

ORIGINAL

Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for chronic pain in patients with comorbidities

Efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico en pacientes con comorbilidades

Luciana Sofía Moretti^{1,2}  , Leonardo Adrián Medrano^{1,2}  , Zoilo Emilio Garcia-Batista²  , Luis Pedro Morera¹  , Heinz-Dieter Basler³ 

¹Universidad Siglo 21. Córdoba, Argentina.

²Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Republica Dominicana.

³Philipps Universität Marburg. Marburg, Alemania.

Citar como: Sofía Moretti L, Medrano LA, Garcia-Batista ZE, Morera LP, Heinz-Dieter B. Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for chronic pain in patients with comorbidities. Health Leadership and Quality of Life. 2025; 4:649. <https://doi.org/10.56294/hl2025649>

Enviado: 10-06-2024

Revisado: 09-11-2024

Aceptado: 21-05-2025

Publicado: 22-05-2025

Editor: PhD. Neela Satheesh 

Autor para la correspondencia: Luciana Sofía Moretti 

ABSTRACT

Introduction: although it is well-known that cognitive-behavioral therapy is efficacious for the treatment of chronic pain patients, studies that have evaluated its efficacy lose external validity because the scenario used in these investigations are highly different from natural settings.

Objective: to determine the effectiveness of a cognitive-behavioral treatment for patients with chronic pain in a natural ambulatory setting.

Method: a quasi experimental design with no control group was implemented, in which a 14-session treatment program was used with 6 patients with chronic pain.

Results: after the treatment participants showed statistically significant reductions on the worst pain experienced and on pain average. Moreover, patients exhibited increments on health-related quality of life related to role limitations due to emotional problems, emotional wellbeing, loss of energy and fatigue and social functioning. Effect size measures revealed to be from moderate to big (d between 0,44 and 0,81).

Conclusion: these results suggest that the treatment program administered showed to be effective to diminish perceived pain and to improve health quality of life among chronic pain patients.

Keywords: Effectiveness; Cognitive-Behavioral Therapy; Effectiveness; Chronic Pain.

RESUMEN

Introducción: la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del dolor crónico, sin embargo, los estudios de eficacia se centran fundamentalmente en garantizar la validez interna del estudio perdiendo validez ecológica. En efecto, el control de variables intervinientes (como, por ejemplo, el control de la comorbilidad) lleva a que el tratamiento se asemeje poco al modo en que se administran en la labor clínica habitual. Por este motivo se requiere de estudios que analicen la efectividad de protocolos que ya han demostrado ser eficaces.

Objetivo: evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico (DC).

Método: se empleó un diseño cuasi experimental pre pos sin grupo control con 6 pacientes con DC que recibieron un tratamiento de 14 sesiones.

Resultados: se observaron reducciones estadísticamente significativas del peor dolor percibido y del promedio

de dolor. Asimismo, se obtuvieron aumentos estadísticamente significativos en la calidad de vida relacionada a las limitaciones del rol ocasionados por problemas emocionales, a la percepción de falta de energía y fatiga, al bienestar emocional y al funcionamiento social. Las medidas del tamaño del efecto resultaron ser moderadas a elevadas (d entre 0,44 y 0,81). **Conclusiones:** los resultados sugieren que el tratamiento administrado ha demostrado utilidad en la reducción del dolor y en el aumento de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico.

Palabras clave: Efectividad; Tratamiento Cognitivo-Conductual; Efectividad; Dolor Crónico.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un problema de naturaleza compleja, que genera niveles elevados de malestar, y posee un impacto significativo en la sociedad y en los individuos.⁽¹⁾ Actualmente, constituye una de las razones más frecuentes de ausentismo laboral y de jubilación por invalidez.^(2,3) En el Estudio Global sobre la Sobrecarga de las Enfermedades de 2016 se reafirmó la gran importancia del dolor y de sus trastornos y enfermedades relacionadas, ya que se presentó como la principal causa de incapacidad y enfermedad del mundo.⁽⁴⁾

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño del tejido actual o potencial, o descrito en términos de tal daño. Esta definición considera al dolor como una experiencia multidimensional, conformada no sólo por componentes biológicos, sino también por factores subjetivos. En este sentido, las personas que sufren de dolor crónico exhiben altos niveles de deterioro en varios aspectos de sus vidas: se repliegan de su ambiente socio-familiar, aparecen conflictos interpersonales, se encuentran muy frustrados, desesperanzados y enojados por los intentos fallidos en los tratamientos, evitan realizar actividades por miedo a que éstas le generen mayor dolor, entre otros.⁽⁵⁾

La teoría de la compuerta y, más tarde, la teoría de la neuromatrix ha reafirmado que el cerebro y los factores psicológicos, como los procesos atencionales, las experiencias previas, las cogniciones y creencias y los estados emocionales poseen una gran influencia sobre la experiencia del dolor.⁽⁶⁾

A partir de estas formulaciones es que se considera que el DC no puede ser reducido solamente a factores físicos, por lo cual los modelos reduccionistas, como el biomédico, no bastan para el estudio y tratamiento de los problemas de DC.

Debido a ello, es que en los últimos 20 años la investigación sobre las variables psicológicas implicadas en la experiencia de DC cobra relevancia. A este respecto, el modelo biopsicosocial del dolor sostiene que la experiencia final de dolor se debe al interjuego de varios factores, como son los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales poseen una gran influencia sobre la aparición y mantenimiento del dolor.

En esta misma línea, en el ámbito psicoterapéutico se han desarrollado modelos que entrenan estrategias que permiten al paciente tener el control de su dolor, siendo las variables cognitivas uno de los factores de mayor importancia en la percepción del dolor.

Además, este modelo viene recibiendo gran apoyo empírico acerca del valor explicativo sobre la experiencia de DC así como del valor predictivo de las variables psicológicas involucradas.^(5,7)

El abordaje cognitivo-conductual del DC parte de la idea de que los problemas relacionados al DC se relacionan con el modo en que la persona percibe la experiencia dolorosa. Esta percepción determinará en gran medida el ajuste a la enfermedad y las estrategias que implementará la persona para hacerle frente a su problema de dolor.⁽⁵⁾

De este modo, las técnicas cognitivo-comportamentales están diseñadas para ayudar a las personas a identificar y corregir conceptualizaciones distorsionadas y comportamientos desadaptativos y reemplazarlos por estrategias de afrontamiento más adaptativas que ayuden al paciente a hacer frente a su condición.

Con este enfoque se le enseña a los pacientes a: 1) monitorear pensamientos automáticos negativos; 2) reconocer las conexiones existentes entre cogniciones, emociones y conductas; 3) examinar evidencia para contrarrestar los pensamientos distorsionados; 4) sustituir las distorsiones cognitivas por interpretaciones basadas en la realidad; 5) reconocer creencias disfuncionales o irracionales que predisponen a la persona a distorsionar sus experiencias y 6) entrenar en los pacientes estrategias de control activo del dolor.

En general, las técnicas cognitivo-comportamentales se distinguen por ser comprensivas y activas con el fin de ayudar al paciente a tener el control de su propio dolor.

Basado en este enfoque, se le enseña a los pacientes a adoptar un papel activo en su tratamiento en el cual se comprometan a desarrollar y desplegar una serie de comportamientos destinados a reparar los daños y modificar conductas desadaptativas.^(2,8)

Una gran cantidad de estudios y meta-análisis han comprobado la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para el abordaje de los trastornos de DC.^(2,9,10) Por ejemplo, en un meta-análisis desarrollado

por ^(9,10) se concluyó que la terapia cognitivo-conductual demostró ser significativamente más eficaz en la modificación de la experiencia de dolor, en el desarrollo de estrategias de afrontamiento cognitivas más funcionales y en reducir las conductas de dolor de los pacientes. Asimismo, estos investigadores reportaron una medida del tamaño del efecto moderado ($d = 0,50$) para los tratamientos cognitivo-conductuales; mientras que en otros estudios el tamaño del efecto general reportado fue grande ($d = 0,80$). En otro meta-análisis realizado por Afrina y Karimah⁽¹¹⁾ se concluyó que el enfoque cognitivo-conductual, combinado con otras modalidades de tratamiento (médico y/o fisioterapéutico) mostró ser beneficiosa para mejorar la función física, la calidad de vida relacionada a la salud y reducir los niveles de dolor.

De acuerdo a los estudios reportados es claro que la terapia cognitivo-conductual resulta ser eficaz para el tratamiento del DC. Sin embargo, cabe preguntarse si estos resultados siguen observándose en ambientes clínicos reales y con pacientes con DC con trastornos y enfermedades comórbidos. De acuerdo a un estudio realizado por Mills et al.⁽¹⁾, el 88 % de los pacientes con DC presentaron enfermedades y/o trastornos comórbidos, y entre un 20 y un 50 % sufrían de depresión. Esto evidencia que la presencia de comorbilidades en personas que sufren de DC es la regla más que la excepción. En este sentido, las investigaciones que se han venido realizando son estudios de eficacia, en los cuales evalúan si la terapia cognitivo-conductual genera los efectos esperados en contextos altamente controlados y con diseños metodológicos que permiten controlar y/o excluir variables que puedan sesgar los resultados. Si bien estos estudios son fuertes en la validez interna, pierden validez ecológica ya que poco se asemejan al paciente típico con DC (con trastornos y enfermedades comórbidos) y a los ambientes clínicos reales en los cuales se administran habitualmente las intervenciones (consultorios ambulatorios, instituciones de salud, entre otros).^(12,13)

En esta línea, Chambless y Hollon⁽¹⁴⁾ destacan la necesidad de realizar estudios que evalúen la efectividad de intervenciones que han demostrado ser eficaces ya que el fin último de los tratamientos que son evaluados empíricamente es saber cuán adecuadamente funcionan en los escenarios del mundo real, en los cuales se aplican a la totalidad de los pacientes que buscan tratamiento (sin excluirlos por presencia de comorbilidades) y en ambientes clínicos poco controlados. Es por ello que el presente estudio se desarrolló con el objetivo de determinar el impacto de un programa de tratamiento cognitivo conductual para la reducción del dolor y mejorar la calidad de vida en pacientes con dolor crónico benigno en el ámbito ambulatorio.

MÉTODO

Mediante un diseño cuasi experimental pre pos sin grupo control⁽¹⁹⁾, se evaluó el impacto del tratamiento cognitivo-conductual sobre las variables calidad de vida e intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico de la ciudad de Córdoba (Argentina).

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por personas mayores que asistían a un centro para adultos mayores en la ciudad de Córdoba (Argentina). A partir de esta población, se seleccionó una muestra mediante un muestreo no probabilístico intencional, conformada por 6 participantes con diagnóstico de dolor crónico benigno, quienes aceptaron voluntariamente participar en función de los criterios establecidos por el estudio.

Para participar en el tratamiento, las personas debían cumplir con criterios de inclusión que exigían contar con un diagnóstico médico de algún trastorno por dolor crónico benigno, con una duración igual o superior a seis meses, y presencia de dolor, ya fuera de forma continua o recurrente. No se aplicaron criterios de exclusión vinculados a la presencia de enfermedades y/o trastornos comórbidos. En este sentido, cuatro de los participantes presentaban enfermedades médicas comórbidas (diabetes tipo II, hipertiroidismo, hipertensión y gastritis). Además, todos los participantes manifestaron síntomas depresivos de leves a moderados, y tres de ellos exhibieron síntomas ansiosos de intensidad moderada. La muestra quedó conformada por 5 mujeres y 1 varón con una media de edad de 58,20 ($SD = 14,44$), de los cuales 3 de ellos recibieron el diagnóstico médico de fibromialgia, y tres de ellos el diagnóstico de artrosis. Todos ellos, al momento del tratamiento se encontraban tomando analgésicos para el dolor, con una media del alivio percibido de 1,33 ($SD = 1,63$), siendo 0 (ningún alivio) y 10 (máximo alivio percibido).

Para evaluar la magnitud de los cambios observados se calculó el tamaño del efecto mediante la d de Cohen, considerando los puntos de corte propuestos por Cohen para interpretar los efectos como pequeños ($d \approx 0,20$), moderados ($d \approx 0,50$) o grandes ($d \geq 0,80$).

Instrumentos

Antes de comenzar con el protocolo se les aplicó una entrevista breve a los participantes en la cual se indagaron diferentes aspectos vinculados con su problema de dolor y otros síntomas y/o enfermedades o trastornos comórbidos.

Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Este cuestionario está compuesto por una serie de preguntas que valoran los estados tanto positivos como

negativos de la salud (“¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual comparado con el de hace un año?”, “Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?”). En el presente trabajo se utilizó la versión argentina de la escala la cual está compuesta por 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: actividades físicas, actividades sociales, afectación física en actividades usuales, dolor corporal, salud mental en general, afectación emocional en actividades usuales, vitalidad y percepción general de la salud. Los índices de consistencia interna de las dimensiones oscilan 0,79 a 0,92. De acuerdo con lo reportado en la versión local del instrumento, esta escala no provee de un puntaje global de calidad de vida, sino por dimensión de la misma. A este respecto, para interpretar los puntajes se considera que a mayor puntaje obtenido (más cercano a 100) mejor calidad de vida poseerá el participante en esa área determinada de su vida.⁽¹⁵⁾

Escala Visual Análoga

Esta escala mide de manera unidimensional la intensidad de dolor percibida por los pacientes, la cual consiste en una línea de 10 centímetros de longitud que va del 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable) a lo largo de la cual los participantes deben realizar una marca que represente la intensidad de dolor percibida.⁽¹⁶⁾ Este instrumento, además de ser uno de los más utilizados en la evaluación unidimensional del dolor⁽¹⁷⁾, no necesita de adaptación psicométrica ya que para realizar estudios de consistencia interna y estructura interna se debe contar con un grupo de ítems o variables⁽¹⁸⁾, y en este caso se trata de un solo reactivo.

Procedimiento

Luego de la evaluación pre-tratamiento de las variables calidad de vida e intensidad de dolor, los participantes recibieron un tratamiento cognitivo-conductual de 14 sesiones de una hora y media de duración con formato grupal. La estructura de las sesiones fue la siguiente: 1) Plantear los objetivos de la sesión; 2) Puntuar la intensidad del dolor; 3) Revisar las tareas asignadas la sesión anterior; 4) Psicoeducación; 5) Trabajar con los objetivos planificados; 6) Asignación de tareas; y 7) Pedido de feedback y cierre de la sesión. Las diferentes técnicas empleadas para el diseño del tratamiento estuvieron destinadas a aumentar la autoeficacia hacia el dolor, mejorar las habilidades de afrontamiento, reestructurar pensamientos y creencias en relación al dolor, optimizar las habilidades para el control del dolor y reducir las conductas de dolor. Una vez finalizada la fase de tratamiento, los participantes fueron nuevamente evaluados en la intensidad de dolor y la calidad de vida relacionada a la salud.

RESULTADOS

Con el objetivo de evaluar el impacto del programa de tratamiento sobre la intensidad de dolor y las dimensiones de la calidad de vida, se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados obtenidos sugieren que luego del tratamiento se observan resultados significativos en la reducción del peor dolor percibido ($t = 2,07$; $gl = 5$; $p < 0,046$) y del promedio de dolor ($t = 2,47$; $gl = 5$; $p < 0,02$). Estos hallazgos permiten afirmar que luego del tratamiento, los participantes mostraron reducciones significativas en los niveles de dolor.

Por otro lado, el análisis estadístico también reveló cambios en los niveles de la calidad de vida. A este respecto, se encontró que luego de la intervención se observaron aumentos significativos en la calidad de vida relacionada a las limitaciones del rol producidas por problemas emocionales ($t = -3,43$; $gl = 5$; $p < 0,009$), a la percepción de falta de energía o fatiga ($t = -2,21$; $gl = 5$; $p < 0,03$), al bienestar emocional ($t = -3,36$; $gl = 5$; $p < 0,01$) y al funcionamiento social ($t = -2,46$; $gl = 5$; $p < 0,028$). Esto es, los participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual mostraron aumentos significativos en la percepción de su propia calidad de vida relacionada a la salud.

Tabla 1. Valores negativos de t indican un aumento en la variable (mejora) posterior a la intervención				
Variable evaluada	t	gl	p	d (Cohen)
Peor dolor percibido	2,07	5	,046	0,70
Promedio de dolor	2,47	5	,020	0,81
Limitaciones del rol por problemas emocionales	-3,43	5	,009	0,57
Percepción de falta de energía o fatiga	-2,21	5	,030	0,44
Bienestar emocional	-3,36	5	,010	0,57
Funcionamiento social	-2,46	5	,028	0,58

Nota: Todos los cambios reportados son estadísticamente significativos ($p < ,05$).

Se calculó además el tamaño del efecto mediante la d de Cohen con el fin de determinar el tamaño de las

diferencias encontradas.⁽¹⁴⁾ En primer lugar, el tamaño del efecto observado sobre la intensidad del peor dolor percibido es de 0,70, y del promedio de dolor de 0,81. Por otro lado, en cuanto a las dimensiones evaluadas de la calidad de vida relacionada a la salud se encontró que en relación a las limitaciones del rol producidas por problemas emocionales el tamaño del efecto hallado fue de 0,57; en la percepción de falta de energía o fatiga de 0,44, sobre el bienestar emocional de 0,57 y respecto del funcionamiento social de 0,58. En función de los tamaños del efecto calculados a partir de la *d* de Cohen puede decirse que los valores hallados son de moderados a altos (tabla 1).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual orientado a reducir el dolor y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con dolor crónico benigno y comorbilidades asociadas. Este estudio enfatizó la evaluación de los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual haciendo especial hincapié en la validez ecológica del diseño. En este sentido, uno de los mayores aportes de esta investigación es haber desarrollado la intervención en un contexto clínico real y con la inclusión de todos los participantes que solicitaron recibir el tratamiento (no se emplearon criterios de exclusión en los participantes aunque todos ellos presentaron síntomas y/o trastornos comórbidos). De acuerdo con lo que sostienen Chambless y Hollon⁽¹⁴⁾ este tipo de estudios ha adquirido relevancia en el ámbito de la investigación de intervenciones terapéuticas ya que evalúan los tratamientos en las circunstancias y condiciones en las cuales se aplican habitualmente.

Los resultados obtenidos a partir de la puesta a prueba de una intervención cognitivo-conductual para disminuir la intensidad de dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes tratados resulta ser efectiva para mejorar la calidad de vida y disminuir el dolor en las personas con DC aquí tratadas. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por otros estudios en el área, los cuales muestran que, dentro de las intervenciones psicológicas para el dolor crónico, la terapia cognitivo-conductual es el enfoque más utilizado y ha demostrado ser eficaz para abordar estos síndromes.^(15,16,17,18) Específicamente, los pacientes que realizaron el programa mostraron reducciones significativas del dolor percibido, resultados coherentes con los observados⁽¹⁹⁾, quienes encontraron una reducción significativa de la intensidad del dolor en el grupo de pacientes con dolor crónico lumbar que recibió terapia cognitiva en comparación con el grupo control. En esta misma línea⁽²⁰⁾, observaron resultados comparables: en un meta-análisis realizado por estos autores a partir del análisis de 16 investigaciones encontraron un efecto positivo de la terapia cognitivo-conductual en comparación con el tratamiento convencional (farmacológico) en pacientes con dolor crónico. Si bien los hallazgos favorecen a la terapia cognitivo-conductual, los tamaños del efecto reportados van de pequeños a medianos. En otro estudio meta-analítico,⁽²²⁾ revisaron la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales sobre personas mayores con dolor crónico. Los resultados de su revisión de 12 investigaciones permiten afirmar que las intervenciones cognitivo-conductuales son efectivas con un tamaño del efecto de 0,47. En este sentido, los tamaños del efecto hallados en la presente van de medianos a grandes, por lo que en este punto el tratamiento aquí evaluado muestra resultados superiores a los reportados por las investigaciones de ^(23,24,25,26,27).

Por otro lado, en un trabajo realizado por ⁽²⁸⁾, los pacientes con artritis reumatoide que participaron en el estudio mostraron una reducción en el dolor percibido luego de haber recibido ocho sesiones de tratamiento en un programa cognitivo-conductual, resultados comparables a los encontrados en la muestra del presente. Asimismo⁽²⁹⁾ evaluaron la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal de orientación cognitivo-conductual en pacientes con fibromialgia. Los resultados encontrados coinciden con los resultados obtenidos en este estudio: se observaron reducciones significativas en nivel de la intensidad del dolor después del tratamiento cognitivo-conductual. También, en un trabajo desarrollado por⁽³⁰⁾ se obtuvieron resultados similares al presente: luego de recibir un tratamiento cognitivo-conductual de cinco semanas, los pacientes con dolor crónico lumbar mostraron mejorías significativas en lo que refiere a la percepción de su estado de salud, incluyendo el funcionamiento social y la estabilidad emocional. Estos resultados son especialmente relevantes para este estudio ya que los hallazgos coinciden no sólo en el alivio del dolor, sino también en el aumento del bienestar emocional y funcionamiento social.

Ahora bien, en un trabajo desarrollado por ⁽³¹⁾, se empleó una metodología similar a la de la presente investigación, esto es, se aplicó un programa cognitivo-conductual grupal de ocho sesiones, con el fin de reducir los niveles de dolor, de ansiedad y depresión, aumentar los niveles de autoeficacia, la percepción del estado de salud y la calidad de vida. El programa administrado fue semejante al empleado en el presente: se utilizó psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en hábitos saludables, entre otras habilidades instruidas. Los resultados hallados por ⁽³¹⁾ revelaron una reducción del nivel promedio de dolor, una reducción del peor dolor percibido, una reducción en los síntomas de ansiedad y depresión, mejorías en el estado de salud, y una percepción de autoeficacia aumentada.

Si bien los resultados del presente son alentadores, existen debilidades metodológicas que merecen destacarse. En primer lugar, el tamaño de la muestra que se empleó es pequeño y el muestreo es no probabilístico,

lo cual limita la generalización de los resultados a una población más amplia. En segundo lugar, la ausencia de un grupo control impide comparar los resultados de la intervención con la ausencia de tratamiento, lo cual debilita las conclusiones respecto de la efectividad del programa evaluado. Estas debilidades metodológicas pueden pensarse como fortalezas de estudios futuros en los cuales, manteniendo la búsqueda de resultados válidos en términos ecológicos, afiancen la obtención de resultados semejantes cuidando la validez interna del diseño metodológico.

Para finalizar, los resultados de este trabajo sugieren que el tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado ser efectivo para reducir el peor dolor percibido y del promedio de dolor, y aumentar la calidad de vida relacionada a las limitaciones del rol producido por problemas emocionales, al bienestar emocional, al funcionamiento social y reducir la percepción de falta de energía o fatiga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*. 2019;123(2):273-83.
2. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*. 2014;69(2):153-66.
3. Kröner-Herwig B. Chronischer Schmerz: Psychologische Behandlungsansätze und Stand der Evidenz Psychologische Behandlung des chronischen Schmerzes. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. 2014;35(1):57-74.
4. Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211-59.
5. Moretti LS. Variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 2010;2(3):21-9.
6. Moayedi M, Davis KD. Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*. 2013;109:5-12.
7. Moseley GL, Vlaeyen JWS. Beyond nociception: the imprecision hypothesis of chronic pain. *Pain*. 2015;156(1):35-8.
8. Weissenberg M. Cognitive aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. New York: Churchill Livingstone; 1999. p. 345-58.
9. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*. 2007;26(1):1-9.
10. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*. 2001;26(3):270-81.
11. Afrina R, Karimah A. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain. *Biomolecular and Health Science Journal*. 2019;2(2):129-34.
12. Salamanca-Sanabria A, Richards D, Timulak L, Castro-Camacho L, Mojica-Perilla M, Parra-Villa Y. Assessing the efficacy of a culturally adapted cognitive behavioural internet-delivered treatment for depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018;18(53):1-11.
13. Taylor S, Asmundson GJG. Internal and external validity in clinical research. In: McKay D, editor. *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008. p. 23-34.
14. Chambless DL, Hollon SD. Treatment validity for intervention studies. In: Cooper H, Camic PM, Long D, Panter AT, Rindskopf D, Sher KJ, editors. *APA handbook of research methods in psychology*. Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington (DC): American Psychological Association; 2012. p. 529-52.

15. Augustovski FA, Lewin G, García Elorrio E, Rubinstein A. The Argentine-Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2008;61(12):1279-84.
16. Chapman CR, Syrjala KL. Measurement of pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
17. Torres M, Compañ V. *La experiencia de dolor*. Barcelona: UOC; 2006.
18. Thompson B. *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Washington: American Psychological Association; 2004.
19. León OG, Montero I. *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
20. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148-56.
21. Eccleston C, Williams ACD, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(11):CD007407.
22. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*. 1999;80(1-2):1-13.
23. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*. 1992;48(3):339-47.
24. Turner JA, Jensen MP. Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*. 1993;52(2):169-78. doi:10.1016/0304-3959(93)90128-C.
25. Williams A, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain in adults. *Pain*. 1999;80(1-2):1-13.
26. Lunde L, Nordhus IH, Pallesen S. The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2009;16(3):254-62. doi:10.1007/s10880-009-9162-y.
27. Jaimes Contreras Y, Coronado Castro AM, Pulido MA, Rincón Romero MK. Impact of Chronic Wounds on Quality of Life: A Review from the Perspective of Humanized Care. *Nursing Depths Series*. 2025;3:101. <https://doi.org/10.56294/nds2024101>
28. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, et al. A blinded, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset seropositive rheumatoid arthritis. *Pain*. 2001;89(2-3):275-83. doi:10.1016/S0304-3959(00)00379-1.
29. Muioli B, Merayo LA. Effects of psychological intervention on pain and emotional state of persons with fibromyalgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2005;12:476-84.
30. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Operant-behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy*. 1991;29(1):79-85.
31. Van-der Hofstadt Román CJ, Narambuena L, et al. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Pain: A multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(13):6951. doi:10.3390/ijerph18136951.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Luciana Sofía Moretti, Leonardo Adrián Medrano.

Curación de datos: Luciana Sofía Moretti.

Análisis formal: Luciana Sofía Moretti, Leonardo Adrián Medrano.

Investigación: Luciana Sofía Moretti, Heinz-Dieter Basler.

Metodología: Leonardo Adrián Medrano, Luciana Sofía Moretti.

Administración del proyecto: Leonardo Adrián Medrano.

Recursos: Heinz-Dieter Basler.

Software: Morera Luis Pedro.

Supervisión: Leonardo Adrián Medrano, Heinz-Dieter Basler.

Validación: Morera Luis Pedro.

Visualización: Morera Luis Pedro.

Redacción - borrador original: Luciana Sofía Moretti.

Redacción - revisión y edición: Luciana Sofía Moretti, Leonardo Adrián Medrano, Heinz-Dieter Basler.