumbar incapacitante de más de tres meses de duración. El programa multidisciplinario fue llevado a cabo por profesionales de la salud de diversas especialidades: profesores de educación física, psicólogos clínicos, fisioterapeutas y médicos, con experiencia en el manejo del dolor de espalda lumbar. Consistió en un encuadre de 3 días a la semana, de cuatro horas de trabajo cada jornada, durante 20 días, incluyendo la terapia de rehabilitación con una hora y media de ejercicio, media hora de fisioterapia, una hora de TCC, media hora de relajación muscular progresiva y media hora de psicoeducación. Se halló fuerte evidencia respecto de la utilidad del programa de rehabilitación multidisciplinaria biopsicosocial en comparación con los pacientes hospitalizados o entre aquellos que recibieron tratamientos ambulatorios sin multidisciplinaria. Se comprobó que mediante el abordaje multimodal mejoró el nivel de funcionalidad de dichos pacientes y se redujo el dolor, pero pocos ensayos informaron efectos sobre la mejoría de la calidad general (considerando la remisión, por ejemplo, de comorbilidades psiquiátricas).

En otro estudio realizado sobre dolor crónico generalizado, (McBeth, Prescott, Scotland, Lovell, Keeley, Hannaford y Macfarlane, 2012) los autores evaluaron una muestra de 442 pacientes, que fueron aleatorizados en cuatro grupos para recibir distintos tratamientos: 1) TCC, 2) Ejercicio Gradual, 3) TC (TCC más Ejercicio) y 4) Grupo control. Los resultados mostraron evidencia positiva respecto de la combinación de tratamientos por sobre las intervenciones aisladas, a los 6 y a los 9 meses, con un 37% de remisión en ambas instancias, por sobre un 8% de eficacia en el grupo control de intervenciones inespecíficas, un 30% con TCC y un 35% en aquellos que sólo realizaron ejercicio gradual para su mejoría. Es decir que a los 6 y 9 meses la intervención combinada se asocia con mejoras en la reducción del dolor y de las estrategias de afrontamiento pasivas. De todas maneras, no fue suficiente con dicho estudio establecer la recuperación a largo plazo. Se requiere mayor evidencia al respecto.

En relación a estudios realizados en población de habla hispana, se encuentra la investigación realizada por Martín, Torre, Padierna, Aguirre, González, García, et al., (2011), la cual demostró la utilidad del tratamiento combinado en pacientes con Fibromialgia (FM), una patología compleja de abordar y de definición controvertida entre la comunidad científica dedicada al dolor crónico.

En este caso, se consideraron 153 pacientes ambulatorios con FM reclutados de una unidad de manejo del dolor del Hospital Galdakao-Usansolo, Bizkaia, España. Los pacientes fueron asignados al azar entre un grupo control que recibió tratamiento farmacológico estándar y un grupo experimental que recibió un tratamiento interdisciplinario de 12 sesiones, con seguimiento a 6 y 12 meses. El resultado principal se consiguió en la mejoría de la calidad de vida, y como resultado secundario se obtuvo reducción del dolor,

aumento de la funcionalidad física, disminución de los niveles de ansiedad y de sintomatología depresiva. Se comprobó a su vez un elevado cambio de estrategias de afrontamiento pasivas a activas y alto nivel de satisfacción con el tratamiento, tanto a los 6 meses como al año de seguimiento.

Se concluye por tanto, la importancia de aplicar tratamiento interdisciplinario para la FM, para obtener resultados satisfactorios, incluso hasta 12 meses después de la intervención.

Por último, se puede dar cuenta de un reciente estudio dedicado a evaluar los efectos de la intervención interdisciplinaria en un programa de rehabilitación de pacientes con dolor crónico (Holmner, Fahlström, Nordström, 2013). En el mismo, se evaluaron un total de 93 mujeres (42,2 ± 9,5 años) con dolor crónico musculoesquelético (duración media del dolor, 8 años) al inicio y al final del programa de rehabilitación. La intensidad del dolor fue medida con una escala analógica visual, se registraron las dimensiones del dolor a través del Inventario Multidimensional Pain, y se evaluó a su vez, mediante instrumentos de Ansiedad y Depresión la presencia o ausencia de dichos diagnósticos. Durante 4 semanas, los participantes mostraron resultados significativos respecto de las medidas de dolor y las mejorías observadas después de la evaluación no estaban relacionados con intervenciones específicas, como el cambio de la medicación. En conclusión, el programa interdisciplinario parece ser eficaz en la rehabilitación del dolor crónico, por lo menos para las mujeres. Se afirma sobre la necesidad de investigar en mayor medida las posibles diferencias entre los sexos, así como el contenido y la duración de los programas óptimos de rehabilitación para el dolor.

Discusión

La combinación de tratamientos médicos y psicofarmacológicos es insuficiente para el abordaje integral del paciente con dolor, siendo una prioridad incorporar el abordaje psicosocial para dar una respuesta efectiva a una problemática tan compleja y cada vez más frecuente como es el dolor crónico. Aspectos psicológicos comunes en todas las personas con dolor crónico hacen que sea un fenómeno singular independientemente de la enfermedad o daño real o potencial que posee el paciente.

En su mayoría, los estudios científicos comparan tipos de psicoterapia buscando encontrar la mayor efectividad de resultados. Son menos frecuentes las investigaciones que involucran la comparación de algún tipo de monoterapia médica con el TC incluyendo el tratamiento psicosocial.

Se puede considerar que lo anterior se debe a varios factores. Por un lado, las investigaciones de tratamientos combinados suelen ser de mayor complejidad y costos de realización. Por otro lado, en sus inicios el dolor fue considerado una problemática exclusiva de la biología siendo el tratamiento médico el de primera elección obligada.

Se puede concluir que resulta necesario fomentar el desarrollo de investigaciones sobre la combinación de tratamientos para comprender con mayor profundidad el alcance real de la aplicabilidad de ambos tratamientos en la calidad de vida del paciente y sus efectos sobre el proceso de enfermedad y el desarrollo de comorbilidades.

En lo que respecta al abordaje estrictamente psicológico, el Dolor Crónico ha tenido una historia en la cual ha quedado ligado a explicaciones pseudocientíficas relacionadas con entender el síntoma doloroso como expresión de conflictos irresueltos o tipos de personalidad, el Modelo Cognitivo Conductual ofrece un tratamiento apoyado en explicaciones psicobiológicas (teoría de la puerta de entrada de Melzack y Wall, estudio de los procesos cognitivos y atencionales en presencia de dolor, activación del sistema nervioso simpático y su correlativo círculo dolor-tensión-dolor, etc.) con lo

cual permite el desarrollo de protocolos de tratamiento del manejo del dolor acordes a lo necesario para poder llevar adelante investigaciones de resultados.

El resultado de lograr medir comparativamente los efectos de un tratamiento psicológico para el dolor, hace que podamos contar hoy con un tratamiento con sólida apoyatura empírica siendo un avance significativo la incorporación del estudio de las nuevas psicoterapias cognitivas conductuales de tercera generación que viene mostrando resultados prometedores.

Un problema a tener en cuenta en estos estudios es la inespecificidad con la que entienden el llamado "Tratamiento Cognitivo Conductual", siendo este un modelo que reúne muchos componentes de múltiples fuentes disciplinarias y cuenta con muchas herramientas clínicas sólidamente validadas, no se especifica exactamente aquellos componentes utilizados en cada estudio. Por ello, los protocolos de tratamiento son una herramienta valiosa para el avance científico factible de replicación y posteriormente para el uso clínico sistemático. Lo mismo ocurre con el uso de la TCC de Tercera Generación, que combina la Terapia de Aceptación y Compromiso y el Mindfulness, para lo cual es muy difícil acceder a los protocolos utilizados para el abordaje del dolor crónico en particular.

Otra dificultad que se encuentra en el estudio de dolor, es la heterogeneidad de enfermedades que cuentan con este factor doloroso. Las muestras representativas suelen agrupar un tipo específico de enfermedad como ser dolor crónico lumbar, y sobre este grupo específico se realiza la investigación.

Aunque el dolor es una experiencia humana universal creemos que las diferentes problemáticas brindan elementos diferentes que deberían tenerse en cuenta en el desarrollo de psicoterapias cada vez más específicas al tipo de dolor tratado. Sucede así con el dolor oncológico, pero aún queda un amplio recorrido en las diferencias que propone por ejemplo el Manejo del Dolor en la artritis reumatoidea y en la fibromialgia o en las migrañas o cefaleas tensionales. A pesar de encontrarnos con todas estas dificultades es necesario hacer énfasis en la efectividad que ha conseguido obtener el abordaje psicológico del dolor, en el control del dolor, en la mejor de la calidad de vida en general y en la prevención de comorbilidades psiquiátricas.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC, Author.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Calderon, P.S., Tabaquim, M.L., Oliveira, L.C., Camargo, A.P., Ramos Netto, T.C. & Conti, P.C. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and amitriptyline in patients with chronic temporomandibular disorders: a pilot study. *Brazilian Dental Journal*, 22(5),415-421.

Caudill, M. (1998). Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted: descubra qué es lo que realmente incrementa y disminuye el dolor. España: Paidós.

Chambless, D. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1): 7.

Collado Cruz, A., Cuevas Cuerda, M.D., Flores García, M., Giner Ruiz, V., Marín López, J., Pastor Mirá, M.A., et al. (2011). Guía Clínica para la Fibromialgia, Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, Madrid, Gobierno de España. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/>

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Peirce-Sandner, S., Baron, R., Bellamy, N., Burke, L. B., et al. (2010). Research design considerations for confirmatory chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 149(2), 177-193.

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. et al. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, 9(2), 105-121.

Dysvik, E., Kvaløy, J. T. & Natvig, G. K. (2012). The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6-and 12-month follow-up study. *Journal of advanced nursing*, 68(5), 1061-1072.

Fisterra. Catálogo de Guías Clínicas según especialidad y diagnóstico. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

Flor H, Turk D. (2011). Chronic pain: an integrated biobehavioral approach. Seattle: IASP Press.

Garay, C.J., Fabrisin J. & Korman G.P. (2009). Conocimiento y uso de las guías clínicas por parte de los profesionales en formación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Ago 06-08; Buenos Aires, Argentina: UBA.

Gardner-Nix, J. & Zinn, J.K. (2009). *The Mindfulness Solution to Pain: Step-by-Step Techniques for Chronic Pain Management*. Oakland: New Harbinger Publications.

Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2002). Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. *The Cochrane Library*.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Holmner, E. P., Fahlström, M. & Nordström, A. (2013). The effects of interdisciplinary team assessment and a rehabilitation program for patients with chronic pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(1), 77-83.

International Association for the Study of Pain (2010). Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos, IASP, Edit. Andreas Kopf & Nilesh B. Patel, versión en español, disponible en http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

Martín, J., Torre, F., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., García, S., et al. (2011). Six-and 12-month follow-up of an interdisciplinary fibromyalgia

- treatment programme: results of a randomised trial. *Clinical and experimental rheumatology*, 30(6), 103-111.
- McBeth, J., Prescott, G., Scotland, G., Lovell, K., Keeley, P., Hannaford, P., et al. (2012). Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Archives of internal medicine*, 172(1), 48-57.
- McBeth, J., Prescott, G., Scotland, G., Lovell, K., Keeley, P., Hannaford, P., et al. (2012). Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Archives of internal medicine*, 172(1), 48-57.
- Melzack R. & Wall P. (1967). Pain mechanisms: a new theory. *Survey of Anesthesiology*, 11(2):89-90.
- Merskey H. & Bogduk N. (1994). *International Association for the Study of Pain. Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy*. IASP Press: Seattle.
- Moix J. & Kovacs F.M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
- National Institute for Clinical Excellence (2007). *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): Diagnosis and management of CFS/ME in adults and children. Clinical Guideline 53*. Disponible en www.nice.org.uk.
- National Institute for Clinical Excellence (2009). *Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. Clinical Guideline 88*. Disponible en www.nice.org.uk
- National Institute for Clinical Excellence (2012). *Headaches: Diagnosis and management of headaches in young people and adults. Clinical Guideline 150*. Disponible en www.nice.org.uk.
- National Institute for Clinical Excellence (2013). *Rheumatoid arthritis: The management of rheumatoid arthritis in adults. Clinical Guideline 79*. Disponible en www.nice.org.uk
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *The guidelines manual*. London.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. National Clinical Guideline 91*. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-cg91>
- National Institutes of Mental Health, NIMH. *Depresión y Dolor Crónico. Guías Clínicas en Español*. Disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-el-dolor-cr-nico/index.shtml>
- Otis J.D. (2007). *Managing Chronic Pain. A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Pérez Irazusta I et al. (2007) *Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia*. Vitoria-Gasteiz; Osakidetza, GPC 2007/1, disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net>
- Philips H.C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Ediciones Pirámide.
- Price J.R., Mitchell E., Tidy E. & Hunot V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews* 3.
- Redondo Delgado M.M., León Mateos 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): 359-378.
- Reese C. & Mittag O. (2013). Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36(1): 6-12.
- Secretaría de Salud de México. *Catálogo Maestro de Guías Clínicas de Tratamientos*. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Truyols Taberner M., Pérez Pareja J., Medinas Amorós, M. M., Palmer Pol A. & Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Revista Clínica y salud*. 19(3), 295-320.
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., et al. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.