

## ***El papel de la psicología en las unidades de tratamiento del dolor: acerca de la actividad asistencial, docente e investigadora***

A. Castel<sup>1</sup>, B. Ojeda<sup>2</sup>, C. Van-der Hofstadt<sup>3</sup>, V. Monsalve<sup>4</sup>, I. Failde<sup>5</sup>, A. Salazar<sup>5</sup> y J. Miró<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Dolor. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Grupo Multidisciplinar de Investigación en Dolor (GMID). Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili. <sup>2</sup>Unidad de Fibromialgia. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>3</sup>Unidad de Psicología Clínica de la Salud. Hospital General Universitario de Alicante. Departament de Psicologia de la Salut. Universitat Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). <sup>4</sup>Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>5</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cádiz. Observatorio del Dolor (Cátedra Externa del Dolor). Universidad de Cádiz. Instituto de Investigación e Innovación en Ciencias Biomédicas de la Provincia de Cádiz (INiBICA). <sup>6</sup>Centro de Investigación en Evaluación y Medida de la Conducta (CRAMC). Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Càtedra de Dolor Infantil URV – Fundació Grünenthal, Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor – ALGOS. España

Castel A, Ojeda B, Van-der Hofstadt C, Monsalve V, Failde I, Salazar A y Miró J. El papel de la psicología en las unidades de tratamiento del dolor: acerca de la actividad asistencial, docente e investigadora. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(Supl1):14-28.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the roles of psychologists in Spain who dedicate totally or partially to the study and treatment of pain, as well as their training, clinical assistance, research and teaching activities.

**Material and method:** An observational, cross-sectional study was carried out based on two on-line surveys: one addressed to the head of the pain unit, and the other, to the psychologists. The first one requested information on the level of the unit, the typology and the number of patients attended, as well as the number and specialties of the professionals working within it. The perception of the need for a psychologist was also requested. The second survey, which was addressed to psychologists, required information on the scope and conditions in which they performed their professional work, the type of professional activity, their training and their teaching or research activities.

**Results:** 72 out of the 187 surveys (39 %) sent to the heads of pain units responded. In addition, 27 responses from psychologists were obtained. After debugging the data, the sample finally consisted of 70 surveys of heads of pain units and 25 psychologists.

According to the data, 29 % of the pain units had a psychologist. Among the units defined as multidisciplinary (47 %), 51 % reported to have a psychologist. Among the pain units that did not have a psychologist, 94 % considered this professional necessary.

Psychologists who responded to the survey were on average almost 44 years old. They were mostly women (64 %) and had on average 8 years tenure working in pain. With regards to their training, 56 % had a specialty in clinical psychology and 28 % had a doctoral degree in psychology. 32 % reported no specific training in pain.

60 % of the psychologists were integrated into pain units, although mostly with part-time dedication. 28 % were working in the university and 20% of them collaborated with the pain units, in spite of having their professional activity in other care services. Among the psychologists integrated into pain units, slightly less than a half had non permanent jobs. The predominant model of therapeutic intervention was cognitive-behavioural.

**Conclusions:** The percentage of psychologists integrated in multidisciplinary pain units is lower than it would be expected after considering the standards and recommendations of the Ministry of Health, Social Policy and Equality. This was so despite the fact that more than 90 % of the responsables of pain units who did not have a psychologist in their team, considered that professional as necessary.

The number of participants has been low, but comparable to other research of this type. In addition, because of its coincident

ce with the results of other studies, the descriptive data obtained can be considered valid. However, further studies are needed to confirm this.

**Key words:** Psychology, multidisciplinary pain units in Spain, health professionals.

## RESUMEN

*Objetivo:* Determinar los roles de los profesionales de la Psicología que en España se dedican de forma total o parcial al estudio y tratamiento del dolor, así como a su formación y actividad asistencial, investigadora y docente.

*Material y métodos:* Estudio observacional, transversal, basado en dos encuestas online: la primera orientada al responsable de la unidad de dolor, y la segunda al profesional de la Psicología. En la primera se solicitaba información sobre el nivel de la unidad, la tipología y el número de pacientes atendidos, así como el número y la especialidad de los profesionales con que contaba. También se solicitaba la percepción sobre la necesidad de contar con un profesional de la psicología. En la segunda encuesta, dirigida a los psicólogos/as, se requería información sobre el ámbito y las condiciones en que realizaba su labor profesional, el tipo de actividad, su formación, así como la realización de actividades docentes o de investigación.

*Resultados:* De las 187 encuestas enviadas a los responsables de las unidades de dolor que figuran en el directorio de la SED, se obtuvo respuesta de 72 (39 %). Asimismo, se obtuvieron 27 respuestas de profesionales de la Psicología. Tras depurar los datos, la muestra quedó finalmente formada por 70 encuestas de responsables de unidades de dolor y 25 psicólogos/as.

El 29 % de las unidades disponían de psicólogo/a. Entre las unidades que se definían como multidisciplinarias (47 %), el 51 % informaba disponer de psicólogo/a. Entre las unidades que no disponían de psicólogo/a, el 94 % consideraba necesaria esta figura profesional.

Los psicólogos/as que respondieron a la encuesta tenían una edad media próxima a los 44 años, eran mayoritariamente mujeres (64 %) y llevaban poco más de 8 años trabajando en dolor. El 56 % disponía de la especialidad en Psicología Clínica y el 28 % tenía el grado de doctor en Psicología. El 32 % refería no tener formación específica en dolor.

El 60 % de los psicólogos/as estaban integrados en unidades de dolor, si bien mayoritariamente con dedicación parcial. El 28 % estaba vinculado a la universidad y el 20 %, aunque ejercía su actividad profesional en otros servicios asistenciales, estaba en coordinación con las unidades de dolor. Entre los psicólogos/as integrados en unidades de dolor, algo menos de la mitad tenían condiciones laborales poco estables. El modelo predominante de intervención terapéutica era el cognitivo-conductual.

*Conclusiones:* El porcentaje de psicólogos/as integrados en unidades multidisciplinarias es inferior al que debería esperarse, considerando los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Y esto, a pesar de que más del 90 % de los responsables de las unidades que carecían de psicólogo/a en sus equipos, refrieron que esta figura profesional era necesaria.

El número de participantes ha sido bajo, pero homologable, a lo que suele suceder en este tipo de trabajos. Además, por su

coincidencia con otros estudios en los resultados de determinadas variables, los datos obtenidos serían indicativos de la validez de la información presentada. Sin embargo, serán necesarios otros estudios para confirmarlo.

**Palabras clave:** Psicología, unidades multidisciplinarias de dolor en España, profesionales de la salud.

## INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un importante problema de salud pública, tal como atestiguan los múltiples estudios epidemiológicos que se publican (1-3). En España, la prevalencia del dolor crónico en adultos se sitúa entre el 12 y el 23 %, según los estudios (1,4,5). Si bien gran parte de los pacientes con dolor crónico son atendidos por profesionales de la atención primaria o por especialistas, los pacientes atendidos en las unidades de tratamiento del dolor (UTD) son los de mayor complejidad (6). Según informan Montero y cols. (7), los pacientes que acuden a la primera visita de una UTD suelen presentar dolor crónico de larga duración (13 % con un dolor de más de diez años de duración), no oncológico (en el 96 % de los casos), sobrepeso en más de la mitad de ellos, comorbilidades (74 %), frecuentemente con ansiedad y/o depresión (53 % de los casos). En cuanto a las características socio-demográficas de estos pacientes, predominan las personas con bajo nivel formativo (65 % sin estudios o con estudios primarios) y que viven solos (27 % son solteros o viudos) (7).

Según datos de la Sociedad Española del Dolor (SED), en España hay un total de 187 UTD (8) distribuidas por todo el territorio (para una información detallada de su distribución, ver: <http://www.sedolor.es>). En el documento que regula los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad que han de cumplir las unidades multidisciplinarias de dolor, publicado en 2011 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (9), se indica que han de “estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales” (página 62). Asimismo, “debe contar con un psicólogo o psiquiatra integrado en la plantilla de la unidad o con la disponibilidad del mismo para valorar y tratar los aspectos psíquicos y psicosociales del paciente con dolor crónico” (página 63) y “debe disponer de psicólogos (...) como personal sanitario no médico integrado” (página 63) (9). El mismo documento señala que la cartera de servicios de las unidades multidisciplinarias debe incluir “intervenciones psicológicas básicas que han demostrado eficacia en estudios controlados (específicamente terapia cognitivo-conductual, biofeedback, hipnosis)” (página 65). Asimismo, el documento marco para el abordaje del dolor en el SNS (10) marca como línea

estratégica el objetivo de “promover el uso de tratamientos psicológicos especializados de eficacia demostrada y adecuados a la necesidad y complejidad de los pacientes” (página 26). Por tanto, la figura del psicólogo emerge como esencial en el adecuado tratamiento del paciente con dolor crónico en el contexto de las unidades multidisciplinares.

Aunque hace más de treinta años que existen UTD en España (11), el número de estudios que han tenido como objetivo determinar las características organizativas, tanto físicas como de personal, de las UTD resulta parcial, y no disponemos de una descripción completa de la participación de los profesionales en estas unidades, específicamente de los expertos en Psicología. Una de las primeras encuestas de las que los autores de este trabajo tienen constancia, realizada por Martínez-Zapata y cols. (12), tuvo por objetivo describir las características y la actividad asistencial de las unidades de tratamiento del dolor crónico en España. En este estudio se encuestó a 79 unidades, de las que respondieron 56. De estas, 26 fueron consideradas unidisciplinares (46 %) y 30 multidisciplinares (54 %). Asimismo, de las 56 unidades que respondieron, 20 de ellas disponían de psicólogo, cantidad que corresponde al 36 % del total (12). Un estudio posterior, realizado por Barutell (11), tuvo por objetivo conocer la situación real de las UTD de los hospitales de todas las comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, con relación a su personal, instalaciones y labor asistencial. Se obtuvieron datos de 95 unidades de dolor, de las que 80 fueron consideradas unidisciplinares (84 %) y 15 multidisciplinares (16 %). Del total de unidades que respondieron, el 37 % disponía de psicólogo, si bien con dedicación completa tan solo en el 11 % de los casos (11). Con posterioridad, González-Escalada y cols. (13) realizaron un censo de las UTD en España con el objeto de analizar su estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. En ese estudio se informa de que el 13 % de las UTD disponía de psicólogo a tiempo completo y que el 12 % disponía de este profesional a tiempo parcial (más de 10 horas a la semana y menos de 30).

Así pues, ninguno de los estudios publicados hasta la fecha permite tener una descripción del tipo de profesional de la Psicología vinculado a las UTD.

El objetivo principal de este estudio era determinar los roles de los profesionales de la Psicología que en España se dedican de forma total o parcial al estudio y tratamiento del dolor, así como su formación y actividad asistencial, investigadora y docente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional, transversal, basado en dos encuestas *online*: la primera orientada al responsable de la UTD, y la segunda al profesional de la Psi-

cología. Dada la posibilidad de que no todos los psicólogos con actividad profesional relacionada con el dolor estuviesen vinculados a UTD, y dada la ausencia de un censo de psicólogos, se optó por realizar dos tipos de envíos. El primero, dirigido a los responsables de UTD, en el que se solicitaba información sobre la unidad. En este mismo envío, y en el caso de que la unidad dispusiese de algún profesional de la Psicología, se solicitaba al responsable que facilitase la información de contacto para que el psicólogo vinculado a la unidad pudiese responder la encuesta, aunque no fuese socio de la SED. El segundo envío se realizó a todos los socios de la SED, aunque debía ser respondido solamente por profesionales de la Psicología. Ambas encuestas fueron enviadas desde la secretaría de la SED en octubre de 2014. Para facilitar el mayor número de respuestas, se realizó un segundo recordatorio. La recogida de datos finalizó en diciembre de 2015.

En la encuesta dirigida a los responsables de UTD (Anexo 1) se pedía información sobre el nivel actual de la unidad (niveles I a IV) (14), la tipología y el número de pacientes atendidos, así como el número y la especialidad de los profesionales con que contaba. Esta encuesta también solicitaba la percepción de los responsables de las UTD sobre la necesidad de contar con un profesional de la Psicología y las razones que justificaban su consideración. En la encuesta dirigida a los psicólogos se requería información sobre el ámbito y las condiciones en que realizaba su labor profesional, el tipo de actividad profesional realizada, las características de su formación, así como la realización de actividades docentes o de investigación (Anexo 2).

Se realizó un análisis descriptivo de los datos considerando las medias, desviación estándar y porcentajes de las variables estudiadas. Para determinar la existencia de posibles diferencias entre los niveles de UTD, se calculó la *t*-student para variables continuas y la Chi cuadrado para variables categóricas. Para realizar el análisis de los datos de la encuesta a los psicólogos/as se establecieron diferentes grupos según si pertenecían a UTD o no, y si ejercían de forma coordinada con una UTD o no, y se efectuaron comparaciones entre los datos de los diferentes grupos mediante estadística no paramétrica. También se determinó la *d* de Cohen (15), prueba que permite valorar el tamaño del efecto y que complementa los resultados obtenidos mediante estadística inferencial. Se considera que un valor *d* inferior a 0,2 indica un efecto pequeño, un valor de 0,5 un efecto medio y un valor de 0,8 un efecto elevado. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS.

## RESULTADOS

Se enviaron encuestas a los 187 responsables de las UTD que figuran en el directorio de la SED, obteniéndose

respuesta de 72 (39 %). Sin embargo, no se incluyeron los datos de dos de estas por carecer de información básica y no poder establecerse contacto con la persona que la había cumplimentado. Así pues, en este estudio se han procesado los datos aportados por 70 UTD.

Con respecto a las encuestas cumplimentadas por los profesionales de la Psicología, se obtuvieron 27 respuestas. De estas, dos fueron eliminadas, dado que fueron respondidas por profesionales que carecían de titulación oficial en Psicología. Finalmente, la muestra de estudio quedó formada por 25 profesionales de la Psicología.

### Características de las unidades de dolor participantes

De las 70 unidades encuestadas, la mayoría eran del nivel II (n = 29; 41 %), mientras que las de nivel I eran las menos abundantes (n = 8; 11 %), y en una proporción muy parecida en cuanto a programas unidisciplinarios (53 %) vs. multidisciplinarios (47 %) (Tabla I).

Los datos indican que hay una asociación significativa y positiva entre las características de la unidad y el número de pacientes atendidos. Así, mientras las unidades unidisciplinarias atendieron una media de 591 pacientes/año, las

**TABLA I**  
CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE DOLOR QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA

Variables	UTD unidisciplinarias		UTD multidisciplinarias	
	Nivel I (n = 8)	Nivel II (n = 29)	Nivel III (n = 19)	Nivel IV (n = 14)
Porcentaje	11,4 %	41,4 %	27,1 %	20 %
Año de creación	2002 (SD 10,4) (rango: 1990-2014)	2002 (SD 8,4) (rango: 1983-2014)	1998 (SD 9,3) (rango: 1980-2013)	1999 (SD 10,5) (rango: 1983-2015)
Pacientes nuevos/año	260 (SD 266) (rango: 50-800)	670 (SD 499) (rango: 40-2.500)	748 (SD 460) (rango: 110-2.000)	1182 (SD 723)* (rango: 300-3.000)
<i>Origen de los pacientes atendidos:</i>				
Sistema público de salud	5 (62,5 %)	25 (86,2 %)	16 (84,2 %)	13 (92,9 %)
Mutualidades privadas	2 (25 %)	7 (24,1 %)	6 (31,6 %)	1 (7,1 %)
Privados	3 (37,5 %)	4 (13,8 %)	6 (31,6 %)	3 (21,4 %)
<i>Profesionales:</i>				
Anestesiología	7 (85 %)	29 (100 %)	19 (100 %)	14 (100 %)
Rehabilitación	2 (25 %)	4 (13,8 %)	7 (36,8 %)	7 (50 %)
Traumatología	1 (12,5 %)	3 (10,3 %)	4 (21,1 %)	2 (14,3 %)
Reumatología	1 (12,5 %)	0 (0 %)	4 (21,1 %)	3 (21,4 %)
Medicina interna	0 (0 %)	3 (10,3 %)	4 (21,1 %)	0 (0 %)
Neurocirugía	0 (0 %)	1 (3,4 %)	4 (21,1 %)	4 (28,6 %)
Neurología	1 (12,5 %)	0 (0 %)	3 (15,8 %)	2 (14,3 %)
Psiquiatría	0 (0 %)	5 (17,2 %)	5 (26,3 %)	4 (28,6 %)
Oncología	1 (12,5 %)	2 (6,9 %)	2 (10,5 %)	1 (7,1 %)
Cuidados paliativos	1 (12,5 %)	2 (6,9 %)	5 (26,3 %)	2 (14,3 %)
Cirugía	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (15,8 %)	0 (0 %)
Geriatría	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (15,8 %)	0 (0 %)
Farmacología	2 (25 %)	2 (6,9 %)	2 (10,5 %)	1 (7,1 %)
Psicología	1 (12,5 %)	2 (6,9 %)	8 (42,1 %)	9 (64,3 %)
Enfermería	3 (37,5 %)	19 (65,5 %)	17 (89,5 %)	11 (78,6 %)
Fisioterapia	0 (0 %)	2 (6,9 %)	4 (21,1 %)	5 (35,7 %)
Nutrición	1 (12,5 %)	0 (0 %)	2 (10,5 %)	2 (14,3 %)
Auxiliar de enfermería	4 (50 %)	14 (48,3 %)	10 (52,6 %)	8 (57,1 %)
Otras*	1 (12,5 %)	2 (6,9 %)	7 (36,8 %)	7 (50 %)

UTD: Unidades Tratamiento del Dolor. SD: desviación estándar. \*Diferencia significativa (p < 0,05) entre UTD unidisciplinarias versus UTD multidisciplinarias.

multidisciplinares atendieron una media de 932 pacientes/año ( $t [68] = -2,559$ ;  $p < 0,05$ ). Todas las unidades atendieron en mayor proporción a pacientes del sistema público de salud, aunque no se observaron diferencias entre el tipo de unidad respecto de la procedencia de los pacientes atendidos. Tampoco respecto del año de inicio de la actividad (Tabla I).

Respecto a la presencia de profesionales de la psicología en las unidades del dolor, se encontraron diferencias significativas entre unidades unidisciplinares y multidisciplinares ( $\chi^2 = 7,829$ ;  $p < 0,01$ ). El 8 % ( $n = 3$ ) de las unidades unidisciplinares disponían de psicólogo, mientras que el 52,5 % ( $n = 17$ ) de las unidades multidisciplinares contaban con este profesional en sus equipos. Sin embargo, de las unidades que no disponían de psicólogo, el 94 % indicó que sería necesario contar con este profesional en sus equipos. La Figura 1 recoge las razones que se utilizaron para justificar esta necesidad.

#### Características formativas y laborales de los psicólogos/as participantes

La media de edad de los profesionales que contestaron a la encuesta era casi de 44 años, mayoritariamente mujeres (64 %), con una dedicación media de poco más de 8 años (Tabla II). En su formación básica predominan los licenciados en psicología. Más de la mitad dispone de la especialidad en psicología clínica (56 %) y algo menos de un tercio de los encuestados tiene el grado de doctor en Psicología (28 %). Prácticamente una tercera parte de los que respondieron refiere no tener formación específica en dolor (32 %). Respecto a las condiciones laborales de los psicólogos, mayoritariamente cuentan con un contrato de funcionario o fijo (52 %), aunque el 20 % de los participantes ejerce su actividad como profesionales autónomos o incluso como becarios (12 %) o voluntarios (8 %). Porcentualmente predominan los psicólogos integrados en uni-

dades de dolor (públicas, concertadas o privadas), seguidas por los profesionales vinculados a la universidad y por los profesionales que ejercen en otros servicios hospitalarios, pero que están en coordinación con las unidades de dolor. Un 28 % de los encuestados también ejerce en el ámbito de la consulta psicológica privada (Tabla II).

No se han encontrado diferencias significativas respecto a las características formativas y laborales entre profesionales integrados en UTD, profesionales que trabajan en coordinación con las UTD pero que no están integrados en ellas, y profesionales ni integrados ni coordinados con las UTD.

#### Dedicación profesional de los psicólogos/as participantes

Los resultados de la encuesta indican que solamente el 8 % de los que respondieron no realiza ningún tipo de tratamiento psicológico, limitándose a la realización de evaluaciones. Entre los encuestados que sí realizan tratamiento psicológico (92 %), el modelo de intervención terapéutica predominante es el cognitivo-conductual, en el que también se incluyen las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación y que es administrado por el 87 % de los psicólogos que contestaron. En orden decreciente figuran los modelos sistémicos (26 %), constructivista (17,4 %), dinámico/psicoanalítico (13 %) e integrador (4,3 %).

Los datos recogidos indican que los psicólogos integrados en UTD dedican más horas a trabajar en dolor que los psicólogos que solo están coordinados con UTDs ( $U = 12,5$ ;  $p < 0,05$ ;  $d1 = 1,45$ ) (Tabla III).

Los datos obtenidos indican que los psicólogos que no están ni integrados ni coordinados con UTD atienden a un menor número de pacientes nuevos en comparación con los psicólogos integrados en UTD ( $U = 1$ ;  $p < 0,01$ ;  $d3 = 1,19$ ) y con los que están en coordinación con las UTD ( $U = 0$ ;  $p < 0,05$ ;  $d2 = 0,78$ ). Asimismo, los psicólogos que no están

SI SU UNIDAD NO DISPONE DE PSICÓLOGO/A: ¿QUÉ RAZONES JUSTIFICAN LA PRESENCIA DE ESTE PROFESIONAL SANITARIO?	
“Presencia de elevada comorbilidad psicopatológica en pacientes con dolor crónico”	“Necesidad de evaluar y tratar a los pacientes con dolor crónico y psicopatología atendidos en la unidad”
“Mayor especialización de los psicólogos vinculados a unidades de dolor”	“Necesidad de evaluar psicológicamente a los candidatos de determinados procedimientos”
“Importancia de tratar determinados aspectos psicológicos vinculados a la afectación y evolución del dolor crónico”	“Eficacia de los tratamientos psicológicos en determinadas patologías dolorosas”
“Eficacia de los tratamientos multidisciplinares en dolor crónico”	

Fig. 1. Razones para justificar la presencia de psicólogo/a en la Unidad.

**TABLA II**  
**CARACTERÍSTICAS FORMATIVAS Y LABORABLES DE LOS PSICÓLOGOS/AS PARTICIPANTES**

Variables	Grupos			
	Miembro UTD (n = 15)	No miembro UTD (n = 10)		Total (n = 25)
		Coordinado con UTD (n = 6)	Sin coordinar con UTD (n = 4)	
Miembro de la SED	6 (40 %)	2 (33 %)	3 (75 %)	11 (44 %)
Edad	43,1 (SD 11,3) (rango: 22-58)	46,2 (SD 11,9) (rango: 27-57)	43,5 (SD 17) (rango: 28-67)	43,9 (SD 11,9) (rango: 22-67)
Sexo:				
Hombre	5 (33 %)	3 (50 %)	1 (25 %)	9 (36 %)
Mujer	10 (67 %)	3 (50 %)	3 (75 %)	16 (64 %)
Años de dedicación profesional al dolor	7,3 (SD 5,8) (rango: 1-18)	8,7 (SD 9,5) (rango: 1-25)	10,2 (SD 8,7) (rango: 2-20)	8,1 (SD 7) (rango: 1-25)
Titulación académica:				
Grado en Psicología	3 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (12 %)
Licenciatura en Psicología	12 (80 %)	6 (100 %)	4 (100 %)	22 (88 %)
Máster en Psicología Clínica y Salud	2 (13 %)	2 (33 %)	1 (25 %)	5 (20 %)
Especialista en Psicología Clínica	9 (60 %)	4 (67 %)	1 (25 %)	14 (56 %)
Doctorado en Psicología	3 (20 %)	2 (33 %)	2 (50 %)	7 (28 %)
Otros	9 (60 %)	4 (67 %)	2 (50 %)	15 (60 %)
Formación específica en dolor:				
Sí	11 (73 %)	3 (50 %)	3 (75 %)	17 (68 %)
No	4 (27 %)	3 (50 %)	1 (25 %)	8 (32 %)
Condiciones laborales:				
Funcionario/laboral fijo	7 (47 %)	6 (100 %)	0 (0 %)	13 (52 %)
Interino/eventual	2 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
Profesional autónomo	3 (20 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	5 (20 %)
Becario	1 (7 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	3 (12 %)
Voluntario	2 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
Lugar donde desempeña sus funciones:				
UTD pública/concertada	12 (80 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	12 (48 %)
UTD privada	3 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (12 %)
Hospital público/concertado en coordinación con UTD	0 (0 %)	5 (83 %)	0 (0 %)	5 (20 %)
Hospital privado en coordinación con UTD	0 (0 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	1 (4 %)
Centro salud mental	1 (6,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (4 %)
ABS/CAP	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Consulta de Psicología en centro EEMM	1 (7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (4 %)
Consulta privada de Psicología	4 (27 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	6 (24 %)
Universidad	2 (13 %)	2 (33 %)	3 (75 %)	7 (28 %)

SED: Sociedad Española del Dolor. UTD: unidad de tratamiento del dolor. ABS: Área Básica de Salud. CAP: Centro de Atención Primaria. EEMM: especialidades médicas.

**TABLA III**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA DEDICACIÓN PROFESIONAL DE LOS PARTICIPANTES**

Variables	Grupos			
	Miembro UTD (n = 15)	No miembro UTD (n = 10)		Total (n = 25)
		Coordinados con UTD (n = 6)	Sin coordinar con UTD (n = 4)	
Horas/semana	23,3 (SD 13,1) (rango: 3-40) d1 = 1,45	8,8 (SD 5,1) (rango: 4-16) d2 = 0,61	16,7 (SD 17,3) (rango: 3-40) d3 = 0,43	19,0 (SD 13,5) (rango: 3-40)
<i>Actividades asistenciales:</i>				
0 %	0 %	1 (16,7 %)	2 (50 %)	1 (4 %)
1 a 25 %	0 %	1 (16,7 %)	1 (25 %)	4 (16 %)
26 a 50 %	0 %	0 %	0 (0 %)	0 (0 %)
51 a 75 %	4 (28,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (20 %)
76 a 100 %	10 (71,4 %)	4 (66,6 %)	1 (25 %)	15 (60 %)
<i>Actividades de investigación:</i>				
0 %	2 (13,3 %)	2 (33,3 %)	1 (25 %)	5 (20 %)
1 a 25 %	12 (87,7 %)	3 (50 %)	1 (25 %)	17 (68 %)
26 a 50 %	0 %	0 %	0 (0 %)	0 (0 %)
51 a 75 %	0 %	0 %	0 (0 %)	0 (0 %)
76 a 100 %	0 %	1 (16,7 %)	2 (50 %)	3 (12 %)
<i>Actividades de docencia:</i>				
0 %	7 (50 %)	4 (66,6 %)	2 (50 %)	14 (56 %)
1 a 25 %	7 (50 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	9 (36 %)
26 a 50 %	0 %	1 (16,7 %)	1 (25 %)	2 (8 %)
<i>Actividades de gestión:</i>				
0 %	8 (53,3 %)	2 (33,3 %)	4 (100 %)	15 (60 %)
1 a 25 %	7 (46,7 %)	3 (50 %)	0 %	10 (40 %)
26 a 50 %	0 %	1 (16,7 %)	0 %	0 (0 %)
Primeras visitas / año	211,4 (SD 232,8) (rango: 30-850) d1 = 1,25	50 (SD 10) (rango: 40-60) d2 = 0,78	14,5 (SD 13,8) (rango: 0-33) d3 = 1,19	144,5 (SD 203,4) (rango: 0-850)
Visitas sucesivas / año	491,4 (SD 483,9) (rango: 3-1500) d1 = 1,22	66,7 (SD 76,4) (rango: 0-150) d2 = 0,38	155 (SD 171,6) (rango: 0-400) d3 = 1,31	353,5 (SD 428,7) (rango: 0-1.500)
Sesiones grupo / año	20,7 (SD 23,2) (rango: 0-72) d1 = 0,60	30,7 (SD 19) (rango: 12-50) d2 = NV	0 (rango: 0-0) d3 = NV	17,9 (SD 21,7) (rango: 0-72)

UTD: unidad de tratamiento del dolor. SD: desviación estándar. NV: no valorable. d = diferencia estandarizada Cohen. Tamaño del efecto: d = 0,2-0,5 pequeño; d = 0,5-0,8 medio; d > 0,8 grande. d1 = diferencia estandarizada de Cohen entre miembro UTD y coordinado con UTD. d2 = diferencia estandarizada de Cohen entre miembro UTD y no coordinado con UTD. d3 = diferencia estandarizada de Cohen entre sí coordinado UTD y no coordinado con UTD.

ni integrados ni coordinados en UTD realizan un menor número de sesiones de terapia grupal en comparación con los psicólogos integrados en UTD ( $U = 8$ ;  $p < 0,05$ ) y con los que trabajan coordinados con UTD ( $U = 0$ ;  $p < 0,05$ ) (Tabla III).

Cuando se comparan psicólogos vinculados a UTD y psicólogos coordinados con UTD no se obtienen diferencias significativas en número de pacientes nuevos atendidos, visitas sucesivas o sesiones de grupo realizadas cuando los datos son analizados mediante estadística infe-

rencial. Sin embargo, al analizar los datos mediante la *d* de Cohen, se observa que el tamaño del efecto es grande al comparar el número de pacientes nuevos atendidos ( $d = 1,25$ ) y el número de visitas sucesivas  $d = 1,22$ ) (Tabla III). La relación entre pacientes nuevos/visitas sucesivas es de 1/2,3 en los psicólogos integrados en UTD, de 1/2,3 en los que trabaja coordinados con las UTD y de 1/10,5 en los que trabajan ni integrados ni coordinados con las UTD.

Con respecto a los porcentajes de dedicación, el 80 % de los participantes informan dedicar más de la mitad de su tiempo a actividades asistenciales, y aunque el 80 % también dedica parte de su tiempo a la investigación, su dedicación es escasa. Menos de la mitad de los psicólogos realiza funciones docentes y menos aún se encargan de funciones de gestión (Tabla III). Si comparamos las tres categorías de profesionales, solo se han encontrado diferencias significativas en el porcentaje dedicado a tareas asistenciales entre psicólogos integrados en UTD y psicólogos que no están ni integrados ni coordinados con UTD ( $U = 2$ ;  $p < 0,01$ ). En concreto, los datos indican que tres de cada cuatro profesionales integrados en UTD dedican más del 75 % de su tiempo a tareas asistenciales. Estos mismos profesionales dedican menos del 25 % de su tiempo a tareas de investigación y la mitad no realiza tareas de docencia ni de gestión. Respecto a los profesionales coordinados con las UTD, un tercio de ellos dedica menos del 25 % de su tiempo a tareas asistenciales, dos tercios dedican más del 25 % de su tiempo a tareas de investigación, seis de cada diez no imparte docencia y uno de cada tres no realiza tareas de gestión. Finalmente, entre los psicólogos ni integrados ni coordinados con UTD, la mitad no realiza tareas asistenciales, dos de cada cuatro dedican más del 75 % de su tiempo a la investigación, la mitad de ellos no imparte docencia y ninguno de ellos realiza tareas de gestión (Tabla III).

### **Producción científica de los psicólogos/as participantes**

Con respecto a la producción científica de los últimos cinco años, hubo cuatro encuestados que no respondieron a este apartado. No obstante, también han sido considerados en la obtención de los porcentajes (Tabla IV). Los datos indican que un tercio de los psicólogos/as han participado en proyectos competitivos como investigador principal y que casi la mitad lo han hecho como investigador colaborador. Prácticamente seis de cada diez han participado como autor/co-autor en publicaciones científicas. De estas publicaciones, en un tercio de ellas el psicólogo ha sido el primer autor. Uno de cada cinco ha participado en publicaciones catalogadas en Journal Citation Reports (JCR). Entre las publicaciones JCR, un 16 % de los encuestados ha figurado como primer autor. Finalmente, en torno a la mitad de los encuestados ha

participado en comunicaciones nacionales y/o internacionales (Tabla IV).

### **Características de la docencia impartida por los psicólogos/as participantes**

Cuatro de cada diez han realizado algún libro como autor principal o como coordinador, y un porcentaje algo inferior ha participado en la elaboración de capítulos de libros. Respecto a la docencia impartida, se observa que la mitad de los que respondieron han impartido docencia vinculada al dolor en el ámbito universitario, que uno de cada cuatro lo ha hecho en el ámbito de los colegios profesionales y que cuatro de cada diez ha realizado divulgación en el ámbito de las asociaciones (Tabla V).

### **DISCUSIÓN**

El objetivo de este trabajo era determinar los roles de los profesionales de la Psicología que en España se dedican de forma total o parcial al estudio y tratamiento del dolor, así como su formación y actividad asistencial, investigadora y docente.

Se han computado un total de 70 respuestas válidas a la encuesta sobre las UTD, esto es, un 37 % de las posibles. Los resultados indican que el 29 % de estas UTD disponen de psicólogo en su equipo profesional, resultados muy parecidos a los que recoge el trabajo de González-Escalada y cols. (13), que informa de un 26 %. Trabajos anteriores de Martínez-Zapata y cols. (12) y de Barutell (11) señalan índices del 36 y 37 % respectivamente, superiores a los obtenidos en nuestro estudio. No obstante, cabe remarcar que este 29 % de psicólogos que hemos obtenido en nuestro estudio incluye también a las unidades de nivel I y II, que son en principio unidisciplinarias. Ahora bien, cuando consideramos exclusivamente al conjunto de las unidades consideradas multidisciplinarias, el porcentaje de UTD que disponen de profesional de la Psicología asciende al 51 %. Sin embargo, y aunque esta proporción es más elevada, sigue por debajo de lo que debería esperarse según los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (9), y sigue muy alejado de lo que se informa en países como Canadá o Australia, 68 y 91 % respectivamente (16,17). También cabe remarcar que más del 90 % de los responsables de UTD que no disponen de psicólogo respondieron que este profesional es necesario en los equipos multidisciplinarios.

Los resultados de la encuesta a los profesionales muestran que se trata mayoritariamente de mujeres (60 %), con una edad media de poco más de 43 años y con una dedicación media alrededor de los 8 años; mayoritariamente con una licenciatura en Psicología, aunque la mitad de los par-



**TABLA IV**  
**PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS PARTICIPANTES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.**

Variables	Grupos			
	Miembro UTD (n = 15)	No miembro UTD (n = 10)		Total (n = 25)
		Coordinados con UTD (n = 6)	Sin coordinar con UTD (n = 4)	
<i>Proyectos competitivos: IP</i>	1,1 (SD 1,7)	5,3 (SD 5,8)	0,2 (SD 0,5)	1,5 (SD 2,8)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	9 (60 %)	0 (0 %)	3 (75 %)	12 (48 %)
1 a 5	5 (33,3 %)	2 (33,3 %)	1 (25 %)	8 (32 %)
6 a 10	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Más de 10	0 (0 %)	1 (16,7 %)	0 (0 %)	1 (4 %)
<i>Proyectos competitivos: IC</i>	2,0 (SD 3,0)	1,0 (SD 1,0)	0,5 (SD 0,6)	1,6 (SD 2,6)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	6 (40 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	9 (36 %)
1 a 5	6 (40 %)	2 (33,3 %)	2 (50 %)	10 (40 %)
6 a 10	2 (13,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
<i>Revistas científicas: autor/coautor</i>	1,8 (SD 2,4)	21,3 (SD 22,3)	2,7 (SD 2,5)	4,8 (SD 10,1)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	8 (53,3 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	9 (36 %)
1 a 5	4 (26,7 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	7 (28 %)
6 a 10	2 (13,3 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	3 (12 %)
Más de 10	0 (0 %)	2 (33,3 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
<i>Revistas científicas: primer autor</i>	0,9 (SD 1,5)	3,0 (SD 4,2)	1,0 (SD 1,4)	1,1 (SD 1,8)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	9 (60 %)	2 (33,3 %)	2 (50 %)	13 (52 %)
1 a 5	5 (33,3 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	8 (32 %)
<i>Revistas catalogadas en JCR</i>	0,6 (SD 1,6)	16,3 (SD 24,9)	1,3 (SD 2,3)	3,1 (SD 10,0)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	9 (80 %)	1 (16,7 %)	3 (75 %)	16 (64 %)
1 a 5	5 (33,3 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	7 (28 %)
6 a 10	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Más de 10	0 (0 %)	1 (16,7 %)	0 (0 %)	1 (4 %)
<i>Comunicaciones internacionales</i>	2,6 (SD 5,3)	13,0 (SD 15,4)	2,2 (SD 3,9)	4,0 (SD 7,7)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	8 (53,3 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	11 (44 %)
1 a 5	5 (33,3 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	6 (24 %)
6 a 10	0 (0 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	2 (8 %)
Más de 10	1 (6,7 %)	1 (16,7 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
<i>Comunicaciones nacionales</i>	6,1 (SD 12,9)	19,0 (SD 26,9)	1,7 (SD 2,9)	6,5 (SD 13,2)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	4 (16 %)
Ninguno	6 (40 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	9 (36 %)
1 a 5	5 (33,3 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	7 (28 %)
6 a 10	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	1 (4 %)
Más de 10	3 (20 %)	1 (16,7 %)	0 (0 %)	4 (16 %)

Los valores están expresados en media y desviación estándar, así como en número y porcentaje para los intervalos. UTD: unidad de tratamiento del dolor. SD: desviación estándar. IP: investigador principal. IC: investigador colaborador. JCR: journal citation reports.

**TABLA V**  
DOCENCIA Y ACTIVIDADES DE DIVULGACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Variables	Grupos			
	Miembro UTD (n = 15)	NO MIEMBRO UTD (n = 10)		Total (n = 25)
		Coordinados con UTD (n = 6)	Sin coordinar con UTD (n = 4)	
<i>Libros (autor/coordinador):</i>	0,5 (SD 0,6)	1,7 (SD 1,5)	1,0 (SD 1,0)	0,7 (SD 0,9)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	1 (25 %)	5 (20 %)
Ninguno	8 (57,1 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	10 (40 %)
1 a 5	6 (42,9 %)	2 (33,3 %)	2 (50 %)	10 (40 %)
<i>Capítulos de libros:</i>	1,2 (SD 2,1)	3,3 (SD 3,5)	0,7 (SD 0,6)	1,4 (SD 2,2)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	1 (25 %)	5 (20 %)
Ninguno	9 (64,3 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	11 (44 %)
1 a 5	4 (28,6 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	7 (28 %)
6 a 10	1 (7,1 %)	1 (16,7 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
<i>Docencia universitaria:</i>	6,2 (SD 9,7)	9,5 (SD 9,5)	2,7 (SD 2,3)	6,3 (SD 8,9)
No responde	1 (6,7 %)	2 (33,3 %)	1 (25 %)	4 (16 %)
Ninguno	6 (42,8 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	8 (32 %)
1 a 5	3 (21,5 %)	1 (16,7 %)	2 (50 %)	6 (24 %)
6 a 10	5 (35,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (20 %)
Más de 10	0 (0 %)	2 (33,3 %)	0 (0 %)	2 (8 %)
<i>Docencia en colegios profesionales:</i>	0,6 (SD 1,3)	0,7 (SD 1,1)	0,3 (SD 0,6)	0,5 (SD 1,2)
No responde	1 (6,7 %)	3 (50 %)	1 (25 %)	5 (20 %)
Ninguno	10 (71,4 %)	2 (33,3 %)	2 (50 %)	14 (56 %)
1 a 5	4 (28,6 %)	1 (16,7 %)	1 (25 %)	6 (24 %)
<i>Divulgación en asociaciones:</i>	2,6 (SD 5,3)	0,5 (SD 0,7)	0 (SD 0)	1,9 (SD 4,6)
No responde	1 (6,7 %)	4 (66,7 %)	1 (25 %)	6 (24 %)
Ninguno	6 (42,9 %)	1 (16,6 %)	3 (75 %)	10 (40 %)
1 a 5	7 (50 %)	1 (16,6 %)	0 (0 %)	8 (32 %)
6 a 10	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Más de 10	1 (7,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (4 %)

Los valores están expresados en media y desviación estándar, así como en número y porcentaje para los intervalos. UTD: unidad de tratamiento del dolor. SD: desviación estándar.

Los participantes cuentan con estudios de máster y/o de doctorado. Entre los que trabajan integrados en UTD o en coordinación con las UTD, más de la mitad tienen la especialidad en psicología clínica. Casi un tercio de los encuestados carece de una formación específica en dolor. Sin embargo, entre los que trabajan integrados en una UTD, tres de cada cuatro sí tienen esta formación. La misma proporción existe entre los que no están ni integrados ni coordinados con UTD.

Respecto a las condiciones laborales en las que desarrollan su actividad profesional, es interesante destacar algunas características diferenciales de los grupos. Todos los que trabajan en coordinación con UTD tienen condiciones

laborales estables (funcionarios o laborales fijos). Entre los que ni están integrados en UTD ni en coordinación con ellas, o bien son autónomos, o bien son becarios. En cuanto a los psicólogos/as integrados en UTD, se observa mayor disparidad. La mitad tiene condiciones laborales estables (funcionarios o laborales fijos) y uno de cada diez es interino o eventual. Sin embargo, más de dos tercios de ellos tienen condiciones poco estables, sea como profesional autónomo, becario vinculado a algún proyecto de investigación o voluntario. Es de suponer que esta disparidad laboral entre los propios psicólogos/as integrados en las UTD constituye un reflejo de la dificultad, incluso organi-

zativa y de captación de recursos, que puede condicionar la integración de este profesional en la estructura de las UTD.

Con respecto a la dedicación profesional, se constata que la mayoría de los psicólogos/as realiza alguna forma de tratamiento psicológico (92 %), siendo el modelo preponderante de intervención el cognitivo-conductual. Sorprende, no obstante, que haya profesionales que aún siguen sin participar del tratamiento de los pacientes con dolor crónico o que utilicen formas de intervención que no han demostrado su eficacia, o que se demuestran menos eficaces que otras.

Los psicólogos/as integrados en UTD dedican más horas que los coordinados con UTD en trabajar en dolor. También atienden a un mayor número de pacientes, tanto de primeras visitas como de visitas sucesivas, como puede concluirse al interpretar el tamaño del efecto. En cambio, los psicólogos/as integrados en UTD no realizan más sesiones de terapia en grupo que los psicólogos/as coordinados con las UTD. En cuanto a los psicólogos/as que no están ni integrados ni coordinados con las UTD, se puede observar que atienden a un menor número de pacientes y que no realizan terapias de grupo. Además, su ratio entre primeras visitas/visitas sucesivas es muy superior a la de los otros dos grupos.

La dedicación profesional de los psicólogos/as también varía en función de su ubicación laboral. El perfil de los psicólogos/as integrados en UTD nos indica que todos ellos dedican una gran parte de su tiempo a la asistencia, que nueve de cada diez se dedica a la investigación en una pequeña proporción y que la mitad imparte docencia. Entre los psicólogos/as coordinados con las UTD se observa que un tercio de ellos no realiza asistencia o la realiza en mucha menor medida, que dos tercios de ellos realiza investigación y que más de la mitad no imparte docencia. Finalmente, entre los psicólogos/as ni integrados ni coordinados con las UTD aparecen dos perfiles diferenciados con respecto a la realización de tareas asistenciales, de investigación y de docencia. La mitad no realiza asistencia, la mitad dedica más del 75 % de su tiempo a la investigación y la mitad no imparte docencia.

La mitad de los psicólogos/as ha participado como investigador principal (IP) en proyectos de investigación obtenidos en convocatorias competitivas, así como autor o coautor en publicaciones científicas. Además, uno de cada cinco ha publicado en revistas catalogadas en el Journal Citation Reports y en torno a la mitad ha participado en la presentación de comunicaciones científicas en congresos nacionales o internacionales. Asimismo, un tercio de los psicólogos/as ha participado como autor en libros o capítulos de libros.

La actividad docente también merece destacarse en su conjunto, aunque aparecen ligeras diferencias en función de los grupos. En cualquiera de los grupos se constata que la mitad de los psicólogos/as ha realizado docencia a nivel universitario y que uno de cada cuatro la ha realizado en colegios profesionales. En cuanto a la divulgación en asociaciones, más de la mitad de los integrados en UTD ha

impartido formación en ese contexto y entre los coordinados con las UTD, casi dos de cada diez.

Este trabajo no está exento de limitaciones que deben ser consideradas en el momento de interpretar sus resultados. El principal problema de este estudio es el número de participantes. En efecto, solo 25 profesionales y 70 coordinadores de UTD (37 %) han contestado a las preguntas que se les proponían. Si bien el número de respuestas puede ser homologable a lo que suele suceder en este tipo de trabajos, es bajo; más aún, no sabemos si los participantes son representativos del conjunto de profesionales de la Psicología y de las UTD que existen en España. Nuestros datos no permiten realizar comparaciones entre aquellos que han participado y los que no, y no es posible certificar si los que han participado están significativamente mejor (o peor) que el conjunto. Dado que la información que aquí presentamos es parecida a la de estudios anteriores, al menos en algunas de las variables estudiadas, cabría pensar que estos detalles sean indicativos de la validez de la información que presentamos, aunque serán necesarios otros estudios para confirmarlo.

Sea como sea, los resultados de este trabajo reflejan que un porcentaje relevante de profesionales (32 %) no ha recibido formación específica, y es de suponer que la formación y los conocimientos se han adquirido mientras trabajaban en el puesto que ahora desempeñan. Y otro asunto que merece especial mención es que hay profesionales (13 %) que utilizan formas de intervención que bien no han demostrado su eficacia o bien que resultan en peores resultados que otras conocidas y actualmente disponibles (18). Si la falta de formación es responsable o no de esta práctica es algo que no podemos establecer con los datos de estudio. En cualquier caso, sí sería importante identificar por qué sucede esto, inaceptable en el ejercicio de otras profesiones, y explorar vías para aumentar el uso de estrategias empíricamente contrastadas.

Ya que hay profesionales que informan ejercer sin haber recibido formación específica, también sería de interés que futuros estudios pudieran determinar qué es mejor para garantizar la eficacia de los profesionales, si la formación específica o la experiencia clínica, si ambas dan lugar a resultados parecidos o si se produce alguna forma de sinergia. Si se demostrase que los profesionales que dicen que no han recibido ninguna formación específica son menos eficaces que los que sí, estos datos cuestionarían la práctica de incorporar profesionales sin formación específica, a pesar de que cumplan con la normativa de titulación exigida (especialistas en Psicología clínica), y plantearían una exigencia: promover acciones específicas de formación sobre la evaluación y tratamiento de las personas con dolor crónico, sea desde las sociedades profesionales o desde los colegios profesionales, o de ambos.

Este estudio se ha limitado a informar de la situación de las unidades y de los profesionales que trabajan en el ámbito del

dolor. Nada se ha dicho sobre la atención psicológica que reciben poblaciones específicas de pacientes con dolor crónico, como la población infantil y juvenil o la población geriátrica y de cómo se atienden sus necesidades y las de sus familiares. Una necesidad que deberán atender futuros trabajos.

### AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer la colaboración de todos los participantes en la encuesta y de la ayuda proporcionada por la Sociedad Española del Dolor para identificar las UTD que hay en España. Asimismo, al Observatorio

del Dolor-Cátedra Externa del Dolor, de la Universidad de Cádiz-Fundación Grünenthal por su inestimable colaboración al hacer posible la recogida de los datos.

El trabajo de JM es posible gracias, en parte, a las ayudas de la Obra Social de La Caixa, del Vicerectorado de investigación de la Universidad Rovira i Virgili, del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2015-70966-P), de la ayuda de la Institució Catalana de Recerca i Estudis Avançats (ICREA-Acadèmia) y de la Fundació Grünenthal.

El trabajo de BO es posible gracias, en parte, al apoyo de la Beca a la Investigación de la Fundación Española del Dolor (FED).

### ANEXO I ENCUESTA RESPONSABLE UNIDAD DE DOLOR

1. Indique su nombre y apellidos																					
2. Indique un correo electrónico de contacto																					
3. Año en el que inició su actividad en la Unidad de Dolor Año:																					
4. Nivel actual de la Unidad I II III IV																					
5. Señale el tipo de pacientes que atiende la Unidad. Puede marcar varias opciones. Otro (especifique): Atiende pacientes del sistema público de salud: Atiende pacientes de mutualidades privadas: Atiende pacientes privados:																					
6. Número de pacientes nuevos tratados al año Indique aquí el número:																					
7. Marque todas las especialidades médicas y sanitarias que incluya su Unidad de Dolor: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">– Anestesiología</td> <td style="width: 33%;">– Psiquiatría</td> <td style="width: 33%;">– Enfermería</td> </tr> <tr> <td>– Rehabilitación</td> <td>– Oncología</td> <td>– Fisioterapia</td> </tr> <tr> <td>– Traumatología</td> <td>– Cuidados paliativos</td> <td>– Nutrición</td> </tr> <tr> <td>– Reumatología</td> <td>– Cirugía</td> <td>– Auxiliar de enfermería</td> </tr> <tr> <td>– Medicina interna</td> <td>– Geriátrica</td> <td>– Otra especialidad (especifique)</td> </tr> <tr> <td>– Neurocirugía</td> <td>– Farmacología</td> <td></td> </tr> <tr> <td>– Neurología</td> <td>– Psicología</td> <td></td> </tr> </table>	– Anestesiología	– Psiquiatría	– Enfermería	– Rehabilitación	– Oncología	– Fisioterapia	– Traumatología	– Cuidados paliativos	– Nutrición	– Reumatología	– Cirugía	– Auxiliar de enfermería	– Medicina interna	– Geriátrica	– Otra especialidad (especifique)	– Neurocirugía	– Farmacología		– Neurología	– Psicología	
– Anestesiología	– Psiquiatría	– Enfermería																			
– Rehabilitación	– Oncología	– Fisioterapia																			
– Traumatología	– Cuidados paliativos	– Nutrición																			
– Reumatología	– Cirugía	– Auxiliar de enfermería																			
– Medicina interna	– Geriátrica	– Otra especialidad (especifique)																			
– Neurocirugía	– Farmacología																				
– Neurología	– Psicología																				
8. Según lo marcado en la respuesta anterior, si su Unidad de Dolor no cuenta con ningún psicólogo en este momento, ¿cree que sería necesario contar con este profesional sanitario? Razone los motivos de su respuesta																					
9. Indique el número de profesionales de cada especialidad en la Unidad de Dolor. Escriba 0 cuando no exista ningún profesional en dicha especialidad. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">– Anestesiología</td> <td style="width: 33%;">– Psiquiatría</td> <td style="width: 33%;">– Enfermería</td> </tr> <tr> <td>– Rehabilitación</td> <td>– Oncología</td> <td>– Fisioterapia</td> </tr> <tr> <td>– Traumatología</td> <td>– Cuidados paliativos</td> <td>– Nutrición</td> </tr> <tr> <td>– Reumatología</td> <td>– Cirugía</td> <td>– Auxiliar de enfermería</td> </tr> <tr> <td>– Medicina interna</td> <td>– Geriátrica</td> <td>– Otra especialidad</td> </tr> <tr> <td>– Neurocirugía</td> <td>– Farmacología</td> <td></td> </tr> <tr> <td>– Neurología</td> <td>– Psicología</td> <td></td> </tr> </table>	– Anestesiología	– Psiquiatría	– Enfermería	– Rehabilitación	– Oncología	– Fisioterapia	– Traumatología	– Cuidados paliativos	– Nutrición	– Reumatología	– Cirugía	– Auxiliar de enfermería	– Medicina interna	– Geriátrica	– Otra especialidad	– Neurocirugía	– Farmacología		– Neurología	– Psicología	
– Anestesiología	– Psiquiatría	– Enfermería																			
– Rehabilitación	– Oncología	– Fisioterapia																			
– Traumatología	– Cuidados paliativos	– Nutrición																			
– Reumatología	– Cirugía	– Auxiliar de enfermería																			
– Medicina interna	– Geriátrica	– Otra especialidad																			
– Neurocirugía	– Farmacología																				
– Neurología	– Psicología																				

**ANEXO II**  
**ENCUESTA PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA**

1. Indique su nombre y apellidos	
2. Indique un correo electrónico de contacto	
3. ¿Es usted miembro de la Sociedad Española del Dolor? Sí No	
4. Por favor, indíquenos su edad Edad:	
5. Sexo: Hombre Mujer	
6. Titulación académica (señalar todas las que correspondan):	
– Grado en Psicología	– Psicólogo/a especialista en Psicología Clínica
– Licenciatura en Psicología	– Doctorado en Psicología
– Máster en Psicología Clínica y de la Salud	– Otras titulaciones (especifique)
7. Señale, donde proceda, el año de finalización de la titulación académica:	
– Grado en Psicología	– Psicólogo/a especialista en Psicología Clínica
– Licenciatura en Psicología	– Doctorado en Psicología
– Máster en Psicología Clínica y de la Salud	– Otras titulaciones
– Otros másteres	
8. ¿Ha recibido formación específica en el ámbito de la psicología y el dolor dentro de algún programa formativo? Marque todo lo que corresponda.	
– Sí, a otro nivel (especifique)	– Sí, a nivel de postgrado
– No he recibido formación específica	– Sí, a nivel de máster
– Sí, a nivel de grado o licenciatura	– Sí, a nivel de doctorado
9. ¿Cuántos años hace que se dedica profesionalmente, como psicólogo/a, al ámbito del dolor? Número de años:	
10. ¿En qué condiciones laborales realiza su actividad como psicólogo/a en el ámbito del dolor?:	
– Funcionario/a o contrato laboral fijo	– Becario/a
– Interino/a o contrato laboral eventual	– Voluntario/a
– Profesional autónomo	– Otra (especifique)
11. Indique el lugar en el que actualmente desempeña su labor como psicólogo. Marque todo lo que corresponda:	
– Otro (incluya asociaciones con su nombre completo o cualquier otro lugar no incluido entre las respuestas anteriores)	– Hospital privado en coordinación con Unidad de Dolor
– Unidad de Dolor pública o concertada	– Centro de Salud Mental
– Unidad de Dolor privada	– Centro de Asistencia Primaria o Área Básica de Salud
– Hospital público o concertado en coordinación con Unidad de Dolor	– Consulta psicológica en centro privado de especialidades médicas
	– Consulta psicológica privada
	– Universidad
12. Indique las horas semanales que dedica como psicólogo en los lugares donde desarrolla su actividad profesional:	
– Unidad de Dolor pública o concertada	– Centro de Asistencia Primaria o Área Básica de Salud
– Unidad de Dolor privada	– Consulta psicológica en centro privado de especialidades médicas
– Hospital público o concertado en coordinación con Unidad de Dolor	– Consulta psicológica privada
– Hospital privado en coordinación con Unidad de Dolor	– Universidad
– Centro de Salud Mental	– Otro

*(Continúa en la página siguiente)*

<p>13. Indique los años de dedicación como psicólogo en los lugares donde desarrolla su actividad profesional:</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Dolor pública o concertada</li> <li>- Unidad de Dolor privada</li> <li>- Hospital público o concertado en coordinación con Unidad de Dolor</li> <li>- Hospital privado en coordinación con Unidad de Dolor</li> <li>- Centro de Salud Mental</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Asistencia Primaria o Área Básica de Salud</li> <li>- Consulta psicológica en centro privado de especialidades médicas</li> <li>- Consulta psicológica privada</li> <li>- Universidad</li> <li>- Otro</li> </ul>		
<p>14. De las horas semanales que dedica profesionalmente a la psicología, ¿cuántas dedica específicamente a actividades relacionadas con el dolor en sus diversos ámbitos? Incluya en el cómputo las horas dedicadas a:</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia</li> <li>- Investigación</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Docencia</li> <li>- Gestión u otras actividades relacionadas con el dolor</li> </ul>		
<p>15. Del total de horas semanales dedicadas como psicólogo/a al ámbito del dolor, indique el porcentaje que representa cada una de estas actividades. Por favor, escriba la cifra sin el símbolo “%”, escriba un 0 junto a las actividades que no realice y verifique que la suma total es 100.</p>				
Asistencia	Investigación	Docencia	Gestión	Otro
<p>16. Asistencia. Por favor, indique el número aproximado de...</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes nuevos evaluados y/o tratados al año</li> <li>- Visitas sucesivas individuales realizadas al año</li> <li>- Sesiones de terapia grupal realizadas al año</li> </ul>				
<p>17. Asistencia. Por favor, indique el modelo de intervención terapéutico que utiliza principalmente:</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No realizo intervención terapéutica</li> <li>- Cognitivo-conductual</li> <li>- Sistémico</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constructivista</li> <li>- Psicodinámico</li> <li>- Otro (especifique)</li> </ul>		
<p>18. Investigación (últimos 5 años). Por favor, indique el número de...</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyectos de investigación en los que ha participado como investigador principal</li> <li>- Proyectos de investigación en los que ha participado como investigador colaborador</li> <li>- Publicaciones en las que ha participado como autor o coautor</li> <li>- Del total de publicaciones, ¿en cuántas ha sido el primer autor?</li> <li>- Del total de publicaciones, ¿cuántas están indexadas en ISI Web of Knowledge?</li> <li>- De estas publicaciones ISI, ¿en cuántas ha sido el primer autor?</li> <li>- Indique la suma del Factor de Impacto de sus publicaciones (utilice el punto como separador decimal)</li> <li>- Comunicaciones en congresos internacionales</li> <li>- Comunicaciones en congresos nacionales</li> </ul>				
<p>19. Docencia impartida (últimos 5 años). Por favor indique el número de...</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libros publicados</li> <li>- Capítulos de libros publicados</li> <li>- Cursos/seminarios/talleres sobre temas relacionados con el dolor en másteres/postgrados universitarios</li> <li>- Cursos/seminarios/talleres sobre temas relacionados con el dolor en colegios profesionales</li> </ul>				

## BIBLIOGRAFÍA

1. Breivik H, Collett B, Ventafrida V, Cohen R, Gallachen D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10(4):287-333.
2. Huguet A, Miró J. The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study. *J Pain* 2008;9(3):226-36.
3. Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: a prevalence study in the mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain* 2007;11(1):83-92.
4. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina J, de Andrés J, González-Escalada Castellón JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Economics* 2011;14(3):367-80. DOI: 10.3111/13696998.2011.583303.
5. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6(2):133-40.
6. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21(1):16-22.

7. Montero Matamala A, Samper Bernal D, Vidal Fuentes J, Rodríguez Dintén MJ, Jiménez Cosmes L. Estudio para evaluar el perfil del paciente que acude en primera visita a Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles (Estudio PANDHORA). *Rev Soc Esp Dolor* 2011;18(4):219-27.
8. <http://www.sedolor.es> (recogido 15 julio 2016)
9. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
10. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Documento marco para el abordaje del dolor en el SNS. Plan de Implementación. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad; 2014.
11. De Barutell C. Unidades de dolor en España. Encuesta SED día del dolor 2007. *Rev Soc Esp Dolor* 2009;16(8):421-8.
12. Martínez-Zapata MJ, Català E, Rigola M. Análisis descriptivo en el año 2001 de la Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico en España. *Rev Esp Anest Reanim* 2005;52:141-8.
13. González-Escalada JR, Camba A, Sánchez I. Censo de las Unidades de Dolor en España. Análisis de la estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21(3):149-61.
14. Bases de la SED para la acreditación de la unidades de tratamiento del dolor: [portal.sedolor.es/pagina/index.php?id=127](http://portal.sedolor.es/pagina/index.php?id=127)
15. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 1988. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
16. Peng P, Stinson JN, Choiniere M, Dion D, Intrater H, LeFort S, et al. Role of health care professionals in multidisciplinary treatment facilities in Canada. *Pain Res Manage* 2008;13(6):484-8.
17. Burke AL, Denson LA, Mathias JL, Hogg MN. An analysis of multidisciplinary staffing levels and clinical activity in Australian tertiary persistent pain services. *Pain Med* 2015;16(6):1221-37.
18. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD007407. DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub3.