



Evaluación de la Herramienta de Autorregulación Posthipnótica del Dolor (HAPDOL) en pacientes con síndrome de dolor lumbar crónico e impacto en su calidad de vida.

Memoria para optar al título de psicólogo

Autores: Lic. Ps. Jorge Flores y Lic. Ps. Paulina Morales.

Profesora Patrocinante: Ps. y Mag. Elisabeth Wenk Wehmeyer

Profesional Colaboradora: Mabel Salazar, kinesióloga.

Universidad de Chile

Santiago, 2011

Índice

Resumen	3
Introducción	4
*El síndrome dolor lumbar crónico como fenómeno multidimensional	4
*Calidad de vida en el dolor lumbar crónico	5
*Dolor y opciones de tratamiento	6
HAPDOL: Herramienta de Autorregulación Posthipnótica del Dolor y su utilidad en el tratamiento del síndrome dolor lumbar crónico	8
Objetivos	11
*Objetivo general	11
*Objetivos específicos	11
Metodología	12
*Diseño del estudio	12
*Variables del estudio	12
*Hipótesis	15
*Colectivo y muestra	18
*Instrumentos utilizados	18
*Procedimiento	21
Resultados	23
*Análisis cuantitativo	23
*Análisis cualitativo	34
*Discusión de resultados y conclusiones	37
Referencias Bibliográficas	41
Anexos	45
*Anexo 1: Entrevista Inicial	45
*Anexo 2: Entrevista de Seguimiento	54
*Anexo 3: Escala de Movilidad	60
*Anexo 4: Escala de Incapacidad por dolor lumbar de Oswestry	63

Resumen

Se adaptó una técnica de analgesia hipnótica de auto-aplicación (HAPDOL), con el fin de evaluar su impacto en la calidad de vida y su efectividad a mediano plazo de forma controlada. Se seleccionó una muestra de 8 sujetos de entre 30 y 65 años, con diagnóstico de dolor lumbar crónico. El diseño experimental constó de 2 grupos, el primero corresponde a la técnica prototípica y el otro, a la misma técnica pero en ausencia del componente operante, del que se estima depende su efecto a mediano plazo. Se esperó así determinar el peso diferencial del componente operante sobre la técnica y su idoneidad dentro del procedimiento. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, no obstante fue posible constatar en ambos una mejora en distintos aspectos de la calidad de vida de los pacientes. Se discute el alcance de este tipo de técnicas en el manejo terapéutico del dolor crónico.

Introducción

I. El síndrome dolor lumbar crónico como fenómeno multidimensional

El dolor es entendido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño” (International Association for the Study of Pain [IASP], 1994); el dolor crónico, como aquel que persiste por un período igual o superior a 3 meses (Op. cit.). Se estima que la prevalencia del dolor crónico varía entre un 10,1% a un 55,2% en distintas regiones alrededor del mundo (IASP, 2003), y por ende, se constituye como un problema de salud pública mayor (Covarrubias-Gómez, 2010; Croft, Blyth y van der Windt, 2010)

Dentro de los distintos tipos y síndromes asociados al dolor crónico, el de localización lumbar ha sido citado como uno de los más recurrentes (Aliste, 2005; Covarrubias-Gómez, 2010; Santiago, Fernández y Dávila, 2009; Bassols, Bochs, Campillo, Cañellas, Baños, 2003; Bassols y Baños, 2006; Sociedad de Anestesiología de Chile, 2007). Se estima que entre un 80 y un 85% de la población menor de 40 años ha sufrido al menos un episodio de dolor de espalda en el transcurso de su vida, siendo una de las principales patologías que se erigen dentro de la lista de dolencias crónicas comunes y difíciles de tratar (Spencer, 2007), Constituye además uno de los problemas por los que se extiende el mayor número de licencias por accidentes laborales (Larrondo, 2009; Postigo 2007).

El término *síndrome dolor lumbar crónico* es una entidad diagnóstica de alta complejidad, debido a que:

1.- Suele ser confuso establecer con claridad cuestiones básicas, como su etiología y su tratamiento exitoso. Postigo indica claramente que “el problema del dolor lumbar [es que] ni siquiera logra reunir estos elementos básicos. Aún hacemos diagnóstico de lumbago, lo cual sólo significa dolor lumbar, no logra evocar ni causa ni tratamiento, generando confusión” (2007, p.1). A menudo, el dolor lumbar crónico no cuenta con una base fisiopatológica clara que explique el dolor (Schade, Semmer, Main, Hora, Boos, 1999, en Guic, Rebolledo, Galilea y Robles, 2002). Además, presenta recidivas a intervenciones farmacológicas e incluso quirúrgicas (Bonica, 1990, citado en Araos, 2007). Pese a esto, se considera una entidad diagnóstica (enfermedad) en sí, por razones que se describen en detalle en el siguiente punto.

2.- Se considera una entidad diagnóstica debido a la frecuente mantención de sus efectos negativos a largo plazo: el dolor adquiere trascendencia en las actividades diarias de quienes lo padecen. Es común observar que, junto a las sabidas restricciones en movilidad y funcionalidad que provoca el dolor crónico, éste disminuye las posibilidades de empleo de la persona, surgiendo una sensación de frustración, entre otros elementos psicológicos y sociales que sumarían complejidad al fenómeno. De aquí que el dolor lumbar crónico genera deterioro en la calidad de vida del paciente (Esteve, Ramírez y López, 2001, en Op cit.).

II. Calidad de vida en el dolor lumbar crónico

La calidad de vida es un concepto útil para evaluar y medir el impacto de una enfermedad o un complejo sindromático en la salud y el bienestar de una persona. Pese a que no existe un consenso respecto a su definición y alcance, muchas investigaciones equiparan la calidad de vida con la capacidad funcional y bienestar emocional de la persona (Alonso, 1999); otros la comprenden como el estado de bienestar psicológico de una persona, y la ausencia de enfermedad o defecto (véase Monés, 2004). Algunos incluyen en ella el nivel de funcionalidad motora, capacidad laboral y relaciones sociales (American Chronic Pain Association, 2003); así como también otros agregan en ella la situación de vivienda, seguridad y confort del entorno, estresores laborales y económicos (véase Alonso, Álvarez y Fernández, 1996).

La OMS (1997) fue pionera en unificar definiciones y ampliar este concepto, estableciendo sus múltiples dimensiones. Define calidad de vida como “la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Sus dimensiones serían el ámbito físico, psicológico, el grado de independencia de la persona, las relaciones sociales que ésta mantiene, el medio en que se desenvuelve y el aspecto espiritual, religioso y de creencias personales del sujeto. Cabe mencionar que estas dimensiones son interdependientes.

Considerando esta conceptualización, se aprecia que debido al dolor lumbar crónico se ven afectadas distintas dimensiones de la calidad de vida, pues es frecuente que surjan trastornos del humor y del ánimo, con sentimientos de ira y fracaso, alteraciones del

sueño, deterioro de las relaciones sociales, disminución de posibilidades de empleo y bienestar económico, frecuente abuso de drogas analgésicas, y una consecuente dependencia del sistema de salud, pues se trata finalmente de pacientes policonsultantes (Araos, 2007; Tyre et al., 1994, en All, Fried y Wallace, 2000; APS, 2003, en Spencer, 2007).

Desde el paradigma médico biológico tradicional se ha trabajado arduamente en buscar el o los generadores del dolor, sin embargo se ha despreocupado la visión integral del paciente con dolor. Es desde el paradigma biopsicosocial (Postigo, 2007) que se ha acentuado la preocupación por considerar como vive y enfrenta la gente sus problemas de salud y las posibles alternativas para mejorar su calidad de vida, generando un enfrentamiento multidisciplinario al dolor. Por lo anteriormente expuesto, el síndrome dolor lumbar crónico cumple con las características idóneas para ser comprendido y tratado a través de una estrategia integral de tratamiento, articulándose el nivel médico-traumatológico, kinesiológico, farmacológico y psicológico.

III. Dolor y opciones de tratamiento

En la práctica, el tratamiento habitual para distintos tipos de dolores consiste en la administración de fármacos. El dolor crónico, sobre todo si es intenso, suele ser tratado mediante la administración de drogas de tipo opiáceo (Puebla, 2005).

Según la Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management (WMJ, 2004), los opiáceos como la morfina, hidromorfina y codeína han demostrado ser las drogas más efectivas en este ámbito, puesto que inhiben la acción de la acetilcolina (Willette, Doorley y Sapru, 1986 en WMJ, 2004). No obstante el gran alivio que proveen los opiáceos, la ingesta sostenida de estas sustancias ha demostrado generar efectos secundarios lamentables. Entre los de menor grado están la constipación, vómito, sedación y picazón, y entre los de mayor gravedad se cuentan los delirios y la disminución respiratoria, los que suelen ocurrir si la dosis se incrementa muy rápido. En adición, entre los fenómenos neuropsicológicos que la WMJ considera presentes en el consumo de opiáceos, se encuentran la tolerancia, la dependencia y la adicción. De lo anterior se desprende que, si bien estos fármacos son eficaces en la disminución del dolor, pueden generar efectos negativos bastante serios. Lo que genera, en algunos casos, una paradoja médica: en la

necesidad de aliviar a los pacientes cuyo dolor es de larga data, se tratan farmacológicamente; pudiendo aquellos, debido a la enorme complejidad de variables relacionadas con su padecimiento, mantener el dolor y además, desarrollar un desorden adictivo grave.

Considerando los riesgos que pudiera traer este tipo de tratamiento en la calidad de vida del paciente, se ha desarrollado una promisoriosa línea de investigación en torno a la analgesia hipnótica, como una alternativa al modelo habitual de tratamiento.

Una definición elemental de la analgesia hipnótica, en la que diversos investigadores podrían estar de acuerdo, es considerarla como un procedimiento no farmacológico de reducción de la intensidad del dolor que consiste en sugerencias inducidas, generalmente por un hipnoterapeuta, a una persona que se encuentra en trance hipnótico. La analgesia hipnótica ha demostrado ser efectiva en el alivio del dolor (Véase estudios de Hilgard y Hilgard, 1966, en Carrillo, Collado y Vásquez, 2005; Kiernan, Dane, Phillips y Price, 1995 en Burrows, Stanley y Bloom, 2001; Patterson y Jensen, 2003). A un nivel neuroquímico, la analgesia hipnótica responde a mecanismos distintos de los opiáceos, por lo que no provocaría tolerancia ni adicción. Goldstein y Hilgard (1975) realizaron un estudio que respalda esta postura, demostrando que la analgesia hipnótica no era reversible por el efecto del *Naloxone*, una droga que sí invierte las consecuencias analgésicas de la morfina, a partir de lo cual se asume que actúa por mecanismos neurofisiológicos distintos. De esta manera, una de las principales ventajas que presenta la analgesia hipnótica es tener una alta efectividad sin tener que lidiar con el problema de la dependencia, tolerancia y otros efectos colaterales relacionados con el uso de drogas derivadas de los opiáceos.

Si bien la modulación o inhibición del dolor a través de hipnosis es conocida desde hace tiempo internacionalmente y que en la actualidad, existe una amplia experiencia y estudios que avalan la eficacia de éste tipo de técnicas, en nuestro país su desarrollo es escaso. En el extranjero, la mayor parte de las investigaciones en esta área se ha enfocado en el dolor producido por: cáncer, quemaduras, dolor lumbar, cefaleas, dismenorrea, colon irritable, desórdenes témporo-mandibulares, entre otros (Carrillo, Collado y Vásquez, 2005; Evans, 2001).

No obstante la efectividad de la analgesia hipnótica, su resultado ha sido hasta ahora restringido en el tiempo, perdiendo fuerza en su mantención a mediano plazo una vez finalizadas las sesiones acordadas. La necesidad de asistir a la consulta del hipnoterapeuta o escuchar en un lugar “especial” (libre de ruidos y/o distracciones) la voz grabada de este, desplazan la responsabilidad y participación del afectado, cuestión clave en el resultado de su propio proceso. Por el contrario, estas situaciones refuerzan que el paciente dependa de terceros tanto durante la administración del tratamiento como en el resultado final de éste, de lo que se desprenden dos grandes desafíos, cuya resolución podría incrementar la efectividad de las técnicas de analgesia hipnótica: (1) un efecto prolongado en el tiempo y (2) una menor dependencia del hipnoterapeuta por parte del paciente.

IV. HAPDOL: Herramienta de Autorregulación Posthipnótica del Dolor y su utilidad en el tratamiento del síndrome dolor lumbar crónico

Con el objetivo de dar respuesta a estos retos, Guy Santibañez (2007)¹ generó una primera versión de la Herramienta de Autorregulación Posthipnótica del Dolor [en adelante, HAPDOL]. Esta consideraba la integración de la analgesia hipnótica, el condicionamiento operante, el condicionamiento pavloviano, el uso de realidades virtuales y la inhibición contextual, en un tratamiento de 7 sesiones. Durante el año 2008, se realizó el primer estudio de caso donde se evidenció la alta efectividad de HAPDOL, en sus efectos tanto a corto como a mediano plazo (Ruiz y Flores, 2008). De allí hasta el año 2009, un nuevo pilotaje contempló 5 pacientes con similares resultados (Flores y Morales, 2009). En la actual investigación se presenta una reformulación de la herramienta basándose en los resultados obtenidos en los pilotajes, que contempla la realización únicamente de 3 sesiones.

El objetivo de la herramienta HAPDOL es que el paciente consiga la propia regulación de la experiencia de dolor en vigilia, tras haber sido establecida en hipnosis una *asociación* entre un patrón conductual específico y un patrón neurofisiológico a la base de la analgesia hipnótica. En otras palabras, HAPDOL replicaría el efecto analgésico obtenido

¹ Psicólogo y ex profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. Actualmente Profesor Emérito de la misma institución.

en hipnosis por medio de una orden posthipnótica, en que se le indica al paciente que cada vez que sienta dolor en un foco determinado, ponga sus manos en la zona afectada y el dolor comenzará a disminuir, recreando la asociación inicial realizada en estado de hipnosis, lo que reactivaría el patrón neurofisiológico a la base.

HAPDOL es un procedimiento que consta básicamente de 4 momentos, que son a su vez sus componentes: *relajación, hipnosis, analgesia hipnótica y conducta operante*. Se asume que la analgesia en HAPDOL se mantiene en el tiempo por la *conducta operante en vigilia*, cuando el paciente ubica sus manos en un foco de dolor y éste disminuye, lo que constituye un proceso autoreforzante a medida que la herramienta es utilizada.

En la presente investigación, de alcance explicativo, se buscó evaluar el impacto en la calidad de vida de las personas y la efectividad de la herramienta HAPDOL en 8 pacientes con un diagnóstico de síndrome dolor lumbar crónico. Para esto se compararon 2 grupos de sujetos sometidos a uno de los siguientes módulos:

Grupo Control Hipnosis + relajación + analgesia + operante	Grupo Experimental Hipnosis + relajación + analgesia – operante
---	--

Siendo el grupo control el procedimiento HAPDOL en su forma prototípica, y el grupo experimental el mismo procedimiento, pero sin la conducta operante. Con la conformación de estos grupos, se pretendió aislar el componente operante de la técnica para determinar el peso relativo que éste ejerce en la efectividad de la herramienta. Además, se buscó evaluar el impacto que la técnica genera en la calidad de vida de quienes son entrenados en ella, midiendo elementos del ámbito físico (experiencia de dolor, nivel de movilidad, funcionalidad), psicológico (sensación de malestar y fatiga, presencia de sentimientos negativos y/o positivos, problemas de sueño, expectativas de control de la dolencia y percepción de apoyo social) y social (calidad de las relaciones interpersonales y capacidad laboral). Se propone la utilización de la herramienta HAPDOL para contribuir al manejo de la experiencia de dolor lumbar crónico, ya que permitiría: prolongar el efecto analgésico del tratamiento hipnótico, no presentar los efectos secundarios farmacológicos y otorgar al paciente la posibilidad de controlar su experiencia dolorosa, a la vez que se fomenta su autonomía.

Es muy probable que lo anteriormente señalado influya de forma positiva en la mejoría de los pacientes, pues se asume que ellos adoptarían un rol de agente activo en su tratamiento y eventualmente, en su recuperación. Se piensa que esto puede contribuir a una mejora en la calidad de vida del paciente, pues ayudaría a revertir la frustración que haya causado el dolor vivido como una constante que pareciera no tener un tratamiento eficaz y el consecuente efecto psicosocial negativo que de allí se desprende. Todo lo anterior sería reemplazado por experiencias de autosuficiencia y control efectivo, que potenciarían la contribución activa del paciente en su proceso de mejora.

Cabe mencionar que, debido a que HAPDOL es una herramienta que no necesita del uso de fármacos adicionales, su aplicación es inofensiva, por lo que no genera ningún efecto secundario, lo que ha sido comprobado en su aplicación en los distintos pilotajes. La herramienta HAPDOL puede utilizarse cuantas veces sea necesario, en consideración a las características del dolor del propio sujeto afectado.

Se aclara asimismo que HAPDOL es una herramienta complementaria, que busca la integración con los otros niveles de tratamiento anteriormente mencionados. Su utilización está pensada para aminorar la dependencia del tratamiento farmacológico, pero no necesariamente para reemplazarlo.

De lo ya expuesto se desprende la relevancia teórica y práctica del presente estudio. La primera tiene relación con la génesis de una nueva herramienta, que propone mejoras a las técnicas de analgesia hipnótica hasta ahora desarrolladas. Adicionalmente, se ahonda en el estudio de una patología crónica, que aún en la actualidad mantiene dificultades en su pronóstico y tratamiento. Su valor práctico está dado por las mejoras concretas en la menguada calidad de vida que el dolor crónico causa a los sujetos que la padecen.

Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el impacto a mediano plazo que la Herramienta de autoregulación posthipnótica del dolor tiene como tratamiento para el dolor, en pacientes previamente diagnosticados con síndrome dolor lumbar crónico.

Objetivos Específicos

- Evaluar las variaciones en indicadores físicos de calidad de vida, a saber: experiencia de dolor focal, movilidad y estatus funcional, en los pacientes tratados con HAPDOL una vez finalizado el tratamiento, y la mantención de dichos cambios a mediano plazo.
- Evaluar las variaciones en indicadores psicológicos de calidad de vida, a saber: sensación de malestar y fatiga, sentimientos negativos, sentimientos positivos, problemas del sueño y del descanso, expectativas de disminución y/o control del dolor y percepción de apoyo social, en los pacientes tratados con HAPDOL una vez finalizado el tratamiento, y la mantención de dichos cambios a mediano plazo.
- Evaluar las variaciones en indicadores sociales de calidad de vida, a saber: relaciones interpersonales y capacidad laboral, en los pacientes tratados con HAPDOL una vez finalizado el tratamiento, y la mantención de dichos cambios a mediano plazo.
- Estimar el peso del componente de conducta operante en HAPDOL, a través de una medición comparativa con los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica completa.
- Determinar si la conducta operante propuesta en la herramienta HAPDOL influye en la efectividad de la técnica a mediano plazo en los pacientes tratados.
- Determinar la necesidad de la inclusión del componente de conducta operante en HAPDOL, en función de la efectividad a mediano plazo de la técnica en su totalidad.

Metodología

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio que se definió como de tipo descriptivo, correlacional y explicativo, con enfoque mixto, pues se buscó determinar el funcionamiento de la herramienta HAPDOL en pacientes con dolor lumbar crónico, específicamente en lo que respecta al impacto en la calidad de vida de los sujetos (lo que se evaluó desde las metodologías cualitativas), y a la efectividad del componente operante de HAPDOL (evaluado cuantitativamente). Con relación a esto último, se generó un diseño experimental con un *grupo experimental* y un *grupo control*, a fin de separar el efecto del componente operante de HAPDOL. El *grupo experimental* se entrenó en la técnica sin que esta contemplara el componente operante; en otras palabras, a ellos no se les dieron sugerencias post-hipnóticas ni se les pidió ninguna acción en particular en vigilia. El *grupo control* se entrenó en la herramienta HAPDOL en su totalidad, y por ende, *se les pidió que cada vez que sintieran dolor, posicionaran sus manos en la zona afectada con el fin de reducir el dolor, evocando la sugestión post-hipnótica y generando un proceso autorreforzante frente al uso de la técnica.* De esta manera, a través de la ausencia del componente operante en el grupo experimental y su presencia en el grupo control, se esperó estimar su peso diferencial.

Variables del estudio

Dado los objetivos de la investigación, esta abarcó la evaluación de variados ámbitos de la vida de los pacientes, indagando en los alcances del dolor tanto en la dimensión física como psicológica.

De acuerdo con lo expresado, el estudio contempló las siguientes variables independientes:

1. *Tratamiento HAPDOL completo:* Comprendió el entrenamiento en la herramienta HAPDOL considerando todos sus componentes en el tratamiento del dolor del paciente, a saber: hipnosis, relajación, analgesia hipnótica y conducta operante. Operacionalmente se observó a través del entrenamiento que recibió el llamado *grupo control*.

2. *Tratamiento HAPDOL sin conducta operante:* Mediante el Tratamiento HAPDOL sin conducta operante se observó empíricamente el efecto de dicho componente. El componente conducta operante se puede definir como la conducta del paciente que surge a partir de un proceso de autorrefuerzo positivo, en el que ubica sus manos en el foco de dolor, y éste disminuye debido a una orden posthipnótica. Operacionalmente observado a través del entrenamiento que recibió el denominado *grupo experimental*, que sólo comprendió relajación, hipnosis y analgesia hipnótica.

Por otra parte, las variables dependientes que se analizaron en este estudio y que se midieron de forma cuantitativa son:

1. *Experiencia de dolor focal:* Se definió como la experiencia consciente de dolor en las zonas que los propios sujetos definieron como focos dolorosos. Operacionalmente se expresó a través del puntaje que los pacientes señalaron para cada foco doloroso en una escala numérica de orientación del dolor, aplicada sesión a sesión durante el tratamiento, y el puntaje informado por los pacientes a través de la misma durante los seguimientos.
2. *Movilidad:* Comprendió la habilidad y eficacia de los pacientes en la realización de movimientos intencionados, y su valoración de éstas. Operacionalmente se observó mediante la medición de los grados de extensión y flexión dorso-lumbar cotejados a través de una escala de movilidad. Además se evaluó cualitativamente mediante el relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
3. *Estatus funcional:* Incluyó la evaluación de las capacidades de los pacientes de realizar determinadas actividades cotidianas, considerando las posibles limitaciones que podría generar el síndrome dolor lumbar crónico. Operacionalmente se observó por medio del puntaje en la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

Asimismo, las variables dependientes que se midieron de modo cualitativo son:

4. *Sensación de malestar y fatiga:* Contempló tanto las sensaciones físicas desagradables experimentadas por los pacientes y en qué medida estas fueron trabas para su vida, como la resistencia de los sujetos para realizar sus tareas en la cotidianidad. Operacionalmente se observó a través del relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
5. *Expectativas de disminución y/o control del dolor:* Se entendió como la confianza de los pacientes en su propia capacidad de controlar su dolencia, con relación a la historicidad de su dolor, a las expectativas de manejo del dolor y a la efectividad de las estrategias que utilizaron. Operacionalmente se observó a través del relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
6. *Problemas del sueño y del descanso:* Se comprendió como el grado en que el dormir y el descansar de los pacientes se vieron afectados. Operacionalmente se observó a través del relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
7. *Sentimientos positivos:* Abarcó la presencia de sensaciones de satisfacción, bienestar, felicidad, esperanza y/o disfrute como parte de la vida cotidiana presente de los pacientes, y las expectativas de que estas aparezcan o se mantengan en el futuro. Operacionalmente se observó a través del relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
8. *Sentimientos negativos:* Incluyó la presencia de sensaciones de abatimiento, tristeza, desgano, desesperanza, irritabilidad, preocupación y/o displacer en la vida cotidiana presente de los pacientes, y hasta qué punto estas sensaciones pueden resultar angustiantes. Operacionalmente se observó a través del relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
9. *Relaciones interpersonales:* Comprendió ámbitos como la familia, el trabajo y las amistades. Se plantea conceptualmente como la dinámica social y familiar en la que se vieron envueltos los pacientes, que pudieron o no influenciar como una

fuerza mantenedora del dolor. Operacionalmente, se describió a través de la calidad de las relaciones interpersonales que sostuvieron los pacientes durante el período de tratamiento y seguimiento, en relación con la calidad que alcanzaban con anterioridad, obtenida a partir del relato en la entrevista inicial y las entrevistas de seguimiento que les fueron aplicadas.

10. *Percepción de apoyo social:* Fue definida como el grado en que las personas sintieron la compañía y el apoyo de sus personas más cercanas, y hasta qué punto consideran que éstos están disponibles para su asistencia práctica. Operacionalmente se observó a través del relato de los pacientes respecto de este tópico en la entrevista inicial y en las entrevistas de seguimiento.
11. *Capacidad laboral:* El dolor crónico puede ser un padecimiento altamente inhabilitante, que puede llevar a que los pacientes desistan, de forma transitoria o permanente, de su actividad de trabajo. Por esto se considera relevante su observación, definiéndola conceptualmente como la capacidad del paciente de desempeñarse en su trabajo y al grado en que el síndrome de dolor lumbar crónico significa un impedimento para esto. Operacionalmente se observó a través del relato del paciente respecto a su integración laboral y su rendimiento en este ámbito, a partir de las entrevistas que les fueron aplicadas.

Hipótesis

1. Respecto al estado pre-tratamiento de los grupos:

Hi1: Los pacientes, previo a ser asignados al tratamiento HAPDOL completo y HAPDOL sin conducta operante, presentarán diferencias significativas respecto de las variables *Experiencia de dolor focal, movilidad y estatus funcional*.

Pacientes HAPDOL completo ≠ Pacientes HAPDOL sin conducta operante

H01: Los pacientes, previo a ser asignados al tratamiento HAPDOL completo y HAPDOL sin conducta operante, no presentarán diferencias significativas respecto de las variables *Experiencia de dolor focal, movilidad y estatus funcional*.

Pacientes HAPDOL completo = Pacientes HAPDOL sin conducta operante

2. Respecto de la variable *Experiencia de dolor focal*:

Hi2: Los pacientes entrenados en el Tratamiento HAPDOL completo presentarán menor nivel de dolor en la medición del tercer mes post tratamiento, respecto de la medición pre tratamiento, evaluado a través del puntaje señalado por ellos mismos en una escala numérica de orientación del dolor.

Dolor pre tratamiento > Dolor post tratamiento

H02: Los pacientes entrenados en el Tratamiento HAPDOL completo presentarán el mismo o mayor nivel de dolor en la medición del tercer mes post tratamiento, respecto de la medición pre tratamiento, evaluado a través del puntaje señalado por ellos mismos en una escala numérica de orientación del dolor.

Dolor pre tratamiento \leq Dolor post tratamiento

3. Respecto de la variable *Movilidad*:

Hi3: Los pacientes entrenados en el Tratamiento HAPDOL completo presentarán una mayor capacidad de extensión y flexión dorso-lumbar, respecto de la medición pre tratamiento, evaluada a través de una escala de movilidad.

Movilidad pre tratamiento < Movilidad post tratamiento

H03: Los pacientes entrenados en el Tratamiento HAPDOL completo presentarán una menor o igual capacidad de extensión y flexión dorso-lumbar, respecto de la medición pre tratamiento, evaluada a través de una escala de movilidad.

Movilidad pre tratamiento \geq Movilidad post tratamiento

4. Respecto de la variable *Estatus funcional*:

Hi4: Los pacientes entrenados en el Tratamiento HAPDOL completo presentarán una mayor capacidad de realizar actividades cotidianas en la medición del tercer mes post tratamiento, respecto de la medición pre tratamiento, evaluada a través del puntaje en la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

Estatus funcional pre tratamiento < Estatus funcional post tratamiento

H04: Los pacientes entrenados en el Tratamiento HAPDOL completo presentarán una menor o igual capacidad de realizar actividades cotidianas en la medición del tercer mes post tratamiento, respecto de la medición pre tratamiento, evaluada a través del puntaje en la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

Estatus funcional pre tratamiento \geq Estatus funcional post tratamiento

5. Respecto al estado post-tratamiento de los grupos:

Hi5: Los pacientes, tras finalizar tratamiento HAPDOL completo y HAPDOL sin conducta operante, presentaron diferencias significativas respecto de las variables *Experiencia de dolor focal, movilidad y estatus funcional*.

Pacientes HAPDOL completo \neq Pacientes HAPDOL sin conducta operante

H05: Los pacientes, tras finalizar tratamiento HAPDOL completo y HAPDOL sin conducta operante, no presentaron diferencias significativas respecto de las variables *Experiencia de dolor focal, movilidad y estatus funcional*.

Pacientes HAPDOL completo = Pacientes HAPDOL sin conducta operante

En adición a lo anterior, se estima que tras el tratamiento analgésico recibido, los pacientes percibirán una mejora en aspectos relacionados con su calidad de vida, a saber: un aumento de las expectativas de disminución y control del dolor, mayor cantidad de sentimientos positivos, un incremento en la calidad de las relaciones interpersonales, una mayor percepción de apoyo social y un aumento en la capacidad laboral. Asimismo, se presupone que los pacientes percibirán una disminución de aspectos que afectan negativamente su calidad de vida, tales como: los sentimientos negativos, y problemas del sueño y el descanso.

Colectivo y muestra

El colectivo corresponde a pacientes adultos y en edad laboral, que sufren dolor lumbar crónico, cuyo padecimiento se debe a una causa física. Para este estudio se consideró una muestra intencional, de carácter no probabilística, que debido a la mortandad experimental quedó finalmente conformada por 8 sujetos de edades entre 30 y 65 años, con un diagnóstico de síndrome dolor lumbar crónico, cuya participación fue totalmente voluntaria. Los sujetos fueron divididos en dos grupos (de cuatro integrantes cada uno) para dar origen al grupo control y al grupo experimental, como se explicó anteriormente.

Variables excluyentes:

- Pacientes no diagnosticados previamente con síndrome dolor lumbar crónico, por un médico especialista.
- Pacientes que estén fuera del rango de edad de 30 a 65 años

Instrumentos utilizados

1. *Entrevista Inicial para pacientes con dolor lumbar crónico:* Es una entrevista estructurada de elaboración propia, que conserva el enfoque de las investigaciones de tipo biopsicosocial del dolor. Apuntó a recoger información sobre la vivencia del paciente con relación al dolor, desde que este comenzó hasta el momento de la entrevista, indagando en sus características, los alcances que ha

tenido en su vida cotidiana y la forma en que ha impactado su calidad de vida, incluyendo sus relaciones interpersonales y su capacidad laboral. La entrevista consta de algunas preguntas de respuesta cerrada, y otras preguntas de respuesta abierta en las que se indaga sobre algunas posibles problemáticas. A la entrevista inicial se adjuntó una gráfica con focos de dolor que se completó junto al paciente, que incluyó una escala numérica de orientación del dolor que valoró el dolor del cero al diez². Adicionalmente, se llenó una tabla de registro de ingesta de medicamentos relacionados con el dolor a nivel histórico. Al finalizar, se le entregó a los pacientes una tabla de registro semanal del dolor, dónde registraron los focos, el momento del día en que sintieron dolor, su intensidad y cómo este disminuyó o no, usando las estrategias de control administradas por ellos mismos.

2. *Entrevista de Seguimiento para pacientes con dolor crónico:* Es una entrevista estructurada, de elaboración propia, especialmente diseñada para este estudio y basada en la entrevista inicial. Su finalidad fue recabar información acerca de la evolución de la experiencia de dolor de los pacientes, posibles variaciones en las características del mismo y su impacto en la calidad de vida. Al igual que en el procedimiento inicial, se completó una gráfica con focos de dolor que incluyó una escala numérica de orientación del dolor.
3. *Escala de movilidad:* La movilidad normal esperable en sujetos adultos se establece tanto por mediciones estadísticas como por estudios anatómo funcionales de los que se obtienen tablas y se derivan ejercicios para la evaluación de dichos movimientos (Pedro Rodríguez, s/f). Basado en estos parámetros, la medición consistió en una serie de acciones que tuvieron por finalidad medir el grado de movimiento alcanzado por los sujetos. Dicho de otro modo, se registraron los grados de extensión o flexión dorso-lumbar alcanzados por los pacientes. Esta se aplicó durante las sesiones de tratamiento y en los seguimientos, y fue una manera rápida y precisa de evaluar objetivamente la movilidad alcanzada por los sujetos evaluados. De forma complementaria, se registró su relato en torno a la

² Si bien a la hora de valorar el dolor, es comúnmente usada la Escala Visual Analógica (EVA), se optó por la utilización de una escala numérica de cero al diez, debido a la mayor comodidad para medir las estimaciones del dolor en los pacientes.

variación y recuperación de actividades cotidianas que pudiesen haber sido abandonadas por la dolencia crónica, para acceder a la valoración propia de su capacidad de movimiento.

4. *Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry*: Esta es una herramienta comúnmente usada en las investigaciones relacionadas con la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar, que cuenta con múltiples estandarizaciones (Echavarri, García, Alcántara y Flores, 2006; Payares, 2008; Trouli, Vernon, Kakavelakis, Antonopoulou, Paganas y Lionis, 2008) Consiste en una autoevaluación realizada por los pacientes, que mide diez capacidades que pueden haber sido afectadas por el dolor lumbar crónico, reflejando a su vez el nivel de alteración que éste causaría en sus vidas cotidianas. Dichas capacidades se miden a través de diez dimensiones, de cinco ítems cada una, con puntuación del cero al cinco, donde el cero indica que no hay limitación en relación a esa capacidad, y el cinco indica la limitación máxima. El puntaje final se expresa en términos de porcentaje, que refleja la incapacidad que produce el dolor lumbar crónico en la vida diaria. Las ventajas de la utilización de este instrumento son su fácil, rápida y económica aplicación, junto a la claridad de los resultados entregados.
5. *Herramienta de Autorregulación Posthipnótica del Dolor (HAPDOL)*: Reformulación de la herramienta de analgesia hipnótica creada por Guy Santibáñez (2007) y modificada por Juan Ruiz y Jorge Flores (2008). Pese a que aún no existen estudios ni de confiabilidad ni validez de este instrumento, se han presentado estudios preliminares en forma de pilotajes (Flores y Morales, 2009). Esta herramienta integra la analgesia aplicada en trance hipnótico con el condicionamiento operante. Su objetivo es que el paciente logre el manejo de su experiencia de dolor en vigilia, luego de establecer en hipnosis una asociación entre un patrón conductual específico y un patrón neurofisiológico a la base de la analgesia hipnótica.

Procedimiento

En este estudio, la realización de la entrevista inicial y las sesiones de entrenamiento de los pacientes tuvieron una duración de un mes, con sesiones de periodicidad semanal. Posterior a esto, se realizaron sesiones de seguimiento hasta tres meses después de concluido el tratamiento (ver Tabla 1).

La muestra fue obtenida gracias a la contribución de la kinesióloga Mabel Salazar. Ella en calidad de profesional de la salud, comentó a sus pacientes con diagnóstico de Síndrome Dolor Lumbar crónico la realización del presente estudio e invitó a los interesados a participar. Dichos pacientes, quienes habían sido derivados a tratamiento kinesiológico por médicos especialistas, cumplieron con los criterios de selección del estudio y mostraron interés en tratamientos de disminución del dolor no farmacológicos.

Una vez realizado un contacto telefónico con los interesados, se citó uno a uno a la *reunión de entrevista*. En ésta, uno de los terapeutas entregó información acerca de qué es la hipnosis y en qué consiste la analgesia hipnótica, de qué se trataba la investigación en detalle y el tratamiento que recibirían, respondiendo preguntas al respecto. Si el paciente estuvo de acuerdo en participar, se le entregó el formulario de consentimiento informado, el cual cada paciente leyó y firmó voluntariamente. Luego, se dio paso a la fase de indagación en la experiencia de dolor. En ella se aplicó la Entrevista Inicial para pacientes con dolor crónico y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry. Esta reunión tuvo una duración aproximada de una hora y treinta minutos.

A partir de la segunda reunión con cada paciente comenzaron a funcionar los *grupos control y experimental*. La extensión temporal y periodicidad de cada grupo fue la misma: una sesión de aproximadamente una hora, una vez a la semana, durante tres semanas. Las sesiones siempre se realizaron en una habitación aislada o al menos alejada de ruidos que pudieran interferir con la sesión, contando con iluminación suficiente como para permitir ver sin dificultad las acciones tanto del terapeuta como del paciente. Para efectos prácticos, la habitación contó con un mueble en el que el paciente se recostó (una cama o un sillón de tamaño adecuado), además de una silla para el terapeuta.

Al comienzo de cada sesión el terapeuta y el paciente llenaron juntos la gráfica de identificación de focos de dolor junto a la escala numérica de orientación del dolor, estableciendo los focos dolorosos a tratar durante la sesión. Asimismo se aplicó la escala

de movilidad. Al finalizar la sesión, se solicitó a cada paciente llenar una tabla de registro de los focos de dolor experimentados durante la semana, su intensidad, y las estrategias generadas para controlarlos.

Luego de transcurridas las sesiones, se evaluó su efecto mediante dos *entrevistas de seguimiento*: la primera tras un mes de concluido el tratamiento, y la segunda tras tres meses de haber terminado las tres sesiones del procedimiento, aplicando en ambas instancias la escala de movilidad y sólo en la última la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

Tabla 1:
Cuadro resumen del diseño de investigación

Reunión de entrevista	
Entrega de información sobre hipnosis, analgesia hipnótica, la investigación y tratamiento, respondiendo preguntas. Entrega del consentimiento informado a cada participante. Aplicación de la entrevista inicial y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.	
Grupo Control Hipnosis + relajación + analgesia + cdta operante.	Grupo Experimental Hipnosis + relajación + analgesia – cdta operante.
Sesión1 a) Establecimiento focos de dolor (gráfica) b) Aplicación Escala de movilidad c) Relajación e Inducción de trance hipnótico d) Establecimiento de analgesia e) Sugestión post-hipnótica y deshipnotización	Sesión1 a) Establecimiento focos de dolor (gráfica) b) Aplicación Escala de movilidad c) Relajación e Inducción de trance hipnótico d) Establecimiento de analgesia e) Deshipnotización
Sesión2 a) Establecimiento focos de dolor (gráfica) b) Aplicación Escala de movilidad c) Relajación e Inducción de trance hipnótico d) Establecimiento de analgesia e) Sugestión post-hipnótica y deshipnotización	Sesión2 a) Establecimiento focos de dolor (gráfica) b) Aplicación Escala de movilidad c) Relajación e Inducción de trance hipnótico d) Establecimiento de analgesia e) Deshipnotización
Sesión3 a) Establecimiento focos de dolor (gráfica) b) Aplicación Escala de movilidad c) Relajación e Inducción de trance hipnótico d) Establecimiento de analgesia e) Sugestión post-hipnótica y deshipnotización	Sesión3 a) Establecimiento focos de dolor (gráfica) b) Aplicación Escala de movilidad c) Relajación e Inducción de trance hipnótico d) Establecimiento de analgesia e) Deshipnotización
Seguimiento 1 (tras 1 mes): Se aplica entrevista de seguimiento y la escala de movilidad.	Seguimiento 1 (tras 1 mes): Se aplica entrevista de seguimiento y la escala de movilidad.
Seguimiento 2 (tras 3 meses): Se aplica entrevista de seguimiento, la escala de movilidad y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.	Seguimiento 2 (tras 3 meses): Se aplica entrevista de seguimiento, la escala de movilidad y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

Resultados

Finalmente, la muestra estuvo constituida por 8 sujetos con síndrome dolor lumbar crónico, originado en su mayoría por trastornos mecánicos (hernia del núcleo pulposo, espondilolistesis, escoliosis, entre otras patologías). Los pacientes fueron diagnosticados por médicos especialistas, quienes los habían derivado a tratamiento kinesiológico, dónde se les comunicó que una vez finalizado dicho tratamiento tendrían la posibilidad de participar en este entrenamiento. Los sujetos que aceptaron fueron asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento (ver Tabla 2). Cabe mencionar que sólo 2 de los sujetos se encontraban con tratamiento farmacológico (con AINEs) al momento del tratamiento.

Tabla 2:
Conformación de la muestra

Pacientes/Grupo	Grupo Control	Grupo Experimental	Total
Hombres	0	2	2
Mujeres	4	2	6
Total	4	4	n = 8

Análisis cuantitativo

El análisis de las variables cuantitativas, vale decir, experiencia de dolor focal, movilidad y estatus funcional, fue realizado mediante el programa SPSS versión 15.0, bajo un nivel de significación del 95% (con un margen de error $\alpha = 0,05$), de acuerdo con lo convencionalmente aceptado en estudios sociales. Para procesar los datos se escogió la prueba estadística de Wilcoxon, puesto que (1) no se podía asumir que los datos alcanzaran una curva normal, (2) la muestra era relacionada, ya que se quiso medir el antes y después de un tratamiento, y (3) era de tamaño pequeño ($n < 30$).

Los sujetos asignados a los grupos control y experimental no presentaron diferencias estadísticamente significativas previas al tratamiento, como se puede apreciar en las siguientes tablas (ver Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5).

Tabla 3:
Comparación intergrupos pre tratamiento, experiencia dolor focal

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
G2 pre tto - G1 pre tto	Negative Ranks	1(a)	3,00	3,00
	Positive Ranks	2(b)	1,50	3,00
	Ties	1(c)		
	Total	4		

		G2 pre tto - G1 pre tto
Z		,000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000

Tabla 4:
Comparación intergrupos pre tratamiento, movilidad

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
IncDerS1SnHap - lcsDerS1Hap	Negative Ranks	2(a)	2,00	4,00
	Positive Ranks	2(b)	3,00	6,00
	Ties	0(c)		
	Total	4		
InclzqS1SnHap - InclzqS1Hap	Negative Ranks	1(d)	4,00	4,00
	Positive Ranks	3(e)	2,00	6,00
	Ties	0(f)		
	Total	4		
IncSentS1SnHap - IncSentS1Hap	Negative Ranks	0(g)	,00	,00
	Positive Ranks	4(h)	2,50	10,00
	Ties	0(i)		
	Total	4		
IncDecubS1SnHap - IncDecubS1Hap	Negative Ranks	2(j)	2,75	5,50
	Positive Ranks	2(k)	2,25	4,50
	Ties	0(l)		
	Total	4		

	IncDerS1SnHa p - lcsDerS1Hap	InclzqS1SnHa p - InclzqS1Hap	IncSentS1SnH ap - IncSentS1Hap	IncDecubS1Sn Hap - IncDecubS1Ha p
Z	-,365(a)	-,365(a)	-1,826(a)	-,184(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,715	,715	,068	,854

Tabla 5:
Comparación intergrupos pre tratamiento, estatus funcional

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
OSprettoG2 - OSprettoG1	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	2(b)	1,50	3,00
	Ties	2(c)		
	Total	4		

	OSprettoG2 - OSprettoG1
Z	-1,342(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,180

Con relación a la variable *experiencia de dolor focal*, no se registraron variaciones importantes según la utilización de la herramienta HAPDOL con o sin el componente conducta operante. En este sentido, se puede apreciar una tendencia en el grupo control con un resultado cercano al 6%, que no alcanza a generar una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos control y experimental respecto de los niveles registrados pre tratamiento (en entrevista inicial) y al final del tratamiento (tercera semana), como se aprecia en la tabla 6 (ver Tabla 6). De igual forma, la diferencia hallada entre el pre tratamiento y post tratamiento (en el seguimiento del tercer mes una vez concluido el tratamiento), no fue estadísticamente significativa (ver Tabla 7).

Tabla 6:
Comparación intergrupos pre tratamiento y final tratamiento, experiencia dolor focal; G1 corresponde al Grupo control y G2 al Grupo experimental.

		N	Rango promedio	Suma de rangos		
dolorfinG1 - G1 pre tto	Rangos negativos	4(a)	2,50	10,00		dolorfin G1 - G1 pre tto
	Rangos positivos	0(b)	,00	,00		dolorfin G2 - G2 pre tto
	Empates	0(c)			Z	-
	Total	4			Sig. asintót. (bilateral)	1,826(a) ,068
dolorfinG2 - G2 pre tto	Rangos negativos	3(d)	3,00	9,00		-
	Rangos positivos	1(e)	1,00	1,00		1,461(a) ,144
	Empates	0(f)				
	Total	4				

Tabla 7:
Comparación intergrupos pre tratamiento y post tratamiento, experiencia dolor focal; G1 corresponde al Grupo control y G2 al Grupo experimental.

		N	Rango promedio	Suma de rangos		
G1 post tto - G1 pre tto	Rangos negativos	4(a)	2,50	10,00		G1 post tto - G1 pre tto
	Rangos positivos	0(b)	,00	,00		G2 post tto - G2 pre tto
	Empates	0(c)			Z	-
	Total	4			Sig. asintót. (bilateral)	1,857(a) ,063
G2 post tto - G2 pre tto	Rangos negativos	4(d)	2,50	10,00		-1,841(a) ,066
	Rangos positivos	0(e)	,00	,00		
	Empates	0(f)				
	Total	4				

Respecto de la variable *movilidad* en su análisis cuantitativo, se registraron pequeñas variaciones entre los grupos, respecto de lo alcanzado pre tratamiento y lo logrado post tratamiento (en el seguimiento del tercer mes), que tampoco alcanzaron significación estadística (ver Tabla 8).

Tabla 8:
Comparación intergrupos pre y post tratamiento, movilidad; G1
corresponde al Grupo control y G2 al Grupo experimental.

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Incdemes3G1 - Incders1G1	Rangos negativos	0(a)	,00	,00
	Rangos positivos	3(b)	2,00	6,00
	Empates	1(c)		
	Total	4		
Inciqmes3G1 - InciqzS1G1	Rangos negativos	1(d)	3,50	3,50
	Rangos positivos	3(e)	2,17	6,50
	Empates	0(f)		
	Total	4		
Incsentmes3G1 - IncsentS1G1	Rangos negativos	0(g)	,00	,00
	Rangos positivos	4(h)	2,50	10,00
	Empates	0(i)		
	Total	4		
Incddecubmes3G1 - IncddecubS1G1	Rangos negativos	1(j)	1,50	1,50
	Rangos positivos	3(k)	2,83	8,50
	Empates	0(l)		
	Total	4		
Incdemes3G2 - Incders1G2	Rangos negativos	1(m)	2,50	2,50
	Rangos positivos	3(n)	2,50	7,50
	Empates	0(o)		
	Total	4		
Inciqmes3G2 - InciqzS1G2	Rangos negativos	0(p)	,00	,00
	Rangos positivos	3(q)	2,00	6,00
	Empates	1(r)		
	Total	4		
Incsentmes3G2 - IncsentS1G2	Rangos negativos	1(s)	3,00	3,00
	Rangos positivos	2(t)	1,50	3,00
	Empates	1(u)		
	Total	4		
Incddecubmes3G2 - IncddecubS1G2	Rangos negativos	1(v)	1,00	1,00
	Rangos positivos	2(w)	2,50	5,00
	Empates	1(x)		
	Total	4		

	Incdemes 3G1 - Incders1G 1	Inciqmes 3G1 - InciqzS1G 1	Incsentme s3G1 - IncsentS1 G1	Incddecubm es3G1 - IncddecubS 1G1	Incdemes 3G2 - Incders1G 2	Inciqmes 3G2 - InciqzS1G 2	Incsentme s3G2 - IncsentS1 G2	Incddecubm es3G2 - IncddecubS 1G2
Z	-1,604(a)	-,552(a)	-1,826(a)	-1,289(a)	-,921(a)	-1,604(a)	,000(b)	-1,069(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,109	,581	,068	,197	,357	,109	1,000	,285

Respecto de la variable estatus funcional, al analizar los resultados se pueden observar pequeñas variaciones entre los grupos que tampoco resultan estadísticamente significativas (ver Tabla 9).

Tabla 9:
Comparación intergrupos pre y post tratamiento, estatus funcional; G1
corresponde al Grupo control y G2 al Grupo experimental.

		N	Rango promedio	Suma de rangos
OSPosttoG1 – OSprettoG1	Rangos negativos	3(a)	2,00	6,00
	Rangos positivos	0(b)	,00	,00
	Empates	0(c)		
	Total	3		
OSPosttoG2- OSprettoG2	Rangos negativos	4(d)	2,50	10,00
	Rangos positivos	0(e)	,00	,00
	Empates	0(f)		
	Total	4		

	OSPosttoG1 – OSprettoG1	OSPosttoG2- OSprettoG2
Z	-1,604(a)	-1,826(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,109	,068

Como se puede apreciar, en ninguna de las variables analizadas cuantitativamente se obtienen diferencias estadísticamente significativas. Una de las explicaciones para esto se pensó podía estar en lo reducido de los grupos con los cuales se trabajó. En atención a esto, y considerando que los grupos tenían una conformación similar, y que conservaron idénticas condiciones de tratamiento (exceptuando, por supuesto, el componente de conducta operante, que es precisamente lo que se quería medir), se tomó la decisión de considerar homologables a ambos grupos, y se les analizó de forma conjunta, para conocer el impacto que el entrenamiento en un tratamiento de analgesia hipnótica de las características mencionadas, podía haber generado en los pacientes.

Es así como respecto de la variable *experiencia de dolor focal*, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas entre el pre tratamiento y el final de éste (ver Tabla 10). Así también, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre un antes y un después del tratamiento (seguimiento tercer mes), como se expresa en la tabla

11 (ver Tabla 11). Esto significa que el entrenamiento que recibieron los pacientes fue exitoso en su propósito de reducir los niveles de dolor.

Tabla 10:
Comparación pre tratamiento y final tratamiento, experiencia dolor focal

		N	Rango promedio	Suma de rangos
dolorfinSG - S/G pre tto	Rangos negativos	7(a)	4,86	34,00
	Rangos positivos	1(b)	2,00	2,00
	Empates	0(c)		
	Total	8		

		dolorfinSG - S/G pre tto
Z		-2,240(a)
Sig. asintót. (bilateral)		,025

Tabla 11:
Comparación pre y post tratamiento, experiencia dolor focal

		N	Rango promedio	Suma de rangos
S/G post tto - S/G pre tto	Rangos negativos	8(a)	4,50	36,00
	Rangos positivos	0(b)	,00	,00
	Empates	0(c)		
	Total	8		

		S/G post tto - S/G pre tto
Z		-2,539(a)
Sig. asintót. (bilateral)		,011

Lo anterior también puede verse reflejado en los siguientes gráficos. En el primero se aprecia la reducción del nivel de dolor por paciente, entre un antes del tratamiento y su evolución por sesiones (ver Figura 1). En el segundo, se traza la variación del nivel de dolor de los pacientes entre el pre tratamiento y los dos momentos de seguimiento (ver Figura 2). En este último, se puede ver como en el tercer mes de concluido el tratamiento

se registra un leve aumento del nivel de dolor, respecto de lo informado en el primer mes. No obstante, los pacientes no vuelven a presentar los niveles iniciales de dolor, siendo significativa la reducción del mismo.

Figura 1:
Gráfico evolución experiencia dolor focal durante el tratamiento

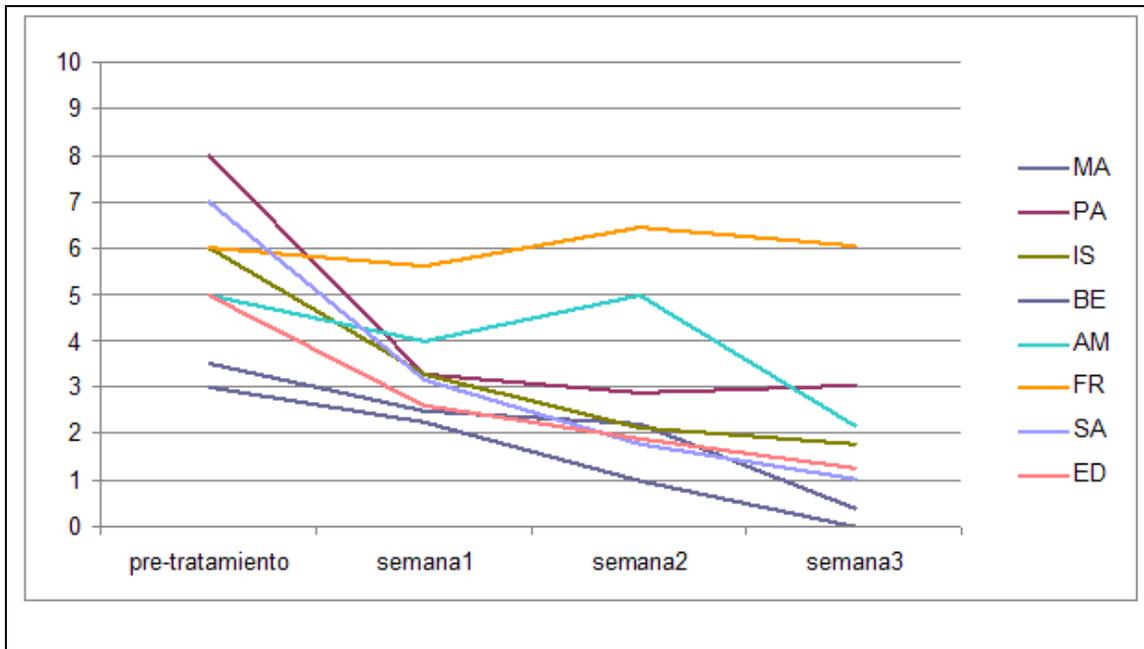
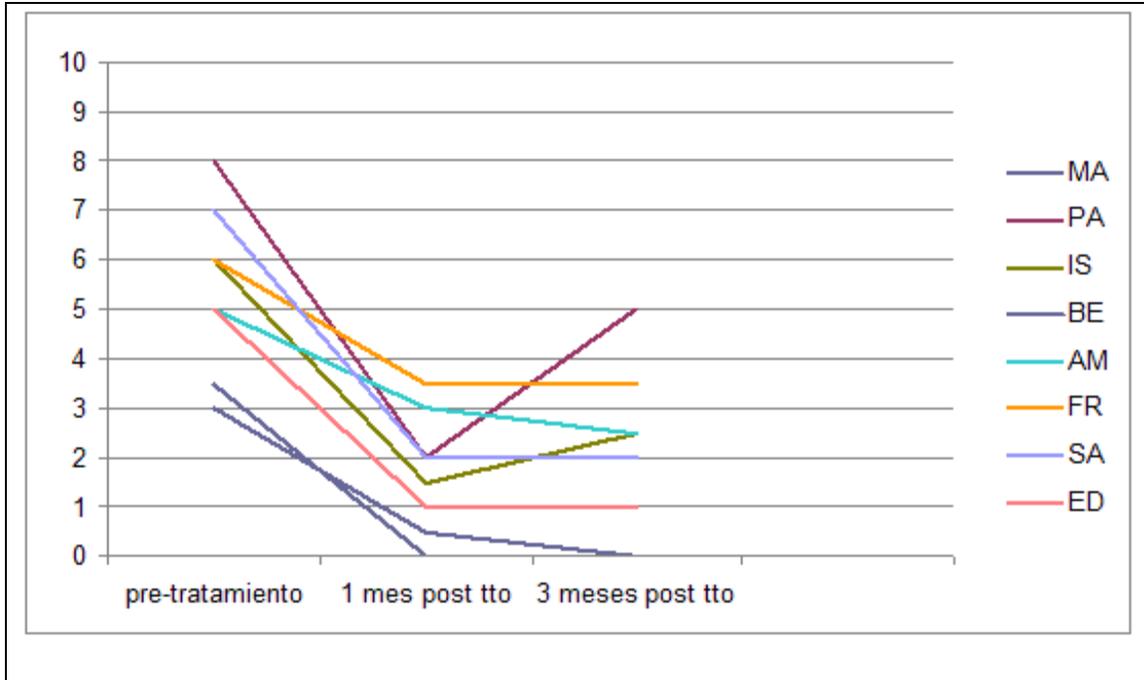


Figura 2:
Gráfico evolución de la experiencia dolor focal pre tratamiento y seguimientos



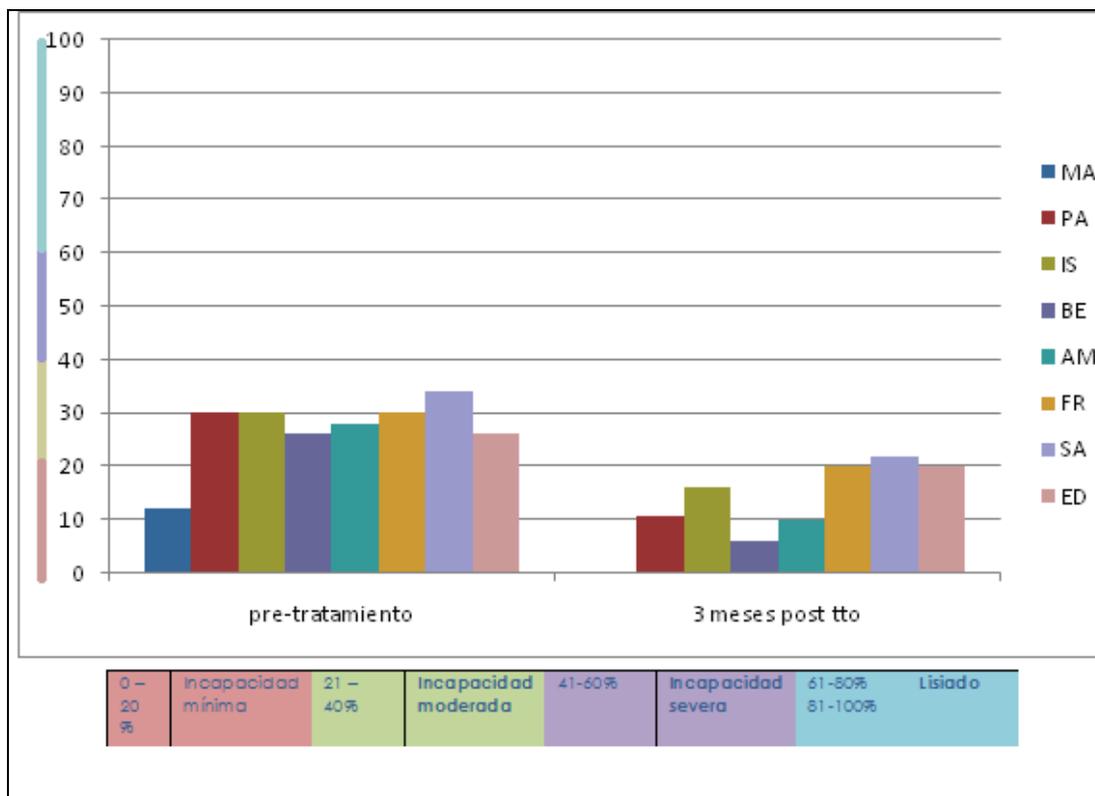
Un caso similar sucedió con la variable *estatus funcional*, en donde también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post tratamiento (seguimiento tercer mes). Esto significa que el entrenamiento que recibieron los pacientes contribuyó efectivamente en la recuperación de capacidades necesarias para realizar actividades cotidianas (ver Tabla 12). Esto puede ser apreciado con facilidad en el gráfico, donde se registran los puntajes obtenidos por los pacientes en la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry, junto a la interpretación de los puntajes que este test entrega (ver Figura 3).

Tabla 12:
 Comparación pre y post tratamiento, estatus funcional

		N	Rango promedio	Suma de rangos
S/G OS post tto - S/G OS pre tto	Rangos negativos	7 ^a	4,00	28,00
	Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
	Empates	0 ^c		
	Total	7		

		S/G OS post tto - S/G OS pre tto
Z		-2,366 ^a
Sig. asintót. (bilateral)		,018

Figura 3:
 Gráfico evolución estatus funcional pre y post tratamiento



Respecto de la variable *movilidad* en su análisis cuantitativo, al unir los dos grupos no se observan diferencias significativas entre un antes y después del tratamiento. En este caso, se podría pensar que la movilidad corresponde a una variable de desarrollo más lento, cuyos cambios no obedecen a variaciones tan inmediatas como las otras variables mencionadas anteriormente (ver Tabla 13).

Tabla 13:
 Comparación pre y post tratamiento, movilidad

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Incdemes3 - Incders1	Rangos negativos	1(a)	3,50	3,50
	Rangos positivos	6(b)	4,08	24,50
	Empates	1(c)		
	Total	8		
Inciqmes3 - IncizqS1	Rangos negativos	1(d)	5,50	5,50
	Rangos positivos	6(e)	3,75	22,50
	Empates	1(f)		
	Total	8		
Incsentmes3 - IncsentS1	Rangos negativos	1(g)	4,00	4,00
	Rangos positivos	6(h)	4,00	24,00
	Empates	1(i)		
	Total	8		
Incdecubmes3 - IncdecubS1	Rangos negativos	2(j)	2,75	5,50
	Rangos positivos	5(k)	4,50	22,50
	Empates	1(l)		
	Total	8		

	Incdemes3 - Incders1	Inciqmes3 - IncizqS1	Incsentmes3 - IncsentS1	Incdecubmes3 - IncdecubS1
Z	-1,778(a)	-1,442(a)	-1,690(a)	-1,442(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,075	,149	,091	,149

De esta manera, se puede observar que los pacientes que recibieron el entrenamiento en analgesia hipnótica, después del tratamiento recuperaron de modo significativo su capacidad funcional y disminuyeron de manera importante sus niveles de dolor, tanto en el momento inmediatamente después de finalizado el tratamiento, como en el seguimiento del primer mes, manteniéndose estos resultados al tercer mes de concluido el tratamiento.

Análisis cualitativo

Los datos necesarios para realizar el análisis de las variables que se evaluaron cualitativamente (movilidad, sensación de malestar y fatiga, expectativas de disminución y/o control del dolor, problemas del sueño y del descanso, sentimientos positivos, sentimientos negativos, relaciones interpersonales, percepción de apoyo social y capacidad laboral), se extrajeron a partir de lo relatado por lo pacientes en las entrevistas iniciales y de seguimiento. Para todas las preguntas se realizó un análisis de contenido simple, para posteriormente sistematizarlo en una matriz en el programa Excel de Office 2007. Luego, el presente análisis se realizó a partir de la distribución de frecuencias relativas y/o acumuladas, según la variable.

Cabe mencionar que no se encontraron variaciones significativas entre lo narrado por los pacientes del grupo control y lo expresado por quienes conformaron el grupo experimental, razón por la cual se procedió de modo análogo a lo realizado en el análisis cuantitativo y se presentan los datos de todos los pacientes juntos, considerando *homologables ambos grupos*.

Los cambios observados con relación a las *expectativas de disminución y/o control del dolor* son importantes, ya que reflejan la confianza de los pacientes en su capacidad de sobreponerse y no sucumbir ante el dolor como un mal ineludible e incontrolable. El percibir el dolor como un elemento que está lejos del ámbito de control de la persona crea una sensación de indefensión que se relaciona de manera importante con la comorbilidad con trastornos del ánimo. En este estudio, los pacientes registraron mejoras significativas en su capacidad de control del dolor y en la confianza hacia ellos mismos en este ámbito.

Una gran parte señaló en el primer seguimiento que podía controlar su dolor, mientras que en el segundo seguimiento la mayoría afirmó lo contrario. En más de la mitad de las

entrevistas los pacientes aseveraron complementar sus estrategias de enfrentamiento del dolor con el tratamiento recibido, y todos refirieron poder manejarlo por medio de sus acciones. En la mayoría de los seguimientos los pacientes expresaron que el tratamiento tuvo un efecto positivo en sus vidas, citando justamente su mayor capacidad de manejo del dolor, y que incluso ahora ya se podría vivir sin dolor.

Relacionado con lo anterior, se puede apreciar una reducción de los *sentimientos negativos* que experimentaban los pacientes, disminuyendo significativamente el decaimiento, la pena y la pesadumbre, así como el desinterés por las cosas placenteras, la desesperanza y la tensión en las actividades diarias. Asimismo, post tratamiento pudieron notarse mejoras respecto de las sensaciones de impaciencia e inquietud, en relación a lo vivido antes del tratamiento. De esta manera es posible afirmar que el entrenamiento en analgesia hipnótica generó una disminución de parte importante de la sintomatología depresiva y ansiosa que presentaban los pacientes.

Asimismo, se registró un incremento en los *sentimientos positivos* experimentados por los pacientes post tratamiento. Pese a que ante las eventuales crisis de dolor aún reaccionaban con emociones negativas (la mayoría sentía rabia, y algunos pacientes manifestaron pena), en la cotidianeidad muchos experimentaron una mejoría en el ánimo. Casi todos los sujetos que recibieron el tratamiento tuvieron mejores expectativas sobre el futuro que las que habían expresado antes, imaginándolo sin dolor.

Un poco más de la mitad de los pacientes manifestaron haber mejorado su *capacidad de trabajo* tras recibir el tratamiento. Algunos de ellos señalaron que trabajaban una menor cantidad de tiempo, pero con más calidad y eficiencia. Además, la mayoría refirió sentirse más útil y autónomo que antes del tratamiento

Resulta interesante lo sucedido con la variable *movilidad*, que cuantitativamente no había registrado variaciones estadísticamente significativas. Al recabar la percepción de los mismos participantes, en la entrevista inicial todos relataban una merma en sus capacidades a raíz del dolor. En los seguimientos del primer y tercer mes, la gran mayoría de ellos describieron mejoras importantes respecto de su capacidad de movimiento, sintiéndose con más energía y menos dolor. Esto no se vio reflejado en la medición de su capacidad de extensión y flexión dorsolumbar, pero subjetivamente ellos reconocieron un incremento en la habilidad y eficacia de sus movimientos.

Lo anterior se condice con lo referente a la limitación que involucra el dolor en sus vidas, donde en un primer momento la gran mayoría de los pacientes se sentían limitados de alguna manera por el dolor, y luego del tratamiento, algunos expresaron sentirse menos limitados y la mitad de los pacientes expresó que el dolor ya no los limitaba. Esto tiene relación con la variable *sensación de malestar y fatiga*, donde la mayoría de los entrevistados reportaron una disminución de las sensaciones físicas desagradables experimentadas, y todos relataron una disminución importante del dolor, lo que involucra una mejora en su calidad de vida. Es importante mencionar que más de la mitad de los pacientes atribuyó dicha disminución al entrenamiento recibido.

Respecto de los *problemas del sueño y del descanso*, también se reconocieron mejorías en la calidad de estos, disminuyendo los problemas por insomnio de conciliación. Sin embargo, las mejoras en esta variable no fueron recurrentemente mencionadas por los pacientes.

Por otra parte, y según lo relatado por más de la mitad de los pacientes, el dolor había conllevado cambios negativos en la calidad de las *relaciones interpersonales* que sostenían, teniendo peor disposición y menor motivación para estar con otros. Esta situación cambió después del tratamiento, donde en la mitad de los seguimientos se explicitaron cambios positivos en la forma de relacionarse con otras personas. Al parecer, los lazos familiares mantuvieron su cercanía y el trato en las relaciones mejoró en general. Sin embargo, no se aludieron cambios significativos en lo referente a la *percepción de apoyo social*.

Discusión de resultados y conclusiones

La presente investigación tuvo por objeto evaluar el impacto en la calidad de vida y la eficiencia de un tratamiento de analgesia hipnótica en pacientes diagnosticados con síndrome dolor lumbar crónico. El tratamiento evaluado fue una reformulación de HAPDOL, la herramienta de autorregulación posthipnótica del dolor diseñada por el Psicólogo prof. Guy Santibañez.

En primer término, lo observado en esta investigación permite afirmar que en este caso la eficiencia alcanzada por la herramienta no dependió del componente conducta operante, como se había postulado teóricamente. Al no obtenerse diferencias significativas entre los grupos que analizaban este elemento, se puede afirmar que el peso del componente conducta operante no resultó suficiente como para justificar su inclusión en el tratamiento, al menos para el grupo considerado.

Por otra parte, en este estudio se pudo apreciar que el tratamiento otorgado a los pacientes impactó positiva y significativamente en su calidad de vida, manteniéndose estos a mediano plazo. Se registraron mejoras importantes con relación a los niveles de dolor que experimentaban los pacientes, las expectativas de control de las dolencias, el estatus funcional en su vida cotidiana, junto a una reducción de sintomatología ansiosa y depresiva que repercutió en un aumento de sentimientos positivos de bienestar y confort. Así también se observaron, aunque en menor nivel, mejoras con relación a la capacidad laboral de los pacientes, y a la calidad de las relaciones interpersonales que ellos sostuvieron durante el período de evaluación. Se manifestaron variaciones leves en la calidad del sueño y del descanso de los sujetos. Sin embargo, en la presente investigación no se reportaron variaciones respecto de la percepción de apoyo social con que contaban los pacientes.

Las variaciones en la capacidad de movimiento de los pacientes merecen mención aparte. A partir de la falta de congruencia entre las mediciones objetivas (escala de movilidad) y la percepción subjetiva de los pacientes resulta interesante hipotetizar que los pacientes experimentaron mayor sensación de movilidad a partir del hecho que la dolencia ha cesado o disminuido, es decir, tienen mayor libertad de movimiento. Sin embargo, no la utilizan del todo, puesto que de alguna manera restringen sus movimientos, actuando con

cautela, lo que podría deberse a un hábito adquirido, de difícil extinción. De cualquier forma, esto no es de manera alguna ilógica, puesto que no se debe olvidar que el entrenamiento recibido es eficaz en el tratamiento del dolor, no de la lesión que lo genera.

Es importante mencionar las limitaciones de esta investigación, que están dadas por el período de seguimiento de los resultados y el pequeño tamaño de la muestra. Respecto de lo primero, se necesitan investigaciones que evalúen los efectos del tratamiento a largo plazo, registrando la mantención (o disminución) de los logros durante un período mayor de tiempo. Con relación a la segunda limitante, cabe mencionar que por requisitos específicos de selección en cuanto a edad y cuadro médico, por cierta desconfianza y desinformación preliminar respecto de la analgesia hipnótica que alejó a algunos pacientes, y por la parcial adherencia que algunos sujetos registraron (motivo que los excluyó del estudio), no fue posible contar con un tamaño muestral mayor.

La adherencia parcial que los pacientes mostraron es un punto que merece reflexión, y que se podría explicar mediante ciertas pautas de conducta que se repitieron en los pacientes con síndrome dolor lumbar crónico que fueron tratados en este estudio. En general se trató de personas que tenían mucho trabajo y/o actividades en el día, que estaban permanentemente ocupados en sus respectivas oficinas y/o en los quehaceres hogareños, y que a su vez, eran autoexigentes con lo que hacían. A estas labores dedicaban mucho tiempo, que en su mayoría se traducían en constituirse en seres para otros, y rara vez para sí. Se puede hipotetizar que parte de la eficacia que alcanzó la técnica podría deberse a que esta permitió generar un espacio de descanso, una instancia para volver la atención hacia ellos mismos, re-direccionar el foco que se encontraba dirigido a otros. En efecto, de cierta forma fue posible apreciar que las personas, luego de concluido el tratamiento, estaban más atentas y conscientes de sus propias necesidades, que se encargaban de ellas en vez de ignorarlas, y que este espacio *para sí mismas* conllevó posiblemente mayor bienestar y un incremento en su calidad de vida. Sin embargo, esto es sólo una hipótesis, que deberá intentar ser comprobada en futuras investigaciones, que contemplen un mayor tamaño muestral y una profundización en la apreciación del funcionamiento psíquico de las personas tratadas.

A través de la investigación y del contacto con los pacientes, se pudo apreciar que, en efecto, el dolor es una experiencia compleja, que supera a la mera percepción

desagradable. En aquellos pacientes que lidian con esta forma de experiencia a diario, ella es una compañera que quieren o no persiste, afectando profundamente las diferentes dimensiones que nos definen como personas, tanto a nivel biológico, psicológico y social, lo que implica que estos pacientes tengan un grado importante de complejidad al ser tratados. Frente a este fenómeno es imprescindible un enfoque que aborde integralmente al paciente. No sólo se trata de curar síntomas, sino de mejorar la calidad de vida de quien los manifiesta.

Asimismo, investigar sobre el dolor implica abordar la situación de un modo amplio, considerando aspectos físicos, emocionales y sociales, lo que tiene un gran sentido cuando no sólo se pretende describir un fenómeno, sino también comprenderlo. Muchas veces el desglose que se produce al analizar un fenómeno merma su comprensión total, impide captar su complejidad y multidimensionalidad, y obstruye importantes avances que se podrían obtener al abordar el todo en su globalidad.

En este estudio se pudo observar que la mayoría de los pacientes experimentaron una disminución importante del dolor y que esta se mantuvo en el tiempo, lo cual fue expuesto de manera clarificadora a través de los gráficos y las pruebas de comprobación. Sin embargo, esto no la define esencialmente como una investigación exitosa, puesto que un tratamiento exitoso no está dado simplemente porque el paciente haya sentido dos grados menos de dolor en el presente día. Un tratamiento alcanza el éxito cuando comienzan a observarse cambios sistemáticos en dimensiones más profundas del paciente, como un aumento en su vida social y que esta sea placentera, motivación intrínseca en la realización de actividades físicas que meses o años atrás habían sido problemáticas, entre otras cosas. Con ello se quiere afirmar que es tan importante que duela menos como recuperar los espacios psicosociales, reencontrarse con las actividades que se hacían antes de que su vida cambiara por el dolor y seguir realizándolas activa y responsablemente, asumiendo que probablemente sentirán dolor, pero que ello no implica dejar de vivir. De allí la importancia vital de los cambios en la calidad de vida de los pacientes como consecuencia de la disminución del dolor, aunque estos no se expresan con la misma inmediatez que los cambios medibles físicamente. Los seguimientos realizados permiten sólo tener un avistamiento a distancia de variables que tienen una evolución más lenta, como el aumento en la movilidad, lo cual no resta progreso a los cambios apreciados.

Por otra parte, es importante destacar que son muchos los aportes que pueden ofrecer técnicas que permitan una participación más directa por parte del paciente, no únicamente la hipnosis, aunque esta es una herramienta sencilla, rápida, económica y efectiva. El uso de hipnosis como estrategia terapéutica en nuestro país ha sido escasamente desarrollada, por lo que existe un gran desconocimiento e incluso desconfianza hacia ella tanto por parte de los profesionales de la salud como por parte de los propios pacientes, lo que hace complejo el acercamiento de quienes pueden ser beneficiados por el tratamiento. Este es un espacio que invita al desarrollo de nuevas iniciativas, que otorguen un rol más activo al *paciente*, y le permitan desplegar recursos para su mejoría. Muchas personas están listas para ser sujetos activos frente a sus problemas y a sus dolencias, y esperan el espacio para que quienes velan por su salud y seguridad se lo permitan. Este es una interesante y compleja línea de investigación y tratamiento a desarrollar a futuro.

Referencias

1. Aliste, M. (2005) Lumbago. *Reumatología*, 21(4), 213-215. Extraído el 20 de Octubre del 2010, desde: www.sochire.cl/filemanager/download/374/
2. All, A., Fried, J. y Wallace, D. (2000) Quality of life, chronic pain, and issues for healthcare professional in rural communities. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(2), 19-34. Extraído el 20 de Enero del 2011, desde: <http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/75/72>
3. Alonso, J., Barroso, M. y Fernández, L. (1996) Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. *Revista Cubana de Oncología*, 12(1). Extraído el 20 de Enero del 2011, desde: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc07196.htm
4. Alonso, J. (1999) Cuestionario de Salud SF-36 Versión española 1.4. Extraído el 20 de Enero del 2011, desde: <http://www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Spain.pdf>
5. American Chronic Pain Association (2003) Quality of Life Scale A measure of function for people with pain. Extraído el 20 de Febrero del 2011, desde: http://www.theacpa.org/documents/Quality_of_Life_Scale.pdf
6. Araos, B. (2007) Manejo multidisciplinario del dolor crónico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 18(3) 222-228.
7. Bassols, A. y Baños, J. (2006) La epidemiología del dolor en España. *Revista Clínica de Atención Primaria*, 4(2). Extraído el 20 de Octubre del 2010, desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400001&script=sci_arttext
8. Bassols, A., Bochs, F., Campillo, M., Baños, J. (2003) El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 97-107. Extraída el 20 de Octubre del 2010, desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112003000200003&script=sci_arttext
9. Burrows, G., Stanley, R. y Bloom, P. (2001) *International Handbook of Clinical Hypnosis*. Australia, John Willey & Sons Ltda.
10. Carrillo, J., Collado, S y Vázquez, N. (2005) *El Cold pressor test en la investigación del dolor experimental y clínico*. España, Universidad Alfonso X el Sabio.

11. Covarrubias-Gómez, A. (2010) Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Revista mexicana de anestesiología Clínica del dolor*, 33(1), 106-109. Extraído 20 de Enero del 2011, desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101y.pdf>
12. Croft, P., Blyth, F. y Van der Windt, D. (2010) Chronic Pain Epidemiology. *Chronic Pain as a topic for epidemiology and public health*. Oxford Univ Pr:EEUU.
13. Echavarri, P., García, F, Alcántara, S. y Flores, M. (2006) Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 40(3), 150-158. Extraído el 20 de Agosto del 2010, desde la base de datos Elsevier.
14. Evans, F. (2001) Hypnosis in Chronic Pain Management. *International Handbook of Clinical Hypnosis*. Australia, John Willey & Sons Ltd.
15. Flores, J. y Morales P. (2009). Evaluación de la herramienta de autorregulación post-hipnótica del dolor (HAPDOL) en pacientes con síndrome lumbar crónico. Presentación en el IV Congreso de Psicología Universidad de la Frontera. Temuco.
16. Goldstein, E. y Hilgard, E. (1975) Failure of opiate antagonist naloxone to modify hypnotic analgesia. *Proc Nat, Acad. Sci.*, 72, 2041-2043.
17. Guic, E., Rebolledo, P., Galilea, E. y Robles, I. (2002) Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista médica de Chile*, 130(12), 1411-1418. Extraído el 4 de Noviembre del 2010, desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001200012&script=sci_arttext
18. International Association for the Study of Pain (1994) *Classification of Chronic Pain, Second Edition*. Press: Seattle.
19. International Association for the Study of Pain (2003) How Prevalent is Chronic Pain?. *Pain Clinical Updates*, 11(2), 1-4. Extraído el 20 de Septiembre del 2010, desde: <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=7594&SECTION=HOME>
20. Larrondo, L. (2007) Síndrome del dolor lumbar, uno de los males de este siglo. *Revista Médica de la Clínica las Condes*, 18(3) 230-242

21. Monés, J. (2004) ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cir Esp*, 76(2), 71-77. Extraído el 20 de Agosto del 2010, desde: <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME,HOME,HOME,HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=7594&SECTION=HOME,HOME,HOME,HOME>
22. Organización Mundial de Salud (1997) *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Extraído el 20 de Agosto del 2010, desde: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
23. Patterson, D y Jensen M. (2003) *Hypnosis and Clinical Pain*. EUA University of Washington School of Medicine.
24. Payares, K. (2008) Validación en Colombia del cuestionario de discapacidad de Oswestry en pacientes con dolor bajo de espalda. *Iatreia*, 21(2). Extraído de base de datos Scielo.
25. Postigo, R. (2007) Síndrome de dolor lumbar crónico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 18(3) 239-245.
26. Puebla Díaz, F. (2005) Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28,139-43. Extraído el 20 de Enero del 2011, desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci_arttext&tlng=en
27. Rodriguez, P. (s/f) Análisis de la Columna Vertebral. Extraído el 20 de Agosto del 2010, desde: http://www.felipeisidro.com/recursos/documentacion_pdf_entrenamiento/analisis_columna_vertbral.pdf
28. Ruiz, J. y Flores, J. (2008) *La analgesia hipnótica vista desde la psicobiología. Un estudio de caso de una herramienta de control post-hipnótico del dolor para el tratamiento del dolor crónico*. Presentación Caso Clínico Analgesia Hipnótica, Congreso Nacional de Psicología. La Serena
29. Santiago, C., Fernández, J y Dávila, K. (2009) Prevalencia y los factores asociados al dolor lumbar en amas de casa mayores de 18 años en el asentamiento humano Daniel A. Carrión del Distrito de San Martín de Porres; en el año 2007. Extraído el 20 de Agosto del 2010, desde: <http://www.efisioterapia.net/descargas/pdfs/373-dolor-lumbar-amas-de-casa.pdf>
30. Santibañez, G. (2007) Herramienta post hipnótica de control del dolor. Manuscrito no publicado.

31. Sociedad de Anestesiología de Chile (2007) Recomendaciones para el Manejo del Dolor Crónico no Oncológico. Extraído el 20 de Septiembre del 2009, desde: http://www.sachile.cl/medicos/recomendaciones/cronico_oncologico/presentacion.php
32. Spencer, H. (2007) Dolor crónico- un problema complejo de tratar. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 18(3) 217-221.
33. Trouli, M., Vernon, H., Kakavelakis, K., Antonopoulou, M., Paganas, A. y Lionis, C.(2008) Translation of the Neck Disability Index and validation of the Greek versión in a sample of neck pain patients. *BMC Musculoskelet Disord*, 22(9), 106. Extraído el 20 de Agosto del 2010, desde: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/9/106>
34. Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Managment (2004) Guidelines for the Assessment and Management of Chronic Pain. Extraído el 16 de Junio del 2006, desde: http://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/issues/wmj_v103n3/Meyer103-3.pdf

Anexos

Anexo 1: Entrevista Inicial

Pauta de Registro

A continuación se presenta una pauta de registro para la primera entrevista HAPDOL. Esta tiene por objeto establecer un modo uniforme para la formulación de preguntas. No se espera una reproducción rígida, por el contrario, los temas deben ordenarse principalmente a partir de los contenidos que arroje el paciente. Se debe recopilar la mayor cantidad de estos datos, para construir un cuadro lo más completo posible acerca de la persona.

Eje 1 Caracterización del dolor

1. Localización	Definir focos y recorrido del dolor en Esquema Corporal (ANEXO 1)
2. Características: Las categorías deben surgir del paciente.	
2.1 ¿Cómo definiría el dolor?	2.1:
3. Inicio	
3.1 ¿Cuándo se inició el dolor?	
3.2 ¿Cómo se inició el dolor?	
3.3 Si comenzó por una lesión específica, ¿la localización actual del dolor tiene relación directa con aquella lesión?	NO SI
3.4 ¿Consultó al médico buscando una explicación o tratamiento para el dolor	NO SI Dg inicial: _____
3.5 ¿El diagnóstico y el tratamiento se mantuvieron en el tiempo?	NO SI Dg inicial: _____
3.6 ¿Buscó más información acerca de la dolencia?	NO SI
4.- Tiempo de evolución:	
4.1 ¿El dolor ha cambiado a través del tiempo?	NO SI
4.2 En general, ¿Hay épocas en las que el dolor varía?	NO SI

5.- Consecuencias: Desde que usted siente este dolor...	
5.1 ¿Ha variado su capacidad para realizar algunas actividades físicas?	NO SI ¿Cuáles? _____

5.2 ¿Ha variado su rendimiento en el trabajo?	NO SI ¿Cómo? _____
5.3 ¿Cuánto lo(la) limita el dolor?	

6.- Patrón de horario	
6.1 ¿El dolor cambia a lo largo del día?	NO SI Patrón _____

7.- Patrón de sueño:	
7.1 ¿Cómo definiría la calidad de su sueño?	
7.2 ¿Siente dificultades para comenzar a dormir?	NO SI
7.3 ¿Suele tener pesadillas?	NO SI
7.4 ¿Tiene interrupciones en el dormir a lo largo de la noche?	NO SI ¿Cuántas? _____
7.5 ¿Tiene esto alguna relación con el dolor? (si es por otra razón, registrar cual)	NO SI Otra razón- _____
7.6 ¿Duerme durante el día?	NO SI Horario _____

8.- Factores desencadenantes:	
8.1 ¿Hay alguna actividad física o posición en especial que desencadene el dolor?	NO SI ¿Cuál? _____
8.2 ¿Aparece frecuentemente luego de una situación en especial?	NO SI ¿Cuál? _____
8.3 ¿Aparece o se intensifica con algún estado de ánimo?	NO SI ¿Cuál? _____
8.4 ¿Aparece o se intensifica con algún clima en especial?	NO SI ¿Cuál? _____

9.- Factores que lo alivian:	
9.1 ¿El dolor se alivia con alguna actividad física en especial?	NO SI ¿Cuál? _____

9.2 ¿Se alivia con algún estado de ánimo?	NO	SI ¿Cuál?_____
9.3 ¿Se alivia con algún clima en especial?	NO	SI ¿Cuál?_____
9.4 ¿Quién o quiénes lo/a ayudan a superar el dolor?		
9.5 ¿El dolor se alivia una vez que termina el trabajo?	NO	SI
10.- Conductas de control:		
10.1 ¿Qué hace cuando siente dolor?		
10.2 Las acciones que usted realiza, ¿Son útiles para controlar el dolor?	NO	SI ¿En qué ayudan?_____
10.3 ¿Puede usted controlar el dolor?	NO	SI
10.4 ¿Podrá llegar a controlarlo?	NO	SI

11.- Tratamiento que ha recibido:		
11.1 ¿Ha recibido tratamientos para el dolor?	NO	SI
Completar tabla Medicamentos en el tiempo de evolución y LUEGO responder:		
11.2 En general ¿Ha seguido rigurosamente las instrucciones de su médico?	NO	SI
11.3 ¿Ha sido constante en tomar los medicamentos a la hora y dosis indicadas?	NO	SI
11.4 ¿Siguió algún tratamiento no farmacológico para controlar el dolor <i>que ya no utilice?</i>	NO	SI ¿Cuál?_____
11.5 Ese tratamiento ¿Tuvo éxito?	NO	SI
11.6 ¿Estuvieron los médicos tratantes en ese tiempo al tanto de ese tratamiento?	NO	SI

12.-Tratamiento que recibe actualmente:		
¿Recibe actualmente algún tratamiento contra el dolor?	NO	SI
Completar tabla Medicamentos durante el tratamiento y responder:		

12.1 Actualmente ¿Sigue rigurosamente las instrucciones de su médico?	NO	SI
12.2 ¿Sigue algún tratamiento <i>no farmacológico</i> para controlar el dolor?	NO	SI ¿Cuál? _____
12.3 Ese tratamiento ¿Tiene éxito?	NO	SI
12.4 ¿Está tomando algún medicamento que no haya sido recomendado directamente por su médico?	NO	SI ¿Cuál, frecuencia? _____

Eje 2: Modelo de enfermedad y tratamiento

13.- Explicaciones:	
13.1 ¿Qué explicación da al dolor que siente? ¿A qué atribuye el dolor?	
13.2 ¿Por qué cree que el dolor no ha cesado con el tiempo?	
13.3 En caso de que haya evolucionado, ¿Qué ha causado este cambio?	

14.- Sentimientos y creencias:	
14.1 ¿Cómo se siente cuando siente dolor? ¿Qué emoción o sentimiento llega a usted generalmente?	
14.2 ¿Qué piensan las personas que lo(la) rodean acerca de su dolencia? ¿Qué sienten al verlo(la) sintiendo dolor?	
14.3 Cuando está sintiendo dolor, ¿Qué es lo que más desea?	
14.4 El equipo de médicos que lo(la) ha atendido, ¿Le ha indicado los tratamientos adecuados?	NO SI
14.5 ¿Qué tipo de intervención cree usted le podría ayudar?	
14.6 ¿Cómo cree que la analgesia hipnótica podría ayudar a aliviar su dolor?	
14.7 Si imagina el futuro, ¿Cómo se imagina en 2 años más?	
14.8 ¿Qué habrá sucedido con el dolor en 2 años más?	

Eje 3: Relaciones interpersonales

Indagar en la actitud que el paciente asume ante esto.

15.- Grado de afectación de las relaciones interpersonales:	
>En general:	
15.1 ¿Usted se siente más feliz cuando mantiene una relación cercana con otra persona?	NO SI
15.2 ¿Se siente a gusto cuando tiene espacio solo para usted?	NO SI
15.3 ¿Surgen en usted sentimientos de aislamiento o soledad cuando está solo(a) o incluso cuando está acompañado?	NO SI

15.4 ¿Siente frecuentemente la sensación de que los otros no se preocupan lo suficiente por usted?	NO	SI
---	-----------	-----------

>Desde que siente dolor:		
15.1 ¿Usted se siente más feliz cuando mantiene una relación cercana con otra persona?	NO	SI
15.2 ¿Se siente a gusto cuando tiene espacio solo para usted?	NO	SI
15.3 ¿Surgen en usted sentimientos de aislamiento o soledad cuando está solo(a) o incluso cuando está acompañado?	NO	SI
15.4 ¿Siente frecuentemente la sensación de que los otros no se preocupan lo suficiente por usted?	NO	SI
>Desde que siente dolor:		
15.5 ¿Siente que el modo en que se relaciona con otras personas ha cambiado?	NO	SI ¿Cómo?_____
15.6 ¿Cree que la frecuencia con que visitaba o era visitado por personas cercanas ha variado?	NO	SI
15.7 ¿Siente que ahora puede sentir más empatía con otras personas?	NO	SI
> Desde que siente dolor		
15.8 ¿Podría describirme en forma exacta cómo reacciona su familia cuando siente este dolor?		
15.9 ¿Hay alguien que se haga cargo de sus tareas en la casa cuando usted siente dolor?	NO	SI
15.10 ¿Cree que la cercanía de los lazos en su familia ha cambiado?	NO	SI
15.11 ¿Siente que su familia lo considera más que antes de sentir dolor?	NO	SI
>Relaciones laborales		
15.12 ¿Cree que la cercanía con sus compañeros de trabajo ha variado durante el tiempo de evolución del dolor?	NO	SI ¿Cómo?_____
15.13 ¿Cree que los demás (jefes, compañeros) piensan que usted está	NO	SI

menos capacitado para responder a las exigencias de su trabajo desde que comenzó a sentir el dolor?		
15.14 ¿Hay alguien que se haga cargo de sus tareas en el trabajo cuando usted siente dolor?	NO	SI
15.15 ¿Las personas que sus compañeros de trabajo y jefes han tenido consideraciones especiales con usted a raíz del dolor que ha sentido en este tiempo?	NO	SI ¿Cuáles?_____
15.16 Si actualmente no trabaja a raíz del dolor, ¿Recibe una pensión que lo(la) ayude a solventar sus gastos?	NO	SI

Eje 4: Co-morbilidad con depresión y trastorno de ansiedad generalizada

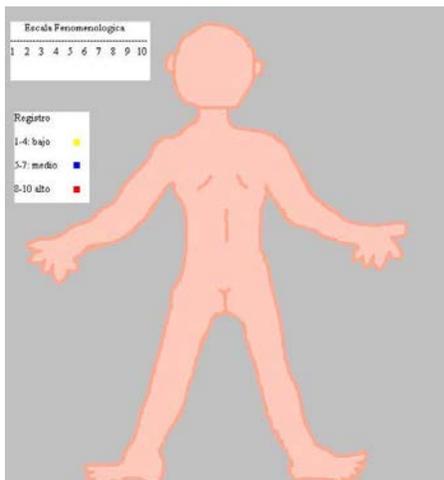
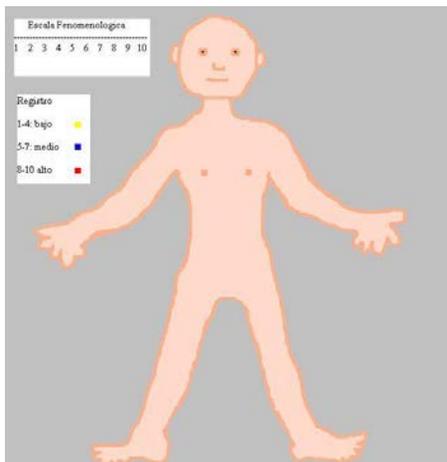
> Desde que siente dolor:		
16.- Depresión:	NO	SI
16.1 ¿Se ha sentido frecuentemente decaído(a) apenado(a), apesadumbrado(a) con respecto a cómo se sentía habitualmente?		
16.2 ¿Ha disminuido de forma significativa su capacidad para interesarse y sentir placer en las actividades que antes le parecían agradables?	NO	SI
16.3 ¿Ha pensado frecuentemente en la muerte? ¿Ha deseado en más de una ocasión morir?	NO	SI
16.4 ¿Ha sufrido cambios en su apetito?	NO	SI
16.5 ¿Ha bajado o subido de peso desde que siente el dolor, y estos cambios se han mantenidos constantes?	NO	SI
16.6 ¿Se siente menos útil y frecuentemente se reprocha a sí mismo(a) su menor habilidad para realizar sus actividades habituales?	NO	SI
16.7 ¿Siente que le es más difícil tomar decisiones por sí mismo(a)?	NO	SI
16.8 ¿Frecuentemente se siente desesperanzado(a)?	NO	SI

GRÁFICO ESQUEMA CORPORAL- DEFINICIÓN FOCOS E INTENSIDAD DEL DOLOR.

Durante el tratamiento, registrar los cambios sesión a sesión.

¿En qué lugar(es) del cuerpo siente dolor?	
¿Puede diferenciar un punto de origen?	
¿Se expande? ¿Hacia y hasta dónde?	
¿El dolor se relaciona con una lesión específica y determinada médicamente?	NO SI
¿Siente dolor en el mismo lugar donde tiene la lesión?	NO SI

Junto a cada foco señale el nivel de dolor según escala descriptiva de 0 a 10



OTROS TRATAMIENTOS EN EL PERÍODO DE APLICACIÓN DE HIPNOSIS

Registrar cada sesión (medicina alópata, homeopática, etc. tenga o no relación directa con el dolor)

Nº Sesión	Fecha	Medicamento/miligramos	Dosis	Frecuencia

- En caso de que se sigan tratamientos no farmacológicos para el dolor
 - ¿Cree que dan resultado?
 - ¿El médico tratante está al tanto de este(os) tratamiento(s)?

Anexo 2: Entrevista de Seguimiento

Pauta de Registro: Entrevista de Seguimiento para Tratamientos Experimentales

A continuación se presenta una pauta de registro para las 2 entrevistas de seguimiento. Esta tiene por objeto establecer un modo uniforme para la formulación de preguntas al paciente acerca de *si ha percibido cambios desde el inicio del tratamiento recibido hasta el momento de la entrevista*. No se espera una reproducción rígida, por el contrario, los temas deben ordenarse principalmente a partir de los contenidos que arroje el paciente. Se debe recopilar la mayor cantidad de estos datos, para construir un cuadro lo más completo posible acerca de la persona.

Eje 1: Caracterización del dolor: Evolución de la experiencia de dolor

1.- Localización:	Definir focos y recorrido del dolor en Esquema Corporal (ANEXO 1)
--------------------------	---

2.-Características: Las categorías deben surgir del paciente.	
2.1 Actualmente ¿Cómo definiría el dolor?	

3.- Evolución del dolor: Desde el inicio del tratamiento...	
3.1 ¿Ha cambiado el dolor?	NO SI ¿Cómo? _____
¿A qué se debe el cambio?	

4.- Consecuencias: En comparación a su experiencia antes del tratamiento...	
4.1 ¿Ha variado su capacidad para realizar algunas actividades físicas?	NO SI ¿Cuáles? _____
4.2 ¿Ha variado su rendimiento en el trabajo?	NO SI ¿Cómo? _____
4.3 ¿Cuánto lo(la) limita el dolor?	

5.-Patrón de horario: Actualmente...	
5.1 ¿El dolor cambia a lo largo del día?	NO SI Patrón _____

6.-Patrón de sueño: Actualmente...	
6.1 ¿Cómo definiría la calidad de su sueño?	

6.2 ¿Siente dificultades para comenzar a dormir?	NO	SI
6.3 ¿Suele tener pesadillas?	NO	SI
6.4 ¿Tiene interrupciones en el dormir a lo largo de la noche?	NO	SI ¿Cuántas? _____
6.5 ¿Tiene esto alguna relación con el dolor? (si es por otra razón, registrar cual)	NO	SI Otra razón _____
6.6 ¿Duerme durante el día?	NO	SI Horario _____

7.- Conductas de control:		
7.1 ¿Qué hace cuando siente dolor?		
7.2 Las acciones que usted realiza, ¿Son útiles para controlar el dolor?	NO	SI ¿En qué ayudan? _____
7.3 ¿Puede usted controlar el dolor?	NO	SI

8.- Tratamiento que recibe actualmente:		
8.1 ¿Recibe actualmente algún tratamiento para el dolor? Completar tabla Medicamentos durante el tratamiento y responder:	NO	SI
8.2 ¿Sigue algún tratamiento <i>no farmacológico</i> para controlar el dolor?	NO	SI ¿Cuál? _____
8.3 Ese tratamiento ¿Tiene éxito?	NO	SI
8.4 ¿Está tomando algún medicamento que no haya sido recomendado directamente por su médico?	NO	SI ¿Cuál, frecuencia? _____

Eje 2: Estado de ánimo y expectativas

9.-Estado de ánimo: Desde que inició el tratamiento...		
9.1 ¿Ha notado algún cambio en su estado de ánimo?	NO	SI
9.2 ¿Cómo se ha sentido? Categorías del paciente		
9.3 ¿Ha variado su disposición frente a la vida?	NO	SI ¿Cómo? _____
9.4 ¿Cuál ha sido el efecto del tratamiento en su vida?		

Eje 3: Modelo de enfermedad y tratamiento

10.- Sentimientos y creencias:	
10.1 ¿Cómo se siente cuando siente dolor? ¿Qué emoción o sentimiento llega a usted?	
10.2 Si imagina el futuro, ¿Cómo se imagina en 2 años más?	
10.3 ¿Qué habrá sucedido con el dolor en 2 años más?	

Eje 4: Relaciones interpersonales

Indagar en la actitud que el paciente asume ante esto.

11.- Grado de afectación de las relaciones interpersonales:	
>Desde que inició el tratamiento:	
11.1 ¿Siente que el modo en que se relaciona con otras personas ha cambiado?	NO SI ¿Cómo? _____
11.2 ¿Cree que la frecuencia con que visitaba o era visitado por personas cercanas ha variado en relación a antes del tratamiento?	NO SI
11.3 ¿Siente que ahora puede sentir más empatía con otras personas?	NO SI
11.4 ¿Podría describirme en forma exacta cómo reacciona su familia cuando siente este dolor?	
11.5 ¿Hay alguien que se haga cargo de sus tareas en la casa cuando usted siente dolor?	NO SI
11.6 ¿Cree que la cercanía de los lazos en su familia ha cambiado?	NO SI
11.7 ¿Siente que su familia lo considera más que antes de sentir dolor?	NO SI
>Relaciones laborales	
11.8 ¿Cree que la cercanía con sus compañeros de trabajo ha variado durante el tiempo de tratamiento?	NO SI ¿Cómo? _____
11.9 ¿Cree que los demás (jefes, compañeros) piensan que usted está más capacitado para responder a las exigencias de su trabajo desde que comenzó el tratamiento?	NO SI

Eje 5: Co-morbilidad con depresión y trastorno de ansiedad generalizada

> En el último tiempo:	
12.- Depresión:	
12.1 ¿Se ha sentido frecuentemente decaído(a), apenado(a), apesadumbrado(a) con respecto a cómo se sentía habitualmente?	NO SI
12.2 ¿Ha disminuido de forma significativa su capacidad para interesarse y sentir placer en las actividades que antes le parecían agradables?	NO SI
12.3 ¿Ha pensado frecuentemente en la muerte? ¿Ha deseado en más de una ocasión morir?	NO SI
12.4 ¿Ha sufrido cambios en su apetito?	NO SI
12.5 ¿Ha bajado o subido de peso desde que siente el dolor, y estos cambios se han mantenidos constantes?	NO SI
12.6 ¿Se siente menos útil y frecuentemente se reprocha a sí mismo(a) su menor habilidad para realizar sus actividades habituales?	NO SI
12.7 ¿Siente que le es más difícil tomar decisiones por sí mismo(a)?	NO SI
12.8 ¿Frecuentemente se siente desesperanzado(a)?	NO SI
13.- Depresión y ansiedad:	
13.1 ¿Frecuentemente se siente débil, fatigado(a), cansado(a)?	NO SI
13.2 ¿Ha perdido la capacidad para concentrarse?	NO SI
13.3 ¿A menudo siente que se irrita más que lo habitual por las cosas cotidianas?	NO SI
14.- Ansiedad:	
14.1 ¿Su modo de vivir se ha alterado por sentirse más preocupado(a), ansioso(a) o expectante que lo habitual por las actividades cotidianas, sin que usted pueda controlarse?	NO SI
14.2 ¿Frecuentemente se siente más inquieto(a) o impaciente que lo habitual?	NO SI
14.3 ¿Se ha percibido más tenso que lo que era habitual?	NO SI
14.4 ¿Frecuentemente siente su cuerpo cansado producto de esta tensión?	NO SI

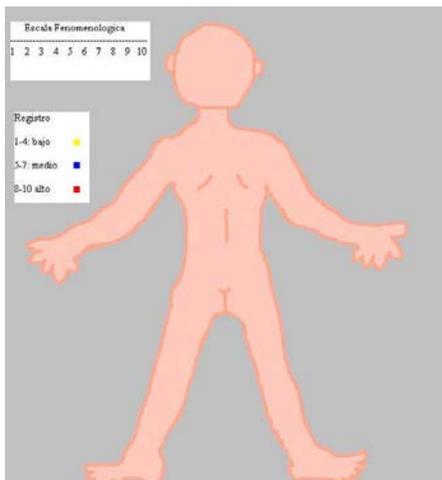
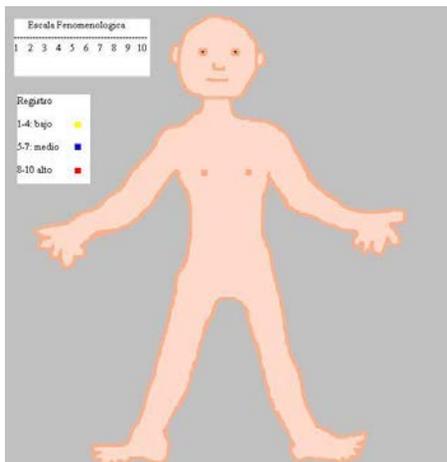
Percepción del entrevistador acerca del paciente y su sintomatología (De uso interno)

GRÁFICO ESQUEMA CORPORAL- DEFINICIÓN FOCOS E INTENSIDAD DEL DOLOR.

Durante el tratamiento, registrar los cambios sesión a sesión.

¿En qué lugar(es) del cuerpo siente dolor?	
¿Puede diferenciar un punto de origen?	
¿Se expande? ¿Hacia y hasta dónde?	
¿El dolor se relaciona con una lesión específica y determinada médicamente?	NO SI
¿Siente dolor en el mismo lugar donde tiene la lesión?	NO SI

Junto a cada foco señale el nivel de dolor según escala descriptiva de 0 a 10



OTROS TRATAMIENTOS EN EL PERÍODO DE APLICACIÓN DE HIPNOSIS

Registrar cada sesión (medicina alópata, homeopática, etc. tenga o no relación directa con el dolor)

Nº Sesión	Fecha	Medicamento/miligramos	Dosis	Frecuencia

- En caso de que se sigan tratamientos no farmacológicos para el dolor
 - ¿Cree que dan resultado?
 - ¿El médico tratante está al tanto de este(os) tratamiento(s)?

Anexo 3: Escala de Movilidad

Tabla 14: Resumen de la amplitud de movimiento del raquis (Pastor, 2000, en Rodríguez, 2008)

Movimiento	R. Lumbar
FLEXIÓN	60°
EXTENSIÓN	35°
INCLINACION. LATERAL	20°
ROTACIÓN	5°

Registro de Movilidad durante el tratamiento

Sesión/fecha	Tipo de ejercicio	Grados	Dolor (si/no)
1/	Flexión dorsolumbar sentado (60-75°) Extensión dorsolumbar decúbito prono (30°) Inclinación lateral (35-40°)		
2/	Flexión dorsolumbar sentado (60-75°) Extensión dorsolumbar decúbito prono (30°) Inclinación lateral (35-40°)		
3/	Flexión dorsolumbar sentado (60-75°) Extensión dorsolumbar decúbito prono (30°) Inclinación lateral (35-40°)		

Comentarios

Sesión 1
Sesión 2
Sesión 3

Registro de Movilidad durante el seguimiento

Sesión/fecha	Tipo de ejercicio	Grados	Dolor (si/no)
1/	Flexión dorsolumbar sentado (60-75°) Extensión dorsolumbar decúbito prono (30°) Inclinación lateral (35-40°)		
2/	Flexión dorsolumbar sentado (60-75°) Extensión dorsolumbar decúbito prono (30°) Inclinación lateral (35-40°)		
3/	Flexión dorsolumbar sentado (60-75°) Extensión dorsolumbar decúbito prono (30°) Inclinación lateral (35-40°)		

Comentarios

Sesión 1
Sesión 2
Sesión 3

Anexo 4: Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry

A continuación debe marcar cuál de las siguientes alternativas representa mejor su sentir actual en relación al dolor (considerando las últimas dos semanas).

1- Intensidad del Dolor	2- Cuidado Personal
(0) Puedo tolerar el dolor que tengo sin usar analgésicos potentes.	(0) Puedo cuidar de mi mismo con normalidad, sin que me cause dolor.
(1) Mi dolor es desagradable, pero puedo manejarlo sin analgésicos potentes.	(1) Puedo cuidar de mi mismo con normalidad, pero me causa dolor.
(2) Los analgésicos potentes me dan un alivio completo del dolor.	(2) Es molesto cuidar de mi mismo porque soy lento y cuidadoso.
(3) Los analgésicos potentes me dan un alivio moderado del dolor.	(3) Necesito ayuda, pero yo mismo me encargo de la mayor parte de mi cuidado personal.
(4) Los analgésicos potentes me dan un pequeño alivio del dolor.	(4) Necesito ayuda a diario en la mayor parte de mi cuidado personal.
(5) Los analgésicos potentes no tienen ningún efecto sobre mi dolor además no los uso.	(5) No me es difícil lavarme por presas, me quedo en cama.

3- Levantar Objetos	4- Caminar
(0) Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor	(0) Camino todo lo que quiero sin dolor.
(1) Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor.	(1) No puedo caminar más de 1-2 km. debido al dolor.
(2) No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero si cargar un objeto pesado desde una mayor altura, ej. desde una mesa.	(2) No puedo caminar más de 500-1000mt. debido al dolor.
(3) Sólo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano.	(3) No puedo caminar más de 500mt. debido al dolor.
(4) Sólo puedo levantar desde el suelo cosas muy livianas.	(4) Sólo puedo caminar ayudado por uno o dos bastones.
(5) No puedo levantar ni cargar nada.	(5) Estoy prácticamente en cama, me cuesta mucho hasta ir al baño.

5- Sentarse	6- Pararse
(0) Me puedo sentar en cualquier silla, todo el rato que quiera sin sentir dolor.	(0) Puedo permanecer de pie lo que quiero sin dolor
(1) Sólo en un asiento especial puedo sentarme sin dolor.	(1) Puedo permanecer de pie lo que quiero, aunque con dolor.
(2) No puedo estar sentado más de 1 hora sin dolor.	(2) No puedo estar más de una hora parado libre de dolor.
(3) No puedo estar sentado más de 30 minutos sin dolor.	(3) No puedo estar más de 30 minutos parado libre de dolor.
(4) No puedo estar sentado más de 10 minutos sin dolor.	(4) No puedo estar más de 10 minutos parado libre de dolor.
(5) No puedo permanecer ningún instante sentado sin que sienta dolor.	(5) No puedo permanecer ningún instante de pie sin dolor.

7- Dormir	8- Actividad Sexual
(0) Puedo dormir bien, libre de dolor.	(0) Es normal, sin dolor.
(1) Ocasionalmente el dolor me altera el sueño.	(1) Es normal, aunque con dolor ocasional.
(2) Por el dolor no logro dormir más de 6 horas seguidas	(2) Es casi normal, pero con mucho dolor
(3) Por el dolor no logro dormir más de 4 horas seguidas	(3) Está seriamente limitada por el dolor
(4) Por el dolor no logro dormir más de 2 horas seguidas	(4) Es casi inexistente por el dolor.
(5) No logro dormir nada sin dolor	(5) Sin actividad alguna, debido al dolor.

9- Actividades Sociales (fiestas, deportes, etc)	10- Viajar
(0) Sin restricciones, libre de dolor	(0) Sin problemas, libre de dolor.
(1) Mi actividad social es normal, pero me aumenta el dolor	(1) Sin problemas, pero me produce dolor.
(2) Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas enérgicas (ej. deportes)	(2) El dolor es severo, pero logro viajes de hasta 2 horas.
(3) Debido al dolor salgo muy poco	(3) Puedo viajar menos de 1 hora por el dolor
(4) El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.	(4) Puedo viajar menos de 30 minutos, por el dolor.
(5) No tengo vida social debido al dolor.	(5) Sólo viajo para ir al médico o al hospital.

Interpretación de Resultados

Se suman los puntos de cada sección y se reemplazan en la fórmula de abajo para conocer su nivel funcional. Su puntaje – dividido por 50 – veces 100 = porcentaje de incapacidad.

Ej. $21/50 \times 100 = 42\%$

0 – 20 %	Incapacidad mínima	El paciente puede afrontar con la mayoría de las actividades diarias. Usualmente ningún tratamiento se recomienda además del consejo ante levantar objetos, sentarse y la realización de ejercicios.
21 – 40%	Incapacidad moderada	El paciente experimenta más dolor y dificultad al sentarse, levantar objetos y al mantenerse de pie. Viajar y la vida social se hace más difícil y están incapacitados para trabajar. La actividad sexual y el sueño no son afectados excesivamente y el paciente usualmente puede manejarlos.
41-60%	Incapacidad severa	El dolor es el mayor problema en este grupo, siendo afectadas las actividades diarias. Estos pacientes requieren una investigación detallada
61-80%	Lisiado	El dolor lumbar se ve implicado en todos los aspectos de la vida del paciente. Se requiere intervención
81-100%		Estos pacientes suelen vivir acostados o exageran sus síntomas.