

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



Tesis para optar el grado de Maestra en psicología clínica y de la salud

Programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima.

Autor: Bachiller Navach Salas, Liliana

Asesor: Dr. León Donayre, Ramón

LIMA-PERÚ

2019

PÁGINA DEL JURADO

Magister Pérez Flores, Luis Oswaldo

Presidente

Magister Lamas Delgado, Fernando Antonio

Jurado

Magister José Avendaño Atauje

Jurado

DEDICATORIA

A Dios, quien me acompaña en todo momento.

A mi esposo y mis hijas, por su paciencia, cariño y apoyo incondicional.

A mis padres que partieron de este mundo terrenal mientras realizaba mis estudios de maestría y que me acompañan desde la eternidad.

AGRADECIMIENTO

A cada uno de los especialistas quienes aportaron de manera desinteresada con su experiencia y a quienes acudí en busca de información y consejo, sobre todo al Mg. Jimmy Orihuela quien me asesoró desde el INMP.

Al Instituto Nacional Materno Perinatal que me abrió las puertas y me acompañó durante el proceso para que pudiese realizar una investigación de calidad.

Finalmente, deseo agradecer especialmente a cada una de las gestantes que aceptaron participar en el estudio y permitieron que pudiese aportar desde mi profesión para el mejoramiento de su calidad de vida.

A ustedes les dedico este aporte.

Índice de Contenido

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
LISTADO DE TABLAS	viii
LISTADO DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	7
1.2.1. Problema general	7
1.2.2. Problemas específicos	7
1.3. Importancia y justificación del estudio	8
1.4. Delimitación del estudio	10
1.5. Objetivos de la investigación	11
1.5.1. Objetivo general	11
1.5.2. Objetivos específicos	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco histórico	12
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema	13
2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	13
2.4. Definición de términos básicos	19
2.5. Hipótesis	22
2.5.1. Hipótesis general	26
2.5.2. Hipótesis específicas	26
2.6. Variables	27
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo, método y diseño de investigación	29
3.2. Población y muestra	31
3.2.1. Diseño de selección de casos	32
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
	vi

3.4. Descripción de procedimientos de análisis	35
3.4.1. Recolección de datos	35
3.4.2. Procedimiento	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1. Resultados	38
4.1.1. Resultados caso 1	43
4.1.2. Resultados caso 2	45
4.1.3. Resultados caso 3	50
4.1.4. Resultados caso 4	56
4.1.5. Resultados caso 5	62
4.2. Análisis de resultados	67
4.2.1. Análisis de resultados caso 1	69
4.2.2. Análisis de resultados caso 2	76
4.2.3. Análisis de resultados caso 3	83
4.2.4. Análisis de resultados caso 4	90
4.2.5. Análisis de resultados caso 5	97
4.3. Discusión basada en los antecedentes	103
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	105
5.2. Recomendaciones	107
REFERENCIAS	109
ANEXOS	
Anexo A: Declaración de autenticidad	128
Anexo B: Autorización de consentimiento para realizar la investigación	129
Anexo C: Matriz de consistencia	131
Anexo D: Ficha de recolección de datos	132
Anexo E. El Cold Pressor Test	133
Anexo F. Ficha de evaluación del dolor del CPT	135
Anexo G. Escala Visual Análoga (EVA)	136
Anexo H. Cuestionario de afrontamiento al dolor reducido (CAD-R)	137
Anexo I. Consentimiento informado	139
Anexo J. Consentimiento informado para menor de edad	140
Anexo K. Programa de intervención cognitivo conductual “Esperando feliz a mi bebé”	144

Listado de tablas

Tabla 1. Valores convencionales para interpretar los índices de tamaño del efecto PND y PEM en diseños de caso único	31
Tabla 2. Consultorios externos-atención prenatal 2016 -2017	32
Tabla 3. Resultados de evaluación CAD-R y CPT en caso 01	41
Tabla 4. Resultados de evaluación CAD-R y CPT en caso 02	47
Tabla 5. Resultados de evaluación CAD-R y CPT en caso 03	52
Tabla 6. Resultados de evaluación CAD-R y CPT en caso 04	58
Tabla 7. Resultados de evaluación CAD-R y CPT en caso 05	64
Tabla 8. Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 1 en función del índice de tamaño del efecto	72
Tabla 9. Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 2 en función del índice de tamaño del efecto	79
Tabla 10. Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 3 en función del índice de tamaño del efecto	86
Tabla 11. Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 4 en función del índice de tamaño del efecto	93
Tabla 12. Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 5 en función del índice de tamaño del efecto	100
Tabla 13.1. Resultados directos obtenidos de las nueve sesiones del Programa Cognitivo Conductual en base a la evaluación de validez de contenido por criterio de jueces	162
Tabla 13.2. Resultados de la Razón de validez de contenido (CVR) de las nueve sesiones del Programa Cognitivo Conductual en base a los Criterios de evaluación por jueces	171

Listado de figuras

Figura 1.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 1	118
Figura 1.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 1	119
Figura 2.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 2	120
Figura 2.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 2	121
Figura 3.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 3	122
Figura 3.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 3	123
Figura 4.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 4	124
Figura 4.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 4	125
Figura 5.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 5	126
Figura 5.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 5	127

Resumen

Con el objetivo de determinar el efecto de un programa cognitivo conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico en un hospital nacional de Lima, se realizó un estudio experimental de caso único, con diseño de línea base, Univariable Bicondicional A-B con seguimiento en cinco gestantes usuarias de las áreas de perinatología y obstetricia de la institución, seleccionadas entre diciembre 2018 y marzo 2019 por medio de un estudio prospectivo con método de muestreo no probabilístico intencional de casos; asistieron a un programa de intervención individual de 09 sesiones, evaluando la tolerancia al dolor en sus dimensiones de afrontamiento al dolor y valoración del dolor tanto en la línea base así como durante su tratamiento y seguimiento, utilizando la escala CAD-R (Ugarte 2017) y el Cold Pressor Test (CPT). Los resultados intra sujeto mostraron diferencias entre la línea base y la etapa de tratamiento con seguimiento, obteniendo después del tratamiento un mayor nivel de tolerancia al dolor en cada caso, pasando de usar mayormente estilos de afrontamiento pasivo en la línea base, a mejorar en sus niveles de afrontamiento activo, extendiendo el tiempo de tolerancia al dolor, así como reduciendo el nivel de intensidad de dolor en cada una de las participantes. El análisis de resultados comparativos intra sujeto del PND y del PEM confirmaron la efectividad del tratamiento para cada caso. No se consideran los niveles de significación de los resultados debido a la cantidad reducida de casos utilizados.

Palabras clave: Dolor crónico, gestantes, tolerancia al dolor.

Abstract

In order to determine the effect of a cognitive behavioral program for pain tolerance in pregnant women with chronic pain in a national hospital in Lima, a single case experimental study was conducted, with baseline of Univariable Biconditional AB design with follow-up in five pregnant women users of the institution's perinatology and obstetric areas, selected between December 2018 and March 2019 through a prospective study with intentional non-probabilistic case sampling method; attended an individual cognitive behavioral intervention program of 09 sessions, evaluating pain tolerance based on its dimensions of coping pain and the valuation of pain at baseline and during treatment with follow-up, using the CAD-R scale (Ugarte 2017) and the Cold Pressor Test (CPT). The intra-subject results showed differences between the baseline and the treatment stage with follow-up, obtaining after treatment a higher level of pain tolerance in each case, going from using mostly passive coping styles at the baseline, to improving their levels of active coping, extending the pain tolerance time, as well as reducing the pain intensity level in each participant. The analysis of intra-subject comparative results of the PND and the PEM confirmed the effectiveness of the treatment for each participant. The levels of significance of the results are not considered due to the reduced number of cases used.

Keywords: Chronic pain, pregnant women, pain tolerance.

Una mujer embarazada no sólo debe tolerar el dolor físico durante el momento del parto, sino durante muchos momentos a lo largo del embarazo debido a los cambios bio-psicológicos que enfrentan, además de algún otro dolor físico que puedan sentir al igual que cualquier persona; si la gestante ya presenta dolor crónico previo, el dolor puede llegar a ser tan intenso que en muchos casos interfiere en sus actividades diarias (Pennick, y Liddle, 2013). El dolor crónico, que afecta entre el 10,1% y el 55,2% de la población a nivel mundial, observándose mayor prevalencia en mujeres (Harstall y Ospina, 2003), más que un fenómeno físico, genera repercusiones sociales, psicológicas y económicas (Navarro, 2006), sin embargo, cada persona afronta el dolor y lo expresa de diferente manera; la tolerancia al dolor es variable en cada individuo a pesar de su umbral natural de dolor debido a factores psicológicos asociados, por lo que los pacientes que presentan dolor crónico, necesitan, por lo general de terapia psicológica (Zegarra 2007).

La concepción bio-psico-social del dolor crónico, permite comprender que, si se logra reducir el grado de sufrimiento mediante opciones terapéuticas, a pesar del mantenimiento de la intensidad del dolor, la calidad de vida de la paciente mejorará (Almendro et al., 2011).

Añadido a lo descrito, es importante observar que el Ministerio de Salud (MINSa) ha buscado atender a las gestantes con dolor crónico aprobando la implementación de la Unidad Productora de Servicios (UPS) Tratamiento del Dolor, multidisciplinario, en los establecimientos de salud II-1, II-2, III-1 y III-2 públicos y privados (MINSa, 2009), y los Centros de Salud han sido autorizados por el MINSa para que personal obstétrico prepare a las gestantes a partir de las 20 semanas en Psicoprofilaxis Obstétrica, permitiéndose la aplicación de anestesia epidural u otros tipos de anestesia durante la labor de parto (MINSa, 2011), sin embargo, la institución con la que realizamos la presente investigación aún no cuenta con una Unidad de Tratamiento del Dolor a pesar de ser un establecimiento de salud III-2 considerado en nuestro país como “el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal” (Instituto Nacional Materno Perinatal [INMP], 2016), además, la preparación que se realiza de psicoprofilaxis es de índole obstétrico y se aborda sólo a partir del tercer trimestre de embarazo y hasta el momento del parto.

Por lo anteriormente presentado, la presente investigación busca indagar acerca de una alternativa en terapia psicológica, que permita mejorar la tolerancia al dolor en gestantes que presentan dolor crónico previo de la institución para generar estrategias más saludables

en su estilo de vida, exponiendo una necesidad no satisfecha hasta la actualidad en un grupo poblacional amplio.

La estructura de este proyecto de investigación contempla cinco capítulos detallados de la siguiente manera: Capítulo I: El planteamiento del problema que incluye la descripción del problema, la formulación del problema, la importancia y justificación del estudio acerca del dolor crónico en gestantes; también incluye la delimitación del estudio y los objetivos de la investigación; Capítulo II: El marco teórico, que implica al marco histórico, las investigaciones relacionadas con el dolor crónico, la estructura teórica y científica que sustenta el estudio, la definición de términos básicos utilizados, los fundamentos teóricos que sustentan las hipótesis, y las variables de la investigación. Capítulo III: El marco metodológico, que incluye el tipo, método y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, y la descripción del procedimiento utilizado. Capítulo IV: Que incluye los resultados y análisis de resultados de cada uno de los casos seleccionados. Capítulo V: Las conclusiones y recomendaciones, de la investigación. Por último, se muestra las referencias bibliográficas utilizadas que incluye libros, publicaciones, tesis, manuales, folletos, diccionarios y sitio web. Al final, se incluyen los anexos (consentimiento informado material utilizado para el programa y otros).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Un factor que puede estar presente desde el primer trimestre del embarazo es el dolor (Marín et al., 2008); la gestante percibe dolor por razones diferentes al trabajo de parto o al parto, debido a los cambios que se producen en su cuerpo generando diferentes tipos de dolor durante muchos momentos a lo largo del embarazo, por lo que el dolor de origen no obstétrico durante el embarazo es común y es real (Rivera y Lopera, 2012).

Añadido a lo anteriormente descrito, debemos entender que el embarazo, al implicar cambios, favorece el inicio de enfermedades dolorosas o intensifica cuadros de dolor preexistentes por lo que durante el embarazo pueden presentarse síndromes dolorosos agudos o se pueden agudizar dolores crónicos (Rivera y Lopera, 2012).

El dolor crónico, entendido como aquél que se mantiene por un tiempo mayor a tres meses, siendo la cantidad de tiempo usual en el que una lesión aguda se debe de haber solucionado (Ruvalcaba y Domínguez, 2009), manifestándose como un dolor resistente a los tratamientos médicos usuales, (Castel-Bernal, García-Bardón y Tornero Molina, 2006), es considerado un problema de salud pública a nivel mundial (Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancourt-Sandoval y Córdova-Domínguez, 2010); afecta entre el 10,1% y el 55,2% de la población general, observándose mayor prevalencia en mujeres (Harstall y Ospina, 2003). Por lo anteriormente descrito, podemos entender que un porcentaje significativo de mujeres que presentan dolor crónico antes de quedar embarazadas o durante su proceso de gestación, requerirán de atención prioritaria.

A diferencia del dolor agudo, que puede ser tratado en forma médica tradicional, el dolor crónico no funciona igual; si se intenta abordar el problema con métodos tradicionales la paciente se verá sometida al fracaso terapéutico de manera reiterada (Spencer, 2007), donde factores emocionales se encuentran asociados a la reducción en los umbrales y niveles de tolerancia al dolor que agravan el cuadro clínico y complican el tratamiento (Innes, como se citó en Ruvalcaba y Domínguez, 2009); el dolor crónico no cumple con una función de protección, es persistente y puede mantenerse por tiempo prolongado después de una lesión, e incluso sin la misma; suele ser resistente al tratamiento y se encuentra asociado a importantes síntomas psicológicos (Zegarra, 2007); los pacientes que presentan dolor crónico necesitan, por lo general de terapia psicológica

debido al rol decisivo que juegan los factores psicosociales en la temporalidad de su dolor (Traue, Jerg-Bretzke, Pflingsten e Hrabal, 2010). Por lo anteriormente expuesto, González, Fernández y Torres (2010) explican que “la derivación médica de pacientes con dolor crónico a los servicios psicológicos se produce, en general, con el fin de enseñar estrategias cognitivas y conductuales que reduzcan la experiencia dolorosa” (p.997).

Los psicólogos que reciben estos casos, para poder brindar alternativas en la reducción de su experiencia dolorosa crónica, primero deben medir el nivel de tolerancia al dolor que ellas muestren, ya que “medir el dolor es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes con procesos algícos, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamiento” (Serrano-Atero et al., 2002, p. 94); la tolerancia al dolor, entendida como el mayor grado de dolor que un individuo puede tolerar, es variable en cada persona y puede modificarse por medio del entrenamiento (Eizaga y García, 2015), por lo que también resulta útil e imprescindible medir el nivel de mejora que produzca un determinado programa en la tolerancia al dolor de estas gestantes.

Añadido a lo ya expuesto, para poder obtener variación positiva en el nivel de tolerancia al dolor en las gestantes que presenten dolor crónico, también se debe tener en cuenta qué estrategias de afrontamiento al dolor muestre cada una de ellas, ya que los procesos de valoración del dolor y su afrontamiento están indisolublemente unidos; pueden determinar en gran medida la evolución de síntomas y hasta pueden llegar a cronificar el cuadro (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004), por ello, las diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilice una paciente que presenta dolor crónico, influirá en su tiempo de tolerancia al dolor, tal como lo señala Chóliz (1994):

Cuando sometemos a dolor experimental producido por agua helada, la población se distribuye de forma bimodal, entre los que no aguantan más de 60 segundos y los que toleran el dolor durante más de cinco minutos. Parece que la diferencia entre ambos grupos estriba en las estrategias de afrontamiento que utilizan para superar esta situación aversiva (p. 82).

Como complemento, Masedo (2003) explica lo siguiente acerca de las estrategias de afrontamiento frente al dolor:

En los trabajos realizados en laboratorio se han estudiado las estrategias de afrontamiento cognitivas que ponen en marcha los sujetos cuando se les induce dolor a través de métodos como el agua helada o la presión mecánica. Fernández y Turk (1989) hallaron que, de los 47 estudios revisados, el 85% mostraban que las estrategias cognitivas de afrontamiento tenían un efecto positivo: aumentar el tiempo de tolerancia

al dolor o disminuir la cantidad de dolor de la que informaban los sujetos comparados con grupos controles (p. 19).

Debido a lo anteriormente explicado, abordar de manera terapéutica el afrontamiento al dolor de la gestante que sufre de dolor crónico resulta importante para poder conseguir mejoras en su tolerancia al dolor.

Dentro de las teorías que se han propuesto en el ámbito del afrontamiento al dolor crónico, se utilizó el modelo procesual de estrés de Lazarus y Folkman (1986) que propone lo siguiente:

Cada proceso de afrontamiento tiene implicaciones distintas para la emoción, no sólo en lo que respecta a la eficacia con que se afronte la situación problemática, sino también en lo que hace referencia a la regulación directa de la emoción mediante desviaciones de la atención o mediante afrontamientos cognitivos (...) Muchas de estas estrategias cognitivas de afrontamiento alteran o distorsionan la evaluación inicial de tal modo que cambian también la emoción experimentada (p. 196).

En base a lo explicado por este modelo, el dolor crónico en la población objetivo puede ser entendido como una situación estresante que vivencia la gestante y que se mantiene en el tiempo, requiriendo utilizar estrategias o esfuerzos continuos adaptativos, llamados estrategias de afrontamiento, quien frente a la creencia de tener control sobre su situación, percibe menos intensidad del dolor, muestra mayores niveles de actividad y utiliza estrategias de afrontamiento más adaptativas o activas; caso contrario, cuando se considera indefensa ante la imposibilidad de controlar su situación de dolor crónico, tiende a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas, por lo que la persona puede aumentar su frecuencia e intensidad de episodios dolorosos (Camacho y Anarte, 2001); tal como indicaron Smith y Watson (como se citó en Amaya, 2013) “existen estrategias de afrontamiento que fomentan la adaptación y otras que son lesivas para la persona como las estrategias pasivas que pueden llevar al deterioro psicosocial...” (p. 28); abordar el afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno se vuelve importante debido a que en base a ello se pueden establecer planes de cuidado e intervenciones que les permitan fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas (Amaya, 2013).

Respecto al dolor crónico y su necesidad terapéutica a nivel cognitivo conductual, se puede basar en el hecho de que este tipo de terapia ha sido reconocida como aquella que no sólo reduce el dolor, sino que mejora el nivel de repuestas adaptativas de afrontamiento, auto eficacia y funcionamiento físico, y reduce cogniciones mal adaptativas, tal como lo

explican Morley (2011) y Sturgeon (2014); así mismo, Kopf y Patel (como se citó en Traue et al., 2010), complementan lo expuesto explicando que:

Las técnicas de terapia cognitivo-conductuales comparadas exclusivamente con terapias basadas en medicación, son eficaces en términos de reducción de la experiencia de dolor, una mejora de la capacidad de enfrentarse con el dolor, una reducción del comportamiento de dolor y un aumento de la funcionalidad; la mayor parte de los efectos pueden ser mantenidos con el tiempo (p.26).

Por todo lo anteriormente descrito, la presente investigación propuso conocer la variación en el nivel de tolerancia al dolor de cinco gestantes que presentaban dolor crónico, seleccionándolas de una población circunscrita a un hospital nacional especializado en la atención materno-perinatal en Lima, a cuyos individuos se les aplicó, por medio de un estudio de caso único, un programa cognitivo conductual para la tolerancia al dolor.

Cabe resaltar que, a pesar de la existencia de diferentes programas cognitivo-conductuales para el abordaje del dolor crónico, no se encontró algún programa psicológico específicamente desarrollado para el manejo de la tolerancia al dolor en gestantes que presenten dolor crónico, por lo que se seleccionó como modelo base al programa psicológico para el manejo del dolor crónico de Philips y Rachman (1996) y el manual del paciente de los mismos autores (Philips y Rachman, 1996); para la presente investigación se adaptó para mujeres gestantes, colocándole el nombre de “programa cognitivo-conductual esperando feliz a mi bebé”, siendo validada a nivel cognitivo conductual por criterio de jueces para su utilización (ver ficha técnica, validación y resumen en el anexo K)..

Debido a que la valoración del dolor se encuentra asociada a las estrategias de afrontamiento de cada paciente, para la presente investigación se utilizó, como un mecanismo de medición comparativo de las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en la selección de gestantes, al Cuestionario Reducido de Afrontamiento al Dolor Crónico (CAD-R), desarrollado inicialmente por Soriano y Monsalve (2004) y validado en Perú por Ugarte (2017), compuesto por 23 ítems o frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor, en formato tipo Likert, que incluye 06 factores o escalas de primer orden: Autoafirmación, Búsqueda de apoyo social instrumental-Búsqueda de información, Religión, Distracción, Búsqueda de apoyo social emocional – Catarsis, y Autocontrol mental (Ugarte, 2017) y con dos escalas de segundo orden en la que se denominan estrategias activas a las escalas de: distracción, autocontrol mental, autoafirmación y

búsqueda de información, y siendo las estrategias pasivas las escalas de religión y catarsis (ver detalles del cuestionario CAD-R validado en el anexo H).

Finalmente, para la evaluación de la valoración del dolor, se registró el tiempo de tolerancia al dolor y la intensidad del dolor, por medio de la criopresión, con la técnica del Cold Pressor Test (CPT) (ver anexo E), propuesto por Carrillo, Collado-Vázquez y Rojo (2005), comprobando el tiempo de tolerancia al dolor medido por cronómetro y estableciendo el cálculo de la intensidad del dolor con la escala visual análoga del dolor (EVA) (Serrano-Atero et al., 2002).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general.

- ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo-conductual sobre la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Qué estilo de afrontamiento al dolor y qué nivel de valoración del dolor se encuentran al establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento?
- ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en sus estrategias de afrontamiento al dolor, según los estilos de afrontamiento pasivo en sus factores de religión y catarsis, y de afrontamiento activo en sus factores de distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información?
- ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su valoración del dolor en sus factores de intensidad del dolor percibido y de tiempo de tolerancia al dolor experimentado?

1.3. Importancia y justificación del estudio

A pesar de que el dolor de origen no obstétrico durante el embarazo es común; Rivera y Lopera (2012) exponen que cuando se efectúa la búsqueda acerca del manejo del dolor en gestantes, “(...) encontramos abundante literatura disponible enfocada a la analgesia del trabajo de parto y, por el contrario, se ha dejado de lado el manejo del dolor durante el resto del embarazo” (p. 214).

Por otro lado, a nivel general, cuando una mujer embarazada presenta dolor agudo, éste puede manejarse descartando inicialmente las causas obstétricas, permitiendo el uso de analgésicos comunes, unos días de reposo y la educación de la gestante con respecto a su dolor y cómo puede afectar a su futuro bebé; sin embargo, cuando el dolor no mejora, se vuelve crónico o cuando una paciente con historia de dolor crónico queda embarazada, la posibilidad de respuesta terapéutica usual se reduce (Rivera y Lopera, 2012); si la gestante ya presenta dolor crónico previo, el dolor puede llegar a ser tan intenso que en muchos casos interfiere en sus actividades diarias (Pennick, y Liddle, 2013); tal como lo manifiesta Vallejo (2005), “El paciente de dolor crónico no es una persona con problemas psicológicos (...), sino que dichos problemas suelen acontecer como consecuencia de padecer un síndrome de dolor crónico” (p.41); el dolor crónico más que un fenómeno físico, genera repercusiones psicológicas, sociales y económicas (Navarro, 2006).

Entendiendo que la experiencia de dolor crónico obedece a la interacción de factores bio psicosociales, los cuales no pueden ser atendidos de manera separada (Castel-Bernal et al., 2006), los pacientes que presentan dolor crónico no sólo necesitan de ayuda médica, sino que también necesitan de terapia psicológica (Zegarra, 2007); la labor del psicólogo, en estos casos, resulta importante debido a que puede enseñar estrategias cognitivas y conductuales que permitan reducir la experiencia dolorosa en ellas (González, Fernández y Torres, 2010).

Para poder brindar alternativas en la reducción de la experiencia dolorosa crónica en gestantes, los psicólogos que reciban estos casos deben medir el nivel de tolerancia al dolor que ellas presenten, ya que “medir el dolor es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes con procesos álgicos, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamiento” (Serrano-Atero et al., 2002, p. 52); siendo posible modificar el tiempo de tolerancia al dolor por medio del entrenamiento (Eízaga y García, 2015), medir también el nivel de mejora que produzca un determinado programa en la tolerancia al dolor en la gestante resulta muy importante desde la concepción biopsicosocial del dolor crónico ya

que permite comprender que si se consigue disminuir el grado de sufrimiento, generando mejoras en la tolerancia al dolor mediante opciones terapéuticas especializadas, a pesar del mantenimiento de la intensidad del dolor, el impacto sobre la vida de la paciente será menor y le permitirá mejorar su calidad de vida (Almendro et al., 2011).

El dolor crónico, entendido como aquél que persiste más tiempo que el necesario para que una lesión aguda se resuelva (Ruvalcaba y Domínguez, 2009), a nivel mundial afecta entre el 10,1% al 55,2% de la población, observándose mayor prevalencia en mujeres (Harstall y Ospina, 2003), siendo considerado como un problema de salud pública global (Almendro et al., 2011); estudios más recientes en Latinoamérica muestran niveles porcentuales muy parecidos: en investigaciones realizadas en Chile, se observa prevalencia del dolor crónico no oncológico entre un 10% y un 50% con una mayor afectación en pacientes de género femenino (Miranda et al., 2013); en un estudio realizado por la Asociación Colombiana para el estudio del dolor, el 47% de las personas encuestadas mencionó tener dolor crónico (Guerrero y Gómez, 2014).

El gobierno peruano, ante lo expuesto líneas arriba, ha intentado atender a las gestantes con dolor crónico de manera multidisciplinaria por medio de una Resolución Ministerial en el año 2007 (MINSa, 2009), que aprueba una Norma Técnica para la implementación de la Unidad Productora de Servicios (UPS) Tratamiento del Dolor en los establecimientos de salud II-1, II-2, III-1 y III-2 públicos y privados, los cuales deben de“(…) contar con profesionales de la salud capaces de abordar los aspectos físicos, psico - sociales, médicos y laborales de los pacientes con dolor crónico (médicos, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales), según complejidad del establecimiento” (p. 15). A pesar de lo anteriormente descrito, la institución con la que se realizará la presente investigación, siendo un establecimiento de salud de atención especializada de categoría III-2 considerado el de“(…) mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal en el país” (INMP, 2016, p. 06), aún no cuenta con una Unidad de Tratamiento del dolor y tampoco con información referida al dolor crónico de sus pacientes atendidas.

Para otros temas de dolor en gestantes de nuestro país, el MINSa, por medio de una Resolución Ministerial, ha autorizado a los centros de salud para que personal obstétrico prepare a las gestantes a partir de las 20 semanas en Psicoprofilaxis Obstétrica, y se permite la aplicación de anestesia epidural u otros tipos de anestesia durante la labor de parto (MINSa, 2011), sin embargo, esta preparación es orientada y dirigida por especialistas obstétricos, no psicológicos, y el programa propuesto está dirigido principalmente al dolor

agudo y a la labor del parto; no ha contemplado ninguna estrategia de manera no farmacológica a nivel específico para las gestantes en su preparación para tolerar de mejor manera los procesos dolorosos crónicos si se presentasen durante su gestación.

Frente a la realidad encontrada y por lo anteriormente descrito, la presente investigación resulta sumamente importante a nivel teórico debido a que se están elaborando conceptos nuevos en base a revisión de bibliografía e investigaciones complementarias encontradas de diferentes disciplinas de la salud, además se está abriendo paso a un tipo de trabajo metodológico antes no abordado en el tema psicológico referido a gestantes que presentan dolor crónico, y como complemento, realizar esta investigación con pacientes gestantes que presentan dolor crónico en una institución de categoría III-2 resulta muy importante a nivel práctico, ya que su propósito está no sólo en conocer la existencia del problema en el ámbito clínico respecto al dolor crónico en dichas gestantes, sino que a partir de los resultados obtenidos de esta investigación se elaboren propuestas de tratamiento que generen espacios donde los psicólogos puedan aportar de manera más activa, promoviendo atención psicológica oportuna de aquellas gestantes que presentan dolor crónico, permitiéndoles alcanzar una mejor calidad de vida.

1.4. Delimitación del estudio

El presente trabajo se circunscribió a la investigación de la tolerancia al dolor con relación a su afrontamiento y a su valoración durante el proceso de gestación para mujeres seleccionadas que presentaban dolor crónico, las cuales siguieron un programa cognitivo conductual específico para tal fin, excluyéndose cualquier otra variable de estudio no indicada.

El segmento poblacional de mujeres gestantes con dolor crónico seleccionadas se circunscribió a: menores de edad que contaron con autorización de sus padres o tutores, y/o mayores de edad que firmaron el consentimiento informado y que tuviesen un acompañante que supervise sus tareas, iniciando su programa entre las semanas 11 y 20 de gestación; excluyendo a los demás sujetos que pudieran involucrarse eventualmente en el tema estudiado.

Para la presente investigación, la selección de casos se realizó en usuarias de las áreas de perinatología y obstetricia del INMP, siendo un establecimiento de salud de atención especializada de categoría III-2, excluyendo a otras áreas o instituciones no señaladas en el presente estudio.

El proceso de selección de casos se ejecutó en el periodo comprendido entre los meses de diciembre 2018 y marzo 2019, iniciando el programa de manera individual luego de la firma del consentimiento informado de cada caso estudiado y culminando con la última sesión de seguimiento con una duración total de 15 semanas con cada una de ellas.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general.

Determinar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima.

1.5.2. Objetivos específicos.

O2: Establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento.

O3: Analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en sus estrategias de afrontamiento al dolor: según los estilos de afrontamiento pasivo en sus factores de religión y catarsis, y de afrontamiento activo en sus factores de distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información, según los resultados en condiciones de evaluación pre-tratamiento o Línea Base (LB) y de tratamiento con seguimiento.

O4: Analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su valoración del dolor en sus factores de intensidad del dolor percibido y de tiempo de tolerancia al dolor experimentado, según los resultados en condiciones de evaluación pre-tratamiento o Línea Base (LB) y de tratamiento con seguimiento.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco histórico

De acuerdo con la reseña histórica sobre el dolor, Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz y Pérez (2005) exponen que hace miles de años atrás, el dolor para el hombre primitivo se generaba en el cuerpo físico, pero era atribuido a la obra de espíritus, de la magia o de los demonios, atacando desde el aspecto psíquico al dolor por medio de ritos mágicos, buscando la comunicación con los dioses o realizando hechizos, y desde el punto de vista físico, por medio de plantas, el uso de la sangre de animales y la aplicación de frío y de calor.

Conforme ha ido avanzando el desarrollo de la cultura y la ciencia, el dolor ha sido abordado desde diferente ángulo de visión; en el siglo XIX las ciencias fueron tomando mayor protagonismo y encontraron que el opio, la morfina, la codeína, la cocaína y el éter podían usarse para tratar el dolor. Así mismo, Müller establece en 1840 la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor, generando las bases de la neurofisiología moderna (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

En el siglo XX, Leriche, es el primero en publicar, mediante su libro *“La cirugía del dolor”*, la idea de dolor crónico como una enfermedad en 1939, y John Bonica y Alexander plantean la posibilidad de tratar al dolor en equipo; Bonica en 1944 implementa la primera unidad dedicada al tratamiento del dolor en un hospital de Washington (Pérez-Cajaraville et al., 2005) y en 1960 creó la primera clínica del dolor con intervención multidisciplinaria (Infante, 2002); a partir de ese momento, se fomenta el desarrollo de nuevas clínicas del dolor en otros países.

La ciencia siguió desarrollándose y ha proporcionado información relevante que genera la posibilidad de entender y controlar el dolor, principalmente por medio de medicamentos, con alternativas como la cirugía y otras estrategias menos invasivas, propiciando posibilidades en el desarrollo de tratamientos en las que se incluyen aspectos psicológicos en el estudio y tratamiento del dolor. Dos neurofisiólogos, Wall y Melzack, en 1982, gestaron una distinción inicial entre el dolor agudo, generado como un signo de alguna enfermedad, y el dolor crónico identificado como una enfermedad en sí misma (Moscoso, 2013); al respecto, Soucase, Monsalve y Soriano, (2005) exponen que:

(...) aunque son numerosas las investigaciones que han incluido los aspectos psicológicos y sociales en el estudio del dolor, será la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall (1965), y la formulación posterior de la teoría de la neuromatriz (Melzack, 1989; Melzack y Loeser, 1978), el primer intento por desarrollar un modelo integrador, tanto en la evaluación como en el tratamiento del dolor. Este hecho supone la reconceptualización de la experiencia dolorosa, definiendo ésta como el resultado de la interacción de las dimensiones sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa, siendo en ésta última donde cobran especial relevancia variables psicológicas como pueden ser los rasgos de personalidad, las conductas de dolor, la valoración que el paciente hace de su dolor o las estrategias de afrontamiento, entre otras (Franco, Cano y Blanco, 2000, p. 229).

En la actualidad, la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) ha elaborado la definición más aceptada sobre el dolor; lo entiende como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular, real o potencial” (López, 1996, p. 50), tratándose de una manifestación multidimensional en la que interactúan factores biológicos, comportamentales, psicológicos y sociales. Complementario a esto, la Asociación para el estudio del dolor, en el año 1986, generó una primera gran clasificación de los síndromes de dolor crónico (Moscoso, 2013), luego de la cual, y de manera progresiva se ha buscado elaborar nuevas alternativas multidisciplinarias para tratar estos síndromes.

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

Para el presente trabajo se realizó la búsqueda nacional e internacional de investigaciones relacionadas con el tema en gestantes; al encontrarse muy pocos antecedentes que puedan dar lugar a referencias directas se han tomado en cuenta también otros estudios relacionados a temas de dolor crónico en general de diferentes disciplinas de la salud humana.

- **Internacionales.**

Millegan, Morrison, Bhakta y Ram (2014) realizaron una investigación de reporte de caso sobre la técnica “Medicina mente-cuerpo” (MindBody Medicine – MBM) en el cuidado de un Marine norteamericano con dolor crónico por una herida de combate, en un programa de 06 semanas en base a autocuidado MBM y 07 meses de seguimiento. Se trabajó con el

enfoque MBM que propone la conexión inseparable entre cuerpo y mente incorporando: respuestas de relajación elicidadas regularmente por medio de diferentes modalidades de meditación; la construcción de resiliencia por medio de imaginación guiada, reestructuración cognitiva y psicología positiva; estilos de vida saludable a través de actividad física, nutrición y recuperación del sueño; fomento de conexiones sociales. Al final del tratamiento de seis sesiones el paciente tenía práctica regular meditativa y planeaba continuar con ella y mediar mejoras en auto eficacia, salud psicológica y calidad de vida; luego de 04 meses, su funcionamiento general, salud psicológica y calidad de vida, tuvieron mejora considerable a pesar de que no se mejoró la severidad de su dolor. La severidad de su dolor se redujo luego de una implantación quirúrgica de un neuro estimulador. Luego de 07 meses de finalizado el programa el paciente continuó mejorando en su calidad de vida y sus mejoras se mantuvieron.

Burke, Mathias y Denson (2015) realizaron una revisión meta-analítica calculando el tamaño del efecto *d* de Cohen en base a 110 estudios encontrados hasta el año 2013 acerca del funcionamiento psicológico de personas adultas que viven con dolor crónico, encontrando por primera vez que las personas con dolor crónico tienen más probabilidades de experimentar problemas psicológicos centrados físicamente que otros problemas psicológicos y que, a diferencia de la autoeficacia, el miedo al dolor está intrínsecamente relacionado con la experiencia del dolor crónico así como el dolor crónico está fuertemente asociado con ansiedad más que con depresión.

Casanova (2016), investigó la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico en Cádiz. La mujer seleccionada de 30 años sin hallazgos patológicos fue sometida a las siguientes evaluaciones: El Inventario de depresión de Beck (BDI) adaptada al español, la escala de fatiga (CIS20-R), el Multidimensional Pain Inventory (MPI), la escala de Autoeficacia del Control del Dolor (CADC), el Índice de Discapacidad de Oswestry, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI II) y el autoregistro. Se realizó el análisis funcional del caso, encontrando un diagnóstico de Trastorno por síntoma somático (F45.1), con predominio de dolor, persistente y moderado, y Trastorno depresivo persistente (distimia) (F34.1). Se elaboró un programa cognitivo conductual de 15 sesiones basado en la terapia cognitiva de Beck y además se usaron estrategias conductuales, como activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, un programa de aumento de la autoestima y terapia de solución de problemas; también se enfatizó en los aspectos relacionales que pudieran mantener conductas pasivas y de indefensión. El resultado indicó que durante la terapia, la paciente

modificó su estilo de afrontamiento del dolor y de otras situaciones vitales, pasando de usar estrategias pasivas, a generar estrategias de aceptación y afrontamiento activo, promoviendo el autocuidado, aceptando el trastorno como parte de su realidad y aplicando las técnicas aprendidas durante el tratamiento; por otro lado, modificó su estilo de comunicación con su entorno, promoviendo relaciones positivas con sus compañeros de trabajo; mejoró su estado anímico, eliminando o mejorando significativamente los principales síntomas de depresión; aunque la paciente informó que sí se moderó la cantidad de dolor que sentía, esto no se apreció en las medidas tomadas, en cambio, sí se reflejó una modificación positiva del afrontamiento global del dolor, la autoeficacia, la mejora en sus niveles de actividad y el decremento de su percepción de discapacidad, aminorando sus mensajes de autocrítica.

Se realizó un estudio multisectorial en un laboratorio de investigación clínica de Arizona que buscó determinar los efectos independientes de los predictores demográficos, psicológicos y genéticos de la tolerancia al dolor nocivo por frío. Los 89 sujetos sanos completaron la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) y el Cuestionario de Miedo al Dolor (FPQ – III), se sometieron a genotipado de polimorfismo de nucleótido único (SNPs) y completaron una prueba de criopresión por medio del Cold Pressor Test (CPT) en 1 o 2 grados Celsius introduciendo la mano no dominante en agua fría durante un máximo de tres minutos. La muestra consistió en 45 sujetos blancos, 23 asiáticos, 12 hispanos y 9 de otro tipo racial. La regresión de riesgos proporcionales de Cox indicó que: el sexo femenino, la raza asiática, y las puntuaciones crecientes de PCS y FPQ – III se asociaron con una menor tolerancia al dolor. Ningún candidato a nivel genético SNPs se asoció significativamente con la tolerancia al dolor (Patanwala et al., 2018).

A través de un estudio longitudinal y descriptivo con metodología observacional se investigó acerca del impacto de dos tratamientos terapéuticos, ejecutados habitualmente en el departamento de algología y cuidados paliativos del hospital universitario de Lieja (Bélgica), en las actitudes y creencias de 415 pacientes acerca de su dolor crónico, asignando a 89 pacientes a grupo control, 169 a grupo de fisioterapia/psicoeducación, y 157 a grupo de autohipnosis/autocuidado. La evaluación antes y después del tratamiento se realizó por medio de la encuesta de actitudes del dolor (SOPA-35); la intensidad del dolor por medio de la escala EVA, y la impresión global de cambio medido por medio de la escala de impresiones globales de cambio de pacientes (PGIC); la duración media entre la evaluación de la salud antes y después de la intervención fue de 9 ± 4 meses. Los datos estadísticos se procesaron por medio del software Statistica 10 y MANOVA. Los

principales resultados mostraron un efecto significativo de la fisioterapia /Psicoeducación en las subescalas SOPA de control, daño y cura médica; y un efecto significativo de la autohipnosis/autocuidado en las subescalas de control, discapacidad y cura médica. Los resultados de la correlación mostraron que la percepción del dolor se asoció negativamente con el control, mientras que se asoció positivamente con la discapacidad, y la creencia que el dolor significa daño. La impresión de mejoría de los pacientes se asoció con un mayor control, una menor discapacidad y con menor creencia que el dolor significa daño; la autohipnosis/autocuidado y la Psicoeducación/fisioterapia se asociaron con la evolución de las estrategias de afrontamiento de los pacientes de pasivo a activo, lo que les permitió reducir la percepción del dolor y mejorar su impresión global de la efectividad del tratamiento (Vanhaudenhuyse et al., 2018).

Ray-Griffith, Wendel, Stowe y Magann (2018), en una investigación de revisión de literatura sobre estudios y tratamiento farmacológico y no farmacológico en dolor crónico durante la gestación, publicada por la revista internacional para la salud de las mujeres [International Journal for Women's Health], llevada a cabo desde sus inicios hasta agosto del año 2016, basado en un total de 144 artículos que lograban el criterio de inclusión para la investigación, concluyeron su investigación indicando que el manejo del dolor crónico asociado con el embarazo ha sido poco estudiado, siendo las obstetras quienes primariamente se encargan del manejo de este tema, confirmando que hasta el momento sólo existen guías generales para los proveedores de salud.

En una investigación realizada por Ray-Griffith, Morrison y Stowe (2019) se describió la prevalencia y el manejo del dolor crónico durante el embarazo, por medio de una revisión retrospectiva de las gestantes que se presentaron al Programa de Salud Mental de la Mujer en la Universidad de Arkansas para Ciencias Médicas (UAMS) para una evaluación inicial entre julio de 2013 y junio de 2016 para obtener información demográfica y médica, incluidas las exposiciones farmacológicas. Los datos se describieron utilizando la media y la desviación estándar para datos continuos, y la frecuencia para datos categóricos. Las quejas de dolor y los medicamentos se presentaron como recuentos y porcentajes. Las diferencias entre mujeres con y sin dolor crónico se evaluaron mediante pruebas t para variables continuas y análisis de chi-cuadrado para variables categóricas. Los resultados mostraron que de las 156 gestantes que completaron la evaluación, fueron reportados 44 (28.2%) con dolor crónico. Las quejas más comunes incluyeron dolor de cuello y/o espalda (34%) y dolores de cabeza (31.8%). De las gestantes con dolor crónico, el 95.5% estaban tomando al menos un medicamento recetado (media =

2.6 ± 2.1, rango de 0-10). El paracetamol (43.2%) y los opioides (43.2%) fueron los más usados. La terapia no farmacológica incluyendo fisioterapia y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea se reportó en un 20.5%; las posibles explicaciones para la baja utilización de terapia no farmacológica incluyen la falta de acceso, eficacia, datos de seguridad reproductiva y/o cobertura del seguro. El presente estudio no identificó las tasas de uso de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de dolor crónico, pero la considera como un tratamiento efectivo que debe considerarse tanto para las condiciones de dolor crónico como para muchos trastornos psiquiátricos en el período perinatal. El presente estudio fue realizado en base a casos derivados de una clínica específica y no puede generalizarse a otra población sin enfermedad psiquiátrica.

- **Nacionales.**

Solano (2012), realizó una investigación de las relaciones entre la percepción del dolor crónico de una enfermedad reumática con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos en 45 personas evaluadas al asistir a su consulta médica, distribuidas en un 91% de mujeres y un 9% de hombres que cumplieran con el criterio de inclusión; la participación fue voluntaria en base a personas remitidas por otros profesionales y/o por personas evaluadas, durante 9 meses. Se utilizó como mecanismos de medición a la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff adaptada y validada para Perú, al cuestionario de estimación del afrontamiento COPE adaptado y validado para Perú, a la escala visual-analógica numérica para evaluar el dolor (EVA) y al Inventario de Depresión de Beck II en la versión argentina la cual ha sido utilizada antes en investigaciones peruanas. Los resultados obtenidos mostraron que el dolor no se relaciona con ninguna de las áreas del bienestar psicológico, pero presenta una moderada correlación positiva con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema, con los síntomas depresivos, con las estrategias de supresión de actividades competentes y con la postergación; además de una correlación negativa con la estrategia de liberar y enfocar emociones. Basados en las variables sociodemográficas y médicas, se observó una relación directa entre el grado de instrucción y todas las dimensiones del bienestar psicológico, excepto la de dominio del entorno; se encontró que el afrontamiento se relacionó de manera directa entre acudir a la religión y el grado de vivencia religiosa de los participantes; finalmente, se obtuvieron relaciones negativas entre la estrategia de negación y la comorbilidad, y entre la estrategia de enfocar y liberar emociones y el tiempo del diagnóstico.

Los investigadores, Koo, Callejas y Castro (2017) elaboraron un programa de atención con abordaje psicológico para pacientes con síndrome de fibromialgia (SFM), siendo una de las patologías más características de dolor crónico, en un hospital público de la ciudad de Chiclayo, aplicando un estudio descriptivo-propositivo. El proceso se fundamentó en una evaluación multidisciplinaria. Los objetivos del estudio fueron: mejorar la atención de los pacientes con la mayor coordinación entre los departamentos del hospital, optimizando sus recursos y elevando las expectativas y prestigio del hospital, incrementar el conocimiento del SFM en pacientes y en el personal, y establecer la relación del departamento de psicología con el tratamiento del SFM. El método de investigación utilizado fue el mixto o cuanti-cualitativo. La muestra de pacientes estuvo constituida por 14 individuos, procedentes de consulta en el departamento de reumatología, diagnosticados preliminarmente con SFM, del mismo hospital, durante el periodo julio del año 2015 a julio del 2016, quienes cumplieron los criterios de inclusión. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos de la muestra estuvieron determinados por métodos para evaluar estados ansiosos y depresivos en pacientes ambulatorios con las escalas de Zung, Los resultados de las evaluaciones mostraron que los pacientes con SFM muestran elevados niveles de ansiedad y depresión, razones importantes por las que se debe de incluir el trabajo conjunto con el departamento psicológico. Se concluye la investigación proponiendo un programa de atención bio-psico-social con una evaluación conjunta médico, psicológica, ocupacional, física, y de recuperación funcional principalmente, siendo el procedimiento más eficiente en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, sin restar importancia a otro tipo de terapias más simples. Para la estructuración de la estrategia y su elaboración se tomaron como base las experiencias en centros hospitalarios de otros países, así como los fundamentos médicos, psicológicos y de rehabilitación existentes.

Ugarte (2017) realizó un estudio comparativo del uso de estrategias de afrontamiento ante el dolor entre adolescentes y adultos, con enfermedades reumáticas, de un hospital de Lima Metropolitana, utilizando un muestreo no probabilístico de tipo intencional con una muestra de clasificación atípica conformada por 60 personas, entre adolescentes y adultos, empleando el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido (CAD-R) validado para Perú; se utilizó el estadístico no paramétrico de U de Mann-Whitney, encontrando que no existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre los adultos y adolescentes con esta patología. Según los resultados descriptivos, la Estrategia de

Afrontamiento mayormente utilizada fue la Autoafirmación, seguida por la Estrategia de Religión; la menos utilizada fue el Autocontrol Mental.

2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

El dolor físico, en su forma benigna cumple un propósito principal: avisar que algo no está funcionando bien en el organismo (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2006) y que es necesario darle algún tipo de atención al mismo. Tal como lo manifiestan Pedrajas y Molino (2008), según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) el dolor es definido como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño” (p. 279). En el caso de una gestante, este tipo de aviso doloroso o experiencia desagradable no necesariamente se debe a daño tisular real o potencial, sino que se genera durante su gestación debido al proceso de cambios en su cuerpo que permitirá mantener con vida al ser humano que ha concebido en su vientre y que se alojará y crecerá allí durante el tiempo que dure su gestación, debiendo afrontar estos cambios con el subsecuente dolor, de manera ineludible.

Para comprender mejor qué sucede en el cuerpo humano cuando se produce un estímulo doloroso, se debe acudir a la neurociencia, que puede explicar con detalle el proceso que sigue una señal dolorosa en cada organismo. El NINDS (2006), explica lo siguiente:

El destino más común en el cerebro para señales dolorosas es el tálamo y de allí pasa a la corteza, la sede general de los pensamientos complejos. (...) El dolor es un proceso complicado que implica una interacción intrincada entre un número de sustancias químicas importantes que se encuentran naturalmente en el cerebro y la médula espinal. (sección de Detonador del dolor: ¿Qué sabemos sobre el dolor?, párr. 2).

Como complemento, este Instituto también explica que el cuerpo genera analgésicos naturales favorables contra el dolor:

El cerebro puede indicar la liberación de analgésicos encontrados en la médula espinal, como la serotonina, la norepinefrina, y las sustancias similares a opiáceos. (...) Las endorfinas pueden ser responsables por los efectos de "sentirse bien" (...).

Similarmente, los péptidos, compuestos que componen proteínas en el cuerpo, juegan un papel en la respuesta al dolor, (...) especialmente dolor moderado a intenso.

(NINDS, 2006, sección de Detonador del dolor: ¿Qué sabemos sobre el dolor?, párr.7).

Añadido a lo anteriormente descrito, se debe de tomar en cuenta que el dolor puede ser medido desde 3 valores: umbral del dolor, mantenimiento de dolor y tolerancia al dolor (Carrillo et al., 2005); medir el dolor resulta importante para poder identificar el nivel de gravedad de una lesión y para comprender el progreso de un tratamiento (Serrano-Atero et al., 2002).

En cuanto a las características presentes a tener en cuenta para evaluar el dolor, estudios realizados en el laboratorio con esquimales, pieles rojas y caucásicos, entre otros tipos de personas, indican que casi todo el mundo tiene casi el mismo umbral del dolor; en lo que sí se diferencian unas personas de otras es en sus reacciones ante el dolor, ya que lo que para una resulta intolerable, no altera a otra, aunque ambas sientan dolor por lo cual se concluye que la tolerancia al dolor puede variar en un mismo individuo según las circunstancias y su estado psíquico (NINDS, 2006), por lo que para la presente investigación se tomó en cuenta a la tolerancia al dolor como medida evaluativa.

De manera complementaria, Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. y Casanova Carrillo, C. (2003) exponen que:

La percepción del dolor depende de complejas interacciones entre los impulsos nociceptivos en las vías ascendentes y la activación de los sistemas de inhibición descendentes. (...) en este contexto la importancia de los factores psicológicos, cognoscitivos y conductuales se han convertido en factores determinantes en el abordaje del dolor (p. 51).

Por otro lado, cuando hablamos de dolor, debemos diferenciar entre dolor agudo y dolor crónico; Catalá, Ferrándiz y Genové (2015) refieren que, mientras el dolor agudo se genera como una consecuencia inmediata de la activación de sistemas nociceptivos producidos por estimulación química, mecánica o térmica de receptores específicos, los cuales son de naturaleza protectora y biológica, donde los síntomas psicológicos son escasos y limitados a una ansiedad leve; el dolor crónico se diferencia del anterior debido a que no cumple una función protectora, sino que más bien puede ser considerado como una enfermedad en sí misma, ya que se trata de un dolor persistente que puede mantenerse durante largo tiempo después de una lesión o aun en ausencia de ella, mostrándose resistente a tratamientos, siendo asociado a síntomas psicológicos.

Comprendiendo lo anteriormente descrito, cuando una mujer sufre de dolor crónico previo e inicia su proceso de gestación, se encontrará frente una gran dificultad; sumado a las características ya generadas por su dolor crónico, y sabiendo que enfrentará otros

síntomas dolorosos producto de su embarazo, debe afrontar el hecho que no debe ingerir las medicinas usuales que sirven para reducir su dolor ya que pueden contener sustancias químicas que no son 100% seguras (Rivera y Lopera, 2012), dejándola con la responsabilidad de cargar con el dolor crónico durante su proceso de embarazo sin poder mitigarlo, asumir la responsabilidad de utilizar algún medicamento con las consecuencias que ello pueda desencadenar para ella y para su bebé, o terminar buscando controlar su dolor de manera alternativa por medio de estrategias de afrontamiento que pueden ser de tipo cognitivo o conductual, adaptativo o desadaptativo (Rodríguez et al., 2004); si se le dirige adecuadamente, la gestante que vivencia la experiencia dolorosa crónica podrá desarrollar estrategias complementarias que le permitan tener mejor calidad de vida mientras dure su gestación, y muy probablemente, también después del nacimiento de su bebé; una alternativa saludable y útil para la embarazada que presenta dolor crónico debe ser desarrollada de manera coordinada y conjunta, en el que se incluya procedimientos terapéuticos psicológicos para el abordaje de su dolor.

Gatchel y Okifuji, (como se citó en Ruvalcaba y Domínguez, 2009), explican la utilidad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del dolor crónico exponiendo lo siguiente:

La terapia psicológica en el DC se basa en la evidencia científica existente acerca del importante papel que los pensamientos y emociones desempeñan en la instalación y permanencia de la experiencia crónica, lo que ha conducido al desarrollo de técnicas específicas de intervención --principalmente de corte cognitivo conductual (p. 248).

Adicionalmente a lo anteriormente descrito, cuando se realiza una intervención psicológica de debe de tomar en cuenta la base científica para la eficacia de esta; Bados, García y Fusté (2002) lo explican de la siguiente manera:

Los autores que defienden una línea más científica consideran sólo como claramente eficaces a los tratamientos que cumplen las siguientes condiciones: 1) han sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo o de caso único, 2) han obtenido resultados superiores al no tratamiento (...), 3) los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes. Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas (p. 479).

Por todo lo anteriormente expuesto, la presente investigación buscó generar las condiciones apropiadas para el estudio científico del dolor crónico de los individuos seleccionados, mediante una medición de Línea Base (LB) y de tratamiento con

seguimiento psicológico, con diseño experimental de caso único, que permita observar si sus resultados serán superiores al no tratamiento en un total de 05 participantes a un programa de intervención cognitivo conductual, buscando generar las bases para que otros grupos de investigación lo puedan replicar.

2.4. Definición de términos básicos

- **Afrontamiento:** Se define como: “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, como se citó en Soriano y Monsalve, 2005, p. 92).

- **Dolor:** la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) la define como: “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular, real o potencial” (López, 1996, p. 50); la Real academia de la Lengua española (RAE) lo define como: “Sensación molesta y aflictiva en una parte del cuerpo” (2005).

- **Dolor agudo:** De acuerdo con la Norma Técnica de salud de la Unidad Productora de Servicios Tratamiento del dolor (MINSA, 2007) “Es el dolor de inicio brusco, provocado por daño tisular y que persiste por un periodo variable de tiempo hasta que la afección que lo origina se resuelve” (p. 11). El dolor agudo puede ser provechoso al alertar a la persona del peligro (Browder, 2012).

- **Dolor crónico:** Martínez (2016) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión y que persiste en más de tres a seis meses (...) [aún] después del curso habitual de una enfermedad aguda o después del tiempo razonable que sane una lesión” (MINSA, 2009, p. 11). Complementando lo anterior, Zegarra (2007) indica que el dolor crónico “no posee una función de protección, es persistente puede perpetuarse por tiempo prolongado después de una lesión, e incluso en ausencia de esta. Suele ser refractario al tratamiento y se asocia a importantes síntomas psicológicos” (p. 105). El dolor crónico no resulta provechoso en ninguna circunstancia debido a que suele reducir en gran medida la calidad de vida de las personas (Browder, 2012). El dolor crónico, en función al tiempo, es considerado como “aquél que persiste por más de tres meses, tiempo en el que normalmente una lesión aguda se resuelve”

(Ruvacalba y Domínguez, 2009, p. 247); también es considerado por otros profesionales de la salud como “un dolor (...) que se resiste a los tratamientos médicos convencionales” (Castel-Bernal et al., 2006, p. 44).

El dolor crónico puede clasificarse por ubicación anatómica, origen (oncológico y no oncológico), sistema (neuropático y no neuropático), o causa (traumática y no traumática). También puede clasificarse en siete tipos: dolor crónico primario, dolor crónico de origen oncológico, dolor crónico post quirúrgico o post traumático, dolor crónico neuropático, cefalea y dolor orofacial crónico, dolor crónico visceral, o dolor crónico músculo esquelético (Treede et al, 2015).

- **Dolor experimental:** Lima Mompó et al. (2003) lo definen como:

Aquel en el que el estímulo que lo produce es conocido, manipulado y controlado por el investigador en condiciones de laboratorio, en los que el individuo acepta participar voluntariamente. El uso de los procedimientos de inducción de dolor permite, entre otras cosas, evaluar en condiciones controladas la eficacia de los tratamientos, analizar cuáles son las variables que ejercen un efecto diferenciador de la experiencia (p. 51).

- **Estrategias de afrontamiento al dolor:** Soriano y Monsalve (2005) consideran que las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en adaptativas o desadaptativas, encontrando relaciones entre el uso de determinadas estrategias y su grado de adaptación al dolor, tomando en cuenta que:

(...) las estrategias más adaptativas resultan ser distracción, autoafirmación y búsqueda de información (Monsalve y Soriano, 2002), siendo la estrategia de autoafirmación la que mejor predice la disminución en ansiedad y depresión en enfermos con dolor crónico (Soucase, Monsalve y Soriano., 2005). Por otra parte, trabajando con grupos de individuos adaptados vs. desadaptados, la estrategia de uso de la religión discrimina entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo desadaptado (Soucase, Soriano y Monsalve, 2005). (Soriano y Monsalve, 2005, p. 97).

Ramírez-Maestre (2002) refiere respecto a las estrategias de afrontamiento en los adultos lo siguiente:

Costa y McCrae (1993; Costa, Zonderman y McCrae, 1991; McCrae y Costa, 1990) defienden que las estrategias de afrontamiento utilizadas por un individuo apenas cambian a lo largo de su vida adulta. (...) [Quienes] exhiben deficiencias en los

mecanismos de afrontamiento en edades tempranas es probable que continúen con los mismos problemas en edades superiores si no se ha intervenido sobre ellos (p. 43).

Soucasse et al. (2004), exponen como consecuencia de sus investigaciones que, frente a las estrategias de afrontamiento al dolor, los pacientes ALTOS en EVA en comparación con los pacientes BAJOS en EVA tienden a obtener puntuaciones significativamente más altas en el uso estrategias de afrontamiento pasivas evaluadas a través del cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD).

- **Edad gestacional:** Es el tiempo de duración de la gestación que se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en el que se encuentra el embarazo cuando se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (MINSA, 2013).

- **Embarazo:** Para Menéndez, Navas, Hidalgo y Espert (2012), la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que:

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación) (...). El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (p. 334).

- **Mujer gestante:** En el embarazo humano, se refiere a la “mujer en estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto” (Muñoz, Sánchez, Restrepo y Cárdenas, 2010, p. 13).

- **Programa cognitivo conductual:** Definido como “Conjunto organizado, coherente e integrado de procedimientos terapéuticos cuyo objetivo es que el paciente afronte del modo más adecuado posible el impacto que el dolor tiene en su vida” (Vallejo como se citó en Infocop, 2010).

- **Sensación térmica:** Browder (2012) al respecto, explica que: “La temperatura se percibe mediante receptores específicos para calor y frío situados apenas bajo la piel. (...) Los receptores del dolor también participan en la sensibilidad a la temperatura” (p. 416).

- **Tolerancia al dolor:** Puede definirse como “(...) la capacidad que tiene el individuo de soportar un estímulo doloroso sin mostrar signos físicos de dolor” (Browder, 2012, p. 433); es única de cada sujeto y depende de estrategias de afrontamiento al dolor y de la valoración individual del dolor (Chóliz, 1994).

Es el umbral más alto del dolor experimental, y se refiere al punto en que el individuo no está dispuesto a aceptar el estímulo nocivo a una magnitud mayor o durante más tiempo (...) Este parámetro depende en mayor medida de factores de índole psicológico (Serrano-Atero et al., 2002, p. 99).

- **Valoración del dolor:** Es la estrategia que se utiliza para evaluar el dolor; “(...) es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes con procesos álgicos, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamiento” (Serrano-Atero et al., 2002). En trabajos realizados en laboratorio para evaluar la efectividad de un tratamiento resulta valioso medir el tiempo de tolerancia al dolor y/o la cantidad o intensidad de dolor que puedan informar individuos tanto de un grupo control como de algún grupo experimental, (Masedo, 2003), por lo tanto, para evaluar el dolor, se debe considerar a los valores de tiempo de tolerancia al dolor experimentado y a la intensidad del dolor percibido.

- **Valoración de intensidad del dolor:** Es un parámetro universal que cuantifica la intensidad de un proceso doloroso percibido por un paciente en un período de tiempo por medio de una escala. Si bien, existen muchos formatos de escala de medición de la intensidad del dolor, para la presente investigación se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA); ideada por Huskinson en el año 1976, siendo considerada como el método de medición utilizado con mayor frecuencia para la valoración del dolor (Amaya 2013); elaborada como una línea horizontal de 10 centímetros, donde en cada extremo se encuentran las expresiones extremas del dolor, indicándose en el extremo izquierdo la frase “sin dolor” y en el derecho “máximo dolor imaginable”; el paciente marca en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. Se considera un dolor leve cuando la puntuación es igual o menor a 03, moderado a grave cuando es mayor de 03 y menor o igual a 06, y muy intenso si es mayor a 06 (Claret, 2012); como complemento, se añadió la escala numérica a la escala EVA, la cual facilitará la medición de la intensidad del dolor.

- **Valoración del tiempo de tolerancia al dolor:** Para la evaluación del dolor por criopresión, Staats, Hekmat y Staats (como se citó en Carrillo et al., 2005), lo define como “la duración total en segundos de la inmersión de la mano desde su introducción hasta su retirada” (p. 228).

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general.

H1: El programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, incrementará el nivel de tolerancia al dolor frente a una evaluación de línea base y de tratamiento con seguimiento en la selección de sujetos de la población objetivo.

2.5.2. Hipótesis específicas.

H2: Al establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, a nivel intra-sujeto, por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento, se encontrará un estilo de afrontamiento al dolor mayoritariamente de tipo pasivo, y un nivel de valoración del dolor con alto nivel de intensidad de dolor y reducido tiempo de tolerancia al dolor.

H3: Al analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su afrontamiento al dolor, según los estilos de afrontamiento pasivo en sus factores de religión y catarsis, y de afrontamiento activo en sus factores de distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información, según los resultados en condiciones de evaluación de línea base (LB) y de tratamiento con seguimiento, se encontrará diferencias significativas en cuanto a su estrategia de afrontamiento al dolor inicial.

H4: Al analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, a nivel intra-sujeto, en su valoración al dolor en sus factores de intensidad del dolor y tiempo de tolerancia al dolor, según los resultados en condiciones de evaluación de línea base (LB) y de tratamiento con seguimiento, se encontrará un menor nivel de intensidad al dolor percibido y mayor tiempo de tolerancia al dolor experimentado en cuanto a su valoración al dolor inicial en cada una de ellas.

2.6. Variables

- Operacionalización de la Variable Independiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES (correspondencia)	ITEM	INSTRUMENTO
Programa cognitivo conductual	Conjunto organizado, coherente e integrado de procedimientos terapéuticos cuyo objetivo es que el paciente afronte del modo más adecuado posible el impacto que el dolor tiene en su vida (Vallejo como se citó en Infocop, 2010)	<p>a. Afrontamiento al dolor</p> <p>b. Valoración del dolor</p>	<p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Incremento de la actividad física. (distracción, catarsis) * Reducción de la hiperreactividad emocional. (distracción, catarsis, religión, autoafirmación, búsqueda de información, autocontrol mental) * Focalización externa de la atención (religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, búsqueda de información) * Asertividad (religión, catarsis, autocontrol mental, autoafirmación) * Revaloración del dolor. (religión, catarsis, autoafirmación, búsqueda de información, distracción) * Reestructuración cognitiva (religión, catarsis, autoafirmación, búsqueda de información, distracción) * Distribución, espaciamento y no evitación de la actividad. (distracción, autoafirmación, autocontrol mental, búsqueda de información) <p>b.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Respiración diafragmática. (tiempo de tolerancia al dolor, intensidad del dolor) * Relajación progresiva de Jacobson / relajación por claves. (tiempo de tolerancia al dolor, intensidad del dolor) 	<p>a. Sesiones 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</p> <p>5, 6, 7, 8, 9</p> <p>6, 7, 8, 9</p> <p>6, 7, 8, 9</p> <p>7, 8, 9</p> <p>7, 8, 9</p> <p>8, 9</p> <p>b. sesiones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</p> <p>2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</p>	Programa cognitivo conductual "esperando feliz a mi bebé" adaptado para gestantes basado en el Programa para el manejo del dolor crónico de Phillips y Rachman (1996)

- **Operacionalización de la variable dependiente.**

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
Tolerancia al dolor	“Capacidad que tiene el individuo de soportar un estímulo doloroso sin mostrar signos físicos de dolor” (Browder, 2012, p. 433). Depende de estrategias de afrontamiento al dolor y de la valoración individual del dolor (Chóliz, 1994)	Afrontamiento al dolor: a. Evaluación del Afrontamiento pasivo b. Evaluación del Afrontamiento Activo	a. Afrontamiento pasivo * Religión * Catarsis b. Afrontamiento activo * Distracción * Autocontrol mental * Autoafirmación * Búsqueda de información	Según escala Likert 0(nunca) – 5(siempre) 3, 9, 14, 20 4, 10, 15, 21 1, 7, 12, 18 5, 11, 16, 22 6, 17, 23 2, 8, 13, 19	Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico validado para Perú (CAD-R) (Ugarte, 2017) a. Cold Pressor test (CPT) b. Escala visual análoga (EVA)
		Valoración del dolor: a. Evaluación del Tiempo de tolerancia al dolor experimentado b. Evaluación de la Intensidad del dolor percibido	a. Según tiempo medido en segundos de 0" a 270" b. Según Intensidad 0 (sin dolor) - 10 (dolor máximo)	a. Se califica la segunda inmersión b. Se califica la segunda puntuación	

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo, Método y Diseño de investigación

Una de las razones por las cuales se desarrollan experimentos con organismos individuales es debido a la necesidad de estudiar a un sujeto que presenta características peculiares (Castro 1990); las gestantes que se seleccionaron para la presente investigación presentaban características muy peculiares en un período muy corto de su proceso de gestación (segundo trimestre de gestación con presencia de dolor crónico antes del inicio del embarazo).

Respecto a la cantidad de individuos que se utilizan en un diseño de caso único, Roussos (2007) explica lo siguiente:

Un error común (...) es creer que los diseños de caso único solamente pueden analizar a un único sujeto. Esta difundida creencia se basa en la denominación del tipo de diseño. Sin embargo, en la práctica los diseños de caso único pueden considerar sujeto a un grupo de personas o a dos o más casos. Así mismo un estudio de caso único puede considerar a dos o más sujetos (p. 264).

Complementando lo anteriormente descrito, en la metodología conductual para el diseño de caso único, Castro (1990) indica que “la mayoría de los experimentadores que emplean este tipo de diseño sólo incluyen unos cuantos sujetos, por lo general menos de diez y con cierta frecuencia solamente uno” (p. 181); como expone Roussos (2007) “Lo que delimita un estudio de caso único entonces no es la cantidad de casos (que debe ser baja, por supuesto) sino la forma de análisis de los mismos” (p. 264).

Por lo antes señalado, y debido a la limitación para conocer con anticipación la cantidad de pacientes que podían formar parte de la selección de casos para la presente investigación, y frente a la peculiaridad que se buscó como criterios de inclusión de la selección de casos, se desarrolló un estudio de tipo prospectivo con cinco casos individuales, y se trabajó con el siguiente método de investigación con cada caso:

- Se ejecutó el Diseño experimental de caso único; de línea base Univariable Bicondicional A-B con seguimiento, donde A corresponde a un diseño de base de respuestas estable, la cual se pudo obtener tomando registros que permitieron analizar la tendencia y variabilidad de la tolerancia al dolor de cada gestante seleccionada antes de la aplicación del programa; después, se aplicó el programa cognitivo-conductual y se

procedió a repetir la serie de registros, durante las sesiones impares, sobre la misma conducta inicial evaluada, en la fase B o fase de tratamiento continuando con el seguimiento durante la primera semana, segunda semana, cuarta semana y sexta semana luego de culminado el programa con cada caso estudiado.

- Se procedió a la obtención de los resultados de cada caso y finalmente, se procedió a la interpretación de los resultados intra sujeto, evaluando la magnitud de cambio terapéutico o tamaño del efecto del tratamiento midiendo el porcentaje de datos no solapados (PND por sus siglas en inglés percentage of nonoverlapping data) definido como:

(...) porcentaje de datos de la fase de tratamiento que excede al dato más extremo de la LB, y se calcula contando el número de datos de la fase de tratamiento que superan (por encima en las medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales) al dato más extremo de la LB (el más alto en las medidas funcionales o el más bajo en las medidas disfuncionales) y dividiendo este número por el número total de datos en la fase de tratamiento (Sanz y García-Vera, 2015, p. 170).

La fórmula utilizada PND, de acuerdo con lo anteriormente expuesto se expresa de la siguiente forma:

$$PND = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

También se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes, la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM por sus siglas en inglés percentage of data points exceeding the median) definido como:

(...) porcentaje de datos de la fase de tratamiento que supera (por encima en las medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales) a la mediana de los datos de la LB (Sanz y García-Vera, 2015, p. 171).

La fórmula utilizada PEM, de acuerdo con lo anteriormente expuesto se expresa de la siguiente forma:

$$PEM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

Teniendo en cuenta que los valores de PND y de PEM varían en un rango de 0 a 100% cada uno; la interpretación de la efectividad del tratamiento tanto de PND como de PEM en este tipo de diseño han sido expresados en la tabla 1.

El uso de estadístico utilizado fue de tipo informativo (Castro, 1990).

Tabla 1

Valores convencionales para interpretar los índices de tamaño del efecto PND y PEM en diseños de caso único.

Índice	Valores	Interpretación	Referencia
PND	< 50%	Tratamiento no efectivo	Scruggs
	50% - 69%	Efectividad cuestionable	Y
	70% - 89%	Tratamiento bastante efectivo	Mastropieri
	> 90%	Tratamiento muy efectivo	(1998)
PEM	< 70%	Tratamiento cuestionable o no efectivo	Ma
	70% - 89%	Tratamiento moderadamente efectivo	(2006)
	90% - 100%	Tratamiento muy efectivo	

Nota. PND = porcentaje de datos no solapados; PEM = porcentaje de datos que exceden a la mediana.

Fuente: Sanz y García-Vera - Clínica y Salud 26 (2015)

3.2. Población y muestra

El hospital nacional de Lima (INMP), es una institución categorizada en el año 2006 como un Establecimiento de Salud III-2, y considerada como la de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal en el país, incorporando la investigación y enseñanza a su misión institucional (INMP, 2018).

El INMP, en el año 2017, atendió un total de 9884 gestantes en consulta gineco-obstetricia, de las cuales, 1564 eran adolescentes (ver tabla 2).

Tabla 2

Consultorios externos-atención prenatal INMP 2016 – 2017

ATENCIÓN PRENATAL POBLACIÓN GENERAL	2016	2017	ATENCIÓN PRENATAL ADOLESCENTES	2016	2017
Atendidas	13,954	9,884	Atendidas	1,366	1,564
Atenciones	60,410	42,461	Atenciones	5,575	6,645

Nota: Fuente: MINSA – Instituto de Gestión de Servicios de Salud- Instituto Nacional Materno Perinatal

Elaboración: Instituto Nacional Materno Perinatal – Oficina de Estadística e Informática

A pesar de tener estos datos estadísticos anuales de la institución, al realizar la búsqueda de información sobre la cantidad de gestantes atendidas por dolor crónico, no se encontró una base de datos previa, en años anteriores ni hasta la fecha de ejecución de la investigación; no se había instalado o generado aún una Unidad del Dolor en la institución, y tampoco era un factor tomado en cuenta para anteriores datos estadísticos del hospital.

Por lo anteriormente expuesto, no se contaba con una población base claramente preestablecida para la presente investigación, la cual debía consistir en pacientes gestantes atendidas por atención prenatal de la institución en el período comprendido entre los meses de diciembre 2018 y marzo 2019 y que presentaban dolor crónico previo a su embarazo, por lo que se procedió a la búsqueda de casos en base a la población accesible que se encontró entre esos meses en las áreas de perinatología y ginecología de la institución.

3.2.1. Diseño de selección de casos

- *Tipo de selección de casos y método de selección.*

El tipo de selección de casos utilizado fue de tipo no probabilístico con método intencional o dirigido (Hernández et al., 2014), ya que la elección de las gestantes con las características especificadas necesarias para la presente investigación no dependió de la probabilidad sino del objetivo específico del estudio.

- ***Criterios de la Selección de casos.***

Criterios de inclusión.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta las participantes que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Que desearon participar en el estudio voluntariamente firmando el consentimiento informado.
- Mujeres gestantes mayores de edad, o menores de edad (entre los 15 y los 17 años) que contaron con autorización de sus padres, dispuestas a iniciar el programa entre la semana 11 de gestación y las 20 semanas de gestación.
- Presencia de dolor crónico no oncológico.
- Reducido tiempo de tolerancia al dolor medido por cronómetro (menor o igual a 90 segundos).
- Nivel grave o muy intenso de dolor, medido por la escala EVA del dolor (a partir del nivel 6 de dolor).
- Presencia de niveles altos de estilo de afrontamiento al dolor de tipo pasivo (Religión, catarsis), medido por el cuestionario de afrontamiento al dolor crónico (CAD-R) validado por Ugarte (2017).
- Sin patología psiquiátrica asociada.
- Con un familiar cercano o pareja dispuesto a colaborar durante el programa de manera presencial para la supervisión y control de actividades y tareas.

Criterios de exclusión.

- Mujeres que cursaban embarazo de alto riesgo y que requerían atención obstétrica o médica especializada.
- Gestantes con enfermedades médicas que requerían atención obstétrica o médica especializada que contraindicaba el adecuado seguimiento del programa.
- Gestantes con cáncer o asociados a procesos oncológicos.
- Gestantes que presentaron algún diagnóstico psiquiátrico previo.
- Pacientes con diagnóstico de depresión grave, la cual se definió con una evaluación ante sospecha de depresión (Zung o similar).
- Pacientes consumidoras de drogas ilegales lo cual se definió en base a los datos encontrados en su ficha clínica o en la ficha de recolección de datos.
- Poseer alguna limitación física o sensorio-perceptiva que no permitiese el adecuado seguimiento al programa.

- Gestantes con deficiencia intelectual, la cual se definió con una evaluación ante sospecha de deficiencia intelectual (test de RAVEN o similar).

Criterios de eliminación.

- Inasistencia a una o más sesiones del programa (muerte experimental).
- Incumplimiento de la ejecución de tareas para la casa.
- Incumplimiento del familiar o la pareja (colaborador) con su rol de supervisión de tareas y actividades.

- ***Tamaño de la selección de participantes.***

La institución no había generado datos estadísticos previos sobre población gestante que presentaba dolor crónico, razón por la cual, no se conocía con exactitud la cantidad de casos con la que se contaría para la presente investigación, por lo que la cantidad de participantes se estableció por búsqueda de 05 casos durante un período de 04 meses entre el mes de diciembre del año 2018 y el mes de marzo del año 2019 en las áreas de perinatología y obstetricia de la institución; usuarias gestantes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para el estudio a nivel individual. Durante los 04 meses de búsqueda, se encontró 05 participantes gestantes con dolor crónico, de nacionalidad peruana, cuyas edades fluctuaban entre los 15 años y los 40 años, pacientes de la institución que cumplían con los requisitos antes indicados, quienes firmaron el consentimiento informado, contando con la aprobación y disposición de sus parejas o apoderados quienes además participaron en el rol de supervisión de tareas y actividades del programa.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- **Ficha de Recolección de Datos.** Todas las participantes llenaron previamente una ficha que contenía los datos personales necesarios para la selección de las mismas en la investigación; los aspectos recopilados fueron: nombre (que queda en reserva por criterios éticos), nacionalidad, edad, nivel de instrucción, estado civil, con quiénes vive, embarazos previos, tiempo de gestación en semanas, diagnóstico médico (si lo hubiese), localización del dolor, frecuencia, duración e intensidad del dolor usual, síntomas, si ese tipo de dolor afecta el desarrollo de sus actividades diarias, si solicitó ayuda de especialistas para la

atención de su dolor, pautas de medicación (si la hubiese), tipo y duración del tratamiento (si lo hubiese), si solicitó ayuda psicológica para su tipo de dolor (ver anexo D).

- **Ficha de evaluación del dolor del Cold Pressor Test.** Se llenó una ficha donde se cuantificó la temperatura del agua de cada recipiente tal como se indica para la aplicación del CPT(Carrillo et al., 2005), medida por termómetro, para asegurar que se mantenga la temperatura dentro de los parámetros de la investigación en cada evaluación. También se cuantificó con un cronómetro el tiempo de duración en cada fase de cada evaluación de valoración del dolor (tiempo de tolerancia e intensidad del dolor) y se incluyeron los datos encontrados en la segunda aplicación de cada evaluación (Miró y Raich, 1992) (Ver anexo F).

- **Escala Visual Análoga (EVA).** Se utilizó esta escala, ideada por Scott Huskinson en 1976. Es una escala estandarizada que se enseñó a cada paciente participante para evaluar la cantidad de dolor percibido. En cada evaluación, la participante debía indicar, en la línea de esta escala, la intensidad aproximada del dolor que experimentó; el puntaje obtenido en cada ocasión se ingresó a la ficha de evaluación del dolor de cada paciente seleccionada (ver anexo G).

- **Evaluación del afrontamiento al dolor:** se realizó por medio de la adaptación peruana del Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD-R) validado por Ugarte (2017) (ver anexo H).

3.4. Descripción de procedimientos de análisis

3.4.1. Recolección de datos.

Contando con la aprobación previa de la Institución con la que se realizó la presente investigación, la recolección de datos se inició encuestando usuarias gestantes que acudieron a la institución y que esperaban en la parte externa de los consultorios de obstetricia y perinatología presentando dolor crónico previo a su embarazo; luego de revisar su historial médico se procedió a seleccionar cinco casos de manera individual quienes presentaron los criterios de inclusión para la investigación, invitándolas a participar al programa por medio de la firma de la ficha de consentimiento informado de manera voluntaria (ver anexo I). Si la paciente gestante era menor de edad, uno de los

padres o su tutor firmaba la autorización por medio de la ficha de consentimiento informado para menores de edad (ver anexo J). Se estableció sesiones semanales continuas tanto para la recopilación de información previa, así como para la realización del programa y se generó el compromiso de asistir a sesiones de seguimiento luego de concluido el programa. La evaluación pre tratamiento o de línea base (LB) se realizó en cada una de las dos sesiones de recopilación de información y al inicio de la primera sesión de tratamiento; la evaluación y recogida de información durante la realización del programa se estableció en las sesiones impares tres, cinco, siete y nueve, para la fase de intervención; también se estableció la evaluación de seguimiento post tratamiento con cada caso seleccionado en las semanas uno, dos, cuatro y en la semana seis luego de finalizado el programa.

3.4.2. Procedimiento.

Durante las primeras dos semanas, antes del inicio del programa, se realizó el llenado de la ficha de recolección de datos; se aplicó el cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico CAD-R validado (Ugarte, 2017) para evaluar la utilización de estrategias de afrontamiento al dolor, así como también se les aplicó el CPT (Carrillo et al, 2005) para medir la valoración del dolor, evaluando el tiempo de tolerancia al dolor por medio de un cronómetro, y la intensidad de dolor percibido utilizando la escala EVA del dolor, anotando la información de la segunda inmersión en la ficha de evaluación del dolor; se generó el establecimiento de la línea base (LB) incluyendo la evaluación similar realizada al inicio de la primera sesión del programa con cada una de las participantes. Cabe mencionar que la línea base de cada uno de los casos investigados no se extendió a más de tres datos considerando la estabilidad alcanzada, así como el compromiso por una atención oportuna para cada uno de los casos seleccionados.

Se inició el programa que duró nueve semanas con cada caso seleccionado de manera individual, evaluándolas con los mismos instrumentos al finalizar cada una de las sesiones preestablecidas (impares).

Luego de finalizar el programa se citó nuevamente a las mismas gestantes seleccionadas y se recolectó la información realizando la evaluación de seguimiento de cada una durante las semanas 1, 2, 4 y 6 luego de concluido el programa con las mismas variables dependientes iniciales de cada caso investigado.

Se procedió a la calificación y procesamiento de la información intra-sujeto; se realizó el análisis de los resultados obtenidos, y se generaron las conclusiones de la investigación.

Cabe resaltar que toda la investigación se realizó respetando las consideraciones éticas que garantizan el beneficio de cada participante.

Consideraciones éticas.

Para la presente investigación se tuvo en cuenta los principios generales contemplados en el código de ética profesional del psicólogo peruano tal como lo indica colegio de psicólogos del Perú (2017) y el código de conducta de la American Psychological Association (APA) (2016) para el ejercicio de la profesión de la psicología y específicamente a las disposiciones para la actividad de investigación científica. El presente trabajo no colisiona con los aspectos éticos, toda vez que la información se recogió en forma personalizada, con consentimiento previo, y se mantuvo y se protegió la confidencialidad de la información sensible.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados y el análisis de resultado cada caso investigado se muestran a continuación de manera individual.

4.1. Resultados

4.1.1 Resultados del Caso 1.

La paciente 1, Ana (nombre ficticio), es una adolescente soltera de 15 años que vive con su madre, primigesta, peruana de nacimiento, con nivel de educación básica primaria incompleta, con una gestación de 13 semanas y 04 días.

Ana presentaba dolores de cabeza continuos, sobre todo en las tardes, además presentaba el diagnóstico de lupus eritematoso que le fue diagnosticado desde los 12 años.

Ana comentó que sus dolores en la cabeza se iniciaron cuando fue diagnosticada con lupus, aunque explicó que su médico le indicó que este problema era normal pero que no estaba relacionado con su enfermedad.

Desde que comenzó su proceso de gestación, los dolores de cabeza se volvieron más incapacitantes para ella, ya que prácticamente todas las tardes se veía obligada a quedarse en cama por el dolor que sentía llegando incluso a no poder ir a estudiar; debido a ello, el médico le recetó paracetamol de 500mg; el cual toma 2 o 3 veces a la semana. Según manifestó, su nivel usual de dolor en la escala EVA era de 7/10 pudiendo llegar hasta 10/10 en algunas ocasiones.

Debido a su sintomatología de dolor crónico presente, se le ofreció participar en un programa cognitivo conductual de tratamiento individual de nueve sesiones semanales para ampliar la tolerancia al dolor; con el consentimiento informado de la madre y de la adolescente, ambas lo aceptan, siendo la madre quien también participará apoyando con el seguimiento de actividades a lo largo del programa.

Durante las sesiones de evaluación pre-tratamiento, Ana completó el CAD-R validado (Ugarte, 2017) así como la evaluación de la valoración del dolor, inducido por medio del CPT (Carrillo et al., 2005) calificando su nivel de intensidad del dolor con la escala EVA y el tiempo de tolerancia al dolor medido por cronómetro; los resultados de las evaluaciones en cada una de estas sesiones pasaron a formar parte de la línea base (LB) junto a las medidas tomadas al inicio de la primera sesión de tratamiento.

Durante el programa se estableció evaluaciones similares al finalizar cada una de las sesiones impares; luego de finalizar el programa se llevó a cabo seguimientos evaluativos a la semana siguiente, a las dos semanas, a las cuatro semanas y a las seis semanas de culminado el programa; durante todos ellos, Ana volvió a completar todas las evaluaciones.

- ***Resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 1:***

Para el caso 1 (Ana), la tabla 3 identifica los resultados de su afrontamiento al dolor en base a la aplicación de cada evaluación de la adaptación peruana del CAD-R (Ugarte, 2017) en cada una de sus seis dimensiones tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento; también se pueden apreciar los resultados de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba.

Para entender mejor la tabla 3, cabe resaltar que cada estrategia de afrontamiento del cuestionario CAD-R validado (Ugarte 2017) muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto la estrategia de Autoafirmación que tiene un rango de puntaje entre 3 y 15 puntos. A nivel figura, los resultados de esta evaluación en cada dimensión, tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, se pueden observar en la figura 1.1 (ver listado de figuras), mostrando las siguientes puntuaciones resultantes:

- Dimensión Religión: A lo largo de la línea base se presentó una estabilidad de nivel con puntajes entre 19 y 20 puntos. Respecto a la fase de intervención, se observó un patrón de cambio de nivel abrupto donde los puntajes se mantuvieron entre 14 y 12 puntos, continuando en la fase de Seguimiento observándose que mantuvo una estabilidad de nivel con ligera tendencia descendente, con puntajes que se mantuvieron entre 12 y 10 puntos.

Tabla 3

Resultados de evaluación CAD-R y CPT en caso 01

CASO 1	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
(CAD-R)	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
Afront. Pasivo	34	36	35	29	24	27	24	20	21	18	21	35.00
Religión	19	20	20	14	12	14	12	11	12	10	12	20.00
Catarsis	15	16	15	15	12	13	12	9	9	8	9	15.00
Afront. Activo	42	40	44	42	57	60	65	62	65	67	68	42.00
Distracción	14	13	14	11	15	16	16	15	15	15	16	14.00
Autocontrol mental	11	10	11	11	17	16	16	17	20	20	20	11.00
Autoafirma.	7	7	7	10	12	13	15	14	14	15	14	7.00
Búsqueda de Información	10	10	12	10	13	15	18	16	16	17	18	10.00

Caso 1	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
CPT	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
t.Tolerancia al dolor	27"	31"	30"	29"	43"	248"	270"	270"	270"	270"	270"	30"
EVA	10	10	8	8	6	0	0	0	0	0	0	10

Nota. Evaluación CAD-R correspondiente a cada una de las dimensiones evaluadas para el caso 1. Evaluación CPT correspondiente a la segunda inmersión de cada sesión para el caso 1. Tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos e intensidad del dolor en escala de 0 -10. También se calculó la mediana en cada dimensión de la Línea Base (LB). CAD-R= Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Carrillo, Collado y Rojo, 2005).

- Dimensión Catarsis: A lo largo de la línea base se presentó una estabilidad de nivel con puntajes de 15, 16 y 15 puntos, respectivamente. En la fase de intervención se observó un cambio de tendencia abrupto, iniciando en 15 puntos y bajando de puntuación hasta llegar a los 12 puntos; durante el seguimiento continuó el cambio de tendencia llegando a un nivel entre 8 y 9 puntos.

- Dimensión Distracción: Se observó con una estabilidad de nivel en la línea base con puntajes de 14, 13 y 14 puntos respectivamente. Durante la fase de intervención se observó cambio de tendencia inicial negativa a 11 puntos, que luego cambió nuevamente a tendencia temporal positiva, logrando una estabilidad entre 15 y 16 puntos, la cual se mantuvo en la fase de seguimiento.

- Dimensión Autocontrol mental: tal como se puede observar en la figura 1.1 (ver listado figuras) se mantuvo una estabilidad de nivel en la línea base con 11, 10 y 11 puntos respectivamente. En la fase de intervención se observó un cambio de tendencia temporal que se inició en 11 puntos, el cual llegó al tope máximo de 20 puntos en la fase de seguimiento, manteniéndose en ese puntaje hasta la última evaluación.

- Dimensión Autoafirmación: Se pudo observar la estabilidad de la línea base en 7 puntos. Durante la fase de intervención, se observó un cambio de tendencia positivo temporal, iniciando con 10 puntos y llegando al nivel de 15 puntos, la cual se mantuvo en un nivel entre 15 y 14 puntos en la fase de Seguimiento.

- Dimensión Búsqueda de información: Esta dimensión mantuvo una línea base estable entre 10 y 12 puntos, generándose un cambio de tendencia durante la fase de tratamiento que iba desde los 10 puntos hasta los 18 puntos, logrando mantenerse como cambio temporal en un nivel de 16 a 18 puntos en la fase de seguimiento.

Como complemento, en esta evaluación se pudieron identificar los resultados de los estilos de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba, generándose los siguientes resultados para el caso 1:

- Afrontamiento Pasivo: Esta dimensión se observó con una línea base con estabilidad de nivel en un puntaje promedio de 35 puntos, observándose un cambio de tendencia abrupta

en la fase de intervención que inició en 29 puntos y descendió hasta lograr 24 puntos, puntaje que continuó descendiendo en la fase de seguimiento manteniéndose estable en un nivel promedio de 20 puntos.

- Afrontamiento Activo: En la línea base se identificó puntajes de 42, 40 y 44 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se observó un cambio temporal de nivel positivo que se inició en esta fase con 42 puntos y continuó en la fase de seguimiento llegando hasta los 68 puntos.

- ***Resultados de la valoración del dolor en el Caso 1.***

En la tabla 3 (ver listado de tablas) se observa los resultados de la valoración del dolor en base a la segunda inmersión de la aplicación del CPT del caso 1 (Ana) anotando el tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos, y los resultados de la aplicación de la escala EVA luego de cada evaluación, tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento.

Respecto a la valoración del dolor de la tabla 3, se calificó el tiempo de tolerancia al dolor con cronómetro medido por segundos, siendo 270 segundos el máximo tiempo permitido; para evaluar de la intensidad de dolor percibido, se calificó el mismo por medio de la escala EVA del dolor colocando el número percibido en una escala que va desde el 0 hasta el 10, donde 0 equivale a “sin dolor” y 10 es el nivel de dolor máximo e intolerable.

Los resultados de esta evaluación del tiempo de tolerancia al dolor y de la intensidad del dolor tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento; también se pueden identificar en la figura 1.2 (ver listado de figuras), mostrando los siguientes puntajes:

- Tiempo de tolerancia al dolor: Se observó un patrón de línea base estable, con tiempo evaluado de 27”, 31” y 30” respectivamente; durante la fase de intervención se observó un patrón de cambio de tendencia temporal que inicia en 29”, subiendo a 43” en la segunda evaluación, logrando mejorar el nivel en la tercera evaluación con un tiempo de tolerancia al dolor equivalente a 248”, llegando al nivel máximo de tiempo tolerado equivalente a 270” en la cuarta evaluación durante la intervención, tiempo máximo que se mantuvo a lo largo de la fase de seguimiento.

- Intensidad del dolor: Se identificó un patrón de línea base estable de 10, 10 y 8 puntos; durante la fase de intervención se observó un cambio de tendencia temporal que inició en 8 puntos, reduciéndose a 6 puntos en la escala EVA del dolor durante la quinta sesión de intervención, llegando a reducirse luego al nivel mínimo de intensidad de dolor equivalente a 0 puntos, manteniéndose en ese nivel mínimo desde la séptima sesión de intervención hasta el final de la fase de seguimiento.

4.1.2. Resultados del Caso 2.

El individuo 2, Jenny (nombre ficticio), es una gestante de 26 años con nivel de educación secundaria completa, llevando una gestación de 16 semanas, primigesta, que vive con su pareja.

Jenny presentaba dolor en la parte baja de su espalda desde el año 2014, llegando inicialmente por emergencia al hospital, donde el médico de turno le recetó medicinas para ver si eliminaba piedras de los riñones, pero ello no pasó, por lo que al hacerle un estudio más minucioso le diagnosticaron lordosis lumbar y la derivaron a fisioterapia la cual sigue cada mes hasta ahora, pero los dolores sólo se han reducido muy poco.

Las limitaciones mayores que presenta actualmente son: no puede pararse de noche cuando está echada en su cama lo cual le sucede aproximadamente 2 veces a la semana, no pudiendo cargar peso y tendiendo a incrementarse su dolor al hacer actividades durante el día.

Su nivel de dolor usual en la escala EVA es de 9/10. Explica que cada vez que siente dolor muy incapacitante compra un analgésico por su cuenta (naproxeno), ya que su médico no le receta medicinas para su dolor desde que inició su gestación.

Debido a la presencia de dolor crónico previo, se le ofreció participar en el programa de intervención, de tratamiento individual de 09 sesiones semanales para ampliar la tolerancia al dolor; con el consentimiento informado firmado por la paciente y la aceptación de su pareja como apoyo durante el programa, aceptó iniciarlo.

En cada una de las dos sesiones de evaluación diagnóstica de línea base, Jenny respondió la adaptación peruana del CAD-R (Ugarte, 2017) así como la evaluación de la valoración del dolor, inducido por medio del CPT (Camilo, Collado y Rojo, 2005) midiendo su nivel de intensidad del dolor con la escala EVA y el tiempo de tolerancia al dolor por cronómetro; los resultados de cada una de las evaluaciones en estas sesiones pasaron a formar parte de la línea base (LB) de Jenny junto a las medidas tomadas al inicio de la primera sesión de tratamiento.

Evaluaciones similares se realizaron durante las semanas impares del programa (semana tres, cinco, siete y nueve); se llevó a cabo seguimientos evaluativos a la semana siguiente, a las dos semanas, a las cuatro semanas y a las seis semanas luego de culminado el programa; durante todos ellos, Jenny completó nuevamente todas las evaluaciones.

- ***Resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 2.***

Para el caso 2 (Jenny), en la tabla 4 (ver listado de tablas) se identifica los resultados de su afrontamiento al dolor en base a la aplicación de la evaluación del CAD-R (Ugarte, 2017) en cada una de sus seis dimensiones tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento, así como los resultados de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba.

Para entender la tabla 4, cabe resaltar que cada dimensión de afrontamiento del cuestionario CAD-R (Ugarte 2017) identifica un rango de 4 a 20 puntos, exceptuando a la estrategia de Autoafirmación que posee un rango de puntaje entre 3 y 15; el puntaje total oscila en un rango entre 23 y 115 puntos. A nivel gráfico, los resultados de esta evaluación en cada dimensión, tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, se muestran en la figura 2.1 (ver listado de figuras), observándose las siguientes puntuaciones resultantes:

- Dimensión Religión: La línea base mostró una estabilidad de patrón con 8, 9 y 9 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se observó un cambio acelerado alrededor de la última semana del programa, la cual continuó en decrecimiento hasta llegar a estabilizarse en 5 puntos en la fase de seguimiento.

- Dimensión Catarsis: Se pudo identificar un patrón estable de línea base con 12 puntos. Durante la fase de intervención, se observó un cambio temporal que fue reduciendo el puntaje a lo largo del programa, logrando mantenerse en el puntaje 4 desde la última sesión del programa hasta la última evaluación en la fase de seguimiento.

- Dimensión Distracción: Se identificó en la línea base un patrón estable en 12 puntos. Durante la intervención, se observó un cambio temporal que fue aumentando el puntaje a lo largo del programa, logrando mantenerse en el puntaje 14 desde la última sesión del programa hasta la última evaluación de seguimiento.

Tabla 4

Resultados de evaluación CAD-R y CPT en el caso 02

CASO 1 (CAD-R)	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
Afront Pasivo	20	21	21	18	17	14	10	10	9	9	9	21.00
Religión	8	9	9	9	10	9	6	6	5	5	5	9.00
Catarsis	12	12	12	9	7	5	4	4	4	4	4	12.00
Afront Activo	30	31	31	33	35	40	44	43	44	43	44	31.00
Distracción	12	12	12	12	13	13	14	14	14	14	14	12.00
Autocontrol mental	4	4	4	4	4	6	7	7	7	7	7	4.00
Autoafirma.	10	11	11	11	12	13	13	13	13	13	13	11.00
Búsqueda de Información	4	4	4	6	6	8	10	9	10	9	10	4.00

Caso 2	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
CPT												
t. Tolerancia al dolor	16"	20"	19"	250"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	19"
EVA	9	9	8	3	0	0	0	0	0	0	0	9

Nota. Evaluación CAD-R correspondiente a cada una de las dimensiones evaluadas para el caso 2. Evaluación CPT correspondiente a la segunda inmersión de cada sesión para el caso 2. Tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos e intensidad de dolor en escala de 0 a 10. También se calculó la mediana en cada dimensión de la Línea Base (LB). CAD-R = Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- Dimensión Autocontrol mental: Tal como se observa en la figura 2.1 (ver lista de figuras), se mantuvo un patrón estable de línea base con 4 puntos; durante la fase de intervención, se observó un cambio temporal progresivo positivo que se estabilizó al llegar a 7 puntos, puntaje que se mantuvo también en la fase de seguimiento.

- Dimensión Autoafirmación: Se observó un patrón de línea base estable de 10, 11 y 11 puntos respectivamente; durante la intervención se generó un cambio temporal progresivo pequeño que subió de 11 a 13 puntos, logrando mantenerse en ese mismo puntaje durante la fase de seguimiento.

- Dimensión Búsqueda de información: En esta dimensión, la línea base mostró un patrón estable con 4 puntos; durante la etapa de intervención se observó un cambio temporal que subió hasta llegar a los 10 puntos, manteniendo el nivel en la fase de seguimiento en un puntaje entre 9 y 10 puntos.

Como complemento, en esta evaluación se pudo observar los estilos de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba, generándose resultados siguientes para el caso 2:

- Afrontamiento Pasivo: En esta dimensión se identificó un patrón de línea base con estabilidad de nivel de 20, 21 y 21 puntos respectivamente. Durante la fase de intervención, se observó cambio de tendencia temporal que se redujo desde los 18 puntos progresivamente hasta llegar a los 9 puntos en la fase de seguimiento, logrando mantenerse en ese puntaje hasta la última evaluación de seguimiento.

- Afrontamiento Activo: Se observó en esta dimensión una estabilidad de patrón de nivel en la línea base de 30, 31 y 31 puntos respectivamente. Durante la fase de intervención, se identificó un cambio de tendencia temporal positiva que alcanzó desde los 33 puntos hasta los 44 puntos, logrando mantenerse en la fase de seguimiento con puntajes de 43, 44, 43 y 44 puntos respectivamente.

- ***Resultados de la valoración del dolor en el Caso 2.***

En la tabla 4 se identificó los resultados de la valoración del dolor del caso 2 en base a la segunda inmersión de la aplicación del CPT anotando el tiempo de tolerancia al dolor

medido en segundos, y los resultados de la aplicación de la escala EVA luego de cada evaluación, tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento.

Respecto a la valoración del dolor, se calificó el tiempo de tolerancia al dolor con cronómetro medido por segundos, siendo 270 segundos el tiempo máximo permitido; evaluando la intensidad de dolor percibido con la escala EVA del dolor colocando el número percibido en una escala que va desde el 0 hasta el 10, donde 0 equivale a “sin dolor” y 10 es el nivel de dolor máximo e intolerable.

Los resultados de esta evaluación del tiempo de tolerancia al dolor y de la intensidad del dolor tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, también se pueden identificar en la figura 2.2 (ver listado de figuras), mostrando los siguientes puntajes:

- Tiempo de tolerancia al dolor: Se observó un patrón de línea base estable de 16”, 20” y 19”; luego de iniciada la intervención, se desarrolló un patrón de cambio de nivel abrupto logrando ascender a 250” en la tercera sesión del programa, llegando a un cambio de tendencia ascendente hasta el nivel máximo de tiempo permitido de 270” en la quinta sesión del programa, manteniéndose con el tiempo de tolerancia máximo de 270” durante las siguientes evaluaciones hasta el final de la fase de seguimiento.

- Intensidad del dolor: Se pudo observar una línea base con patrón estable en un nivel de 9, 9 y 8 puntos respectivamente. Luego de iniciada la intervención, se observó un cambio de nivel abrupto, donde su puntaje resultante en la primera evaluación en esta fase fue de 3 puntos, con una tendencia a reducir su intensidad de dolor alcanzando el nivel mínimo percibido de 0 puntos desde la segunda sesión de evaluación durante la ejecución del programa, manteniéndose en ese nivel en las siguientes evaluaciones hasta el final del seguimiento.

4.1.3. Resultados Caso 3.

La paciente 3, Diana (nombre ficticio), es una gestante de 34 años con un nivel de educación técnico superior incompleta, con una gestación de 14 semanas y 02 días, multigesta; vive con su esposo en casa de la madre de él.

Diana presenta dolor continuo en la parte baja de la cintura por la espalda desde que dio a luz por parto natural a su primer hijo hace 4 años y medio, dolor que fue intensificándose poco a poco hasta hace 2 años donde un día ya no pudo pararse sin sentir un dolor punzante que le imposibilitaba el pararse derecha, razón por la cual fue a buscar tratamiento con un quiropráctico de manera particular; suspendió el tratamiento porque se sintió mejor luego de tres meses, pero hace un año volvieron los dolores permanentes en la espalda baja, aunque con menor intensidad, por lo que no ha solicitado la ayuda de algún especialista a pesar de que ese dolor puede llegar a molestarle mucho, llegando a reducir sus actividades cotidianas; actualmente considera que no puede cargar a su hijo ni cargar bultos, evita hacer esfuerzos y se queda echada de costado en cama cuando siente mucho dolor (no puede echarse boca arriba porque se intensifica su dolor).

Su nivel de dolor usual en la escala EVA es de 7/10. Explica que cada vez que siente dolor muy incapacitante toma ibuprofeno, que compra en la farmacia sin necesidad de receta médica. Actualmente recibe sus controles de gestación de manera mensual pero el médico no le ha recetado nada para el dolor.

Al confirmar su sintomatología de dolor crónico presente, se le ofreció participar en el programa individual de nueve sesiones semanales para ampliar la tolerancia al dolor, con el compromiso de asistir también a todas las sesiones de seguimiento durante las semanas uno, dos, cuatro y seis luego de culminado el programa; con el consentimiento informado firmado por la paciente y la aceptación de su esposo como apoyo durante el programa, acepta iniciarlo.

En las dos sesiones de evaluación diagnóstica pre-tratamiento, Diana respondió la adaptación del CAD-R (Ugarte, 2017) así como la evaluación de la valoración del dolor, inducido por medio del CPT (Camilo, Collado y Rojo, 2005) calificando su nivel de intensidad del dolor con la escala EVA y el tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos; los resultados de cada una de estas evaluaciones pasaron a formar parte de la línea base (LB) de la participante junto a las medidas tomadas al inicio de la primera sesión del programa. Durante el desarrollo del programa, fue evaluada con las mismas pruebas al finalizar cada una de las sesiones en las semanas impares (3, 5, 7 y 9); luego de finalizar el programa se llevó a cabo seguimientos evaluativos a la semana siguiente, a las dos

semanas, a las cuatro semanas y seis semanas después de culminado el programa; durante todos ellos, la participante volvió a completar todas las evaluaciones.

- ***Resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 3.***

Para el caso 3 (Diana), la tabla 5 (ver listado de tablas) identifica los resultados de su afrontamiento al dolor en base a la aplicación de cada evaluación de la adaptación peruana del CAD-R (Ugarte, 2017) en cada una de sus 6 dimensiones tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento; también se pueden apreciar los resultados de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba.

Para entender mejor la tabla 5, cabe resaltar que cada estrategia de afrontamiento del cuestionario CAD-R (Ugarte 2017) identifica un rango de 4 a 20 puntos, excepto la estrategia de autoafirmación que tiene un rango de puntaje entre 3 y 15; el puntaje total oscila en un rango entre 23 y 115 puntos. A nivel gráfico, los resultados de esta evaluación en cada dimensión, tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, se pueden apreciar en la figura 3.1 (ver listado de figuras), mostrando las siguientes puntuaciones resultantes:

- Dimensión Religión: A lo largo de la línea base se presentó un patrón estabilidad de nivel con puntajes de 16, 17, 16 puntos respectivamente; en la fase de intervención se observó un cambio de tendencia temporal, iniciando en 14 puntos, descendiendo hasta 12 puntos, donde se estabilizó, manteniéndose en ese mismo puntaje hasta la última evaluación en la etapa de seguimiento.

Tabla 5

Resultados de evaluación CAD-R y CPT en el caso 03

CASO 3	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
(CAD-R)	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
Afront. Pasivo	25	26	25	23	22	20	20	18	17	17	17	25.00
Religión	16	17	16	14	13	12	12	12	12	12	12	16.00
Catarsis	9	9	9	9	9	8	8	6	5	5	5	9.00
Afront. Activo	34	37	37	49	65	67	69	64	67	67	65	37.00
Distracción	7	8	8	12	20	20	20	20	20	20	20	8.00
Autocontrol mental	4	4	4	10	16	17	17	16	16	16	16	4.00
Autoafirma.	8	9	9	9	10	11	12	11	12	12	11	9.00
Búsqueda de Información	15	16	16	18	19	19	20	17	19	19	18	16.00

Caso 3	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
CPT	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
t. Tolerancia al dolor	18"	13"	18"	82"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	18"
EVA	5	7	5	2	2	1	0	0	0	0	0	5

Nota. Evaluación CAD-R correspondiente a cada una de las dimensiones evaluadas para el caso 3. Evaluación CPT correspondiente a la segunda inmersión de cada sesión para el caso 3. Tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos e intensidad del dolor en escala 0 a 10. También se calculó la mediana en cada dimensión de la Línea Base (LB). CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- Dimensión Catarsis: Se pudo observar que el patrón de línea base mantuvo una estabilidad de nivel con el puntaje de 9 en las tres evaluaciones pre tratamiento; durante la fase de intervención se observó un cambio temporal descendente que se inició en la sesión 7 para continuar descendiendo durante el seguimiento, llegando a estabilizarse en 5 puntos a partir de la segunda evaluación en el seguimiento hasta la última evaluación.

- Dimensión Distracción: Tal como se puede observar en la figura 3 (ver listado de figuras), la línea base mantuvo un patrón de estabilidad de nivel con 7, 8 y 8 puntos respectivamente, durante la fase de intervención, se observó un cambio abrupto que inició en 12 puntos en la primera evaluación de esta fase, ascendiendo rápidamente hasta el nivel máximo de puntuación que se pudo observar en la evaluación correspondiente a la quinta sesión durante la intervención, el cual se mantuvo en el mismo nivel hasta la última evaluación durante el seguimiento.

- Dimensión Autocontrol mental: Se observó un patrón de nivel estable en 4 puntos durante las tres evaluaciones de la línea base; durante la intervención se observó un cambio de nivel abrupto inicial que se generó desde la primera evaluación durante la intervención, la cual en la segunda evaluación se generó un cambio temporal positivo que avanzó hasta 16 puntos, subiendo a 17 puntos en las dos últimas evaluaciones durante la intervención, manteniéndose luego en 16 puntos durante las cuatro evaluaciones de seguimiento.

- Dimensión Autoafirmación: Tal como se observa en la figura 3 (ver listado de figuras), la línea base mantuvo un patrón de nivel estable de 8, 9 y 9 puntos respectivamente en cada una de las tres evaluaciones pre tratamiento; durante la intervención, se observó un cambio de tendencia temporal positivo que inició en 9 puntos y subió un punto en cada evaluación, llegando a mantenerse en un nivel que oscilaba entre 11 y 12 puntos desde la quinta sesión de intervención hasta la última evaluación durante el seguimiento, culminando con 11 puntos.

- Dimensión Búsqueda de información: Se observó un patrón de nivel de línea base estable de 15, 16 y 16 puntos respectivamente; en la fase de intervención se observó cambio de tendencia temporal, iniciando con 18 puntos en esta fase, ascendiendo a 19 puntos en dos evaluaciones sucesivas y llegando al puntaje máximo de 20 puntos en la última evaluación durante la intervención, reduciéndose a 17 puntos durante la primera evaluación en la fase

de seguimiento, volviendo a ascender hasta 19 puntos durante las siguientes dos evaluaciones, llegando nuevamente al puntaje de 18 en la última evaluación de seguimiento.

También se pudieron observar los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba, generándose los siguientes resultados para el caso 3:

- Afrontamiento Pasivo: En el patrón de línea base se mantuvo una estabilidad en 25, 26 y 25 puntos respectivamente; durante la intervención se observó un cambio de tendencia temporal que inició con 23 puntos y se redujo progresivamente con puntuaciones de 22, 20 y 20 puntos respectivamente; durante el seguimiento se observó la continuación de esta tendencia con 18 puntos, llegando a estabilizarse en 17 puntos durante las siguientes evaluaciones hasta la última de esta fase.

- Afrontamiento Activo: Se pudo observar un patrón de línea base que inició con 34 puntos y se estabilizó en 37 puntos en las 2 siguientes evaluaciones pre tratamiento; durante la etapa de intervención, se observó un cambio de tendencia positivo de 49, 65, 67 y 69 puntos para luego descender a 64 puntos en la primera evaluación en la fase de seguimiento, ascendiendo hasta 67 puntos para luego estabilizarse en 65 puntos en las dos últimas evaluaciones de seguimiento.

- ***Resultados de la valoración del dolor en el Caso 3.***

En la tabla 5 (ver listado de tablas) se identificó los resultados de la valoración del dolor en base a la segunda inmersión de la aplicación del CPT del caso 3 (Diana) anotando el tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos, y los resultados de la aplicación de la escala EVA luego de cada evaluación, tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento.

Respecto a la valoración del dolor de la tabla 5, se calificó el tiempo de tolerancia al dolor experimentado, siendo 270 segundos el máximo tiempo permitido; para evaluar de la intensidad de dolor percibido, se calificó el mismo por medio de la escala EVA del dolor colocando el número percibido en una escala que va desde el 0 hasta el 10, donde 0 equivale a “sin dolor” y 10 es el nivel de dolor máximo e intolerable.

Los resultados de esta evaluación del tiempo de tolerancia al dolor y de la intensidad del dolor tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, también se pueden observar en la figura 3.2 (ver listado de figuras), observándose los siguientes puntajes:

- Tiempo de tolerancia al dolor: Se identificó un patrón de línea base estable de 18", 13" y 18" respectivamente; durante la fase de intervención se observó un cambio abrupto de nivel que inició en 82" y luego se mantuvo en el tiempo máximo de tolerancia de 270" desde la segunda evaluación de esta fase hasta la última evaluación durante el seguimiento.
- Intensidad del dolor: Se observó un patrón de línea base cíclica de 5, 7 y 5 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se pudo observar un patrón de cambio de tendencia temporal que inició en 2 puntos en esta fase y se mantuvo en la segunda evaluación, reduciéndose a 1 punto en la escala EVA del dolor en la séptima sesión, llegando luego a reducir al nivel mínimo de 0 puntos en la escala de dolor en la novena sesión de intervención, puntaje que se mantuvo hasta la última evaluación durante el seguimiento.

4.1.4. Resultados del Caso 4.

La participante voluntaria 4, Juana (nombre ficticio), es un gestante de 22 años, con nivel de educación primaria incompleta, con una gestación de 12 semanas y 05 días, primigesta, vive con su pareja en la casa de sus padres. Juana presenta dolor en la zona baja de ambas piernas desde hace un año y 3 meses, manifestándose este dolor, sobre todo en las tardes y en la noche con hinchazón, calor y enrojecimiento de la zona comprendida entre la rodilla y el tobillo.

Solicitó ayuda médica hace aproximadamente un año y le diagnosticaron Flebitis y edema en ambas piernas, le dieron una semana de tratamiento con medicinas anticoagulantes y le dijeron que debía usar medias de compresión; el doctor le ha pedido que baje de peso pero ahora que está gestando tiene temor de perjudicar a su bebé si baja de peso, además de ello, antes tomaba paracetamol para el dolor una o dos veces por semana pero ya no toma ninguna medicina desde que se enteró que estaba embarazada porque quiere cuidar a su bebé. Su nivel de dolor usual en la escala EVA es de 6/10. Este tipo de dolor afecta el desarrollo de sus actividades diarias porque explica que no puede estar parada más de 2 o 3 minutos y además no puede caminar tramos largos sin necesitar sentarse y sobarse las piernas para que le baje el dolor.

Habiendo confirmado su sintomatología de dolor crónico presente, se le ofreció participar en un programa cognitivo conductual de tratamiento individual de nueve sesiones semanales para ampliar la tolerancia al dolor, solicitando su compromiso de asistir también a cuatro sesiones de seguimiento luego de finalizado el programa: a la semana siguiente, a las dos semanas, a las cuatro semanas y a las seis semanas posteriores. Con la firma del consentimiento informado por la paciente y la aceptación de su pareja como apoyo durante el programa, acepta iniciarlo.

Durante cada una de las dos sesiones de evaluación diagnóstica pre-tratamiento, Juana respondió el CAD-R (Ugarte, 2017) en sus seis dimensiones y sus dos estilos de afrontamiento, así como también fue evaluada con el CPT (Camilo, Collado y Rojo, 2005) calificando su nivel de intensidad del dolor con la escala EVA y el tiempo de tolerancia al dolor medido por cronómetro;; los resultados de estas evaluaciones en cada una de estas sesiones pasaron a formar parte de la línea base (LB) de Juana junto a las medidas tomadas al inicio de la primera sesión de tratamiento.

Durante la realización del programa, Juana fue evaluada con las mismas pruebas al finalizar la tercera sesión, así como también al finalizar la quinta, la séptima y la novena sesión del programa; luego de finalizar el programa se llevó a cabo seguimientos

evaluativos durante las semanas 1, 2, 4, y 6 luego de culminado el programa; durante todos ellos, Juana volvió a completar todas las evaluaciones.

- ***Resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 4.***

Para el caso 4 (Juana), la tabla 6 identifica los resultados de su afrontamiento al dolor en base a la aplicación de cada evaluación de la adaptación peruana del CAD-R (Ugarte, 2017) en cada una de sus seis dimensiones y sus dos estilos de afrontamiento tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento.

Para entender mejor la tabla 6 (ver lista de tablas), cabe resaltar que cada estrategia de afrontamiento del cuestionario CAD-R (Ugarte 2017) muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto la estrategia de Autoafirmación que tiene un rango de puntaje entre 3 y 15; el puntaje total oscila en un rango entre 23 y 115 puntos. A nivel gráfico, los resultados de esta evaluación en cada dimensión, tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, se pueden observar en la figura 4.1 (ver listado de figuras) mostrando las siguientes puntuaciones resultantes:

- Dimensión Religión: En la línea base se identificó un patrón estable con 11, 10 y 11 puntos respectivamente; durante la fase de intervención se observó un cambio de nivel temporal que inició en 13 puntos, ascendiendo hasta 16 puntos en la segunda evaluación de esta fase para luego reducir nuevamente su puntuación a 11 en la tercera evaluación; luego de ello, se redujo hasta 7 puntos en la última evaluación durante la intervención y se mantuvo con 7, 7, 8 y 7 puntos durante el seguimiento evaluativo.

Tabla 6

Resultados de evaluación CAD-R y CPT en el caso 04

CASO 4	LINEA BASE			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO				LB
(CAD-R)	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
Afront. Pasivo	26	23	24	29	32	21	11	12	13	13	12	24.00
Religión	11	10	11	13	16	11	7	7	7	8	7	11.00
Catarsis	15	13	13	16	16	10	4	5	6	5	5	13.00
Afront. Activo	40	40	41	39	53	52	59	58	56	54	57	40.00
Distracción	10	11	11	12	19	19	20	19	17	17	18	11.00
Autocontrol mental	7	6	7	5	6	7	8	8	9	8	9	7.00
Autoafirma.	6	6	7	5	9	8	12	12	12	11	11	6.00
Búsqueda de Información	17	17	16	17	19	18	19	19	18	18	19	17.00

Caso 4	LINEA BASE		TRATAMIENTO					SEGUIMIENTO				LB
CPT	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
t. Tolerancia al dolor	74"	66"	69"	83"	126"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	69"
EVA	6	7	6	4	3	2	0	0	0	0	0	6

Nota. Evaluación CAD-R correspondiente a cada una de las dimensiones evaluadas para el caso 4. Evaluación CPT correspondiente a la segunda inmersión de cada sesión para el caso 4. Tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos e intensidad del dolor en escala 0-10. También se calculó la mediana en cada dimensión de la Línea Base (LB). CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005)

- Dimensión Catarsis: Se observó un patrón de línea base que inició en 15 puntos y se estableció en 13 puntos las siguientes dos evaluaciones pre tratamiento; durante la fase de intervención se observó un cambio con decaimiento que inició en 16 puntos y se mantuvo en ese puntaje hasta la segunda evaluación en esta fase, reduciéndose luego y cambiando la tendencia logrando 10 puntos en la siguiente evaluación y llegando a 4 puntos en la cuarta evaluación, puntaje que ascendió ligeramente durante la fase evaluativa de seguimiento obteniéndose los siguientes puntajes: 5, 6, 5 y 5 puntos respectivamente.

- Dimensión Distracción: En la figura 4.1 (ver listado de figuras) se observa que la línea base presentó un patrón estable de 10, 11 y 11 puntos; durante la fase de intervención, se observó un cambio de tendencia temporal que inició en 12 puntos y ascendió a 19 puntos, manteniéndose en 19 puntos en la tercera evaluación de esta fase y llegando al puntaje máximo de 20 puntos durante la última sesión de evaluación. Durante la intervención, obtuvo 19 puntos en primera evaluación correspondiente al seguimiento, reduciéndose a 17 puntos en las siguientes dos evaluaciones, alcanzando el puntaje de 18 en la última evaluación de seguimiento.

- Dimensión Autocontrol mental: Se observó un patrón de línea base estable de 7, 6 y 7 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se observó un cambio de nivel con decaimiento que inició en 5 puntos, ascendiendo progresivamente de 6 a 7 puntos en las siguientes evaluaciones, luego del cual, ascendió a 8 puntos en la última sesión de tratamiento, manteniéndose en la fase de seguimiento con puntuaciones de 8, 9, 8 y 9 respectivamente.

- Dimensión Autoafirmación: Se identificó un patrón de línea base estable correspondiente a 6, 6 y 7 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se observó un cambio de tendencia que inició en 5 puntos y luego ascendió a 9 puntos en la segunda evaluación, mostrando un puntaje de 8 en la tercera evaluación para ascender hasta 12 puntos en la última sesión de intervención, puntaje que se mantuvo durante el seguimiento con 12, 12, 11 y 11 puntos respectivamente.

- Dimensión Búsqueda de información: En la línea base se identificó un patrón estable de 17, 17 y 16 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se observó un ligero cambio de tendencia temporal que se inició en 17 puntos y luego se mantuvo con 19, 18 y

19 puntos, continuando en el mismo nivel de respuesta durante la fase de seguimiento con 19, 18, 18 y 19 puntos respectivamente.

Como complemento, los indicadores de los estilos de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba mostraron los siguientes resultados para el caso 4:

- Afrontamiento Pasivo: Se observó un patrón de línea base que inició en 26 puntos y se estableció entre 23 y 24 puntos. Durante la fase de intervención, se observó un patrón de cambio de nivel temporal que inició en 29 puntos y ascendió a 32 puntos en la segunda evaluación, la cual luego se redujo progresivamente con puntajes de 21 y 11 puntos respectivamente para luego mantenerse durante el seguimiento con puntajes de 12, 13, 13 y 12 puntos, respectivamente.

- Afrontamiento Activo: Se pudo observar un patrón de línea base estable de 40, 40 y 41 puntos; durante la fase de intervención, se observó un patrón de cambio de nivel temporal que inició en 39 puntos, ascendiendo a 52 puntos en la segunda evaluación, manteniéndose en ese puntaje durante la tercera evaluación durante la intervención, ascendiendo luego a 59 puntos en la siguiente evaluación, puntaje que luego se mantuvo en un nivel de 58, 56, 54 y 57 puntos durante el seguimiento evaluativo.

- ***Resultados de la valoración del dolor en el Caso 4.***

La tabla 6 (ver listado de tablas) identifica los resultados de la valoración del dolor en base a la segunda inmersión de la aplicación del CPT del caso 4 (Juana) anotando el tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos, y los resultados de la aplicación de la escala EVA luego de cada evaluación, tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento.

Respecto a la valoración del dolor, se calificó el tiempo de tolerancia al dolor experimentado con cronómetro, siendo 270 segundos el tiempo máximo permitido; para evaluar de la intensidad de dolor percibido, se calificó el mismo por medio de la escala EVA del dolor colocando el número percibido en una escala que va desde el 0 hasta el 10, donde 0 equivale a “sin dolor” y el puntaje 10 equivale al nivel de dolor máximo e intolerable. Los resultados de estas evaluaciones tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, también se pueden observar en la figura 4.2 (ver listado de figuras), mostrando los siguientes puntajes:

- Tiempo de tolerancia al dolor: Se pudo observar que la línea base mantuvo un patrón de nivel estable de 74", 66" y 69" respectivamente; durante la intervención se observó un patrón de cambio de tendencia mostrando los siguientes puntajes 83", 126", 270", 270" respectivamente, manteniendo el nivel máximo de tiempo de 270" de tolerancia al dolor durante todas las evaluaciones de seguimiento.

- Intensidad del dolor: Se identificó un patrón de línea base estable de 6, 7 y 6 puntos respectivamente; durante la fase de intervención se observó un patrón de cambio de tendencia que va reduciéndose en cada evaluación, con puntuaciones de 4, 3, 2 y 0, manteniéndose en el nivel inferior de 0 puntos también durante el seguimiento.

4.1.5. Resultados del Caso 5.

El caso 5, María (nombre ficticio), es una gestante de 40 años, con nivel de educación secundaria incompleta, con un embarazo de 13 semanas y 03 días, multigesta, la cual convive con su pareja desde hace aproximadamente tres años y medio.

María presenta dolor en la zona frontal de la cabeza desde hace 3 años, intensificándose su dolor por las tardes de manera diaria. Solicitó ayuda médica hace 2 años atrás, pero los médicos que le han atendido le han dicho que no tiene ninguna enfermedad y no le dieron nada para el dolor.

Ella compra por su cuenta paracetamol de 500mg. y toma 2 pastillas cada vez que siente demasiado dolor lo cual sucede por lo menos una vez a la semana.

Según indica, su nivel de dolor usual en la escala EVA es de 8/10. Este tipo de dolor afecta el desarrollo de sus actividades diarias porque no quiere hacer nada más que dormir y pide en casa que no le hagan bulla.

Confirmada la sintomatología de dolor crónico del presente caso, se le ofreció participar en un programa cognitivo conductual de tratamiento individual de 09 sesiones semanales para ampliar la tolerancia al dolor y con el compromiso de asistir a cuatro sesiones de seguimiento luego de finalizado el programa a la semana siguiente, a las dos semanas, a las cuatro semanas y a las 6 semanas posteriores; con el consentimiento informado firmado por la paciente y la aceptación de su pareja como apoyo durante el programa, acepta iniciarlo.

Durante cada sesión de evaluación diagnóstica pre-tratamiento, María respondió la adaptación peruana del CAD-R (Ugarte, 2017) y la valoración del dolor, inducido por medio del CPT (Camilo, Collado y Rojo, 2005); los resultados de estas evaluaciones en cada una de estas sesiones pasaron a formar parte de la línea base (LB) de María junto a las medidas tomadas al inicio de la primera sesión de tratamiento.

A lo largo del programa, María fue evaluada con las mismas pruebas al finalizar la tercera sesión, así como también al finalizar la quinta, la séptima y la novena sesión del programa; luego de finalizar el programa se llevó a cabo seguimientos evaluativos a la semana siguiente, a las dos semanas, a las cuatro semanas y a las seis semanas; durante todos ellos, María volvió a completar todas las evaluaciones.

- ***Resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 5.***

Para el caso 5 (María), la tabla 7 (ver listado de tablas) identifica los resultados de su afrontamiento al dolor en base a la aplicación de cada evaluación de la adaptación peruana del CAD-R (Ugarte, 2017) en cada una de sus seis dimensiones tanto para la Línea Base

(LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento; también se pueden apreciar los resultados de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba.

Para entender mejor la tabla 7, cabe resaltar que cada estrategia de afrontamiento del cuestionario CAD-R (Ugarte 2017) tiene un rango de 4 a 20 puntos, excepto la estrategia de autoafirmación que muestra un rango de puntaje entre 3 y 15; el puntaje total oscila en un rango entre 23 y 115 puntos. A nivel gráfico, los resultados de esta evaluación, tanto en la línea base (LB), como en la etapa de tratamiento con seguimiento, se pueden observar en la figura 5.2 (ver listado de figuras) mostrando las siguientes puntuaciones resultantes:

- Dimensión Religión: La línea base identificó un patrón estable con puntajes de 14, 15 y 15 puntos. Durante la fase de intervención, se mostró un patrón de cambio de tendencia temporal con 14, 14, 12 y 12 puntos, logrando mantenerse durante el seguimiento evaluativo con puntajes de 10, 11, 12 y 11 puntos respectivamente.

- Dimensión Catarsis: En esta dimensión, se observó un patrón de línea base estable con puntajes de 12, 13 y 13 puntos respectivamente. En cuanto a la fase de intervención, se pudo observar un patrón de cambio de nivel abrupto que inicia en 8 puntos, manteniendo un nivel de 8, 9 y 7 puntos respectivamente; durante el seguimiento evaluativo se observó que el patrón se mantuvo con 9, 6, 6 y 7 puntos respectivamente.

- Dimensión Distracción: Se pudo observar un patrón de línea base estable de 10, 9 y 10 puntos respectivamente; en la fase de intervención, se evidenció un patrón de cambio de tendencia temporal, con puntajes de 10, 11, 13 y 15 puntos, seguido del seguimiento evaluativo con 15, 16, 16 y 15 puntos respectivamente.

Tabla 7

Resultados de evaluación CAD-R y CPT en el caso 05

CASO 5	LINEA BASE		TRATAMIENTO					SEGUIMIENTO				LB
(CAD-R)	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
Afront. Pasivo	26	28	28	22	22	21	19	19	17	18	18	28.00
Religión	14	15	15	14	14	12	12	10	11	12	11	15.00
Catarsis	12	13	13	8	8	9	7	9	6	6	7	13.00
Afront. Activo	46	45	46	53	56	59	65	60	64	66	65	46.00
Distracción	10	9	10	10	11	13	15	15	16	16	15	10.00
Autocontrol mental	10	9	10	11	13	14	17	14	15	17	17	10.00
Autoafirma.	14	14	14	15	15	15	15	14	15	15	15	14.00
Búsqueda de Información	12	13	12	17	17	17	18	17	18	18	18	12.00

Caso 5	LINEA BASE		TRATAMIENTO					SEGUIMIENTO				LB
CPT	Ev. 1 pre	Ev. 2 pre	sesión 1	sesión 3	sesión 5	sesión 7	sesión 9	Ev. Sem 1	Ev. Sem 2	Ev. Sem 4	Ev. Sem. 6	Mediana
t. Tolerancia al dolor	24"	34"	32"	102"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	270"	32"
EVA	8	8	8	6	0	0	0	0	0	0	0	8

Nota. Evaluación CAD-R correspondiente a cada una de las dimensiones evaluadas para el caso 5. Evaluación CPT correspondiente a la segunda inmersión de cada sesión para el caso 5. Tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos. También se calculó la mediana en cada dimensión de la Línea Base (LB).

CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- Dimensión Autocontrol mental: Se observó un patrón de línea base estable correspondiente a 10, 9 y 10 puntos respectivamente; durante la fase de intervención se pudo observar un patrón de cambio de tendencia temporal con 11, 13, 14 y 17 puntos respectivamente, y durante el seguimiento evaluativo mostrando puntajes de 14, 15, 17 y 17 puntos respectivamente.

- Dimensión Autoafirmación: La línea base identificó un patrón estable de 14 puntos en todas sus evaluaciones pre tratamiento. Durante la fase de intervención no se observó cambio significativo, ya que sólo subió un punto durante cada una de las evaluaciones durante la aplicación del programa, luego de los cuales regresó a los 14 puntos para nuevamente estabilizarse en 15 puntos en las tres siguientes evaluaciones de seguimiento.

- Dimensión Búsqueda de información: Se observó un patrón de línea base estable de 12, 13 y 12 puntos respectivamente; durante la fase de intervención, se identificó un patrón de cambio de nivel abrupto, iniciando en 17 puntos y manteniéndose durante las siguientes dos evaluaciones, subiendo a 18 puntos en la última evaluación durante la intervención, volviendo a manifestar un puntaje de 17 en la primera evaluación de seguimiento, estableciéndose en 18 puntos durante las siguientes evaluaciones de seguimiento hasta la última evaluación.

En esta evaluación también se pudieron identificar los estilos de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo de la prueba, generándose los siguientes resultados para el caso 5:

- Afrontamiento Pasivo: Se observó un patrón de nivel de línea base estable de 26, 28 y 28 puntos respectivamente. Durante la fase de intervención se pudo observar un patrón de cambio de tendencia acelerado con 22, 22, 21 y 19 puntos durante la intervención y de 19, 17, 18 y 18 puntos durante cada una de las evaluaciones de seguimiento.

- Afrontamiento Activo: El patrón de línea base se mantuvo en un nivel estable de 46, 45 y 46 puntos. En cuanto a la fase de intervención, se observó un patrón de cambio de tendencia temporal con puntajes de 53, 56, 59 y 65 puntos durante la intervención y de 60, 64, 66 y 65 puntos durante las evaluaciones de seguimiento.

- ***Resultados de la valoración del dolor en el Caso 5.***

La tabla 7 (ver listado de tablas) muestra los resultados de la valoración del dolor obtenidos de la segunda inmersión de la aplicación del CPT (Camilo, Collado y Rojo, 2005) del caso 5 (María) anotando el tiempo de tolerancia al dolor medido en segundos, y los resultados de la aplicación de la escala EVA luego de cada evaluación, tanto para la Línea Base (LB) como para la fase de tratamiento con seguimiento.

Respecto a la valoración del dolor de la tabla 7, se calificó el tiempo de tolerancia al dolor experimentado con cronómetro medido por segundos, siendo 270 segundos el máximo tiempo permitido; para evaluar de la intensidad de dolor percibido, se calificó el mismo por medio de la escala EVA del dolor colocando el número percibido en una escala que va desde el 0 hasta el 10, donde 0 equivale a “sin dolor” y 10 es el nivel de dolor máximo e intolerable. También se pueden observar los resultados de esta evaluación en la figura 5.2 (ver listado de figuras), mostrando los siguientes puntajes:

- Tiempo de tolerancia al dolor: Se pudo observar un patrón de línea base que inicia en 24” y se estabiliza con 34” y 32” respectivamente durante las evaluaciones pre tratamiento. Durante la intervención se observó un cambio de nivel abrupto que inicia en 102” de tiempo de tolerancia al dolor y rápidamente asciende a 270” de tiempo, siendo éste el nivel máximo de tolerancia al dolor permitido, manteniendo ese puntaje durante todo el proceso hasta la última evaluación de seguimiento.

- Intensidad del dolor: Se observó un patrón de línea base estable en 8 puntos durante las 3 evaluaciones pre tratamiento. Durante la intervención se observó un patrón de cambio de nivel abrupto que inició en 6 puntos y luego llegó al nivel mínimo de intensidad de dolor percibido equivalente a 0 puntos, manteniéndose en este nivel a lo largo de todo el proceso hasta la última evaluación de seguimiento.

4.2. Análisis de resultados

Para realizar el análisis de los datos obtenidos de cada caso de la presente investigación, se procedió de manera individual con cada uno en base a los siguientes pasos:

- Se analizó la magnitud del cambio terapéutico basado en el no solapamiento de datos entre las fases aplicando el porcentaje de datos no solapados (PND) para la evaluación intra-sujeto de los datos obtenidos (Sanz y García-Vera, 2015) para cada indicador de la evaluación del afrontamiento al dolor y para el puntaje obtenido de la evaluación de la tolerancia al dolor experimentado de cada caso por medio de la siguiente fórmula:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

Donde el PND es un resultado porcentual que se calcula contando el número de datos de la fase de tratamiento con seguimiento que superan (por encima en las medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales) al dato más extremo de la LB (el más alto en las medidas funcionales o el más bajo en las medidas disfuncionales) y dividiendo este número por el número total de datos en la fase de seguimiento (Sanz y García-Vera, 2015); el rango de valores del PND varía de 0 a 100% para su interpretación en términos de la efectividad de un tratamiento, Scruggs y Mastropieri, (1998), consideran que un valor obtenido menor al 50% se debe considerar como un Tratamiento no efectivo, el valor entre el 50% y el 69% se considera con efectividad cuestionable, entre el 70% y el 89% el valor se considera como un tratamiento bastante efectivo, y un valor obtenido mayor al 90% se considera como un tratamiento muy efectivo. Estos datos pueden observarse en la tabla 1 (ver lista de tablas).

- De manera complementaria, se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes de cada dimensión en cada caso estudiado, la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015) la cual se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$\text{PEM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

Cabe resaltar que para calcular el PEM se calculó, desde la mediana de la Línea Base, el porcentaje de datos de la fase de tratamiento con seguimiento que estaban por debajo del puntaje de la mediana (en las medidas disfuncionales) o por encima (en las medidas funcionales); el rango de valores del PEM varía de 0% a 100% para su interpretación en términos de la efectividad de un tratamiento. Ma (2006), considera que un valor obtenido menor al 70% se debe considerar como un tratamiento cuestionable o no efectivo, el valor entre el 70% y el 89% se considera como un tratamiento moderadamente efectivo, mientras que el valor en rango porcentual entre el 90% y el 100% se considera como un tratamiento muy efectivo, tal como se puede apreciar en la tabla 1 (ver lista de tablas).

4.2.1. Análisis de resultados del Caso 1.

- *Análisis de resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 1.*

En base a los resultados obtenidos del caso 1, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico de cada dimensión y la efectividad de tratamiento se procedió a utilizar el PND (Sanz y García-Vera, 2015) obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

El indicador porcentual resultante indicó la efectividad de tratamiento para la dimensión Religión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Catarsis: $\text{PND} = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En base al indicador porcentual obtenido se pudo considerar la efectividad de tratamiento para la dimensión Catarsis como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Distracción: $\text{PND} = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

El indicador porcentual obtenido consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión Distracción como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $\text{PND} = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En base al resultado observado del indicador porcentual se consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión Autocontrol mental como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se pudo considerar la efectividad de tratamiento para la dimensión Autoafirmación como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PND = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

Se puede considerar la efectividad de tratamiento para la dimensión Búsqueda de información en base al indicador porcentual resultante como: Tratamiento bastante efectivo.

También se analizaron los niveles de efectividad de tratamiento para los estilos de afrontamiento en los factores de afrontamiento pasivo y el afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

Basado en el indicador porcentual obtenido se pudo considerar la efectividad de tratamiento para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Pasivo como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PND = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En base al indicador porcentual obtenido se consideró la efectividad de tratamiento para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Activo como: Tratamiento bastante efectivo.

También se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes de cada dimensión, la magnitud de cambio terapéutico a través del PEM (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$PEM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Religión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Catarsis: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador PEM obtenido en esta dimensión se consideró la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Distracción: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador porcentual obtenido PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Distracción como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

El indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana consideró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Autocontrol mental como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $PEM = (8/8) \times 100\% = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido en esta dimensión a través del PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Búsqueda de información como: Tratamiento moderadamente efectivo.

De manera complementaria, se procedió a evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) para los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

El indicador obtenido a través del PEM mostró la magnitud de cambio terapéutico para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Pasivo como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador obtenido para el estilo de afrontamiento en la dimensión Afrontamiento Activo a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento moderadamente efectivo.

Los porcentajes obtenidos tanto de PND como de PEM, así como la efectividad de tratamiento de esta prueba para el caso 1 se pueden observar en la tabla 8 (ver lista de tablas).

Tabla 8

Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 1 en función del índice de tamaño del efecto

Variable de resultado Caso 1	Índice de tamaño de efecto	
	PND	PEM
CAD -R		
Afrontamiento Pasivo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Religión	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Catarsis	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Afrontamiento Activo	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Distracción	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Autocontrol mental	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Autoafirmación	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Búsqueda de Información	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Variable de resultado Caso 1	Índice de tamaño de efecto	
CPT	PND	PEM
t. Tolerancia al dolor	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Intensidad del dolor	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)

Nota. Los datos son los valores de los correspondientes índices y su interpretación convencional entre paréntesis. PND = porcentaje de datos no solapados; PEM = porcentaje de datos que exceden a la mediana. CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- ***Análisis de resultados de la valoración del dolor en el Caso 1.***

En base a los resultados obtenidos del caso 1, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico y la efectividad de tratamiento, tanto de la evaluación del tiempo de tolerancia al dolor, así como de la intensidad del dolor, se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015) obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PND} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

El indicador porcentual obtenido mostró la efectividad de tratamiento para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento bastante efectivo.

- Intensidad del dolor: $\text{PND} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador porcentual obtenido en este factor, se puede considerar la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

También se evaluó la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015) como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes tanto en la calificación del tiempo de tolerancia al dolor, así como en la evaluación de intensidad del dolor, generando los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PEM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PEM} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Intensidad del dolor: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador PEM obtenido se consideró la magnitud de cambio terapéutico para la intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

Los indicadores porcentuales obtenidos de estas dimensiones, así como la efectividad de tratamiento, tanto para el PND, así como para el PEM del caso 1 se pueden observar en la tabla 8 (ver lista de tablas).

- ***Resumen de análisis de resultados del caso 1:***

Analizando resumidamente el índice de tamaño del efecto con los indicadores PND del caso 1, se pudo observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de religión y autoafirmación; así mismo, ha sido considerado como un tratamiento bastante efectivo para las dimensiones de Catarsis, distracción, autocontrol mental, y búsqueda de información; respecto a los estilos de afrontamiento, se encontró que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Pasivo y considerado como un tratamiento bastante efectivo para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Activo.

En la evaluación realizada de valoración del dolor, se pudo identificar en este caso, que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un tratamiento bastante efectivo para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

En cuanto a los indicadores PEM, se observó que, para el caso 1, el programa cognitivo conductual utilizado fue considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Religión y Autoafirmación, además consideró la magnitud del cambio terapéutico como tratamiento moderadamente efectivo para las dimensiones de Catarsis, Distracción, Autocontrol mental y Búsqueda de información.

Respecto a los estilos de afrontamiento, se pudo observar que el programa cognitivo conductual utilizado fue considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para el estilo de afrontamiento en la dimensión de afrontamiento pasivo, mientras que fue considerado como moderadamente efectivo para el estilo de afrontamiento en la dimensión de afrontamiento activo

En la evaluación realizada de valoración del dolor, se identificó para este caso, que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado frente a la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para reducir la intensidad del dolor percibido, así como fue considerado como un tratamiento moderadamente efectivo para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor.

4.2.2. Análisis de resultados del Caso 2.

- *Análisis de resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 2.*

Para evaluar la magnitud de cambio terapéutico de cada dimensión y la efectividad de tratamiento en base a los resultados obtenidos del caso 2, se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $\text{PND} = (5/8) \times 100 = 62.5\%$

El indicador porcentual obtenido consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Religión como: Efectividad cuestionable.

- Dimensión Catarsis: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se consideró la efectividad de tratamiento para esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Distracción: $\text{PND} = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

Se pudo considerar la efectividad de tratamiento para la dimensión de Distracción en base al indicador porcentual obtenido como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $\text{PND} = (6/8) \times 100\% = 75\%$

Esta dimensión en su indicador porcentual consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Autocontrol mental como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $\text{PND} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador porcentual obtenido para la dimensión de Autoafirmación se pudo considerar la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

Este indicador porcentual obtenido mostró a la efectividad de tratamiento para la dimensión de Búsqueda de información como: Tratamiento muy efectivo.

También se analizaron los niveles de efectividad de tratamiento para los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se puede considerar la efectividad de tratamiento para el estilo de afrontamiento en esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PND = (8/8) \times 100\% = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido del presente estilo de afrontamiento consideró la efectividad de tratamiento como Tratamiento muy efectivo.

Así mismo, se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes de cada dimensión, la magnitud de cambio terapéutico a través del PEM (Sanz y García-Vera, 2015), generando los siguientes indicadores porcentuales:

$$PEM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $PEM = (5/8) \times 100 = 62.5\%$

Este indicador PEM consideró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Religión como: Tratamiento cuestionable o no efectivo.

- Dimensión Catarsis: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador PEM obtenido se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Catarsis como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Distracción: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

El resultado obtenido del indicador PEM indicó para la magnitud de cambio terapéutico de esta dimensión como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $PEM = (6/8) \times 100 = 75\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para este factor como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $PEM = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

El resultado obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana consideró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Autoafirmación como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

Este indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana consideró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Búsqueda de información como: Tratamiento muy efectivo.

Al evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana para los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, se encontró lo siguiente:

Tabla 9

Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 2 en función del índice de tamaño del efecto.

Variable de resultado Caso 2	Índice de tamaño de efecto	
	PND	PEM
CAD -R		
Afrontamiento Pasivo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Religión	62.5% (Efectividad cuestionable)	62.5% (Tratamiento cuestionable o no efectivo)
Catarsis	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Afrontamiento Activo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Distracción	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Autocontrol mental	75% (Tratamiento bastante efectivo)	75% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Autoafirmación	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Búsqueda de Información	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Variable de resultado Caso 2	Índice de tamaño de efecto	
CPT		
t. Tolerancia al dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Intensidad del dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)

Nota. Los datos son los valores de los correspondientes índices y su interpretación convencional entre paréntesis. PND = porcentaje de datos no solapados; PEM = porcentaje de datos que exceden a la mediana. CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- Afrontamiento Pasivo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

El indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana considero puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para el estilo de afrontamiento en la dimensión Afrontamiento Pasivo como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para el estilo de afrontamiento en la dimensión Afrontamiento Activo como: Tratamiento muy efectivo.

Los porcentajes obtenidos de estas dimensiones, así como la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 2 se pueden observar en la tabla 9 (ver listado de tablas).

- ***Análisis de resultados de la valoración del dolor en el Caso 2.***

En base a los puntajes obtenidos del caso 2, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico y la efectividad de tratamiento, tanto de la evaluación del tiempo de tolerancia al dolor, así como de la intensidad del dolor, se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), con los siguientes indicadores porcentuales:

$$PND = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

El indicador porcentual obtenido considero la efectividad de tratamiento para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

El indicador PEM obtenido mostró la efectividad de tratamiento para la intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

También se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes tanto para la evaluación del tiempo de tolerancia al dolor, así como para la evaluación de intensidad del dolor, la magnitud de cambio

terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PEM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PEM} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $\text{PEM} = (8/8) \times 100 = 100\%$

Este indicador obtenido a través del PEM consideró la magnitud de cambio terapéutico para la intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

Los porcentajes obtenidos de estas dimensiones, así como la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 2 se pueden observar en la tabla 9.

- ***Resumen de análisis de resultados del caso 2.***

Analizando resumidamente el índice de tamaño del efecto con los indicadores PND del caso 2, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Catarsis, Autoafirmación y Búsqueda de información; así mismo, ha sido considerado como un tratamiento bastante efectivo para las dimensiones de Distracción, Autocontrol mental y Autoafirmación, aunque ha sido considerado como un tratamiento con efectividad cuestionable para la dimensión Religión.

Respecto a los estilos de afrontamiento, se encontró que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para los indicadores de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo; en la evaluación realizada con el CPT, se puede identificar en este caso que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un tratamiento muy efectivo para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

Respecto a los indicadores PEM, se puede observar que para el caso 2, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Catarsis y Búsqueda de información, además considera la magnitud del cambio terapéutico como tratamiento moderadamente efectivo para las dimensiones de Distracción, Autocontrol mental y Autoafirmación, aunque consideró como tratamiento cuestionable o no efectivo a la dimensión de Religión.

En cuanto a los estilos de afrontamiento, se puede identificar en el programa cognitivo conductual utilizado que ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para el estilo de afrontamiento pasivo, así como para el estilo de afrontamiento activo.

En la evaluación realizada de valoración del dolor, se puede observar que, para este caso, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado frente a la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

4.2.3. Análisis de resultados del Caso 3.

- *Análisis de resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 3.*

En base a los resultados obtenidos del caso 3, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico de cada dimensión y la efectividad de tratamiento se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador PND obtenido se pudo considerar la efectividad de tratamiento para esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Catarsis: $\text{PND} = (6/8) \times 100\% = 75\%$

En esta dimensión, el indicador porcentual obtenido consideró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Distracción: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

El resultado PND obtenido permitió considerar la efectividad de tratamiento para la dimensión de Distracción como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se pudo considerar la efectividad de tratamiento para esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $\text{PND} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador porcentual obtenido se consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Autoafirmación como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

Para la presente dimensión, el indicador porcentual obtenido mostró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento muy efectivo.

A continuación, se analizaron los niveles de efectividad de tratamiento para los estilos de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

El resultado basado en el PND mostró la efectividad de tratamiento para el estilo de Afrontamiento Pasivo, como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PND = (8/8) \times 100\% = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se pudo considerar la efectividad de tratamiento para el estilo de Afrontamiento Activo como: Tratamiento muy efectivo.

También se procedió a evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015) como método de verificación y para determinar si se obtuvo resultados consistentes de cada dimensión, obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$PEM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador PEM obtenido se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Religión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Catarsis: $PEM = (6/8) \times 100 = 75\%$

El resultado del PEM mostró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Catarsis como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Distracción: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Distracción como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En esta dimensión, el indicador PEM obtenido consideró la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $PEM = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En base al resultado obtenido a través del PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Autoafirmación como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

Para el presente factor, en base al indicador obtenido a través del PEM se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento muy efectivo.

Tabla 10

Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 3 en función del índice de tamaño del efecto

Variable de resultado Caso 3	Índice de tamaño de efecto	
	PND	PEM
CAD -R		
Afrontamiento Pasivo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Religión	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Catarsis	75% (Tratamiento bastante efectivo)	75% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Afrontamiento Activo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Distracción	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Autocontrol mental	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Autoafirmación	100% (Tratamiento muy efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Búsqueda de Información	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Variable de resultado Caso 3	Índice de tamaño de efecto	
CPT	PND	PEM
t. Tolerancia al dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Intensidad del dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)

Nota. Los datos son los valores de los correspondientes índices y su interpretación convencional entre paréntesis. PND = porcentaje de datos no solapados; PEM = porcentaje de datos que exceden a la mediana. CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

También, se procedió a evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del PEM para los estilos de afrontamiento en los factores de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para este factor como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido del PEM para el presente factor se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento muy efectivo.

Los niveles porcentuales obtenidos de estas dimensiones y la efectividad de tratamiento, tanto para PND como para PEM para el caso 3 se encuentran en la tabla 10 (ver lista de tablas)

- ***Análisis de resultados de la valoración del dolor en el Caso 3.***

En base a los resultados obtenidos del caso 3, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico y la efectividad de tratamiento, tanto de la evaluación del tiempo de tolerancia al dolor, así como de la intensidad del dolor, se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$PND = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

El resultado PEM obtenido mostró la efectividad de tratamiento para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se mostró la efectividad de tratamiento para la intensidad al dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

También se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvo resultados consistentes tanto para la evaluación de la tolerancia al dolor, así como para la evaluación de intensidad del dolor, la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PEM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PEM} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $\text{PEM} = (8/8) \times 100 = 100\%$

El resultado PEM obtenido mostró la magnitud de cambio terapéutico de la intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

Los niveles porcentuales resultantes de estas dimensiones, así como la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 3 se pueden observar en la tabla 10 (ver listado de tablas).

- ***Resumen de análisis de resultados del caso 3.***

Analizando resumidamente el índice de tamaño del efecto con los indicadores PND del caso 3, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Religión, Distracción, Autocontrol mental y búsqueda de información; así mismo, ha sido considerado como un tratamiento bastante efectivo para las dimensiones de Catarsis y autoafirmación.

Respecto a los estilos de afrontamiento, se identificó que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para los indicadores de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo.

En la evaluación realizada con el CPT, se puede observar que, para este caso, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un tratamiento muy efectivo para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

Respecto a los indicadores PEM, se identifica que, en el caso 3, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Religión, Distracción, Autocontrol mental y Búsqueda de información; así mismo, considera la magnitud del cambio terapéutico como tratamiento moderadamente efectivo para las dimensiones de Catarsis y Autoafirmación

En cuanto a los estilos de afrontamiento, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para el estilo de afrontamiento pasivo así como para el estilo de afrontamiento activo; en la evaluación realizada con el CPT, se puede identificar en este caso, que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado frente a la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

4.2.4. Análisis de resultados del Caso 4.

- *Análisis de resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 4.*

En base a los resultados obtenidos del caso 4, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico de cada dimensión y la efectividad de tratamiento se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $\text{PND} = (5/8) \times 100 = 62.5\%$

El indicador PND obtenido, mostró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Religión como: Efectividad cuestionable.

- Dimensión Catarsis: $\text{PND} = (6/8) \times 100\% = 75\%$

Para la presente dimensión, el indicador PND mostró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Catarsis como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Distracción: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

El indicador porcentual obtenido en el presente factor consideró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $\text{PND} = (5/8) \times 100\% = 62.5\%$

En base al PND obtenido, se consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Autocontrol mental como: Efectividad cuestionable.

- Dimensión Autoafirmación: $\text{PND} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

Este factor en base a los resultados PND mostró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Autoafirmación como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PND = (4/8) \times 100\% = 50\%$

La efectividad de tratamiento para la dimensión de Búsqueda de información en base al indicador porcentual obtenido se puede considerar como: Efectividad cuestionable.

También se analizaron los niveles de efectividad de tratamiento para los estilos de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PND = (6/8) \times 100 = 75\%$

En base al indicador PND obtenido, se mostró la efectividad de tratamiento para el estilo de afrontamiento Pasivo como: Tratamiento bastante efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PND = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En este factor, el PND mostró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

Además, se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes de cada dimensión, la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$PEM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $PEM = (5/8) \times 100 = 62.5\%$

El indicador obtenido a través del PEM mostró la magnitud de cambio terapéutico para presente dimensión como: Tratamiento cuestionable o no efectivo.

- Dimensión Catarsis: $PEM = (6/8) \times 100 = 75\%$

En base al indicador PEM obtenido se puede consideró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Catarsis como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Distracción: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

Esta dimensión, en base al indicador PEM obtenido mostró la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $PEM = (5/8) \times 100 = 62.5\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana para esta dimensión se consideró la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento cuestionable o no efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $PEM = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En este factor, en base al indicador obtenido a través del PEM se consideró la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

El indicador obtenido a través del PEM mostró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Búsqueda de información como: Tratamiento moderadamente efectivo.

Además, se procedió a evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana para los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PEM = (6/8) \times 100 = 75\%$

El indicador obtenido a través del PEM mosró la magnitud de cambio terapéutico para el estilo de Afrontamiento Pasivo como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

El resultado obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana consideró la magnitud de cambio terapéutico para el estilo de Activo como: Tratamiento moderadamente efectivo.

Los indicadores porcentuales obtenidos de estas dimensiones y la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 4 se encuentran en la tabla 11.

Tabla 11

Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 4 en función del índice de tamaño del efecto

Variable de resultado Caso 4	Índice de tamaño de efecto	
	PND	PEM
CAD -R		
Afrontamiento Pasivo	75% (Tratamiento bastante efectivo)	75% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Religión	62.5% (Efectividad cuestionable)	62.5% (Tratamiento cuestionable o no efectivo)
Catarsis	75% (Tratamiento bastante efectivo)	75% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Afrontamiento Activo	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Distracción	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Autocontrol mental	62.5% (Efectividad cuestionable)	62.5% (Tratamiento cuestionable o no efectivo)
Autoafirmación	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Búsqueda de Información	50% (Efectividad cuestionable)	75% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Variable de resultado Caso 4	Índice de tamaño de efecto	
CPT	PND	PEM
t. Tolerancia al dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Intensidad del dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)

Nota. Los datos son los valores de los correspondientes índices y su interpretación convencional entre paréntesis. PND = porcentaje de datos no solapados; PEM = porcentaje de datos que exceden a la mediana. CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- ***Análisis de resultados de la valoración del dolor en el Caso 4.***

En base a los puntajes obtenidos del caso 4, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico y la efectividad de tratamiento, tanto de la evaluación del tiempo de tolerancia al dolor, así como de la intensidad del dolor, se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

Se consideró la efectividad de tratamiento para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado en base al indicador PND como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador PND obtenido, se consideró la efectividad de tratamiento para la intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

También se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvo resultados consistentes tanto para la evaluación de la tolerancia al dolor, así como para la evaluación de intensidad del dolor, la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015), con los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PEM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PEM} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se mostró la magnitud de cambio terapéutico para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

El indicador obtenido a través del PEM mostró la magnitud de cambio terapéutico para la intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

Los niveles porcentuales obtenidos de estas dimensiones, así como la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 4 se pueden observar en la tabla 11 (ver lista de tablas).

- ***Resumen de análisis de resultados del caso 4.***

Analizando resumidamente el índice de tamaño del efecto con los indicadores PND del caso 4, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en la dimensión de Distracción; así mismo, ha sido considerado como un tratamiento bastante efectivo para las dimensiones de Catarsis y autoafirmación, aunque se ha mostrado como un tratamiento con efectividad cuestionable para las dimensiones de Religión, Autocontrol mental y búsqueda de información; respecto a los estilos de afrontamiento, se encontró que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa bastante efectivo para los indicadores de los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo.

En la evaluación realizada sobre la valoración del dolor, se puede observar que, para este caso, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un tratamiento muy efectivo para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

Respecto a los indicadores PEM, se puede identificar en el caso 4, que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en la dimensión de Distracción; considera la magnitud del cambio terapéutico como tratamiento moderadamente efectivo para las dimensiones de Catarsis, Autoafirmación y Búsqueda de información, aunque considera como tratamiento cuestionable o no efectivo a la dimensión de Religión.

Respecto a los estilos de afrontamiento, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento moderadamente efectivo tanto para el estilo de afrontamiento en la dimensión de afrontamiento pasivo así como para el estilo de afrontamiento en la dimensión de

afrontamiento activo; en la evaluación de la valoración del dolor, se puede observar que para este caso, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado frente a la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

4.2.5. Análisis de resultados del Caso 5.

- *Análisis de resultados del afrontamiento al dolor crónico en el Caso 5.*

En base a los resultados obtenidos del caso 5, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico de cada dimensión y la efectividad de tratamiento se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND) (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $\text{PND} = (6/8) \times 100 = 75\%$

El resultado obtenido en esta dimensión en base al indicador PND consideró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Catarsis: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

En base al indicador PND obtenido se consideró la efectividad de tratamiento para esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Distracción: $\text{PND} = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

En esta dimensión, el resultado PND obtenido consideró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

El resultado PND consideró la efectividad de tratamiento para la dimensión de Autocontrol Mental como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $\text{PND} = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En este factor, el indicador porcentual obtenido mostró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento bastante efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $\text{PND} = (8/8) \times 100\% = 100\%$

Para la presente dimensión, en base al indicador porcentual obtenido se consideró la efectividad de tratamiento como: Tratamiento muy efectivo.

Además, se analizaron los niveles de efectividad de tratamiento para los estilos de afrontamiento pasivo y el afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PND = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se consideró la efectividad de tratamiento para el estilo de Afrontamiento Pasivo como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PND = (8/8) \times 100\% = 100\%$

El indicador porcentual obtenido consideró la efectividad de tratamiento para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Activo como: Tratamiento muy efectivo.

También se procedió a evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) como método de verificación y para determinar si se obtuvieron resultados consistentes de cada dimensión (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$PEM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Dimensión Religión: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador PEM obtenido se pudo considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Religión como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Catarsis: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En esta dimensión, el indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se pudo considerar como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Distracción: $PEM = (7/8) \times 100 = 87.5\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se consideró la magnitud de cambio terapéutico para esta dimensión como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Autocontrol mental: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al resultado PEM obtenido se mostró la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Autocontrol mental como: Tratamiento muy efectivo.

- Dimensión Autoafirmación: $PEM = (7/8) \times 100\% = 87.5\%$

Este factor en base al indicador PEM obtenido fue considerado en la magnitud de cambio terapéutico como: Tratamiento moderadamente efectivo.

- Dimensión Búsqueda de información: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para la dimensión Búsqueda de información como: Tratamiento muy efectivo.

Además, se procedió a evaluar la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) para los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo del presente caso, encontrando lo siguiente:

- Afrontamiento Pasivo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana se puede considerar la magnitud de cambio terapéutico para el estilo de afrontamiento en la dimensión de Afrontamiento Pasivo como: Tratamiento muy efectivo.

- Afrontamiento Activo: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

El resultado en base al indicador PEM obtenido consideró la magnitud de cambio terapéutico para esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

Los indicadores porcentuales de estas dimensiones y la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 5 se encuentran en la tabla 12 (ver lista de tablas).

Tabla 12

Efectividad del Programa Cognitivo Conductual para la tolerancia al dolor en la gestante con dolor crónico del caso 5 en función del índice de tamaño del efecto

Variable de resultado Caso 5	Índice de tamaño de efecto	
	PND	PEM
CAD-R		
Afrontamiento Pasivo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Religión	75% (Tratamiento bastante efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Catarsis	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Afrontamiento Activo	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Distracción	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Autocontrol mental	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Autoafirmación	87.5% (Tratamiento bastante efectivo)	87.5% (Tratamiento moderadamente efectivo)
Búsqueda de Información	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Variable de resultado Caso 5	Índice de tamaño de efecto	
CPT	PND	PEM
t. Tolerancia al dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)
Intensidad del dolor	100% (Tratamiento muy efectivo)	100% (Tratamiento muy efectivo)

Nota. Los datos son los valores de los correspondientes índices y su interpretación convencional entre paréntesis. PND = porcentaje de datos no solapados; PEM = porcentaje de datos que exceden a la mediana. CAD-R = Cuestionario reducido de afrontamiento al dolor (Ugarte, 2017); CPT = Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005).

- ***Análisis de resultados de la valoración del dolor en el Caso 5.***

En base a los puntajes obtenidos del caso 5, para evaluar la magnitud de cambio terapéutico y la efectividad de tratamiento, tanto de la evaluación de tiempo de tolerancia al dolor, así como de la intensidad del dolor, se procedió a utilizar el índice de porcentaje de datos no solapados (PND), (Sanz y García-Vera, 2015), obteniendo los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador porcentual obtenido se consideró la efectividad de tratamiento para el tiempo de tolerancia al dolor experimentado como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $\text{PND} = (8/8) \times 100 = 100\%$

El resultado en base al indicador PND obtenido mostró la efectividad de tratamiento para la Intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

Así mismo, se procedió a evaluar, como método de verificación y para determinar si se obtuvo resultados consistentes tanto para la evaluación de la tolerancia al dolor, así como para la evaluación de intensidad del dolor, la magnitud de cambio terapéutico a través del porcentaje de datos que exceden a la mediana (PEM) (Sanz y García-Vera, 2015), con los siguientes indicadores porcentuales:

$$\text{PEM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden la mediana de la LB}}{\text{Total del n}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

- Tiempo de tolerancia al dolor: $\text{PEM} = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al indicador obtenido a través del PEM se consideró la magnitud de cambio terapéutico para esta dimensión como: Tratamiento muy efectivo.

- Intensidad del dolor: $PEM = (8/8) \times 100 = 100\%$

En base al resultado PEM obtenido se consideró la magnitud de cambio terapéutico para la Intensidad del dolor percibido como: Tratamiento muy efectivo.

Los indicadores porcentuales obtenidos de estas dimensiones, así como la efectividad de tratamiento, tanto para PND, así como para PEM del caso 5 se pueden observar en la tabla 12 (ver lista de tablas).

- ***Resumen de análisis de resultados del caso 5.***

Analizando resumidamente el índice de tamaño del efecto con los indicadores PND del caso 5, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Catarsis, Autocontrol mental, y búsqueda de información; así mismo, ha sido considerado como un tratamiento bastante efectivo para las dimensiones de Religión, Distracción y autoafirmación; respecto a los estilos de afrontamiento, se encontró que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un programa muy efectivo para los estilos de afrontamiento en las dimensiones de afrontamiento pasivo y afrontamiento activo.

En la evaluación de la valoración del dolor, se puede observar que, para este caso, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado como un tratamiento muy efectivo para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

Respecto a los indicadores PEM, se puede observar que, para el caso 5, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico en las dimensiones de Religión, Catarsis, Autocontrol mental y Búsqueda de información, así como consideró la magnitud del cambio terapéutico como tratamiento moderadamente efectivo para las dimensiones de Distracción y Autoafirmación.

Respecto a los estilos de afrontamiento, se puede observar que el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado ante la magnitud de cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para el estilo de afrontamiento pasivo, así como para el estilo de afrontamiento en la dimensión de afrontamiento activo.

En la evaluación realizada de valoración del dolor se puede observar que, para este caso, el programa cognitivo conductual utilizado ha sido considerado frente a la magnitud de

cambio terapéutico como un tratamiento muy efectivo tanto para ampliar el tiempo de tolerancia al dolor, así como para reducir la intensidad del dolor percibido.

4.3. Discusión basada en los antecedentes

Esta es una investigación sin precedentes y de importante aplicación para la población prenatal en el país, por ello, a pesar de la ausencia de investigaciones antecedentes encontradas sobre el tema específico realizado en el presente estudio, se desarrolló la siguiente discusión respecto a algunas investigaciones antecedentes revisadas en temas de dolor crónico en general tanto a nivel internacional como nacional.

- En base a los resultados obtenidos de cada uno de los casos del presente estudio, sobre todo, en los casos 1, 3 y 5, se observa correspondencia directa respecto a las estrategias de afrontamiento al dolor y la valoración que hacen de su dolor, observando en estos casos estudiados que utilizan prioritariamente la estrategia de afrontamiento de religión mientras su dolor era considerado más incapacitante, tendiendo a reducirlo cuando mejora su valoración del dolor. Esta característica también ha sido observada en la investigación realizada por Ugarte (2017), quien trabajó en un estudio comparativo con adultos y adolescentes con enfermedades reumáticas; si bien, no ha trabajado con gestantes, esta característica del trabajo previo ha podido ser corroborado también en los casos estudiados de la presente investigación.

- Los 5 casos estudiados de manera individual en la presente investigación lograron reducir su nivel medio de dolor y evidenciaron decremento del dolor intenso luego de la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual tal como se realizó en la investigación de Van-der Hofstadt et. al (2012); aunque la cantidad de pacientes utilizada por el investigador no permitió un nivel de significación de resultados y a pesar de que su trabajo fue desarrollado en mujeres y hombres, con un programa cognitivo conductual grupal, los resultados de la presente investigación en cada uno de los cinco casos llevan a una conclusión similar. La misma característica se puede observar en la investigación desarrollada por Millegan et al. (2014) en base a un caso de dolor crónico, al cual aplica un programa integrado que mejoró la calidad de vida de su paciente; aunque el programa utilizado por estos investigadores fue diferente, se puede considerar el aspecto valorativo de la aplicación de programas no médicos en la mejora de la calidad de vida de pacientes que presentan dolor crónico.

- En los resultados obtenidos de cada una de las 5 pacientes estudiadas en la presente investigación se observó que durante el tratamiento cada una de ellas modificaron sus estilos de afrontamiento del dolor, mejorando sus estilos de afrontamiento activo y reduciendo la cantidad de dolor que sentían, tal como lo investigó Casnova (2016) en su estudio sobre la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico en Cádiz; aunque Casanova no trabajó con muestra de gestantes, se puede aprovechar la congruencia de ambas investigaciones en el aspecto de la mejora del afrontamiento frente al dolor al aplicar tratamiento cognitivo conductual.

- Los resultados obtenidos de cada una de las cinco gestantes investigadas mostraron una relación directa entre la evolución de estrategias de afrontamiento pasivo a activo en la reducción de la percepción de su dolor, tal como se observó en unos indicadores de la investigación comparativa de tratamientos realizada por Vanhaudenhuyse et al. (2018); a pesar de que su estudio se realizó en pacientes no gestantes, se puede rescatar estas variables que también se observan en las gestantes estudiadas en la presente investigación respecto a la relación entre mejora del afrontamiento activo y la percepción del dolor.

- En la investigación de revisión de literatura en dolor crónico durante la gestación realizada por Ray- Griffith et al. (2019), se toma en cuenta a la terapia cognitivo conductual como un tratamiento efectivo que debe considerarse para las condiciones de dolor crónico, entre otras consideraciones a pesar de que no se identificó las tasas de uso de la terapia cognitivo conductual para los trastornos de dolor crónico; a la luz de los resultados obtenidos en cada uno de los casos estudiados en la presente investigación en la que también se observa efectividad del uso de un programa cognitivo conductual para las condiciones de dolor crónico en cada uno de los 5 casos estudiados, se puede inferir que la terapia cognitivo conductual debe ser considerada como una alternativa positiva para las condiciones de dolor crónico.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

A partir de los resultados de la evolución de cada uno de los cinco casos investigados podemos extraer algunas conclusiones en lo que se refiere a la intervención para estos casos de gestantes con dolor crónico.

- En primer lugar, la presente investigación buscó establecer si el programa cognitivo-conductual elegido para la tolerancia al dolor, aplicado en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, incrementaría el nivel de tolerancia al dolor frente a una evaluación de línea base y de tratamiento con seguimiento en la selección de sujetos de la población objetivo; a la luz de los resultados obtenidos, se puede afirmar que se ha conseguido el objetivo principal de esta investigación en cada uno de los casos investigados, por tanto, se cumple y se acepta la hipótesis alterna inicialmente formulada, es decir, que mediante un programa de intervención cognitivo conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de lima se lograría el incremento del nivel de tolerancia al dolor frente a una evaluación de línea base y de tratamiento con seguimiento de cada una de las pacientes con dolor crónico seleccionadas y tratadas.

- Segundo, al establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en cada una de las cinco gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, a nivel intra-sujeto, por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento, se distinguió un tiempo inferior al minuto y medio de tolerancia al dolor en cada evaluación, y alto a moderado nivel de intensidad de dolor percibido (igual o superior a 6). A la luz de las evaluaciones realizadas a cada uno de los casos, la selección de mismos cumplió con los requisitos establecidos en el segundo objetivo de la investigación, aceptándose la primera hipótesis específica.

- Tercero, se pudo comprobar que, a pesar de que cada caso estudiado era único y con características iniciales de dolor crónico distintas, por lo que cada paciente afrontaba su dolor crónico de manera diferente inicialmente lo cual se vio reflejado en las evaluaciones realizadas con el CAD-R, al analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la

tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de la institución a nivel intra-sujeto en su afrontamiento al dolor, en sus factores de religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información, y según los estilos de afrontamiento pasivo y de afrontamiento activo, en base a los resultados en condiciones de evaluación de línea base (LB) y de tratamiento con seguimiento, se encontró diferencias significativas que generaron mejoras en cuanto a sus estrategias de afrontamiento al dolor inicial, lo cual indicaría que el programa elegido cumplió con este objetivo, aceptándose la segunda hipótesis específica.

- En cuarto lugar, en lo que se refiere al análisis del efecto del programa cognitivo-conductual seleccionado para cada uno de los casos evaluados, a nivel intra-sujeto, acerca de su valoración al dolor en sus factores de intensidad del dolor percibido y tiempo de tolerancia al dolor experimentado, según los resultados en condiciones de evaluación de línea base (LB) y de tratamiento con seguimiento, se encontró una reducción del nivel de intensidad al dolor percibido, llegando al nivel mínimo de dolor en cada caso, y con mayor tiempo de tolerancia al dolor experimentado en cuanto a su valoración al dolor inicial en cada una de ellas; al final de las nueve sesiones de intervención con el Programa establecido se generó una mejora hasta lograr el nivel máximo permitido del tiempo de tolerancia al dolor de la presente investigación (tiempo máximo de 270") con cada uno de los casos y se mantuvo en este nivel óptimo durante todas las evaluaciones de seguimiento. Por lo anteriormente descrito, se podría afirmar que el Programa elegido también cumplió con este objetivo, aceptándose la tercera hipótesis específica de la investigación.

- Quinto, cabe resaltar que, a pesar de que por las características del diseño de caso único, los resultados y conclusiones siempre deben ser tomados con precaución y contrastados en estudios que contengan un mayor control experimental, los resultados del presente estudio parecen sostener la utilidad de estas técnicas cognitivo-conductuales en la intervención psicológica ejecutada con cada una de las gestantes seleccionadas que presentaron dolor crónico previo para la mejora de su tolerancia al dolor, por lo que el Programa Cognitivo Conductual en esta investigación resultó adecuado para cada caso individual investigado.

- Finalmente, se puede concluir que esta investigación ha generado los resultados esperados para la selección de casos trabajados, sin embargo, debido a la reducida cantidad

de pacientes seleccionadas no es posible considerar los niveles de significación del presente estudio ni generalizar los resultados de esta investigación en otros posibles casos.

5.2. Recomendaciones

- En primer lugar, es importante explicar que antes de elaborar la presente investigación, se realizó un estudio minucioso acerca de temas relacionados al dolor crónico y de gestantes con dolor crónico; al encontrarse escasa bibliografía previa, resultó muy útil poder aprender directamente de la experiencia con médicos y especialistas de diferentes profesiones quienes brindaron lo mejor de su conocimiento para que la investigación tuviese éxito (anestesiólogos, obstetras, psicólogos, ginecólogos, traumatólogos, enfermeras, etc.). Por ello, el especialista que desee realizar investigaciones sobre dolor crónico en gestantes debe encontrarse familiarizado no sólo con aspectos relacionados a la psicología clínica, sino también con terminología y tratamientos médicos, obstétricos, y de otras profesiones afines en temas de salud a fin de poder comprender bien cómo atender las necesidades de este tipo de población.

- En segundo lugar, los requisitos a cumplir en base a los criterios utilizados para establecer la selección de casos fueron bastante estrictos y resultó difícil encontrar los casos en la institución al no tener información existente sobre gestantes con dolor crónico previo, ya que se trata de una etapa corta en la vida de la gestante, por lo que se recomienda que para nuevas investigaciones, el especialista mantenga los criterios utilizados en la presente investigación realizando detección y seguimientos previos y evitando demoras en la selección de casos; facilitaría mucho la selección de la muestra si se investiga en instituciones que cuenten con una unidad de tratamiento del dolor y/o con información previa a sobre dolor crónico en la ficha clínica de la institución sobre las gestantes fin de detectar con mayor rapidez a la población objetivo.

- En tercer lugar, se debe recalcar que cada individuo es único en su forma de percibir, accionar y reaccionar, por ello, la presente investigación sugiere que la selección de casos sea cuidadosamente elegida, evitando aquellos casos de gestantes con embarazo de alto riesgo y aquellas que presenten patología psiquiátrica previa, entre otras consideraciones, cuidando los aspectos éticos de cada procedimiento ejecutado. También pueden influir temas personales, emocionales o de índole médico en la reacción de la paciente, por lo que

se recomienda que el especialista que desee investigar estos temas trabaje de la mano con especialistas de otras profesiones médicas antes, durante y después de ejecución del programa.

- En cuarto lugar, cabe destacar que si bien la presente investigación ha sido aplicada a nivel individual incluyendo todos los criterios posibles para lograr resultados individuales objetivos y válidos, el programa desarrollado también podría ser utilizado para grupos de hasta cinco individuos, por lo que se recomienda que a futuro se considere la posibilidad de elaborar nuevas investigaciones de tipo grupal a fin de poder intervenir terapéuticamente a mayor cantidad de gestantes que presenten dolor crónico a la vez, permitiéndoles mejorar su tolerancia al dolor y consecuentemente, mejorar su calidad de vida bajo las circunstancias que deben experimentar durante su gestación.

- Finalmente, es positivo indicar que el presente trabajo representa un esfuerzo investigativo probablemente novedoso en el Perú al trabajar con pacientes gestantes que presentan dolor crónico, generando mejoras en cada caso estudiado no sólo en sus niveles de valoración del dolor, sino también en sus estrategias de afrontamiento; a pesar de que por a la cantidad reducida de pacientes seleccionadas no es posible generalizar los resultados de esta investigación, en otros futuros casos se sugiere que se aprovechen estos aportes para que se elaboren nuevas propuestas que propicien espacios donde los psicólogos puedan colaborar de manera más activa, promoviendo atención psicológica oportuna de aquellas gestantes que presentan dolor crónico para encontrar estrategias de intervención más convenientes que les permitan alcanzar una mejor calidad de vida; queda pendiente a futuro que se repliquen las mismas condiciones en una mayor cantidad de gestantes que presenten dolor crónico para que pueda generarse una nueva alternativa con recursos terapéuticos exitosos para la intervención psicológica en esta área de la psicología clínica y de la salud.

Referencias

- Almendro, M. T., Clariana, S.M., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B., y del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. doi: 10.4321/S0211-57352011000200003
- Amaya, M. C. (2013). *Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno*. (Tesis parcial de maestría). Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/11362/1/05539770.2013.pdf>.
- American Psychological Association (2016). Ethical Principles of Psychologists and code of Conduct [Principios éticos de los psicólogos y código de conducta]. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Bados, A., García, E., y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2(3), 477-502.
- Berro, M. J. (9-12 octubre 2002). Plan ideal para una Unidad del Dolor. En Muriel, C. Presidente (Presidencia). *Progresos en el dolor del cáncer y su tratamiento*. V Congreso de la Sociedad española del dolor. Congreso llevado a cabo en Salamanca, España.
- Browder, R. (2012). *Fisiopatología*. (1ª ed.). México D. F.: El Manual Moderno.
- Burke, A. L. J., Mathias, J. L. y Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. [Funcionamiento psicológico de personas que viven con dolor crónico: una revisión meta-analítica]. *British Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1111/bjc.12078
- Camacho, L., y Anarte, M. T. (2001). *Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/242100402_Importancia_de_las_creencias_en_la_modulacion_del_dolor_cronico_concepto_y_evaluacion
- Cañadas, M. V. (2011). *Vivencia de las mujeres que sufren dolor crónico: qué sienten y qué necesitan*. (trabajo de fin de máster). Recuperado de: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/470/VIVENCIA_%20DE_%20LAS_%20MUJERES_%20CON_%20DOLOR_%20CR%C3%93NICO_%20QU%C3%89_M%C2%AA_Victoria_Ca%C3%B1adas_Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Carrillo, J. M., Collado-Vázquez, S., y Rojo, N. (2005). *El Cold Pressor test en la investigación del dolor experimental y clínico: Vol. 3*. Madrid: Universidad Alfonso X el Sabio.
- Casanova, I. (2016). Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*.2: 121-151
- Castel-Bernal, B., García-Bardón, V. de F., y Tornero-Molina, J. (marzo 2006). *Evaluación psicológica en el dolor crónico*. Trabajo presentado en el I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatología Clínica*, 2(extra 1), 44-49.doi: 10.1016/S1699-258X(06)73082-0
- Castro, L. (1990). *Diseño experimental sin estadística: usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. (2ª ed.). México D. F.: Trillas.
- Catalá, E., Ferrándiz, y M., Genové, M. (2015). *Manual de Tratamiento del dolor*. (3ª ed.). Mallorca: Permanyer.
- Cerdá-Olmedo, G., y De Andrés, J. (2002). *Dolor Crónico. Guía de actuación clínica en A.P.* Recuperado de:
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap014dolorcronico.pdf>
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88
- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Recuperado de:
<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- Cohen, R, Swerdlink, M. (2001). *Pruebas y Evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición*. (4ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de ética y deontología*. Recuperado de:
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. A., y Córdova-Domínguez, J. A. (octubre-diciembre, 2010). Epidemiología del dolor crónico en México. Artículo de revisión. *Revista mexicana de anestesiología*,33(4), 207-213.
- Diccionario Panhispánico de dudas (2005). *Real Academia de la Lengua Española – RAE*. Recuperado de: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=dolor>

- Eizaga, R. y García, M. V. (noviembre 2015). *Escalas de Valoración del dolor*.
Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor
- González, A., Fernández, P., y Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*. 22(4), 997-1003
- González, M. (julio 2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista médica Clínica Las Condes*. 25(4) 610-617. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
- Guerrero, A. M. y Gómez, M. P. (2014). Prevalencia del dolor crónico en Colombia. VIII Estudio nacional del Dolor 2014. Capítulo colombiano IASP. Firma encuestadora: DATEXO. *Asociación Colombiana de Neurología*.
- Harstall, C., y Ospina, M. (June 2003). How prevalent is chronic pain? Pain Clinical Updates. [¿Qué tan frecuente es el dolor crónico? Actualizaciones clínicas del dolor]. *International Association for the study of pain IASP* 11(2), 1-4.
- Hernández R., Fernández R., y Baptista P. (2014) *Metodología de la Investigación*. (6ª ed.). Ciudad de México: McGraw Hill Education.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico* (Tesis doctoral). Recuperado de:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5423/piv1de4.pdf>
- Infocop (agosto 2010). *La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico que más evidencia aporta sobre dolor crónico – entrevista a miguel a. Vallejo pareja*.
Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2784
- Instituto Nacional Materno Perinatal (agosto, 2016). *Índice de seguridad hospitalaria. Informe de evaluación*. Lima, 1-67.
- Instituto Nacional Materno Perinatal (2017). *Boletín Estadístico 2017*. Oficina de estadística e informática. Lima. 1-98.
- Instituto Nacional Materno Perinatal (2018). *Presentación: Información Institucional*.
Recuperado de: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
- Koo, J. E., Callejas, J. C., y Castro, Y. (2017). Programa para la atención con abordaje psicológico en pacientes con síndrome de fibromialgia en un hospital público de la ciudad de Chiclayo, 2017. *Revista Científica Institucional TZHOECOEN*. 9(2). doi: <https://doi.org/10.26495/rtzh179.222115>

- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity [Una aproximación para la validación de contenido]. *Personnel Psychology*.28, 563-575.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation [Emoción y adaptación]*. New York: Oxford.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. S.A.
- Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., y Casanova Carrillo, C. (2003). Inducción y Medición del dolor experimental. *Revista Cubana de Medicina militar*.32(1),49-56.
- López, F. (1996). Definición y Clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Universidad Complutense*, (4),49-55.
- Lovallo, W. (1975). The Cold Pressor Test and Autonomic Function: A Review and Integration. [El Cold Pressor Test y la función autonómica: Revisión e integración]. *The Society for Psychophysiological Research*.12(3), 268-282.
- Ma, H. H. (2006). An alternative method for quantitative synthesis of single-subject researches: percentage of data points exceeding the median. [Un método alternativo para la síntesis cuantitativa de investigaciones de caso único: porcentaje de puntos de datos que exceden la mediana]. *Behavior Modification*, 30, 598–617.
- Marín, D., Bullones, M. A., Carmona, F. J., Carretero, M. I., Moreno, M. A., y Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. NURE Investigación, 5(37) (Revista en Internet). Recuperado de: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb372102008_93951.pdf
- Martínez, G. (2016). El control del dolor crónico: el gran olvidado. *Fundación Pharmaceutical Care*.18(2), 81-85.
- Masedo, A. I. (2003). *Conceptualización de catastrofismo desde un modelo de procesamiento del dolor y de las emociones* (tesis de doctorado). Universidad de Málaga. Recuperado de: www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/1669840x.pdf
- Menéndez, G. E., Navas, I., Hidalgo, Y., y Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 38(3), 333-342
- Mesas, A. (noviembre, 2012). *Dolor agudo y crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor*. Recuperado de: <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>

- Millegan, J., Morrison, T., Bhakta, J., y Ram, V. (Septiembre,2014). Mind Body Medicine in the Care of a U.S. Marine with Chronic Pain: A Case Report. *Military medicine*. [Medicina mente cuerpo en el cuidado de un marine norteamericano con dolor crónico. Un reporte de caso. *Medicina militar*]. San Diego: *PubMed*. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00130
- Ministerio de Salud de Perú (diciembre, 2009). *Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios Tratamiento del Dolor*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1456.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú. (diciembre, 2013). *Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna*. Recuperado de: <http://igss.gob.pe/portal/files/redes-integradas/0002/esssr/nts-n-105-minsa-dgsp-v-01-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-materna.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú. (mayo, 2011). *Guía Técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal*. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/transparencialdgenormas.asp>
- Miranda, J. P., Quezada, P., Caballero, P., Jiménez, L., Morales, A., Bilbeny, N., y Vega, J.C. (junio, 2013) Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. *Revista El dolor*,59 (22), 10-17.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1992). Estudio experimental del dolor. Acerca de las variaciones cíclicas. Universidad Autónoma de Barcelona: *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45 (4), 413-416.
- Morley, S. (2011). Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: Progress and some challenges. [Eficacia y efectividad de la terapia de comportamiento cognitivo para el dolor crónico: progreso y algunos desafíos]. *Pain*, 152(3, Suplemento), 99-106.doi: 10.1016/j.pain.2010.10.042
- Moscoso, J. (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales*. (47), 170-176. doi: <http://dx.doi.org/10.7440/res47.2013.13>
- Muñoz, L., Sánchez, Y., Restrepo, C. y Cárdenas, J. (2010). *Diseño de los procedimientos y actividades para la estandarización de la atención en los programas de promoción y prevención, por parte de la secretaria de salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del municipio de Ibagué*. (informe final de investigación). Universidad EAN. Recuperado de: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/528/MunozLiliana2010.pdf>

- Navarro, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña del adulto. *Actualidades en psicología*. (20), 1-21.
- NINDS. (noviembre, 2006). *Dolor: esperanza en la investigación*. NIH 07-2406S. Recuperado de: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/dolor.htm>
- Ohm, A. M., Nielsen, C. S., Schirmer, H., Stubhaug, A., Wilsgaard, T., y Lindekleiv, H. (2016). Pain Tolerance in Persons with Recognized and Unrecognized Myocardial Infarction: A Population-Based, Cross-Sectional Study. [Tolerancia al dolor en personas con infarto al miocardio reconocido y no reconocido: un estudio de corte transversal de una población base]. *American Heart Association Journal*. doi: 10.1161/JAHA.116.003846
- Patanwala, A. E., Norwood, Ch., Steiner, H., Morrison, D., Li, M., Walsh, K., Martinez, M., Baker, S., Snyder, E. M., Karnes, J. (noviembre, 2018). Psychological and Genetic Predictors of Pain Tolerance [Predictores psicológicos y genéticos de la tolerancia al dolor]. *Clinical and Translational Science* 12(2), doi: 10.1111/cts.12605.
- Pedrajas, J. M. y Molino, A. M. (2008). Bases Neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud* 19(3), 277-293.
- Pennick, V., y Liddle, S. D. (agosto, 2013). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. [Intervenciones para prevenir y tratar el dolor pélvico y de espalda en el embarazo.]. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD001139.pub3
- Pérez-Cajaraville J., Abejón D., Ortiz J. R., y Pérez J. R. (agosto-septiembre, 2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. Madrid: *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 12(6), 373-384.
- Philips, H., y Rachman, S. (1996). *The Psychological Management of Chronic Pain. A Treatment Manual*. [El manejo psicológico del dolor crónico, Manual de tratamiento]. 2a ed. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Philips, H., y Rachman, S. (1996). *The Psychological Management of Chronic Pain. Patient's Manual*. [El manejo psicológico del dolor crónico, Manual del paciente.]. 2a ed. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Ramírez-Maestre, C. (2002). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*. Universidad de Málaga. 6,40-52. Recuperado de: www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num6/escritospsicologia6_analisis2.pdf

- Ray-Griffith, Sh., Morrison, B, y Stowe, Z. N. (2019). Chronic Pain Prevalence and Exposures during Pregnancy. [Prevalencia del dolor crónico y exposiciones durante la gestación]. *Pain Research & Management* (2):1-7. doi: 10.1155/2019/6985164
- Ray-Griffith, Sh., Wendel, M., Stowe, Z., y Magann, E. F. (2018). Chronic pain during pregnancy: a review of the literature. [Dolor crónico durante el embarazo: revisión de la literatura]. *International Journal of Women's Health*. 10,153-164. doi: 10.2147/IJWH.S151845
- Rivera Díaz R. y Lopera Rivera A. (2012). Manejo del dolor no obstétrico durante el embarazo. Artículo de revisión. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 40(3), 213-223. doi: 10.1016/j.rca.2012.05.006
- Rodríguez, I., Cano, E. J. y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico. Universidad de Sevilla: *Actas especialidades psiquiátricas*. 32 (2), 81-91.
- Roussos, A. J. (noviembre 2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVI(3), 261-270.
- Ruvalcaba, G. y Domínguez, B. (julio-diciembre, 2009). *La terapia psicológica del dolor crónico*. México: Psicología y Salud. 19(2), 247-252.
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. (tesis de pre grado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1204>
- Sánchez, J., Tejedor, A., Carrascal, R., García, C. R., Gómez, S., González, M., ... Nieto, E.(2014). La atención, al paciente; con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso. ISBN edición online: 978-84-606-5589-3. España. Recuperado de: http://www.universidadpacientes.org/docs/consenso_dolor_cronico.pdf
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (noviembre, 2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud* 26(3), 167-180. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n3/original6.pdf>
- Scruggs, T. E. y Mastropieri, M. A. (jul 1998). Summarizing single-subject studies. Issues and applications. [Resumen de estudios de caso único. Problemas y aplicaciones]. *Behavior Modification* 22(3), 221-242. doi:10.1177/01454455980223001

- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C. y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.9, 94-108.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, y Crowther CA. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. [Terapias complementarias y alternativas para el manejo del dolor en el parto]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD003521. doi: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
- Solano, M. C. (2012). *Relaciones entre el dolor por Artritis Reumatoide con el Bienestar Psicológico, Afrontamiento y síntomas depresivos*. (tesis de post grado) Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/54225690.pdf>
- Soriano, J., y Monsalve, V. (noviembre 2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española de Dolor*.11, 207-414.
- Soriano, J. F., y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.9, 13-22.
- Soriano, J. F., y Monsalve, V. (julio 2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. 84,91-107.
- Soucase, B, Monsalve, V, Soriano, J. F., y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*11, 353-359.
- Soucase, B, Monsalve, V, Soriano, J. F., y De Andrés, J. (Febrero 2004) Valoración y estrategias de afrontamiento al dolor: diferencias en cuanto al nivel de dolor informado (EVA). 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. *InterpsiquisPsiquiatria.com*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?artid=2389&idrev=8&idvol=146>
- Soucase B, Soriano J. F., y Monsalve V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.5(2), 227-241.
- Spencer, H. (2007). Dolor crónico – un problema complejo a tratar. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 18(3), 217-221.

- Sturgeon, J. A. (abril 2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. [Terapias psicológicas para el manejo del dolor crónico]. *Psychology Research and Behavior Management*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/261766392_Psychological_therapies_for_the_management_of_chronic_pain
- Traue, H. C., Jerg-Bretzke, L., Pfingsten, M., y Hrabal, V. (2010). Factores Psicológicos del dolor crónico. En: *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos/ Guide to pain management*, 2nd ed. Washington D.C.: Kopf, A., Patel, N. B., pp.19-26.
- Treede, R-D., Rief, W. R., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R. et al. (junio 2015). A classification of chronic pain for ICD-11 [Una clasificación del dolor crónico para el CIE-11]. *Pain*. 156(6), 1003-1007.
- Ugarte, V. (2017). *Comparación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor entre adolescentes y adultos con enfermedades reumáticas de un Hospital de Lima Metropolitana* (tesis de pre grado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10757/622199>
- Vallejo, M. (julio, 2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. Universidad de Valencia: *Boletín de Psicología*, 84, 41-58. Recuperado de:
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>
- Van-der Hofstadt, C. J., Couceiro, S., Mateu, M., Margarit, C., Peiró, A. M., y Pérez, E. (2012) Primera aproximación a un programa cognitivo conductual grupal en dolor crónico moderado. Universidad de la Rioja: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace 101*, 33-42. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3922631>
- Vanhauzenhuysse, A., Gillet, A., Malaise, N., Salamun, I., Grosdent, S., Maquet, D., Nyssen, A. M., Faymouville, M. E. (abril 2018). Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. [Las intervenciones psicológicas influyen en las actitudes y creencias de los pacientes sobre su dolor crónico]. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*. 8(2), 296 – 302.
- Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta médica peruana*, 24(2), 105 - 108.

Figuras



Figura 1.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 1. Puntajes obtenidos en cada evaluación CAD-R (Ugarte, 2017); cada estrategia de afrontamiento muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto Autoafirmación con un rango entre 3 y 15 puntos. El estilo de Afrontamiento Pasivo muestra un rango de 8 a 40 puntos y estilo de Afrontamiento Activo muestra un rango de 15 a 75 puntos.

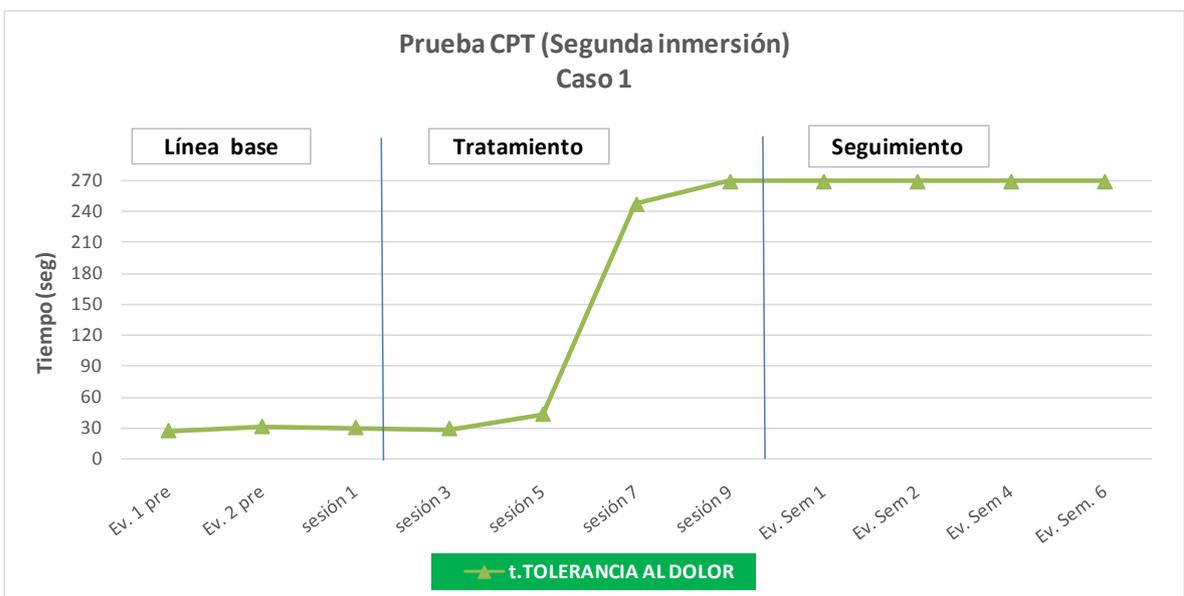
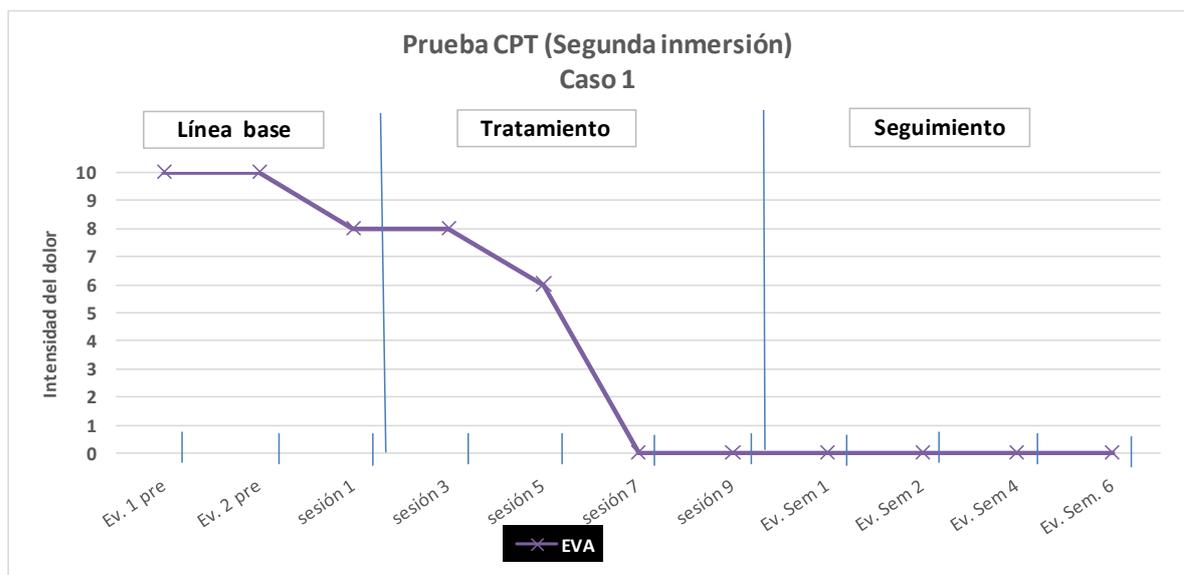


Figura 1.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 1. Puntajes obtenidos de la segunda inmersión en cada evaluación del Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005). La valoración de la intensidad del dolor muestra un rango de 0 a 10 puntos; la valoración de tiempo de tolerancia al dolor muestra un rango en segundos de 0” a 270”.

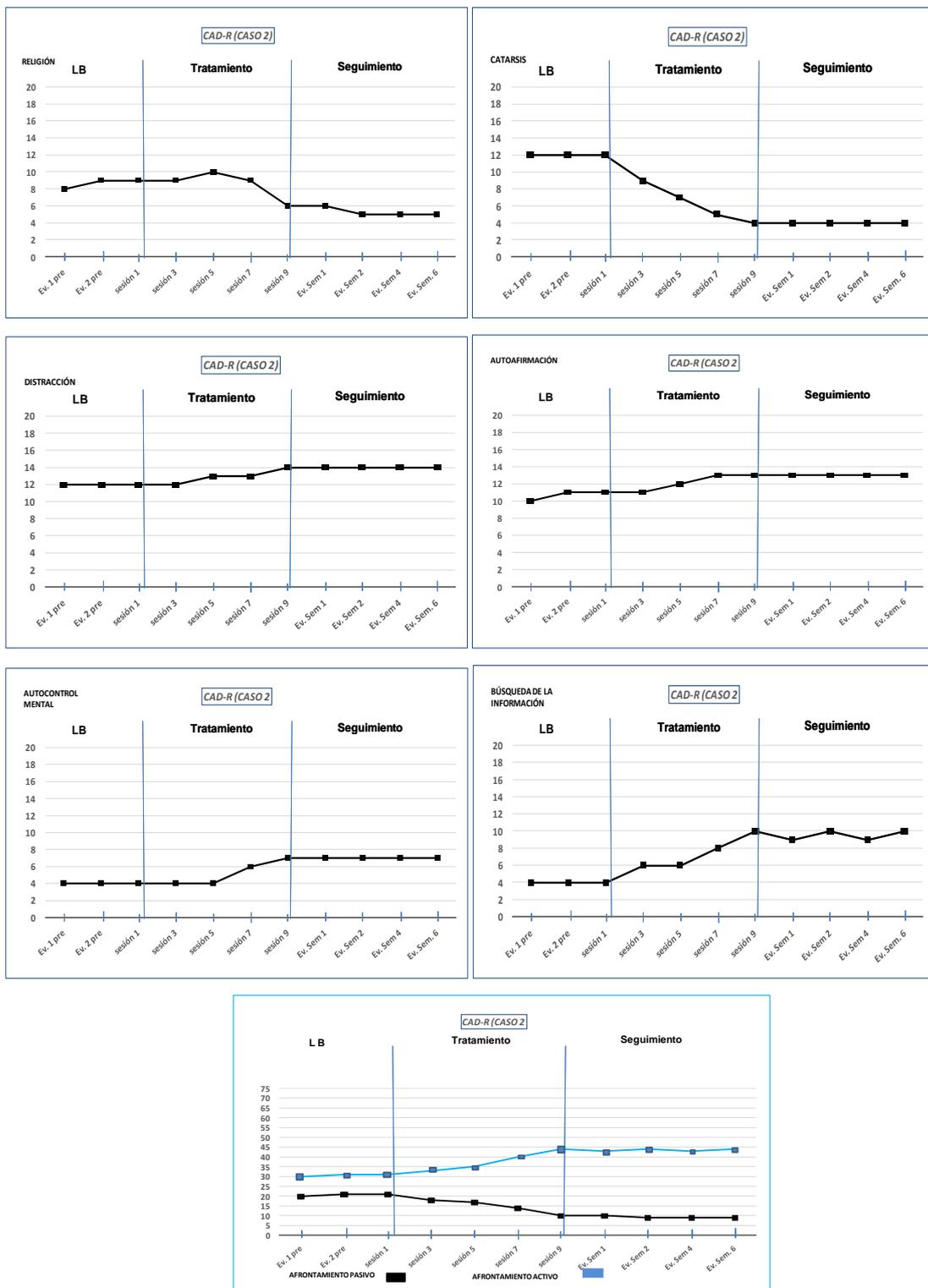


Figura 2.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 2. Puntajes obtenidos en cada evaluación CAD-R (Ugarte, 2017); cada estrategia de afrontamiento muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto Autoafirmación con un rango entre 3 y 15 puntos. El estilo de Afrontamiento Pasivo muestra un rango de 8 a 40 puntos y estilo de Afrontamiento Activo muestra un rango de 15 a 75 puntos.

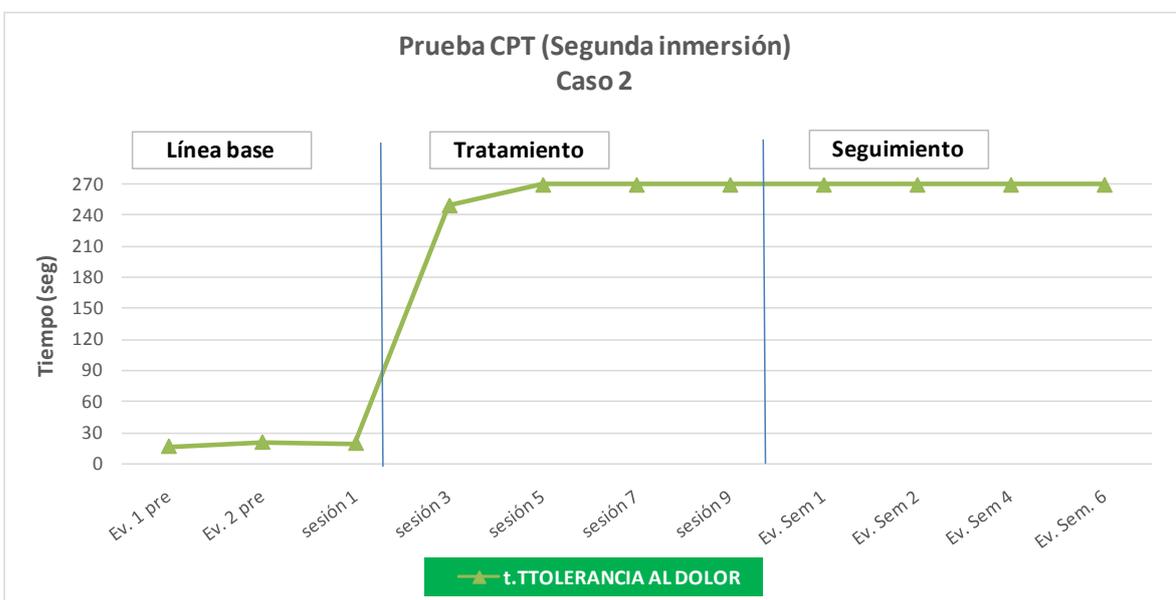
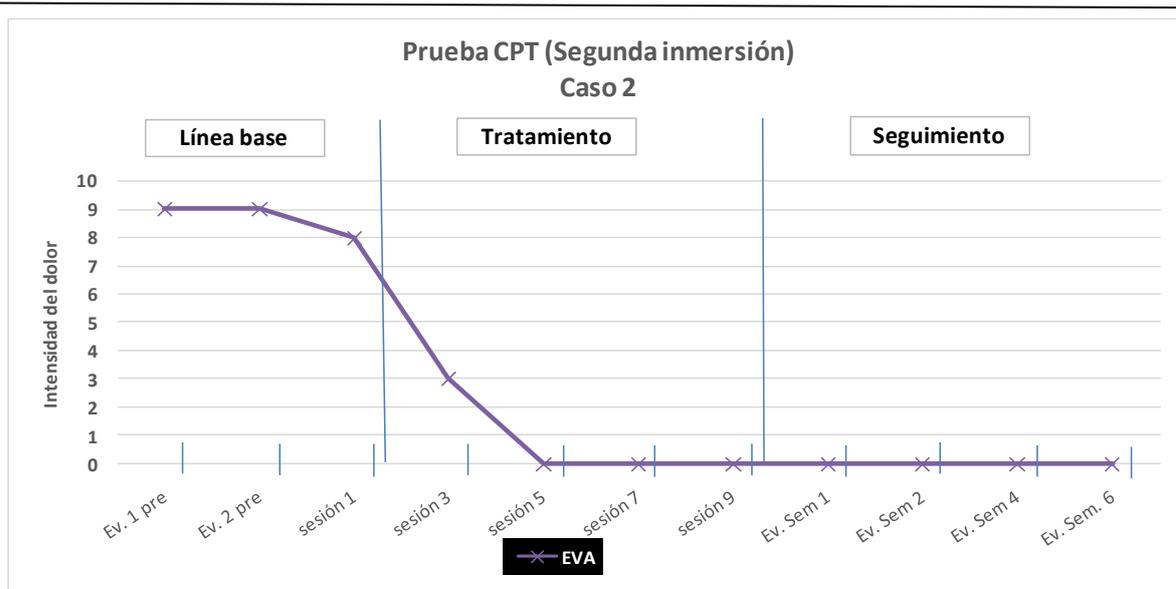


Figura 2.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 2. Puntajes obtenidos de la segunda inmersión en cada evaluación del Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005). La valoración de la intensidad del dolor muestra un rango de 0 a 10 puntos; la valoración de tiempo de tolerancia al dolor muestra un rango en segundos de 0" a 270".

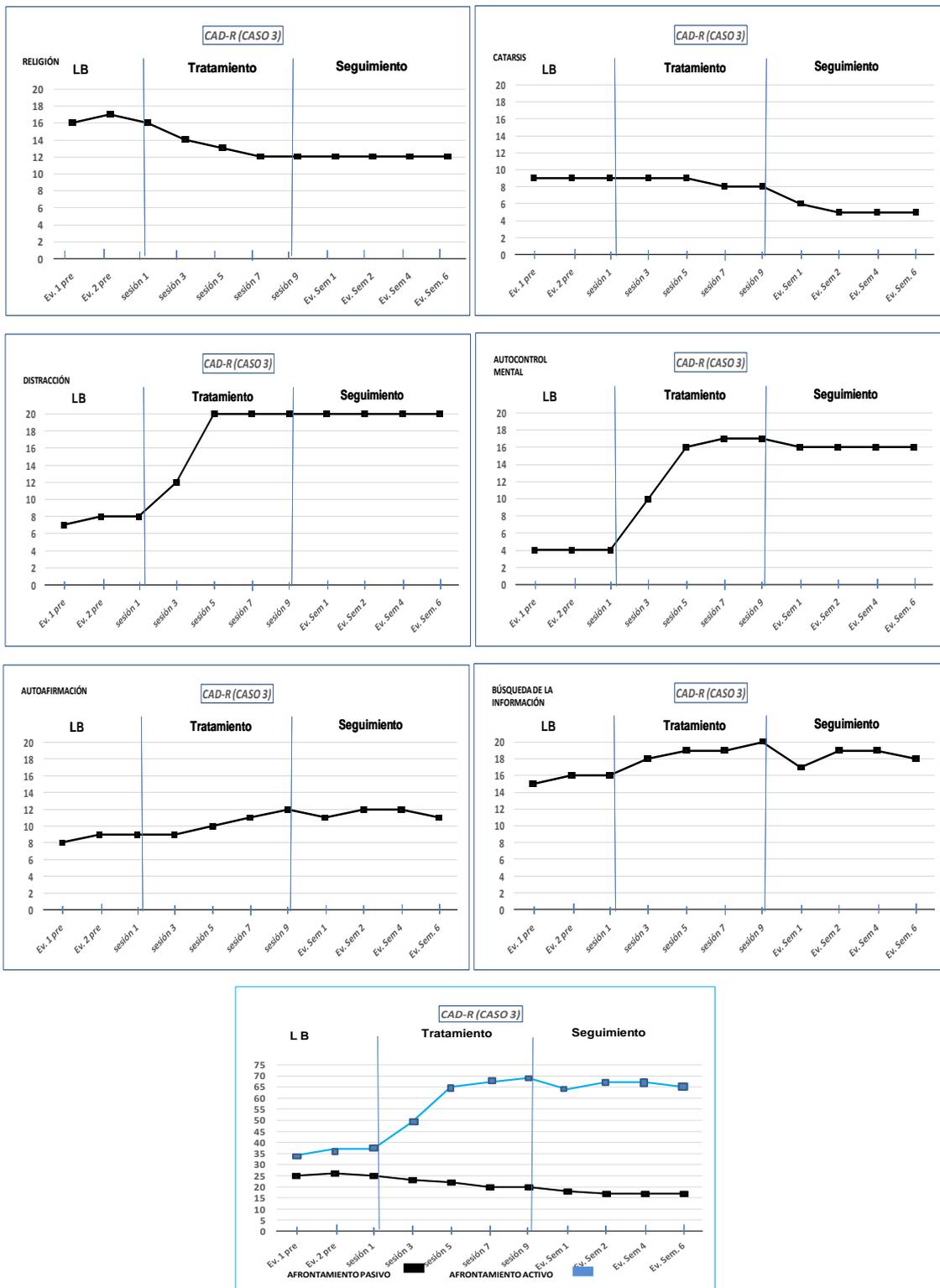


Figura 3.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 3. Puntajes obtenidos en cada evaluación CAD-R (Ugarte, 2017); cada estrategia de afrontamiento muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto Autoafirmación con un rango entre 3 y 15 puntos. El estilo de Afrontamiento Pasivo muestra un rango de 8 a 40 puntos y estilo de Afrontamiento Activo muestra un rango de 15 a 75 puntos.



Figura 3.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 3. Puntajes obtenidos de la segunda inmersión en cada evaluación del Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005). La valoración de la intensidad del dolor muestra un rango de 0 a 10 puntos; la valoración de tiempo de tolerancia al dolor muestra un rango en segundos de 0" a 270".

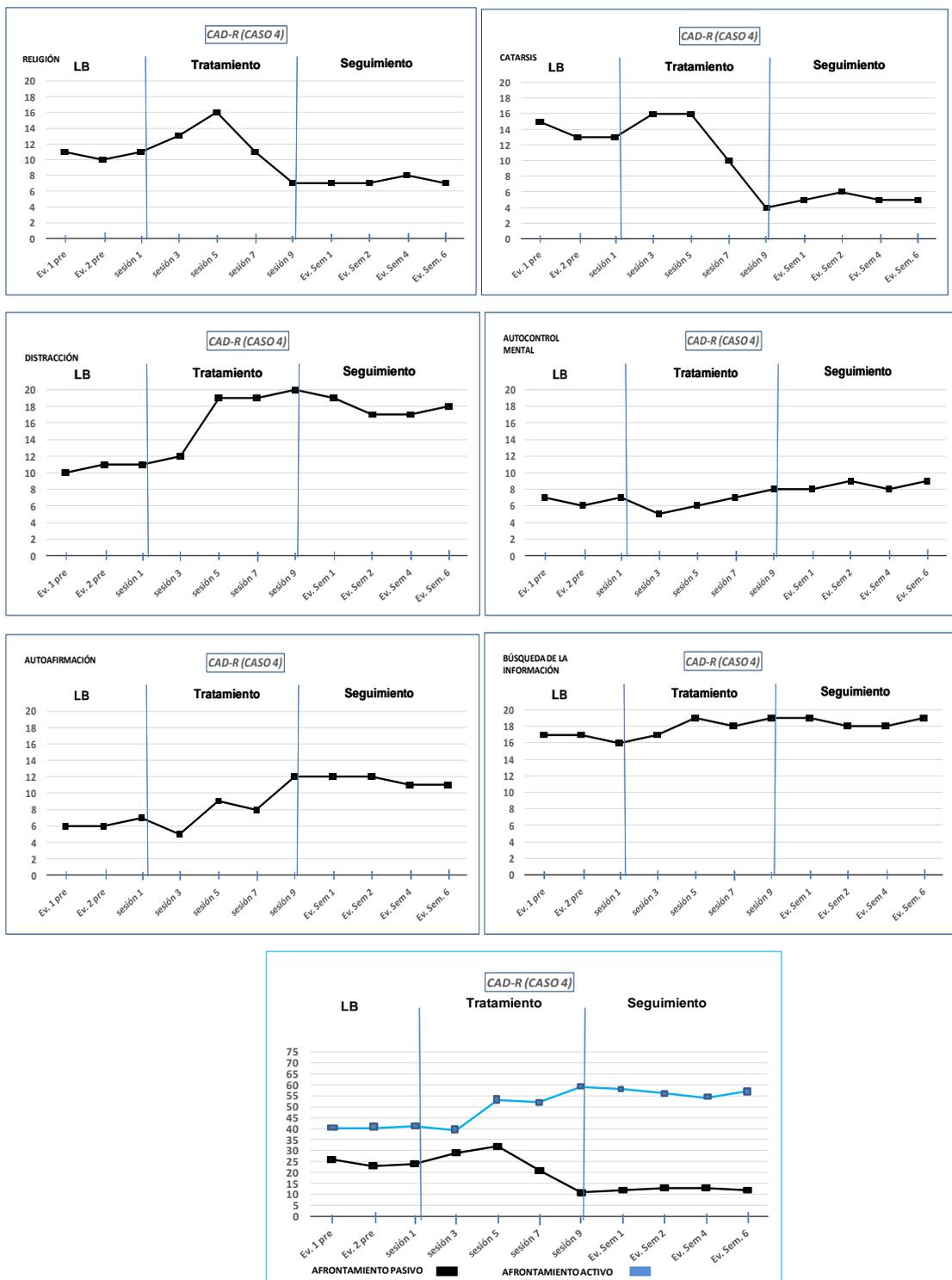


Figura 4.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 4. Puntajes obtenidos en cada evaluación CAD-R (Ugarte, 2017); cada estrategia de afrontamiento muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto Autoafirmación con un rango entre 3 y 15 puntos. El estilo de Afrontamiento Pasivo muestra un rango de 8 a 40 puntos y estilo de Afrontamiento Activo muestra un rango de 15 a 75 puntos.

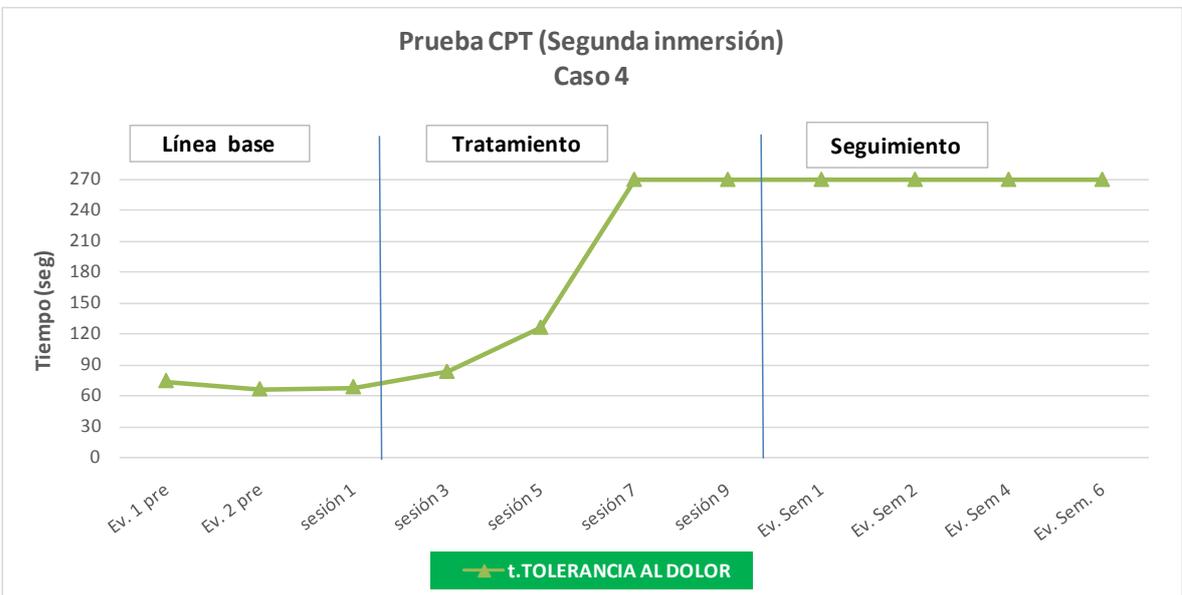
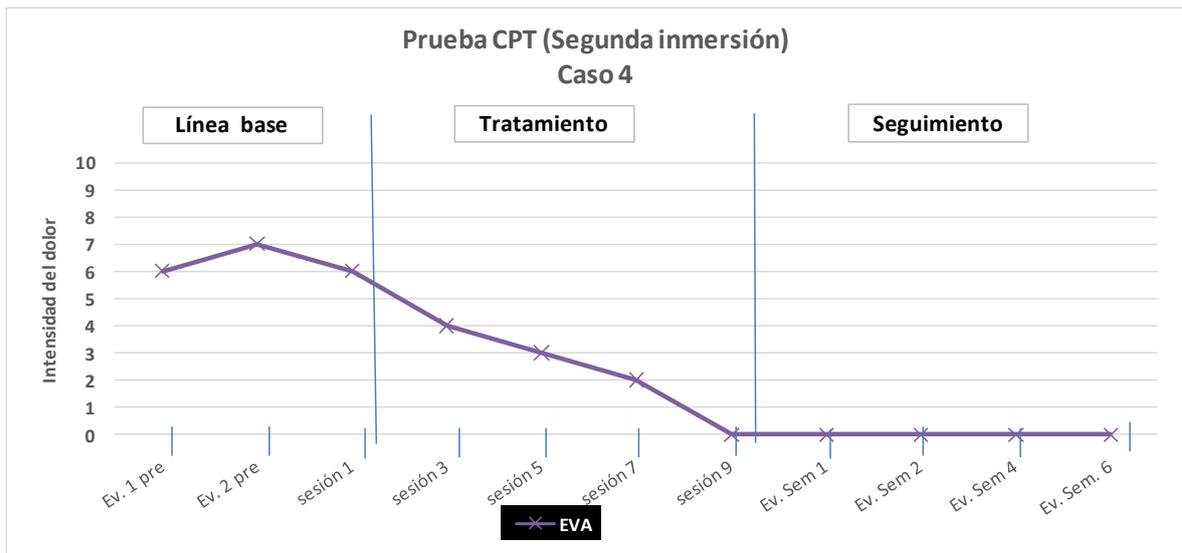


Figura 4.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 4. Puntajes obtenidos de la segunda inmersión en cada evaluación del Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005). La valoración de la intensidad del dolor muestra un rango de 0 a 10 puntos; la valoración de tiempo de tolerancia al dolor muestra un rango en segundos de 0” a 270”.

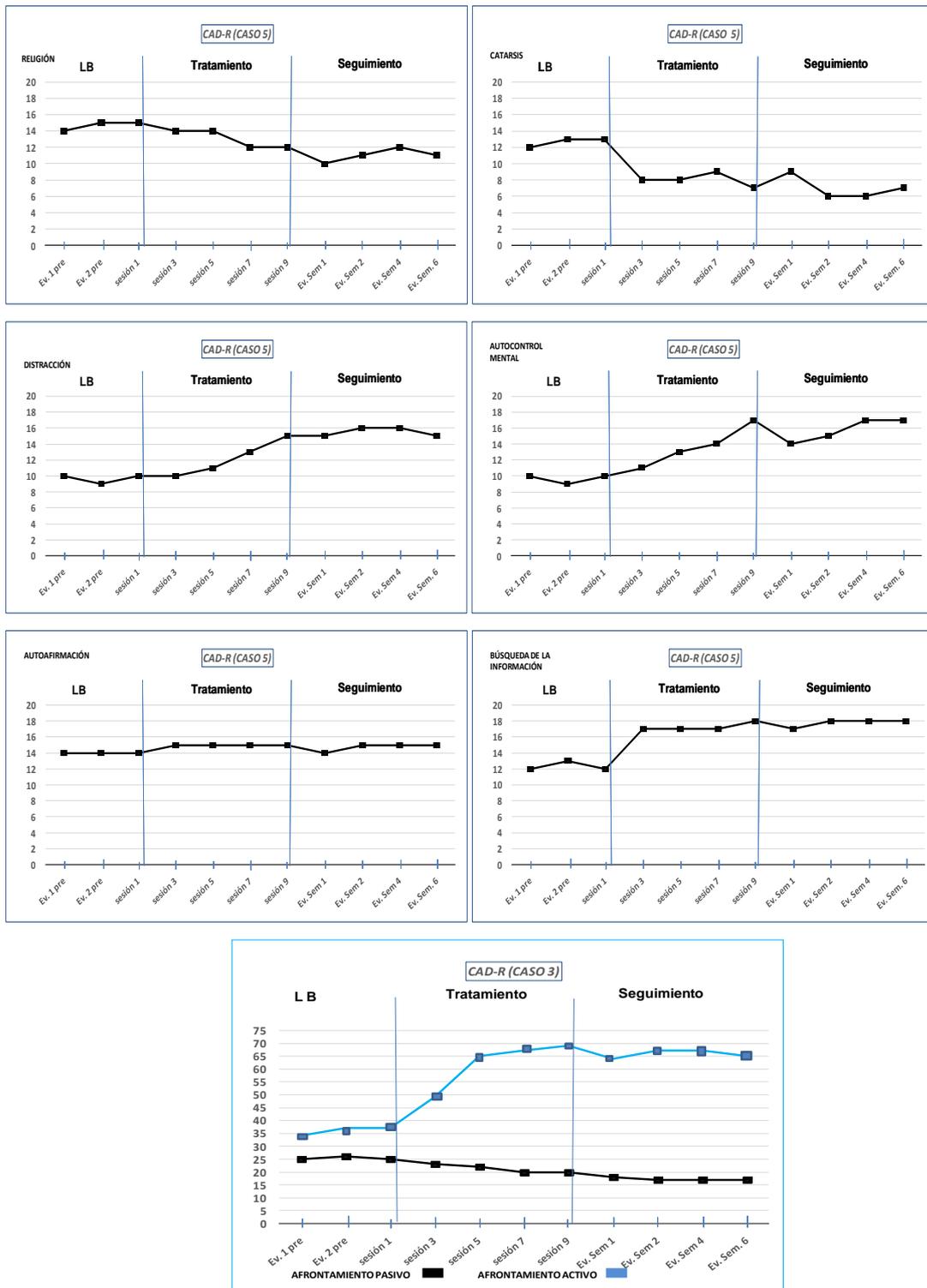


Figura 5.1. Resultados de la evaluación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico en el caso 5. Puntajes obtenidos en cada evaluación CAD-R (Ugarte, 2017); cada estrategia de afrontamiento muestra un rango de 4 a 20 puntos, excepto Autoafirmación con un rango entre 3 y 15 puntos. El estilo de Afrontamiento Pasivo muestra un rango de 8 a 40 puntos y estilo de Afrontamiento Activo muestra un rango de 15 a 75 puntos.

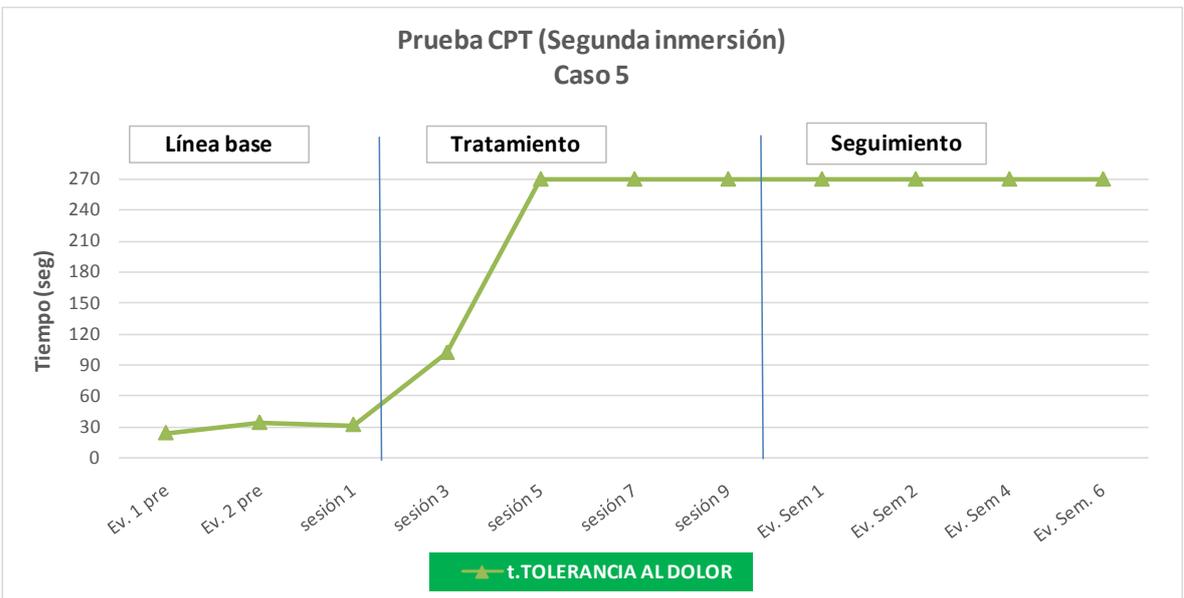
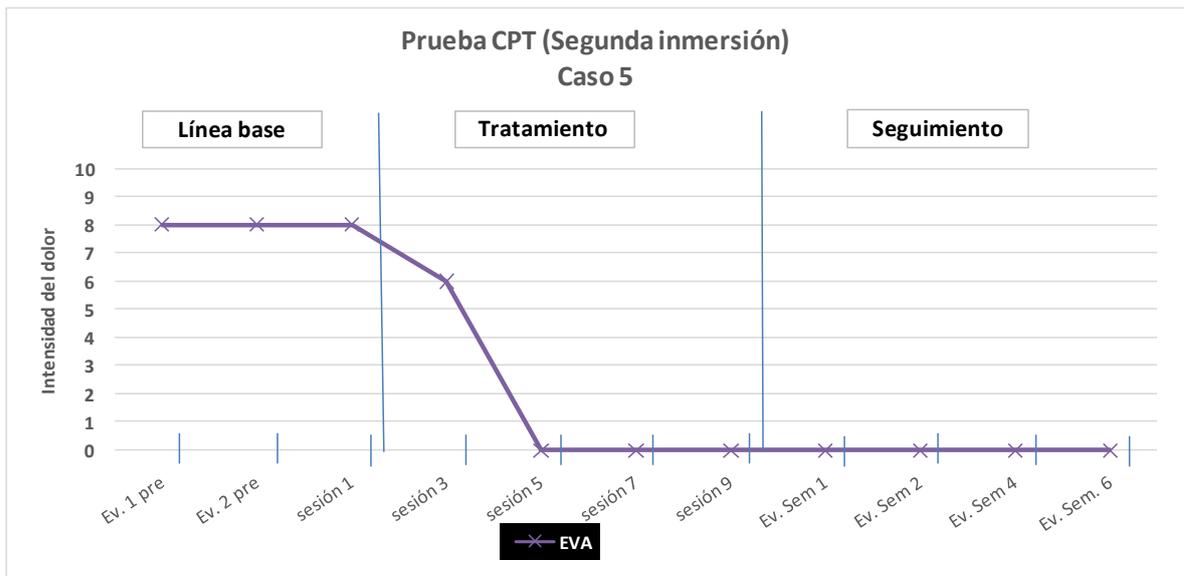


Figura 5.2. Resultados de la evaluación de valoración del dolor en el caso 5. Puntajes obtenidos de la segunda inmersión en cada evaluación del Cold Pressor Test (Camilo, Collado y Rojo, 2005). La valoración de la intensidad del dolor muestra un rango de 0 a 10 puntos; la valoración de tiempo de tolerancia al dolor muestra un rango en segundos de 0” a 270”.



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando: *(Apellidos y nombres)*

NAVACH SALAS, LILIANA

en condición de egresado del Programa de Posgrado:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA TOLERANCIA AL DOLOR EN GESTANTES CON DOLOR CRÓNICO DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.

Firma del graduando

26/08/2019

Fecha



Universidad
Ricardo Palma



Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA TOLERANCIA AL DOLOR EN GESTANTES CON DOLOR CRÓNICO DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA. (REFERENCIA: HDET N° 1811862-1)

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

NAVACH SALAS, LILIANA

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---	---

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: FELIX DASIO AYALA PERALTA	Cargo del Jefe/Responsable del área: JEFE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE INVESTIGACIÓN
---	--

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: (01) 328 1370 ANEXO 1475	Correo electrónico de la empresa: investigacion@iemp.gob.pe
--	--

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
[Firma]
Mg. Felix Dasio Ayala Peralta
Jefe de la Unidad Funcional de Investigación
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
C.M.P. N° 19726 - R.N.E. N° 9170

16/10/2018

Firma

Fecha

Anexo C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA / INSTRUMENTOS
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable Independiente	Dimensión	Indicador (correspondencia)	Instrumentos
¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo-conductual sobre la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima?	Determinar el efecto de un programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima.	H1: El programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, incrementará el tiempo de tolerancia al dolor frente a una evaluación de línea base y de tratamiento con seguimiento en la selección de sujetos de la población objetivo.	V.I: Programa Cognitivo conductual	a. Afrontamiento al dolor b. Valoración del dolor	a. * Incremento de la actividad física (distracción, catarsis) * Reducción de la hiperreactividad emocional (distracción, catarsis, religión, autoafirmación, búsqueda de información, autocontrol mental) * Focalización externa de la atención (religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, búsqueda de información) * asertividad (religión, catarsis, autocontrol mental, autoafirmación) * Revaloración del dolor (religión catarsis, autoafirmación, búsqueda de información, distracción) * Reestructuración cognitiva (religión, catarsis, autoafirmación, búsqueda de información, distracción) * Distribución, espaciamiento y no evitación de la actividad (distracción, autoafirmación, autocontrol mental, búsqueda de información). * Respiración diafragmática (intensidad del dolor, tiempo de tolerancia al dolor) * Relajación progresiva de Jacobson / relajación por claves (intensidad del dolor, tiempo de tolerancia al dolor)	Programa cognitivo-conductual “esperando feliz a mi bebé”, adaptado para gestantes, basado en el Programa Psicológico para el manejo del dolor crónico de Philips y Rachman (1996)

Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Variable Dependiente	Dimensiones	Indicador	Instrumentos
a. ¿Qué estilos de afrontamiento al dolor y qué nivel de valoración del dolor se encuentran al establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento?	O2: Establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento.	H2: Al establecer la línea base (LB) de la tolerancia al dolor presente en gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, a nivel intra-sujeto, por medio de una evaluación diagnóstica pre-tratamiento, se encontrará un estilo de afrontamiento al dolor mayoritariamente de tipo pasivo, y un nivel de valoración del dolor con alto nivel de intensidad de dolor y reducido tiempo de tolerancia al dolor.			Afrontamiento pasivo (escala likert 1-2-3-4-5) - Religión - Catarsis	- Cuestionario rducido de afrontamiento ante el dolor crónico validado para Perú (CAD-R) (Ugarte, 2017) - Ficha de recolección de datos
b. ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su afrontamiento al dolor, en los factores de: religión y catarsis según los estilos de afrontamiento pasivo, y en los factres de distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información, según los estilos de afrontamiento activo?	O3: Analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su afrontamiento al dolor, en sus factores de religión y catarsis, según los estilos de afrontamiento pasivo, y en los factores de distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información, según los estilos de afrontamiento activo, según los resultados en condiciones de evaluación pre-tratamiento o Línea Base (LB) y de tratamiento con seguimiento.	H3: Al analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su afrontamiento al dolor, en sus factores de religión y catarsis según los estilos de afrontamiento pasivo, y en los factores de distracción, búsqueda de información, autocontrol mental y autoafirmación, según los estilos de afrontamiento activo, según los resultados en condiciones de evaluación de línea base (LB) y de tratamiento con seguimiento, se encontrará diferencias significativas en cuanto a su estrategia de afrontamiento al dolor inicial.	V. D.: Tolerancia al dolor	Afrontamiento al dolor	Afrontamiento activo (escala likert 1-2-3-4-5) - Distracción - Autocontrol mental - Autoafirmación de información - Autoafirmación	- Búsqueda
c. ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su valoración del dolor en sus factores de intensidad del dolor percibido y de tiempo de tolerancia al dolor experimentado?	O4: Analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en las gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima a nivel intra-sujeto en su valoración del dolor en sus factores de intensidad del dolor percibido y de tiempo de tolerancia al dolor experimentado, según los resultados en condiciones de evaluación pre-tratamiento o Línea Base (LB) y de tratamiento con seguimiento.	H4: Al analizar el efecto del programa cognitivo-conductual para la tolerancia al dolor en gestantes seleccionadas con dolor crónico de un hospital nacional de Lima, a nivel intra-sujeto, en su valoración del dolor en sus factores de intensidad del dolor y tiempo de tolerancia al dolor, según los resultados en condiciones de evaluación de línea base (LB) y de tratamiento con seguimiento, se encontrará un menor nivel de intensidad del dolor percibido y mayor tiempo de tolerancia al dolor experimentado en cuanto a su valoración al dolor inicial en cada una de ellas.			- Tiempo de tolerancia al dolor (0° - 270°)	- Cold Pressor Test (CPT) - Escala Visual Análoga (EVA) - Ficha de evaluación del dolor
					- Intensidad del dolor percibido (0 - 10)	

Anexo D

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
GESTANTES CON DOLOR CRÓNICO DEL AREA DE OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA**

Nombre: _____ Código de identificación: _____

Edad: _____ Tiempo de gestación: ___semanas y ___ días Fecha: _____

Nacionalidad _____ Primigesta /multigesta Nivel de instrucción _____

Estado civil _____ Vive con: _____

Diagnóstico médico: _____

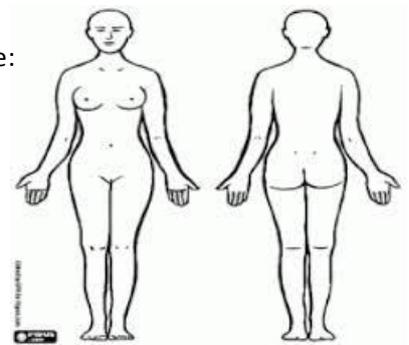
Si durante los últimos 06 meses ha sentido dolor permanente o recurrente:

1) En el siguiente dibujo, marque con un aspa el lugar donde le duele:

2) ¿Desde hace cuánto tiempo siente este tipo de dolor? _____

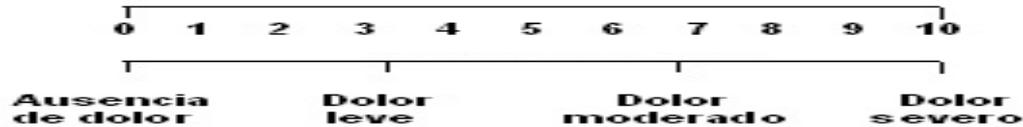
3) ¿Con qué frecuencia siente este tipo de dolor?

- Permanente
- Por momentos (mañana-tarde-noche) de manera diaria
- En forma cíclica cada cierto tiempo (indicar) _____



4) En la escala del 0 al 10 que se indica debajo ¿qué tan intenso es este tipo de dolor?

Marque con un aspa el número que corresponde a su intensidad de dolor:



5) Este tipo de dolor, ¿le afecta en el desarrollo de sus actividades diarias?

NO / Sí (¿de qué manera?) _____

5) ¿Ha solicitado la ayuda de algún especialista para atender su tipo de dolor?

NO / Sí (¿cuál? y ¿hace cuánto tiempo?) _____

6) ¿Ha recibido o recibe algún tratamiento para su tipo de dolor?

NO / Sí (¿cuál? y ¿desde hace cuánto tiempo?) _____

7) ¿Ha tomado o toma algún tipo de medicación para ese dolor?

NO / Sí (¿cuál? y ¿desde hace cuánto tiempo?) _____

8) ¿ha solicitado ayuda psicológica para su tipo de dolor?

NO / Sí (hace cuánto tiempo y por cuánto tiempo) _____

EL COLD PRESSOR TEST (CPT)

El CPT fue utilizado por primera vez en el año 1932 por Hines y Brown (como se citó en Lovallo, 1975) a nivel experimental en fisiología y desórdenes psicosomáticos; en el año 1937, Back (como se citó en Lovallo, 1975) lo aplicó experimentalmente en mujeres gestantes; a partir del año 1973, White y Gildea (como se citó en Lovallo, 1975) investigaron experimentalmente desórdenes psicológicos con esta técnica, desarrollándose numerosas investigaciones a partir de ellas, tanto en adultos como en niños (Lovallo, 1975); es un ensayo común que ha sido utilizado en dolor experimental durante muchas décadas (Chen, Dworkin, Haug, Gehrig, como se citó en Ohm et al., 2016), siendo reconocido como “un procedimiento que permite investigar el dolor experimentalmente inducido mediante frío (...) [con la finalidad de] poner a prueba tratamientos para contrastar su eficacia en el control del dolor” (pp.03-08); sustentado por Miró y Raich (1992), quienes indican que: “a juicio de multitud de autores, este tipo de estimulación es el que más se asemeja a la cualidad, duración y persistencia del dolor crónico” (p.414), siendo considerado por muchos especialistas como “una de las mejores estrategias experimentales para la inducción del dolor, pues es el tipo de dolor más parecido al clínico, tanto en la naturaleza de las sensaciones a que da lugar como en los índices de tolerancia registrados” (Petersen, Arendt, Bak, Fischer, Zbinden, como se citó en Lima Mompó et al., 2003)

El CPT sugerido por Miró y Raich (1992) es una técnica, cuya herramienta consiste en dos recipientes plásticos cubiertos con porexpan de 03cm. de espesor, cuyas dimensiones son de 24 x 30 x 32m., forradas internamente con fibra de vidrio; se situarán encima de una mesa; uno de los recipientes contiene agua helada a temperatura mantenida y revisada por termómetro (0-1°C); el segundo recipiente contiene agua a temperatura ambiente (20-21°C). El procedimiento es el siguiente: Cada sujeto debe introducir su mano dominante dentro del agua hasta la altura de la muñeca; tomando contacto con el agua helada al inicio por 12 segundos y luego sacarla, estandarizando la temperatura de la mano introduciendo la misma dentro del agua a temperatura ambiente por dos minutos; luego se mide la intensidad del dolor y la tolerancia al dolor por medio de la introducción de la mano nuevamente en el agua helada (se mide el tiempo tanto de intensidad como de tolerancia al dolor); Para evitar problemas circulatorios no se permite que el sujeto permanezca con la mano dentro del agua helada más allá de cuatro minutos y medio. Este proceso se repite dos veces teniendo en

cuenta el periodo de recuperación entre las sesiones de cinco minutos. Los datos analizados que se utilizan y se introducen en la ficha de evaluación por cronómetro corresponden a los de la segunda sesión.

ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA)

La escala Visual Analógica (EVA) es una escala del dolor ideada por Scott Huskinson en el año 1976; es una de las más utilizadas en el ámbito clínico que permite establecer o cuantificar de manera rápida y sencilla la intensidad del dolor que describe un paciente y permite poder reevaluar al paciente cuantas veces sea necesario. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros de longitud dispuesta entre dos puntos, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas (no dolor – máximo dolor imaginable). En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad correspondiendo a la puntuación 0 y en el derecho la mayor intensidad correspondiendo a la puntuación 10. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad que mejor refleje el dolor que padece y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración se distribuye de la siguiente manera:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Ausencia de Dolor]-----] Dolor Insoportable

Anexo H

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR (CAD-R) VALIDADO (Ugarte, 2017)

El CAD-R, inicialmente llamado cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) desarrollado por Soriano y Monsalve (2002), compuesto por 31 ítems, fue reducido y validado para una muestra de población española por los mismos autores, a 24 ítems o frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor; oscilando los índices de consistencia interna entre las diferentes escalas con un alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,94, así como una estabilidad temporal (test-retest) de moderada a alta con una correlación de Pearson entre 0.47 y 0.81 (Soriano y Monsalve, 2004). El CAD-R ha sido validado en Perú por Ugarte (2017) quien efectuó un análisis factorial exploratorio logrando el mejor ajuste en el modelo de 6 factores de los anteriores autores, obteniendo un análisis factorial confirmatorio con un ajuste adecuado, y un análisis de confiabilidad de la prueba determinando la consistencia interna para cada factor encontrado por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, que iban entre 0.74 y 0.95, concluyendo que la presente herramienta tiene una confiabilidad adecuada, eliminando el ítem 12 de la dimensión Autoafirmación, cuyas correlaciones lograron el nivel entre 0.68 y 0.80, dejando al cuestionario con un total de 23 ítems. En cuanto a la validación a través de la adaptación lingüística, se recurrió al criterio de jueces, obteniendo consenso por el resultado 0.8 en aiken, realizando variantes en algunas palabras del cuestionario. Cada estrategia de afrontamiento del cuestionario CAD-R muestra un rango de puntuación entre 4 y 20, excepto la estrategia de Autoafirmación que tiene un rango de puntaje entre 3 y 15; la puntuación total de este cuestionario oscila entre 23 y 115 puntos.

El CAD-R validado por Ugarte (2017) se aplica de la siguiente manera: Al sujeto se le pide que marque la casilla que refleje su forma de actuar a partir de una escala Likert de cinco puntos (1= nunca, 2= pocas veces, 3= ni muchas ni pocas, 4= muchas veces, 5= siempre) en función del grado o frecuencia de utilización de la estrategia en cuestión. En el CAD-R validado para Perú podemos distinguir seis subescalas o factores:

- 1) Religión: estrategia basada en conductas y pensamientos centrados en la espiritualidad, la fe y la religión.
- 2) Catarsis: estrategia basada en la realización de conductas de búsqueda de apoyo social emocional.

- 3) Distracción: estrategia que busca focalizar la atención en el dolor.
- 4) Autocontrol mental: Estrategia cuyo conjunto de pensamientos tienen el objetivo de disminuir la percepción del dolor.
- 5) Autoafirmación: estrategia basada en un conjunto de pensamientos y auto verbalizaciones cuyo objetivo es darse ánimo.
- 6) Búsqueda de información, también llamada búsqueda de apoyo social instrumental: estrategia que abarca una serie de conductas realizadas con la finalidad de obtener información que le permita tener el control del dolor y por consecuencia lograr una disminución de este.

Adicionalmente se puede distinguir dos estilos de afrontamiento: El afrontamiento activo que está formado por factores como la distracción, la autoafirmación, el autocontrol mental y la búsqueda de información, y el afrontamiento pasivo que se relaciona con factores como la religión y la catarsis (Soriano y Monsalve, 2004).

Anexo I



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa cognitivo conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un Hospital Nacional de Lima.

Investigadora

Psicóloga Liliana Navach Salas

Introducción / Propósito

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre el uso de un Programa Cognitivo-conductual para mejorar su tolerancia al dolor. Esta investigación es realizada por la Psicóloga Liliana Navach Salas

El propósito de esta investigación es que usted logre mantener una mejor calidad de vida, ampliando su tolerancia al dolor por medio de estrategias psicológicas. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación debido a que presenta: un período de gestación comprendido entre la semana 11 y la semana 24, presenta dolor persistente no oncológico durante más de seis meses, no presenta patología psiquiátrica asociada o factores de riesgo que contraindiquen el seguimiento adecuado del programa, no consume drogas ilegales ni posee alguna limitación física, mental o psicológica que evite el seguimiento y adecuado de la investigación.

Participación

Se espera que en este estudio participen aproximadamente cinco personas como voluntarias que realizarán el programa de manera individual, o de manera grupal si se presenta la oportunidad.

Procedimientos

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará realizar unas evaluaciones previas para establecer su nivel de tolerancia al dolor inicial durante dos semanas, asistencia al programa por nueve sesiones semanales de 90 minutos, y evaluaciones posteriores para establecer su nivel de tolerancia al dolor final durante las dos semanas siguientes. Su participación será activa durante aproximadamente tres meses y tres semanas.

Riesgos / incomodidades

Este estudio no presenta riesgos para su salud física ni mental, aunque se aplicará un instrumento de medición del dolor que puede generar incomodidad por un período de tiempo muy corto (menos de 5 minutos por vez), el cual no genera efectos adversos de ningún tipo.

Beneficios



Los beneficios esperados de esta investigación son: Mejora en la tolerancia al dolor, mejor afrontamiento frente a situaciones de dolor y por consecuencia, una mejora en su calidad de vida.

Confidencialidad

La identidad de usted como participante será protegida, ya que se utilizará un seudónimo para la redacción de los reportes y resultados, manteniendo su anonimato. Así mismo, cualquier información o dato que se vierta en los instrumentos será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándole la máxima confidencialidad de los datos personales recopilados. Solamente la Psicóloga arriba mencionada tendrá acceso a los datos crudos o que la puedan identificar directa o indirectamente, incluyendo esta hoja de consentimiento. Los datos privados recopilados serán almacenados en un archivo privado durante 1 año una vez que se concluya este estudio, luego de lo cual serán destruidos.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Además, tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular y a recibir una copia de este documento

Problemas o preguntas

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación o sobre sus derechos, por favor comuníquese con la psicóloga Liliana Navach al teléfono 999214484, o con el Doctor Carlos Pérez Aliaga (presidente del comité de ética de la institución), al teléfono (051-1)471-9920 Anexo 148.

Consentimiento / Participación voluntaria

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento, siendo usted mayor de edad y que tiene la capacidad legal para consentir.

Nombre del Participante: _____

Firma

Fecha

Nombre de la investigadora: Liliana Navach Salas _____

Firma

Fecha



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD

Programa cognitivo conductual para la tolerancia al dolor en gestantes con dolor crónico de un Hospital Nacional de Lima.

Investigadora

Psicóloga Liliana Navach Salas

Descripción

Su apoderada ha sido invitada a participar en una investigación sobre el uso de un Programa Cognitivo-conductual para mejorar su tolerancia al dolor. Esta investigación es realizada por la Psicóloga Liliana Navach Salas

El propósito de esta investigación es que su apoderada logre mantener una mejor calidad de vida, ampliando su tolerancia al dolor por medio de estrategias psicológicas. Su apoderada fue seleccionada para participar en esta investigación debido a que presenta: un período de gestación comprendido entre la semana 11 y la semana 24, presenta dolor persistente no oncológico durante más de seis meses, no presenta patología psiquiátrica asociada o factores de riesgo que contraindiquen el seguimiento adecuado del programa, no consume drogas ilegales ni posee alguna limitación física, mental o psicológica que evite el seguimiento y adecuado de la investigación.

Participación

Se espera que en este estudio participen aproximadamente cinco personas como voluntarias que realizarán el programa de manera individual, o de manera grupal si se presenta la oportunidad.

Procedimientos

Si su apoderada acepta participar en esta investigación, se le solicitará realizar unas evaluaciones previas para establecer su nivel de tolerancia al dolor inicial durante dos semanas, asistencia al programa por nueve sesiones semanales de 90 minutos, y evaluaciones posteriores para establecer su nivel de tolerancia al dolor final durante las dos semanas siguientes. Su participación será activa durante aproximadamente tres meses y tres semanas.

Riesgos / incomodidades

Este estudio no presenta riesgos para la salud física ni mental de su apoderada, aunque se aplicará un instrumento de medición del dolor que puede generar incomodidad por un período de tiempo muy corto (menos de 5 minutos por vez), el cual no genera efectos adversos de ningún tipo.



Beneficios

Los beneficios esperados de esta investigación son: Mejora en la tolerancia al dolor crónico, mejor afrontamiento frente a situaciones de dolor y por consecuencia, una mejora en su calidad de vida.

Confidencialidad

La identidad de su apoderada como participante será protegida, ya que se utilizará un seudónimo para la redacción de los reportes y resultados, manteniendo su anonimato. Así mismo, cualquier información o dato que se vierta en los instrumentos será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándole la máxima confidencialidad de los datos personales recopilados. Solamente la Psicóloga arriba mencionada tendrá acceso a los datos crudos o que la puedan identificar directa o indirectamente, incluyendo esta hoja de consentimiento. Los datos privados recopilados serán almacenados en un archivo privado durante un año una vez que se concluya este estudio, luego de lo cual serán destruidos.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido que su apoderada participe, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Además, su apoderada tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular y a recibir una copia de este documento

Problemas o preguntas

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación o sobre los derechos de su apoderada, por favor comuníquese con la psicóloga Liliana Navach al teléfono 999214484, o con el Doctor Carlos Pérez Aliaga (presidente del comité de ética de la institución), al teléfono (051-1)471-9920 Anexo 148.

Consentimiento / Participación voluntaria

Su firma en este documento significa que ha decidido que su apoderada participe después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento, siendo usted su tutor, mayor de edad y que tiene la capacidad legal para consentir la participación voluntaria de su apoderada.

Nombre de la Participante (apoderada) _____

Nombre del padre o tutor _____

Firma

Fecha

Asentimiento de participación en la investigación por la apoderada:

Yo _____ deseo participar de manera voluntaria en una investigación sobre el uso de un Programa Cognitivo-conductual para mejorar su tolerancia al dolor que se encuentra descrita líneas arriba, siendo menor de edad, razón por la cual he pedido a mi padre / /tutor que firme este documento.

Firma de la Participante (apoderada)

Fecha

Nombre de la investigadora: Liliana Navach Salas

Firma

Fecha

PROTOCOLO PARA JUECES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

“ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

Respetado Juez: muchas gracias por colaborar en esta investigación. La tarea que se le solicita es revisar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual debajo detallado y responder si cada una de las actividades desarrolladas corresponde al objetivo, si la técnica utilizada corresponde a la actividad, si la metodología utilizada corresponde a la técnica, si cada indicador ha sido redactado en forma clara, si el indicador es relevante en su objetivo, técnica, actividad y metodología, y si el indicador es coherente en su objetivo, técnica, actividad y metodología; finalmente responda al final del programa si considera que el contenido del programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución.

También puede colocar observaciones y/o sugerencias en la parte final de cada página.

Muchas gracias por su valioso aporte.

PRESENTADO POR: Bach. Liliana Navach

NOBMR DEL JUEZ: _____

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

“ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

Ficha Técnica:

Nombre: Programa de Intervención Cognitivo Conductual “Esperando feliz a mi bebé”.

Autor: Liliana Navach Salas

Procedencia: Adaptación para gestantes, basada en el programa de manejo psicológico del dolor crónico de Philips y Rachman (1996).

Aplicación: Individual de tipo ambulatorio

Ámbito de aplicación: Mujeres gestantes que presentan dolor crónico previo, durante el segundo trimestre de gestación en la Institución INMP de Lima.

Duración: 09 sesiones individuales con una frecuencia semanal, y una duración de 90 minutos aproximadamente cada una (13 horas y 30 minutos en total).

Finalidad: Permitir a la mujer gestante la ampliación de su tolerancia al dolor.

Lugar: Se requiere de un espacio físico mínimo consistente en una mesa individual y dos sillas, apartado de posibles distractores físicos o auditivos.

Materiales: Manual para el paciente (incluye fichas de trabajo y materiales de seguimiento de las sesiones), material didáctico (papelógrafo, plumones, etc.)

Breve resumen: Cada una de las 09 sesiones ha sido planificada para cubrir diferentes aspectos del problema del dolor crónico; se enfoca en los efectos negativos de los factores derivados del inadecuado afrontamiento emocional, y otros, en los niveles de dolor; cada sesión introduce alguna técnica relacionada a una estrategia que las pacientes pueden usar para contrarrestar la influencia de lo anteriormente descrito con la finalidad de moderar y reducir el dolor crónico, y ampliar su tolerancia. Cada sesión está compuesta por actividades específicas (revisión de tareas para la casa, programa psico educativo / didáctico, demostración y práctica de una estrategia relacionada con cada tema del programa, asignación de tareas para casa, fin de sesión y recogida de material). Para el presente programa, el control y reducción de la medicación será opcional y dependerá de la autorización y prescripción de uso o no de la medicación para el manejo del dolor crónico por el médico tratante de la paciente que desarrolle el programa.

Descripción de la estructura de las sesiones:

Las sesiones presentan la siguiente estructura:

A) Revisión de tareas para la casa (encargadas en cada sesión anterior y a ser ejecutadas durante la semana). Es importante que la gestante mantenga un papel activo en el cuidado de su salud por lo que resulta fundamental este trabajo fuera de las sesiones para el entrenamiento y la generalización de las estrategias aprendidas.

B) Programa psicoeducativo /didáctico. El psicólogo clínico capacitado explica sobre el tema central de la sesión. Los temas que se abordarán en las sesiones del programa son: acercamiento al autodomínio del dolor; el rol de la relajación; el ejercicio físico; la medicación; el estado emocional; la focalización de la atención; la valoración del dolor; distribución de la actividad; prevención de recaídas.

C) Demostración y práctica de una estrategia relacionada con la presentación didáctica.

Las estrategias que se presentan son las siguientes:

- **Relajación progresiva de Jacobson**. Se trata de un método de relajación activa y progresiva de nueve grupos musculares por medio del cual el paciente, no sólo aprende a relajarse, sino que incrementa su capacidad de percepción propioceptiva sobre los niveles de tensión muscular, siendo finalmente capaz de efectuar una relajación diferencial en función de sus necesidades tensionales.

- **Incremento de la actividad/vigor físico**. Muchos de las gestantes con dolor reducen su nivel de ejercicio físico. Desde el inicio del tratamiento se genera un programa de incremento gradual del mismo, practicado diariamente.

- **El rol de la medicación y Descenso gradual de la misma (opcional)**. En la medida en que las mujeres gestantes van teniendo más recursos para manejar su dolor pueden ser más capaces de ir reduciendo la toma de medicación si es que la reciben por medio del apoyo de su médico tratante. Tener en cuenta que para la investigación no se tomará en cuenta esta variable, ya que ha sido considerada como opcional.

- **Reducción de la hiperreactividad emocional**. En la experiencia de la gran mayoría de las mujeres gestantes con dolor se encuentra la repercusión de sus reacciones emocionales (ansiedad, tensión, ira) en sus niveles de dolor. En el programa se trabajarán diferentes estrategias reductoras de estas reacciones: aplicación de la relajación y técnicas de respiración, planificación y distribución de las actividades, alejamiento momentáneo del contexto (tiempo fuera).

- **Focalización externa de la atención**. Existe una relación directa entre focalización de la atención en el dolor y los efectos directos sobre el mismo, pero también crea efectos indirectos en la relación con los demás. En el grupo se trabajarán estrategias de focalización externa: atención a estímulos ambientales (sonidos, imágenes, etc.), y actividades de concentración.

- **Asertividad**. Es un hecho habitual que las gestantes emitan conductas de dolor para conseguir sus objetivos en las relaciones interpersonales, generando patrones de conducta inadecuados y negativos. En el programa se trabajarán una serie de aspectos encaminados al

desarrollo de una conducta asertiva que podría definirse como aquella conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros.

- **Revalorización del dolor.** Se trabajan una serie de estrategias encaminadas a reinterpretar la experiencia de dolor con objeto de minimizarla o trivializarla: transformación de sensaciones, transformación del contexto, límites en la extensión del dolor.

- **Reestructuración cognitiva.** Se trabajan aspectos como la toma de conciencia sobre los pensamientos asociados a situaciones de dolor y la creación de un hábito de pensamiento más positivo y encaminado a la acción.

- **Distribución, espaciamento y no evitación de la actividad.** Se dan pautas encaminadas a romper el patrón de inactividad de las mujeres gestantes y a mantener un nivel general de actividad lo más normalizado posible.

- **Relajación controlada por claves.** Tras el entrenamiento realizado en relajación progresiva es posible inducir esta relajación más rápida.

D) Asignación de tareas para casa: Ejercitación de la estrategia trabajada y autoregistro (hoja en la que el paciente registra la información solicitada en función de la sesión y referida a sí mismo) relacionado con la presentación didáctica de la próxima sesión.

Para la recogida de información se entregará al inicio del programa un folder a cada paciente al que se le añadirán, semanalmente, las hojas de trabajo que serán llevadas como tareas para casa y que serán recogidas al inicio de la siguiente sesión.

E) Fin de sesión y recogida de material por los pacientes. Se genera una rutina de despedida en cada sesión que genere el compromiso de cada paciente sobre su bienestar. Finalmente, se recoge el material desarrollado durante la sesión.

A lo largo del programa se van presentando y entrenando en una serie de estrategias relacionadas con la presentación didáctica, las cuales se centran en los factores que se sabe afectan a los niveles de dolor experimentado y/o al desarrollo de círculos viciosos que pueden amplificar el dolor; es decir, todas las reacciones producidas ante un problema de dolor que se mantiene durante mucho tiempo (tensión muscular, protección y desuso de la zona dolorida, ansiedad, ira, depresión, etc.) y que produce, a su vez, más dolor. De esta forma, las estrategias llegan a ser vías por las que la paciente gestante puede llegar a adquirir control sobre su problema de dolor crónico, tanto rompiendo los círculos viciosos como disminuyendo la experiencia dolorosa.

Secuencia conductual y procedimiento de aplicación

SESIÓN ETAPA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Revisión de Tareas para casa	- Presentación y revisión de material de trabajo	- Reacciones a Ejercicios respiración nivel basal y problemas en la respiración - Monitoreo de ejercicio. - Hoja de metas desarrollado	-Reacciones al uso de la grabación, ejercicio y observación de la medicación - Conclusión de Patrones de auto monitoreo del dolor.	- Reacciones a la necesidad de Medicación usando diarios de dolor. - Ejercicio - Relajación - Conclusión de Patrones de auto monitoreo del dolor.	- Reacciones a la reducción de la medicación (opcional), aumento del ejercicio y relax. - Conclusión de eventos estresantes para cada paciente	- Reacciones a la tarea para casa - Conclusiones de técnicas de asertividad. - Conclusión de monitoreo familiar/paciente.	- Reacciones a la tarea para casa. - Ganancia con el familiar re negociando con asertividad. - Conclusión de autoafirmaciones	- Reacciones a la tarea para casa. - Conclusión del monitoreo de evasión /confrontación.	- Reacciones a la tarea para casa. - Conclusión a problemas de estimulación y diferencias individuales en el uso de estrategias
Programa psicoeducativo /didáctico	Acercamiento a la Orientación del automanejo y presentación del programa de control de la puerta	- Rol de la relajación en el manejo del dolor (rol negativo de la respuesta muscular) - Demostración técnica de Jakobson	Rol del ejercicio físico /niveles de actividad	Rol de la medicación (cantidad, efectos, tolerancia, etc.)	Rol del estado emocional: ansiedad, ira	- Rol de foco de atención y catarsis. - Demostración indirecta de necesidades (y quejas). - La necesidad de asertividad	Rol del afrontamiento y la valoración del dolor, y sus repercusiones	Rol de la actividad estimulante	Integración del manejo de técnicas: Revisión de diferencias individuales: estrategias episódicas versus preventivas; adaptación de otras para planear cambios en caso de recaídas
Estrategia Introducción / práctica	Estrategia 1A Respiración diafragmática	Estrategia 1B Relajación progresiva (con control de respiración) (10 grupos musculares)	Estrategia 2 Ejercicio graduado y/o clarificación para la elección de ejercicios generales /requerimiento	Estrategia 5 Técnica de Relajación e imaginación. Estrategia 3 Reducción de la medicación	Estrategia 4 -Técnicas de Asertividad / Dilución/ traducción de reacciones de estrés	Estrategia 5 Técnica de Relajación con enfoque de distracción. Estrategia 6 Estrategias alternativas asertivas de comunicación Estrategia 8 Autoafirmaciones	Estrategia 10 Relajación por claves Estrategia 7 Revaloración del dolor Estrategia 8 Reestructuración y técnicas de autoafirmaciones	Estrategia 9 Reactivación de la actividad Estrategia 10 Relajación por claves (continuación)	Estrategias 1 – 10 Practica de alguna técnica requerida. Énfasis en dolor episódico, uso de inducción a corta relajación (6 min. o menos) Examen de hoja de logros.
Asignación de tareas para casa	- Practicar control de respiración 2 veces al día - monitorear cantidad de ejercicio o actividades diarias para establecer nivel base - Instruir en la hoja de metas	- Practicar relajación con grabación (2 veces al día) - Ejercicios diarios a nivel basal - Observación de la cantidad de medicación (monitoreo - opcional)	- Incremento de actividad - Relajación (2 veces al día) - Control de Medicación (opcional) - Diario del Dolor	- Ejercicio parados - Relajación -Reducción de la medicación para el dolor (opcional) - Monitoreo de eventos estresantes en el Diario del dolor	- Ampliación del ejercicio y reducción de la medicación (opcional) - Relajación con estrategias dilución. - Indicadores de monitoreo por Paciente y familiar (independiente) - Evaluación de asertividad	- Reducción de la medicación (opcional). - Ampliación del ejercicio. - Regular relajación - Comunicaciones en discusiones y las respuestas del familiar de queja - Ejercicios de asertividad - Diario de casos - Monitoreo de autoafirmaciones	- Reducción de medicación (opcional) - Ampliación del ejercicio - Relajación regular y corta. - Incremento de actividades agradables (hoja de logros). - Uso de técnicas de afrontamiento - Monitoreo de acciones evasivas.	- Reducción de medicación (opcional) - Ampliación del ejercicio - Relajación. - Reducción de la evasión/confrontación - Relajación por claves. - Monitoreo de comparación de estrategias	Cierre de programa. Evaluación final
Fin de sesión y recogida de material	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado	- Rutina de despedida - Recoger material desarrollado

PROTOCOLO PARA JUECES DEL PROGRAMA “ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

Sesión 1 “Orientación: Acercamiento al afrontamiento del Dolor crónico “

N°	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología	
							SÍ	NO	SÍ	NIO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1	Conocer las características de los participantes	- Presentación de los participantes – expectativas iniciales	- Dinámica de participación	- Preguntas abiertas – respuestas	--	10 min.												
2	Preparar en la forma de trabajo que se realizará las siguientes 8 sesiones	- Presentación del programa - Explicación y revisión del material a utilizar. Entrega de material inicial	- Consejo y orientación	- Informativo, participativo	--	10 min.												
3	Orientar sobre diferencias entre el dolor crónico y el dolor agudo y técnicas de tratamiento	-Exposición participativa:	- Psicoeducación	- Informativo, participativo ejemplificativo,	--	20 min.												
		- La teoría de la puerta en el dolor		- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones														
		- Influencias físicas, emocionales y cognitivas	- Dinámica de participación	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones														
		- Ciclos viciosos		- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones														
		- Método de tratamiento individual /grupál	- Consejo y orientación	- Informativo, participativo ejemplificativo,														
4	Instruir en el método de la relajación	- El control de la respiración diafragmática; ejercicios	- Técnica de Respiración Diafragmática (Estrategia 1A)	- Teórico-práctico	--	30 min.												
5	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Tarea de respiración diafragmática	- Dinámica instructiva	- Informativo, participativo	--	10 min.												
		- Tarea de monitoreo de ejercicios																
		- Hoja de metas																
6	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. *Despedida	- Dinámica de participación	- Informativo, participativo	--	10 min.												

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Sesión 2 “El rol de la Relajación”

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde		La técnica corresponde		La metodología corresponde		Ha sido redactado		Es relevante en su objetivo, actividad		Es coherente en su objetivo, actividad		
							al objetivo		a la actividad		a la técnica		en forma clara		técnica y metodología		técnica y metodología		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa:	- Dinámica de participación	Auto monitoreo		10 min.													
		- Reacciones a ejercicios respiración nivel basal y problemas en la respiración.		- Reflexivo-deductivo-generación de alternativas	- Control de respiración diafragmática.														
		- Monitoreo de ejercicio		Preguntas abiertas – respuestas	- Tarea de monitoreo de ejercicio (promedio diario)														
		- Hoja de metas desarrollado		Preguntas abiertas – respuestas	- Hoja de metas desarrollado														
2	Instruir en el manejo de la relajación	Inducción en el manejo de la relajación.	- Psicoeducación	- Informativo, participativo.	--	30 min.													
		- Enseñanza de la diferencia entre tensión y relajación.		- Presentación didáctica: cuadros e ilustraciones.															
		- Demostración de la técnica de relajación de Jakobson	Técnica de Modelado e imitación	- Modelado in vivo.															
3	Desarrollar la técnica de relajación progresiva de Jakobson	- Control de la respiración diafragmática	- Seguimiento de instrucciones	- Dinámico, participativo	--	30 min.													
		- Trabajo con 10 grupos musculares		- Técnica de Relajación Progresiva de Jakobson (Estrategia 1B)	- Modelado in vivo.														
		- Monitoreo de la actividad	- Clarificación	- Preguntas abiertas - respuestas															
4	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Tarea de práctica de relajación (2 v/día x 20min.)	- Dinámica instructiva	Informativo, participativo	--	10 min.													
		- Tarea de monitoreo de ejercicios		- Manejo de contingencias: contrato conductual															
		- Monitoreo de nivel de dolor cada hora x una semana y cantidad de medicación		- Dinámica instructiva															
		- Hoja de metas																	
5	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	Recordatorio de compromisos acordados. - Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	--	10 min.													

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Sesión 3 “El Rol del ejercicio físico “

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología			
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa:	- Dinámica de participación	Auto monitoreo	- Tarea de relajación.	10 min.														
		- Reacciones al uso de la grabación y observación de la medicación.	- Consejo y orientación	Preguntas abiertas – respuestas	- Hojas de ejercicio															
		- Conclusión de patrones de auto-monitoreo del dolor.	- Dinámica de participación	Auto monitoreo	- Monitoreo de nivel de dolor y medicación.															
					- Hoja de metas															
2	Orientar en el rol del ejercicio físico	- Exposición: consecuencias de la inactividad sobre el dolor crónico, los beneficios del incremento en la actividad, la tolerancia y el ejercicio, los malos hábitos y cómo actúan en contra.	Psicoeducación	Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones	-	30 min.														
		- Sugerir un programa graduado de actividades		- Reflexivo-deductivo-generación de alternativas																
3	Desarrollar ejercicios básicos de movimiento / estiramiento	Ejercicio o actividad de flexión / estiramiento	- Técnica de Modelado: Ejercicios graduados (estrategia 2)	- Dinámico, participativo	-	30 min.														
		- Monitoreo de la actividad	- Consejo y orientación	- Preguntas abiertas - respuestas																
4	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Tarea ejercicio graduado; línea base a 10 v/día. (hoja)	- Manejo de contingencias: contrato conductual	- Informativo, participativo	-	10 min.														
		Control medicación (Diario)* opcional	- Consejo y orientación	- Reflexivo-deductivo-generación de alternativas																
		- Tarea de práctica de relajación (2 v/día x 20min.)		- Informativo, participativo																
5	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. * Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	-	10 min														

Observaciones _____

Sugerencias: _____

Sesión 4 “El Rol de la medicación”

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa. Necesidad de medicación* - Ejercicio, Relajación, conclusión de patrones de auto monitoreo del dolor	- Dinámica de participación - Consejo y orientación	- Auto evaluación - Preguntas abiertas - respuestas	- Hoja ejercicio graduado - Diario de dolor: - Control medicación* - Hoja relajación	10 min.												
2	Instruir y orientar en el rol de la medicación	- Exposición: el uso de la medicación para el manejo del dolor, tipos de medicación y efectos secundarios, tolerancia, etc.	- Psicoeducación - Consejo y orientación	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones - Preguntas abiertas - respuestas	--	20 min.												
3	Instruir en acciones que permitan la reducción de la medicación	- Toma de medicación en horas exactas, eliminar medicina extra* - Uso de medicación líquida equivalente* (programa)	- Psicoeducación en reducción de la medicación* (estrategia 3) - Manejo de contingencias: contrato conductual	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones - Dinámico, reflexivo, participativo	--	20 min.												
4	Desarrollar la técnica progresiva con imaginación	- Reducción de la ansiedad - Reforzamiento de técnicas de relajación e introducción de imaginación /distracción - Monitoreo de la actividad	- Técnica de Relajación e imaginación (Estrategia 5) - Técnica de resolución de Problemas	- Dinámico, participativo. - Reflexivo-deductivo-generación de alternativas - Dinámico, participativo.	--	20 min.												
5	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Cuotas ejercicio graduado, (hoja) - Control reducción de medicación* (hoja) - Tarea de práctica de relajación con imaginación - Monitoreo de eventos estresores	- Dinámica instructiva - Modelado - Consejo y orientación	- Informativo, participativo	--	10 min.												
6	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. * Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	--	10 min												

Observaciones _____

Sugerencias: _____

Sesión 5 “El Rol del estado emocional “

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL.	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología					
							SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO				
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa	Dinámica de participación	- Auto evaluación	- Reacciones a la reducción de la medicación*, aumento del ejercicio y relax.	10 min.																
		Refuerzo de avances (mitad de programa)	- Modelamiento por aproximaciones sucesivas	- Participativa: Reforzamiento diferencial de respuestas	- Monitoreo de eventos estresantes y niveles de dolor.																	
2	Instruir en el rol del estado emocional: ansiedad, ira	- Análisis: Círculo vicioso entre estado emocional y dolor	- Psicoeducación	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones	-	30 min.																
			- Reestructuración cognitiva	- Reflexivo, participativo, deductivo																		
3	- Desarrollar técnica de afrontamiento: dilución de reacciones emocionales	- Amortiguar o diluir reacciones emocionales	- Técnicas de entrenamiento asertivo/dilución (estrategia 4): aplicación de la relajación y técnicas de respiración con imaginaria: distribución de actividades y enfoque religioso, tiempo fuera.	- Dinámico, instructivo, reflexivo, participativo.	-	30 min.																
4	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Práctica de técnicas de asertividad -dilución (hoja).	- Consejo y Orientación	- Informativo, participativo	-	10 min.																
		- Ampliación ejercicio																				
		- Reducción de medicación* (hoja)																				
		- Monitoreo familiar-paciente quejas (hoja)																				
5	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados.	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	-	10 min																

Observaciones _____

Sugerencias: _____

Sesión 6 “El rol del foco de atención y las quejas (catarsis)”

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa. Revisión reducción de la medicación* - Conclusiones de técnicas de asertividad. - Conclusión de monitoreo familiar paciente	Dinámica de participación	- Auto evaluación - Preguntas abiertas - respuestas	- Reacciones a la tarea para casa Técnica de dilución de la medicación* Técnicas de asertividad. - Monitoreo familiar/paciente.	--	10 min.											
2	Instruir y orientar en el rol del foco de atención y las quejas (catarsis)	Exposición participativa: - Enfoque somático: quejas, ganancia secundaria - El efecto de la atención en los niveles de dolor y en las relaciones	- Psicoeducación - Consejo y orientación	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones - Dinámico -participativo	--	20 min.												
3	Practicar la técnica de enfoque externo	- Aplicación práctica de técnicas de enfoque externo	- Técnica de Relajación e imaginación (Estrategia 5 contin.) - Modelado	- Dinámico, participativo.	--	10 min.												
4	Desarrollar técnicas de asertividad	- Exposición y práctica de estrategias alternativas de comunicación - Efecto de las Autoafirmaciones positivas	- Técnicas alternativas asertivas de comunicación (Estrategias 6). - Autoafirmaciones (Estrategia 8) - Consejo y orientación	- Dinámico, participativo. - Preguntas abiertas - respuestas	--	30 min.												
5	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Ficha negociación asertividad - Autoafirmaciones - Monitoreo de pensamientos asociados al dolor - Reducción medicación*	- Dinámica instructiva - Consejo y orientación	- Informativo, participativo	--	10 min.												
6	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. * Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	--	10 min												

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Sesión 7 “El Rol del afrontamiento y la valoración del dolor “

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa	Dinámica de participación	- Auto evaluación - Preguntas abiertas - respuestas	- Reacciones a la tarea para casa. - Ganancia con el familiar re-negociando con asertividad. - Autoafirmaciones	10 min.												
2	Instruir en el Rol del afrontamiento en la valoración del dolor y sus repercusiones	Reinterpretar la experiencia de dolor con objeto de minimizarla o trivializarla - Transformación de sensaciones, transformación del contexto, límites en la extensión del dolor.	- Psicoeducación - Diálogo socrático	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones - Preguntas abiertas - respuestas	--	30 min.												
3	Desarrollar estrategias de revaloración del dolor con relajación y reestructuración cognitiva	- Exposición y práctica de estrategias cognitivas de modulación de niveles de dolor	- Relajación por claves (estrategia 10) - Revaloración del dolor (estrategia 7) - Reestructuración cognitiva y técnicas de autoafirmaciones (estrategia 8)	- Dinámico, reflexivo, participativo.	--	30 min.												
4	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Reducción autoafirmaciones negativas (hoja) y ampliación de actividades placenteras - Tareas permanentes: (Reducción de medicación, relajación, ejercicio) - Revisión de actividades evasivas.	- Dinámica instructiva - Consejo y orientación	- Informativo, participativo	--	10 min.												
5	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. * Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	--	10 min.												

Observaciones _____

Sugerencias: _____

Sesión 8 “Rol de la actividad estimulante “

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL.	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología	
							SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa	Dinámica de participación	- Auto evaluación - Preguntas abiertas - respuestas	- Reacciones a la tarea para casa - Conclusión del monitoreo de evasión /confrontación.	10 min.												
2	Instruir en el rol de la generación de actividades frente al comportamiento de evitación	- Explicación sobre las reacciones físicas frente al dolor continuo - Orientación para restablecer niveles normales de actividad	- Psicoeducación - Consejo y orientación	- Presentación didáctica de cuadros e ilustraciones - Pregunta - respuestas	--	20 min.												
3	Desarrollar plan de normalización de actividades	Ejemplificación de acciones y alternativas.	- Técnica de Reactivación de la actividad (Estrategia 9)	- Dinámico - Participativo	--	10 min.												
4	Practicar técnica de relajación por asociación	- Revisión de técnica de relajación por asociación con claves propias.	- Técnica de relajación por claves (Estrategia 10 continuación)	- Dinámico - Participativo	--	30 min.												
5	Instruir en la asignación de tareas para la casa	- Ficha de niveles de actividad. - Ficha de evaluación de las acciones aprendidas - Estrategia de tareas permanentes (reducción de medicación*, relajación ejercicio)	- Dinámica instructiva - Consejo y orientación	- Informativo, participativo	--	10 min.												
6	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. * Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo	--	10 min.												

Observaciones _____

Sugerencias: _____

Sesión 9 “Integración del manejo de técnicas “

N	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA O TÉCNICAS	METODOLOGÍA	S. EVAL	TPO	La actividad corresponde al objetivo		La técnica corresponde a la actividad		La metodología corresponde a la técnica		Ha sido redactado en forma clara		Es relevante en su objetivo, actividad técnica y metodología		Es coherente en su objetivo, actividad técnica y metodología	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Monitorear asignaciones anteriores	Revisión de tareas para la casa	Dinámica de participación	- Auto evaluación - Preguntas abiertas - respuestas	Revisión de logros y metas, y tareas permanentes Comparación de logros por estrategias	10 min.												
2	Integrar el manejo de técnicas	Estudio de casos y aplicaciones prácticas: Revisión de diferencias individuales; estrategias episódicas versus preventivas; adaptación de otras para planear cambios en caso de recaídas	- Técnicas fusionadas complementarias	- Teórico – práctico	--	30 min.												
3	Evaluar logros	Entrega y desarrollo de material de evaluación escrito: - Evaluación estrategias de afrontamiento al dolor - Evaluación valoración al dolor.	- Evaluación: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico reducido y validado para Perú (CAD-R). - Ficha de recolección de datos - Cold pressor test.	- Auto evaluación /medición externa	- Escala de likert - Evaluación % mejora en actividad física - Evaluación de % de reducción de la medicación*. - Escala EVA - Tiempo cronometrado	30 min.												
4	Instruir en la asignación de tareas finales para la casa	- Generar compromiso de práctica de estrategias, auto monitoreo y generación de actividades placenteras	- Dinámica instructiva - Consejo y orientación	- Informativo, participativo	--	10 min.												
5	Finalizar la sesión y recoger material desarrollado	- Recordatorio de compromisos acordados. * Despedida	Dinámica de participación	- Informativo, participativo		10 min.												

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Finalmente, responde: ¿Considera que el contenido del Programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución? SÍ / NO

Muchas gracias por su valiosa contribución.

Validación del programa cognitivo-conductual “Esperando feliz a mi bebé”.

[Adaptación para gestantes en base al programa psicológico para el manejo del dolor crónico de Philips y Rachman (1996), por criterio de jueces]

Para llevar a cabo la validación del Programa Cognitivo-conductual “Esperando feliz a mi bebé”, adaptado para gestantes en base al programa de manejo psicológico del dolor crónico de Philips y Rachman (1996), se contó con la participación de 05 jueces; todos psicólogos especialistas colegiados que laboran en la institución donde se aplicará el programa arriba indicado, siendo los siguientes:

Juez 1: con 32 años de servicio profesional, con experiencia laboral en el área materno perinatal, siendo su cargo actual el de jefa del Servicio de Psicología en el INMP.

Juez 2: magister en Psicología clínica y de la salud y con grado de Doctor; con 13 años de servicio profesional, siendo su cargo actual Psicólogo en el INMP.

Juez 3: con 06 años de experiencia en el área de psicología clínica y de la salud, siendo su cargo actual: psicólogo en el INMP.

Juez 4: con diplomado, especialidad y maestría en psicología clínica, organizacional y educativa; con 35 años de experiencia profesional, siendo su cargo actual: psicóloga Nivel IV en el INMP.

Juez 5: psicólogo que labora en el servicio de adolescencia, contando con estudios de especialización en forense y criminología, con 34 años de experiencia en el servicio profesional, siendo su cargo actual: psicóloga clínica en el INMP.

Los 5 jueces fueron convocados para que evaluaran la validez de contenido de los componentes de objetivos, actividades, técnicas y metodología de cada una de las sesiones del programa; el formato incluyó los criterios de claridad, relevancia, pertinencia y coherencia, y se les solicitó que validaran al programa completo respondiendo si consideraban que el contenido del programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución donde se realizará la investigación.

El presente programa consta de 09 sesiones; por tema de espacio se sugiere ver las tablas del protocolo para jueces en cada sesión para la identificación de cada objetivo, actividad, técnica y metodología (ver páginas anteriores).

A continuación, se detallan las características de cada una de las sesiones a nivel de indicadores:

- **Sesión 1**, con 06 objetivos (A-F), 13 actividades (A-M), 08 técnicas (A-H), 10 metodologías (A-J). Total de indicadores o componentes en la sesión 1: equivalente a 37 indicadores.
- **Sesión 2**, con 05 objetivos (A-E), 04 actividades (A-D), 10 técnicas (A-J), 12 metodologías (A-L). Total de indicadores o componentes en la sesión 2: equivalente a 31 indicadores.
- **Sesión 3**, con 05 objetivos (A-E), 11 actividades (A-K), 09 técnicas (A-I), 11 metodologías (A-K). Total de indicadores o componentes en la sesión 3: equivalente a 36 indicadores.
- **Sesión 4**, con 06 objetivos (A-F), 14 actividades (A-N), 11 técnicas (A-K), 11 metodologías (A-K). Total de indicadores o componentes en la sesión 4: equivalente a 42 indicadores.
- **Sesión 5**, con 05 objetivos (A-E), 09 actividades (A-I), 07 técnicas (A-G), 07 metodologías (A-G). Total de indicadores o componentes en la sesión 5 equivalente a 28 indicadores.
- **Sesión 6**, con 06 objetivos (A-F), 15 actividades (A-O), 11 técnicas (A-K), 10 metodologías (A-J). Total de indicadores o componentes en la sesión 6: equivalente a 42 indicadores.
- **Sesión 7**, con 05 objetivos (A-E), 08 actividades (A-H), 09 técnicas (A-I), 07 metodologías (A-G). Total de indicadores o componentes en la sesión 7: equivalente a 29 indicadores.
- **Sesión 8**, con 06 objetivos (A-F), 09 actividades (A-I), 08 técnicas (A-H), 08 metodologías (A-H). Total de indicadores o componentes en la sesión 8: equivalente a 31 indicadores.
- **Sesión 9**, con 05 objetivos (A-E), 07 actividades (A-G), 08 técnicas (A-H), 06 metodologías (A-F). Total de indicadores o componentes en la sesión 9: equivalente a 26 indicadores.

- Con un total de 302 componentes o indicadores que corresponden a todo el programa completo.

Una vez ejecutada la calificación de los criterios por los jueces, y con el fin de validar el contenido del programa, se utilizó la Razón de Validez de Contenido (RVC o CVR, del inglés *Content Validity Ratio*) para cada indicador, aplicando la fórmula propuesta por Lawshe (1975) (como se citó en Cohen y Swerdlik, 2001):

$$\text{CVR} = (\text{ne} - (\text{N}/2)) / (\text{N}/2)$$

Donde:

ne es el número de jueces que asignan un valor como aceptable

N es el número total de jueces.

Lawshe (1975) (como se citó en Cohen y Swerdlik, 2001) sugiere que un CVR de, al menos, .99 será necesario cuando el número de jueces expertos sea menor o igual a 7, por lo que, para la validación del presente programa era necesario el consenso de los 5 jueces en cada aspecto del programa para que éste pueda ser considerado válido.

Los resultados obtenidos de los 5 jueces expertos, los cuales se observan en la tabla 13.1; mostraron la aprobación al 100% de cada uno de los jueces expertos en cada uno de los indicadores evaluados por cada unidad, objetivo, actividad, técnica y metodología; por lo que la fórmula y resultado final obtenido para cada indicador será el siguiente:

$$\text{CVR} = (\text{ne} - (\text{N}/2)) / (\text{N}/2)$$

$\text{CVR} = (5 - (5/2)) / (5/2) = (5/2.5) / 2.5 = 2.5/2.5 = 1.00$ la cual se debe de ajustar al puntaje equivalente a 0.99 por criterio de manipulación (Lawshe, 1975)

Con este resultado, cada sesión, objetivo, actividad, técnica y metodología se encuentran en un nivel considerado como válido a nivel de razón de contenido por criterio de jueces, para ser aplicados en un programa para el grupo seleccionado de gestantes de la institución.

Posteriormente se calculó la media de CVR de todos los indicadores aceptables, con el fin de obtener el Índice de Validez de Contenido (IVC o CVI del inglés *Content Validity Index*) del programa en su conjunto. De acuerdo con Lawshe (1975) (como se citó en Cohen y Swerdlik, 2001), el CVI es el resultado del promedio de la validez de contenido de todos los indicadores seleccionados en el paso anterior; vale decir:

CVI = Número de elementos considerados válidos en su contenido / Número total de elementos.

Este índice tiene un rango de calificación entre +1 y -1, por lo que, para la que el programa sea considerado válido, se requiere un grado máximo de acuerdo en todos los indicadores (equivalente a .99) cuando es evaluado por 7 jueces o menos, con el fin de garantizar la calidad de todo el programa (Cohen y Swerdlik, 2001).

Los resultados obtenidos (ver tabla 13.2) muestran un nivel de acuerdo de todos los jueces en todos los indicadores del programa, por lo que el puntaje promedio de los 302 componentes equivale a +1.00, por lo tanto:

$CVI=302/302=1.00$; puntaje que se ajusta a 0.99 por criterio de manipulación tal como lo sugiere Lawshe (1975).

En base a los resultados obtenidos, se observa que el programa obtuvo CVR válidos en todos los aspectos referidos a cada uno de los objetivos, acciones, técnicas y metodología utilizados en los criterios de claridad, relevancia, pertinencia y coherencia, así como en la evaluación de la estructura general del programa, obteniendo un CVI válido para ser aplicado en gestantes de la institución.

Conclusión: El Programa Cognitivo-conductual “Esperando feliz a mi bebé”; programa adaptado para gestantes en base al programa de manejo psicológico del dolor crónico de Philips y Rachman (1996), ha sido validado por criterio de jueces y se pudo utilizar en su totalidad en pacientes gestantes que presentaron dolor crónico en la institución con la que se realizó la presente investigación.

Tabla 13.1

Resultados directos obtenidos de las nueve sesiones del Programa Cognitivo Conductual en base a la evaluación de validez de contenido por criterio de jueces

		Sesión 1												
		Objetivo A	Objetivo B			Objetivo C			Objetivo D		Objetivo E		Objetivo F	
Validez de contenido por criterio de expertos		Actividad A	Actividad B	Actividad C	Actividad D	Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H	Actividad I	Actividad J	Actividad K	Actividad L	Actividad M
		Técnica A	Técnica B	Técnica B	Técnica C	Técnica C	Técnica D	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica G	Técnica G	Técnica H
		Metodología A	Metodología B	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología F	Metodología G	Metodología H	Metodología I	Metodología I	Metodología I	Metodología J
Actividad corresponde al objetivo (Pertinencia)	Juez 1	Sí												
	Juez 2	Sí												
	Juez 3	Sí												
	Juez 4	Sí												
	Juez 5	Sí												
Técnica corresponde a la Actividad (Pertinencia)	Juez 1	Sí												
	Juez 2	Sí												
	Juez 3	Sí												
	Juez 4	Sí												
	Juez 5	Sí												
Metodología corresponde a la Técnica (Pertinencia)	Juez 1	Sí												
	Juez 2	Sí												
	Juez 3	Sí												
	Juez 4	Sí												
	Juez 5	Sí												
Ha sido redactado en forma clara (Claridad)	Juez 1	Sí												
	Juez 2	Sí												
	Juez 3	Sí												
	Juez 4	Sí												
	Juez 5	Sí												
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	Sí												
	Juez 2	Sí												
	Juez 3	Sí												
	Juez 4	Sí												
	Juez 5	Sí												
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	Sí												
	Juez 2	Sí												
	Juez 3	Sí												
	Juez 4	Sí												
	Juez 5	Sí												

(continuación)

		Sesión 2														
Validez de contenido por criterio de expertos		Objetivo A				Objetivo B			Objetivo C			Objetivo D				Objetivo E
		Actividad A	Actividad B	Actividad C	Actividad D	Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H	Actividad I	Actividad J	Actividad K	Actividad L	Actividad M	Actividad N	Actividad O
		Técnica A	Técnica A	Técnica A	Técnica A	Técnica B	Técnica B	Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica H	Técnica I	Técnica I	Técnica J
		Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología F	Metodología G	Metodología H	Metodología I	Metodología J	Metodología K	Metodología K	Metodología K	Metodología K	Metodología L
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Ha sido redactado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														

(continuación)

		Sesión 3										
		Objetivo A			Objetivo B		Objetivo C		Objetivo D			Objetivo E
Validez de contenido por criterio de expertos		Actividad A	Actividad B	Actividad C	Actividad D	Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H	Actividad I	Actividad J	Actividad K
		Técnica A	Técnica B	Técnica C	Técnica D	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica H	Técnica H	Técnica I
		Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología F	Metodología G	Metodología H	Metodología I	Metodología J	Metodología K
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Ha sido redctado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										

(continuación)

		Sesión 4														
Validez de contenido por criterio de expertos		Objetivo A			Objetivo B		Objetivo C		Objetivo D			Objetivo E				Objetivo F
		Actividad A	Actividad B	Actividad C	Actividad D		Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H	Actividad I	Actividad J	Actividad K	Actividad L	Actividad M	Actividad N
		Técnica A	Técnica B	Técnica B	Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica H	Técnica H	Técnica I	Técnica J	Técnica J	Técnica J	Técnica K
		Metodología A	Metodología B	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología F	Metodología G	Metodología H	Metodología I	Metodología J	Metodología J	Metodología J	Metodología J	Metodología K
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Ha sido redactado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SI														
	Juez 2	SI														
	Juez 3	SI														
	Juez 4	SI														
	Juez 5	SI														

(continuación)

		Sesión 5									
		Objetivo A		Objetivo B		Objetivo C	Objetivo D				Objetivo E
Validez de contenido por criterio de expertos		Actividad A	Actividad B	Actividad C		Actividad D	Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H	Actividad I
		Técnica A	Técnica B	Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica F	Técnica F	Técnica F	Técnica G
		Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología F	Metodología F	Metodología F	Metodología F	Metodología G
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Ha sido redactado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									

(continuación)

		Sesión 6																
Validez de contenido por criterio de expertos		Objetivo A				Objetivo B			Objetivo C		Objetivo D			Objetivo E				Objetivo F
		Actividad A	Actividad B	Actividad C	Actividad D	Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H		Actividad I	Actividad J	Actividad K	Actividad L	Actividad M	Actividad N	Actividad O	
		Técnica A	Técnica A	Técnica A	Técnica A	Técnica B	Técnica C	Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica H	Técnica I	Técnica J	Técnica J	Técnica J	Técnica K
		Metodología A	Metodología A	Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología D	Metodología E	Metodología E	Metodología F	Metodología G	Metodología G	Metodología H	Metodología H	Metodología H	Metodología H	Metodología I
	Juez 1	SI																
	Juez 2	SI																
	Juez 3	SI																
	Juez 4	SI																
	Juez 5	SI																
	Juez 1	SI																
	Juez 2	SI																
	Juez 3	SI																
	Juez 4	SI																
	Juez 5	SI																
	Juez 1	SI																
	Juez 2	SI																
	Juez 3	SI																
	Juez 4	SI																
	Juez 5	SI																
	Juez 1	SI																
	Juez 2	SI																
	Juez 3	SI																
	Juez 4	SI																
	Juez 5	SI																
	Juez 1	SI																
	Juez 2	SI																
	Juez 3	SI																
	Juez 4	SI																
	Juez 5	SI																

(continuación)

		Sesión 7										
		Objetivo A		Objetivo B		Objetivo C			Objetivo D			Objetivo E
Validez de contenido por criterio de expertos		Actividad A		Actividad B	Actividad C	Actividad D			Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H
		Técnica A		Técnica B	Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica H	Técnica H	Técnica I
		Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología E	Metodología E	Metodología F	Metodología F	Metodología F	Metodología G
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Ha sido redactado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										

(continuación)

		Sesión 8									
		Objetivo A		Objetivo B		Objetivo C	Objetivo D	Objetivo E			Objetivo F
Validez de contenido por criterio de expertos		Actividad A		Actividad B	Actividad C	Actividad D	Actividad E	Actividad F	Actividad G	Actividad H	Actividad I
		Técnica A	Técnica B	Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica G	Técnica G	Técnica H
		Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología E	Metodología F	Metodología G	Metodología G	Metodología G	Metodología H
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Ha sido redactado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SÍ									
	Juez 2	SÍ									
	Juez 3	SÍ									
	Juez 4	SÍ									
	Juez 5	SÍ									

(continuación)

Validez de contenido por criterio de expertos		Sesión 9										
		Objetivo A		Objetivo B		Objetivo C			Objetivo D		Objetivo E	
		Actividad A		Actividad B		Actividad C	Actividad D		Actividad E	Actividad F		Actividad G
		Técnica A		Técnica B		Técnica C	Técnica D	Técnica E	Técnica F	Técnica G	Técnica H	
		Metodología A	Metodología B	Metodología C	Metodología D	Metodología D	Metodología D	Metodología E	Metodología E	Metodología F		
Actividad corresponde al Objetivo	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Técnica corresponde a la Actividad	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Metodología corresponde a la Técnica	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Ha sido redctado en forma clara (Claridad)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Es relevante en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Relevancia)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										
Es coherente en su objetivo, actividad, técnica y metodología (Coherencia)	Juez 1	SÍ										
	Juez 2	SÍ										
	Juez 3	SÍ										
	Juez 4	SÍ										
	Juez 5	SÍ										

Contenido del Programa puede ser utilizado en Gestantes con dolor crónico de la Institución	Juez 1	SÍ
	Juez 2	SÍ
	Juez 3	SÍ
	Juez 4	SÍ
	Juez 5	SÍ

Nota. La evaluación de validez de contenido fue realizada por cinco jueces. Cada Juez podía emitir una respuesta de “sí” o “no” para cada criterio de cada sesión del programa según el objetivo, actividad, técnica, metodología y contenido general utilizado para gestantes con dolor crónico de la institución donde se realizó la investigación.

Tabla 13.2.

Resultados de la Razón de validez de contenido (CVR) de las nueve sesiones del Programa Cognitivo Conductual en base a los Criterios de evaluación por jueces

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
1	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Objetivo F	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Actividad I	1	1	1	1
	Actividad J	1	1	1	1
	Actividad K	1	1	1	1
	Actividad L	1	1	1	1
	Actividad M	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
Metodología D	1	1	1	1	
Metodología E	1	1	1	1	
Metodología F	1	1	1	1	
Metodología G	1	1	1	1	
Metodología H	1	1	1	1	
Metodología I	1	1	1	1	
Metodología J	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
2	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Técnica I	1	1	1	1
	Técnica J	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
	Metodología D	1	1	1	1
	Metodología E	1	1	1	1
	Metodología F	1	1	1	1
	Metodología G	1	1	1	1
	Metodología H	1	1	1	1
	Metodología I	1	1	1	1
Metodología J	1	1	1	1	
Metodología K	1	1	1	1	
Metodología L	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
3	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Actividad I	1	1	1	1
	Actividad J	1	1	1	1
	Actividad K	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Técnica I	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
	Metodología D	1	1	1	1
	Metodología E	1	1	1	1
Metodología F	1	1	1	1	
Metodología G	1	1	1	1	
Metodología H	1	1	1	1	
Metodología I	1	1	1	1	
Metodología J	1	1	1	1	
Metodología K	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
4	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Objetivo F	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Actividad I	1	1	1	1
	Actividad J	1	1	1	1
	Actividad K	1	1	1	1
	Actividad L	1	1	1	1
	Actividad M	1	1	1	1
	Actividad N	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Técnica I	1	1	1	1
	Técnica J	1	1	1	1
	Técnica K	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
Metodología C	1	1	1	1	
Metodología D	1	1	1	1	
Metodología E	1	1	1	1	
Metodología F	1	1	1	1	
Metodología G	1	1	1	1	
Metodología H	1	1	1	1	
Metodología I	1	1	1	1	
Metodología J	1	1	1	1	
Metodología K	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
5	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Actividad I	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
	Metodología D	1	1	1	1
	Metodología E	1	1	1	1
	Metodología F	1	1	1	1
	Metodología G	1	1	1	1

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
6	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Objetivo F	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Actividad I	1	1	1	1
	Actividad J	1	1	1	1
	Actividad K	1	1	1	1
	Actividad L	1	1	1	1
	Actividad M	1	1	1	1
	Actividad N	1	1	1	1
	Actividad O	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Técnica I	1	1	1	1
	Técnica J	1	1	1	1
	Técnica K	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
Metodología B	1	1	1	1	
Metodología C	1	1	1	1	
Metodología D	1	1	1	1	
Metodología E	1	1	1	1	
Metodología F	1	1	1	1	
Metodología G	1	1	1	1	
Metodología H	1	1	1	1	
Metodología I	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
7	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Técnica I	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
	Metodología D	1	1	1	1
	Metodología E	1	1	1	1
	Metodología F	1	1	1	1
Metodología G	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
8	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Objetivo F	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Actividad H	1	1	1	1
	Actividad I	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
	Metodología D	1	1	1	1
	Metodología E	1	1	1	1
Metodología F	1	1	1	1	
Metodología G	1	1	1	1	
Metodología H	1	1	1	1	

(continúa)

Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Coherencia
9	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo C	1	1	1	1
	Objetivo D	1	1	1	1
	Objetivo E	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad C	1	1	1	1
	Actividad D	1	1	1	1
	Actividad E	1	1	1	1
	Actividad F	1	1	1	1
	Actividad G	1	1	1	1
	Técnica A	1	1	1	1
	Técnica B	1	1	1	1
	Técnica C	1	1	1	1
	Técnica D	1	1	1	1
	Técnica E	1	1	1	1
	Técnica F	1	1	1	1
	Técnica G	1	1	1	1
	Técnica H	1	1	1	1
	Metodología A	1	1	1	1
	Metodología B	1	1	1	1
	Metodología C	1	1	1	1
	Metodología D	1	1	1	1
	Metodología E	1	1	1	1
	Metodología F	1	1	1	1

Nota. Cada uno de los componentes es calificado con una puntuación de 1 ó 0; se obtienen en base a las respuestas de cada uno de los jueces; sólo se asigna puntaje “1” cuando los cinco jueces dicen “sí” a un criterio de cada componente y de cada sesión, de lo contrario se asigna el puntaje “0” (Lawshe, 1975).

PROTOCOLO PARA JUECES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

“ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

Respetado Juez: muchas gracias por colaborar en esta investigación. La tarea que se le solicita es revisar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual debajo detallado y responder si cada una de las actividades desarrolladas corresponde al objetivo, si la técnica utilizada corresponde a la actividad, si la metodología utilizada corresponde a la técnica, si cada indicador ha sido redactado en forma clara, si el indicador es relevante en su objetivo, técnica, actividad y metodología, y si el indicador es coherente en su objetivo, técnica, actividad y metodología; finalmente responda al final del programa si considera que el contenido del programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución.

También puede colocar observaciones y/o sugerencias en la parte final de cada página.

Muchas gracias por su valioso aporte.

PRESENTADO POR: Bach. Liliana Navach

FIRMA Y SELLO:


INSTITUTO NACIONAL MATERNOPERINATAL
Dr. Juan J. Gabriel Arica Martinez
PSICOLOGO
C.P.S.P.

PROTOCOLO PARA JUECES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

“ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

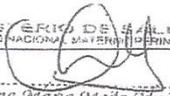
Respetado Juez: muchas gracias por colaborar en esta investigación. La tarea que se le solicita es revisar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual debajo detallado y responder si cada una de las actividades desarrolladas corresponde al objetivo, si la técnica utilizada corresponde a la actividad, si la metodología utilizada corresponde a la técnica, si cada indicador ha sido redactado en forma clara, si el indicador es relevante en su objetivo, técnica, actividad y metodología, y si el indicador es coherente en su objetivo, técnica, actividad y metodología; finalmente responda al final del programa si considera que el contenido del programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución.

También puede colocar observaciones y/o sugerencias en la parte final de cada página.

Muchas gracias por su valioso aporte.

PRESENTADO POR: Bach. Liliana Navach

FIRMA Y SELLO:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO INFANTIL

Dra. Ana María Mejía Muñoz
Jefa del Servicio de Psicología
C.P.A.P. N° 2476

PROTOCOLO PARA JUECES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

“ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

Respetado Juez: muchas gracias por colaborar en esta investigación. La tarea que se le solicita es revisar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual debajo detallado y responder si cada una de las actividades desarrolladas corresponde al objetivo, si la técnica utilizada corresponde a la actividad, si la metodología utilizada corresponde a la técnica, si cada indicador ha sido redactado en forma clara, si el indicador es relevante en su objetivo, técnica, actividad y metodología, y si el indicador es coherente en su objetivo, técnica, actividad y metodología; finalmente responda al final del programa si considera que el contenido del programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución.

También puede colocar observaciones y/o sugerencias en la parte final de cada página.

Muchas gracias por su valioso aporte.

PRESENTADO POR: Bach. Liliana Navach

FIRMA Y SELLO: _____

MINISTERIO DE JUSTICIA
SECRETARÍA DE ESTADO DE JUSTICIA
SECRETARÍA DE ESTADO DE DEFENSA
SECRETARÍA DE ESTADO DE FAMILIA
SECRETARÍA DE ESTADO DE INTERIORES
SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD
SECRETARÍA DE ESTADO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARÍA DE ESTADO DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE ESTADO DE TURISMO
SECRETARÍA DE ESTADO DE CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA DE ESTADO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE ESTADO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA DE ESTADO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
SECRETARÍA DE ESTADO DE MEDIO AMBIENTE Y ENERGÍA
SECRETARÍA DE ESTADO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
SECRETARÍA DE ESTADO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y PESQUERÍA
SECRETARÍA DE ESTADO DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS EXTERIORES
SECRETARÍA DE ESTADO DE RELACIONES EXTERIORES
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS SOCIALES
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA CAPITAL
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE CHUBUT
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE FORMOSA
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE JUJUY
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE MISIONES
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE PARÁGUAY
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE RAÍO
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE TRINGOLÓ
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE UYUÍ
SECRETARÍA DE ESTADO DE ASUNTOS DE LA PROVINCIA DE ZAMBORA D'ALBA

PROTOCOLO PARA JUECES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

“ESPERANDO FELIZ A MI BEBÉ”

Respetado Juez: muchas gracias por colaborar en esta investigación. La tarea que se le solicita es revisar el Programa de Intervención Cognitivo Conductual debajo detallado y responder si cada una de las actividades desarrolladas corresponde al objetivo, si la técnica utilizada corresponde a la actividad, si la metodología utilizada corresponde a la técnica, si cada indicador ha sido redactado en forma clara, si el indicador es relevante en su objetivo, técnica, actividad y metodología, y si el indicador es coherente en su objetivo, técnica, actividad y metodología; finalmente responda al final del programa si considera que el contenido del programa puede ser utilizado en gestantes con dolor crónico de la institución.

También puede colocar observaciones y/o sugerencias en la parte final de cada página.

Muchas gracias por su valioso aporte.

PRESENTADO POR: Bach. Liliana Navach

FIRMA Y SELLO:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
C.A. - C.R. - C.V. - C.P. - C.N. - C.E. - C.M.
Sra. Liliana Navach
PSICOLOGA - C.P. N. 2220