

Primera aproximación a un programa cognitivo conductual grupal en dolor crónico moderado

First approach to a cognitive behavioural group program in moderate chronic pain

Carlos J. van-der Hofstadt Román¹, Sonia Couceiro Rosillo², Margarita Mateu Vicente³, César Margarit Ferri⁴, Ana M^a Peiró Peiró⁵, Enrique Pérez Martínez⁶

Resumen

Se evalúa un programa cognitivo conductual grupal para complementar el tratamiento farmacológico, con los objetivos de (1) reducir los niveles de dolor, (2) evaluar las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión, (3) en los niveles de autoeficacia, (4) en los de estado de salud y calidad de vida, y (5) en los niveles de atributos del sueño, tras la realización de la intervención.

El análisis de 13 pacientes indica una reducción del nivel medio de dolor, una reducción del dolor extremadamente intenso, una reducción en los síntomas de ansiedad y depresión, mejorías en el estado de salud, mayor calidad de sueño (MOS mejora en 4 subescalas) y mejor percepción de autoeficacia.

Aunque se trata de un estudio piloto con un número limitado de sujetos, la tendencia de los resultados es corroborar las hipótesis planteadas de reducción del nivel de dolor y síntomas coadyuvantes.

Palabras clave: Dolor crónico. Intervención cognitivo-conductual. Ansiedad. Depresión.

¹FED. Psicólogo Clínico. Unidad de Psicología Clínica de la Salud. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

²Psicóloga Interna Residente. Hospital Marina Baixa (Villajoyosa).

³Psicóloga. Unidad de Psicología Clínica de la Salud. Hospital General Universitario de Alicante.

⁴Jefe de Sección. Unidad del Dolor. Hospital General Universitario de Alicante.

⁵FED Farmacóloga Clínica. Unidad del Dolor. Hospital General Universitario de Alicante. Profesora Asociada. Universidad Miguel Hernández.

⁶ FED. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante.

Correspondencia: Dr. D. Carlos J. van-der Hofstadt Román
Unidad de Psicología Clínica de la Salud
Hospital General Universitario de Alicante
Edificio Gris. Planta Baja
C/Pintor Baeza, 12
03010-Alicante
e-mail: cjvander@umh.es

Summary

To evaluate a cognitive-behavioural group program to complement pharmacological treatment with the objectives of (1) reduce the levels of pain, (2) evaluate the differences in the levels of anxiety and depression, (3) the levels of self-efficacy, (4) health conditions and quality of life and (5) sleep attributes after the realization of the intervention.

The outcomes of our 13 patients pilot study shows a medium level reduction of the measured pain with VAS scale, an extremely intense pain reduction in the measured levels with CAT, a reduction in the anxiety and depression symptoms measured with HAD questionnaire, health condition and quality of life improvements in the SF-12 results, a better sleep quality evaluated with MOS (MOS improves on 4 subscales) and a better self-efficacy perception in CPSES.

Although it is a pilot study, the tendency of the outcomes is to corroborate the hypothesis of pain level decrease, anxiety, depression, the sleep affectation because of the health and the self-efficacy improvement that have been set out.

Key words: Chronic pain. Cognitive behavioural intervention. Anxiety and Depression.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia multidimensional, la cual implica al sistema nervioso central en la inhibición o excitación de la percepción del dolor. En base a esto, se acepta que los procesos psicológicos y emocionales pueden modular la señal sensorial (Turk y Okifuji, 2002). Dicha interacción existente entre procesos fisiológicos, cognitivos y afectivos (Melzack y Casey, 1968; Schrier y Karoly, 1983), justifica la necesidad de tratar el dolor desde diferentes abordajes que incluyen variables del entorno biopsicosocial del paciente (Engel, 1977).

El dolor crónico, que es aquél que persiste más de seis meses después de la lesión causal, suele ser refractario a múltiples tratamientos y está asociado a numerosos síntomas psicológicos, entre los que están la depresión, el miedo o el insomnio; siendo emociones frecuentes en el paciente con dolor crónico, también, la ansiedad y la ira (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Moix y Kovacs, 2010; Moix y Casado, 2011).

En nuestro país, se observa el porcentaje más elevado de personas con dolor crónico que sufren depresión, concretamente el 29% (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006). En base a diversos estudios conocemos que, en general, estos pacientes tienen una afectación multidimensional en su calidad de vida que supera a otras

enfermedades médicas crónicas (Casals y Samper, 2004), llegando a ser total en algunas ocasiones (Bazako, 2003).

Otro rasgo característico de los pacientes que sufren dolor crónico, es la focalización atencional hacia las propias señales sensoriales. Este hecho, que supone un incremento de la sensación del dolor, es frecuentemente abordado por los programas multicomponentes, tratando de enseñar a tomar conciencia sobre las sensaciones y, por ende, incrementar la sensación de control hacia las mismas (Pincus y Morley, 2001). Los mejores resultados se obtienen cuando el paciente minimiza la percepción de invalidez, ya que más importante que la capacidad física es la percepción subjetiva, la experiencia y las expectativas de eficacia por parte del paciente (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y Del Rio, 2011).

Todo ello, nos lleva a profundizar en la búsqueda de otros abordajes terapéuticos en el ámbito psicológico, complementarios al farmacológico, que podrían contribuir a mejorar el control de esta patología, ya que se conoce que los pacientes tratados conjuntamente con técnicas médicas y psicológicas muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos (Moix y Kovacs, 2010).

En este sentido, hoy en día, todas las sociedades internacionales sobre dolor y guías de práctica clínica, coinciden en señalar la necesidad de un abor-

daje multidisciplinar del dolor crónico, basándose en que el modelo biopsicosocial está ampliamente aceptado como la mejor aproximación a esta patología (Turk y Okifuji, 2002; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007) y considerándose el abordaje psicológico uno de los pilares básicos de este tipo de intervenciones, ya que las intervenciones que los incluyen como un componente nuclear demuestran ser más efectivas (Turk y Okifuji, 2002; Vallejo, 2010). Siendo las técnicas habitualmente utilizadas en programas dirigidos a trabajar el dolor crónico, a grandes rasgos: la relajación, la respiración, el manejo de la atención, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, el manejo de emociones, la asertividad, el establecimiento de objetivos, la organización de actividades y la regulación del ejercicio físico y el sueño (Turk y Okifuji, 2002; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Moix y Kovacs, 2010; Monsalve, 2010).

El enfoque multidisciplinar del tratamiento del dolor incluye aspectos médicos y psicológicos, y ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento con una sola modalidad (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y Del Río, 2011), por tanto, un acercamiento interdisciplinar a la comprensión y tratamiento del dolor parece lo indicado, ya que el resultado de programas conjuntos de tratamiento, será más beneficioso, que la aplicación de tratamientos independientes de forma descoordinada (van-der Hofstadt y Quiles, 2001).

Conociendo los resultados de los estudios sobre la influencia de los factores psicológicos en esta patología, desde la Unidad del Dolor del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA en adelante), surge la idea de investigar la efectividad de un programa de tratamiento psicológico, como primer paso para una posible utilización clínica, dentro del abordaje multidisciplinar para el tratamiento del dolor crónico no oncológico.

La intención del programa es enseñar estrategias de afrontamiento activas frente a las sensaciones de dolor, con el objetivo de disminuir el impacto que el dolor produce en la persona, incrementando así su calidad de vida (Rull, 2004).

En definitiva, el objetivo de nuestro trabajo es valorar, a título de experiencia piloto, si la realización del programa de intervención psicológica, de forma complementaria al tratamiento farmacológico

habitual de los pacientes, genera diferencias en los niveles de dolor a la finalización del mismo, junto con otras variables relacionadas con la ansiedad, la depresión, el sueño y la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los sujetos son pacientes que son atendidos en la Unidad del Dolor del HGUA, para ser tratados por su patología. Los pacientes son reclutados para asistir a los grupos de intervención psicológica por los médicos especialistas, que son los que valoran si cumplen los requisitos para ser incluidos en el programa, con criterios de homogeneidad en la formación de los grupos.

En la primera sesión y la última del programa, se pasa una batería de instrumentos de evaluación que informan del estado de los pacientes en diferentes variables psicológicas, todo, con el consentimiento firmado de los mismos.

Instrumentos de medida

1. *Ficha para la recogida de variables socio-demográficas* (sexo, estado civil, nivel académico, situación laboral, antecedentes psiquiátricos).

2. *Escala Visual Analógica de Dolor*. Entendemos la escala visual analógica (EVA), como un evaluador cuantitativo del dolor cuya puntuación oscila de 0 a 100. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. Se considera como dolor leve una EVA <40, dolor moderado una EVA 40-59, y dolor severo una EVA >60.

3. *CAT*. Escala Categórica, para evaluación cuantitativa del dolor, que da a elegir entre 5 opciones de respuesta para indicar el tipo de dolor que se siente en ese momento: ninguno, suave, moderado, intenso y extremadamente intenso.

4. *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) (Zigmong y Snaith, 1983). Cuestionario autoaplicado de catorce ítems. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3). El rango de puntuación es de 0 - 21 para cada subescala. En ambas subescalas, los puntos de corte son: 0 - 7 normal, 8 - 10 dudoso, y ≥ 11 problema clínico.

5. *Cuestionario SF-12 sobre el Estado de Salud* (2002) (Short form, SF-12) (Gandek, Ware, Aaronson, Apolone, Bjorner, Brazier, et al., 1998). Consta de doce ítems provenientes de la escala SF-36. Las opciones de respuesta se dan mediante escalas tipo Likert, que evalúa intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre tres y seis, según el ítem. La versión II, permite obtener una medida sumario física y otra mental. Para cada una de ellas, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido de 0 (peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

6. *Cuestionario de Sueño MOS* (Medical Outcomes Study Sleep Scale, MOS Sleep Scale) (Hays, Martin, Sesti y Spritzer, 2005). Se trata de un instrumento de doce ítems que explora el impacto o interferencia ocasionado por la enfermedad, por un tratamiento o, en general, por cualquier estímulo externo, sobre los atributos de la arquitectura del sueño (idoneidad, sueño óptimo, cantidad, despertares bruscos, ronquidos, sueño alterado y somnolencia). Las puntuaciones directas de cada subescala se transforman en una escala de 0 a 100, que indican a mayor puntuación, mayor intensidad del concepto evaluado. Además, mediante la suma de seis o nueve de los doce ítems del instrumento, evaluamos el índice global de interferencia del sueño (correspondiendo cada suma a una subescala de problemas de sueño), que oscila entre 0 (ninguna interferencia o impacto) a 100 (máxima interferencia posible) es decir, se interpreta de forma inversa a las anteriores.

7. *Cuestionario de autoeficacia para el dolor crónico (CADC)* (Martín-Aragón, Pastor, Rodríguez-Marín, March, Lledó, López-Roig, et al., 1999). Este cuestionario consta de un total de 19 ítems en el que se evalúa la percepción de autoeficacia del paciente. Posee una escala de respuesta tipo Likert de 0-10, donde 0= sentirse totalmente incapaz, 5= moderadamente capaz y 10= totalmente capaz. Se pueden obtener puntuaciones por subescalas, o una puntuación general. El resultado nos indica que a mayor puntuación, mayor grado de autoeficacia.

8. *Cuestionario de valoración del grupo*. En la que se pide la valoración por parte del paciente de

diferentes aspectos del programa, que se han agrupado en 4 ámbitos: utilidad del programa, contenido, terapeuta y calificación global de la intervención.

Técnicas a utilizar en el programa:

Basándonos en las recomendaciones existentes sobre el tema (Pérez, Fernández, Fernández, y Amigo, 2003; Ruvalcaba y Domínguez, 2009), organizamos el programa incluyendo estas técnicas:

1. *Psicoeducación e información*: En nuestro caso se explican los aspectos más sobresalientes del dolor (características, determinantes, definiciones, etc.) y ámbitos en los que repercute.

2. *Aproximación secuencial a metas y el planteamiento progresivo de objetivos*: Como técnica conductual extrapolable a la vida diaria, se realiza de forma práctica una secuenciación de tareas que se van especificando en forma de realización y tiempo de las mismas.

3. *Técnicas de autorregistro*: Se explican y cumplimentan diferentes autorregistros con diferentes variables, dependiendo de los contenidos que se hayan explicado en la sesión.

4. *Técnicas de relajación y respiración*: Se realizan diferentes técnicas y de forma creciente en dificultad, comenzando por relajación muscular progresiva en formato CD (van-der Hofstadt, Quiles y Quiles, 2007), cuyas pistas incluyen en orden las fases de la relajación de Jacobson, enseñando a la par respiración abdominal e incluyendo en dos sesiones dos contenidos de visualización guiada.

5. *Pautas de salud comportamental*: Explicación de cómo el comportamiento condiciona la forma en que nuestro cuerpo reacciona y se adapta mejor o peor, se exponen las bases que a grandes rasgos se conoce que tienen repercusiones.

6. *Técnicas de cambio de pensamiento*: Son la base de las técnicas cognitivas, se explica como contenido psicoeducativo, ejemplificando lo más posible la secuencia en que debe realizarse.

7. *Técnicas de distracción*: Contenido asociado al anterior, pues se usan como recurso para la parada de pensamiento y su posterior cambio. Se realiza en el grupo una lluvia de ideas para que

con la participación de los pacientes se realice una lista a la que recurrir de técnicas de distracción.

8. *Aceptación*: Se expone como contenido psicoeducativo y se realiza un ejercicio en la propia clase. La aceptación hace disminuir los niveles de ansiedad y ayuda a las conductas proactivas.

9. *Autoestima*: Contenido sobre su influencia, formación y puesta en común de sus repercusiones y paradojas.

Sesiones de intervención del programa:

A continuación se describe el contenido de las sesiones, las cuales tienen periodicidad semanal y una duración aproximada de dos horas:

- Sesión 1: Información y presentación del programa. Entrega de materiales. Presentación de los asistentes al grupo. Entrega de pruebas de evaluación. Introducción de la fase I de la relajación muscular progresiva de Jacobson (práctica en casa dos semanas). Explicación de factores psicológicos en la experiencia del dolor. Discusión y tiempo para aclaración de dudas.

- Sesión 2: Revisión de la práctica de la fase I de Jacobson (continuar su práctica en casa). Realización de ejercicios de respiración abdominal. Entrega y explicación de la hoja de autorregistro de actividades y su relación con el dolor (realización en casa del autorregistro). Explicación del planteamiento progresivo de objetivos (puesta en práctica en casa de las metas elegidas). Discusión y tiempo para aclaración de dudas.

- Sesión 3: Introducción fase II de la relajación de Jacobson (práctica en casa durante dos semanas). Revisión del cumplimiento de las metas pequeñas propuestas en la sesión anterior (puesta en práctica en casa de las metas que correspondan). Revisión del autorregistro de actividades y su relación con el dolor (realización en casa de un nuevo autorregistro). Explicación de la "salud comportamental", porqué llevar una vida ordenada. Discusión y tiempo para aclarar dudas.

- Sesión 4: Revisión de la práctica de la fase II de Jacobson (continuar su práctica esta semana). Revisión del cumplimiento de las metas pequeñas (realización en casa de las correspondientes

metas). Revisión del autorregistro de actividades. Entrega del autorregistro de pensamientos (realización en casa de este nuevo autorregistro). Realización de ejercicios de respiración abdominal y prueba de imaginación guiada. Discusión y aclaración de dudas.

- Sesión 5: Introducción fase III de la relajación de Jacobson (puesta en práctica durante dos semanas). Revisar el cumplimiento de las metas pequeñas. Revisión del autorregistro de pensamientos. Entrega del autorregistro de pensamientos y técnicas de distracción (a realizar en casa durante esta semana). Exposición sobre el cambio de pensamientos y técnicas de distracción. Discusión y aclaración de dudas.

- Sesión 6: Revisión de la fase III de Jacobson (continuar esta semana su aplicación). Revisión del autorregistro de pensamientos y las técnicas de distracción usadas (entrega del mismo autorregistro para realizar durante la semana). Exposición sobre técnicas de aceptación. Relajación por visualización guiada. Discusión y aclaración de dudas.

- Sesión 7: Introducción de la fase rápida de la relajación de Jacobson (aplicar durante esta semana). Revisión del autorregistro de pensamientos y las técnicas de distracción usadas (entrega del mismo autorregistro para realizar durante la semana). Introducción breve sobre la autocritica y ejercicio de refuerzo. Discusión y aclaración de dudas.

- Sesión 8: Prevención de recaídas y refuerzo de la continuidad de la práctica de los ejercicios. Pruebas de evaluación. Valoración del programa.

Sujetos participantes estudio piloto

Se realiza un análisis de frecuencias con los descriptivos de los 13 pacientes que han acudido al programa, obteniendo que de las 13 personas, 12 eran mujeres, lo que equivale a un porcentaje de 92,3% mujeres y 7,7% hombres. La media de edad fue de 46,69 años (con un rango entre 23 y 73 años). Con relación a la situación laboral, el 55,6% tenían una pensión por invalidez, el 22,2% estaban en paro, el 11,1% eran jubilados y 11,1% estaban en situación de baja laboral. Ninguno de los sujetos estaba en activo.

En cuanto al estado civil, el 55,6% estaban casados o en pareja, el 22,2% estaban solteros, el 11,1% viudos y el 11,1% separados-divorciados. Los datos sobre el nivel de estudios indican que el 33,3% tenían estudios superiores, el 33,3% estudios secundarios, el 22,2% primarios y el 11,1% no tenían estudios. Durante el estudio, un 37,5% dice haber tenido circunstancias externas que han producido empeoramiento en su dolor, el 50% considera que no se ha visto influido por las circunstancias externas, y el 12,5% restante dice que sus circunstancias han producido una mejoría. El 25% de los pacientes presentaba un diagnóstico asociado de fibromialgia. Por otra parte, 5 de los 13 pacientes no terminaron las sesiones o abandonaron el programa, lo que supone un nivel de mortalidad experimental del 38,5%.

RESULTADOS

Tras la realización del programa, se comparan los resultados previos y posteriores obtenidos mediante los cuestionarios mencionados. A continuación, se indica el sentido de las diferencias encontradas, pero no consideraremos los niveles de significación de las mismas por ser el tamaño de la muestra tan reducido:

1. En el EVA hay una reducción del nivel medio de dolor de 8,72 a 8,36 en el postest. En la figura 1, se representa la Escala analógica visual para medición de grado de dolor en estos últimos 3 días (puntuación de 0-10), y plasma que la diferencia media entre el EVA previa y el EVA posterior indica una mejoría.

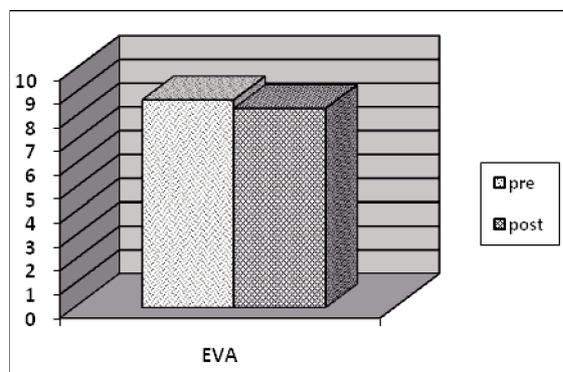


Figura 1

Representación de las medias pre-post de la EVA

2. En el CAT se observa una reducción del dolor en la opción “extremadamente”. La figura 2 representa el CAT o Escala Categórica, que da a elegir entre 5 opciones de respuesta, para indicar el tipo de dolor que se siente en ese momento. Como se puede observar, se produce una reducción del dolor extremadamente intenso en el hecho de que ningún paciente marca esta categoría en el post-test, redistribuyéndose los casos en las dos categorías anteriores (moderado e intenso). En el CAT previo, el 8,3% de los sujetos marcó su dolor en ese momento como suave, el 16,7% como moderado, el 41,7% como intenso y el 33,3% como extremadamente intenso. En la medida CAT posterior, los porcentajes de respuestas corresponden a 12,5% dolor suave, 25% moderado y 62,5% intenso.

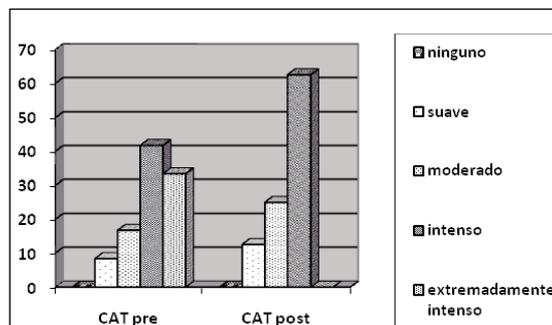


Figura 2

Representación del porcentaje de respuestas en la escala CAT

3. Las medidas de la escala HAD indican una reducción en los síntomas de ansiedad y depresión. La figura 3 muestra las diferencias en las medias previas y posteriores totales en la escala HAD-A de Ansiedad (puntuación entre 0-21): la media de esta escala en el pretest es de 7,88 y la del postest es de 6,75, indicando esto una reducción en los síntomas de ansiedad. También se observa una reducción en las medias previas y posteriores totales en la escala HAD-D de Depresión (puntuación entre 0-21): la media de esta escala en el pretest es de 8,88 y la del postest es de 8,25, indicando esto una reducción en los síntomas depresivos.

4. En el Cuestionario de autoeficacia para el dolor crónico (CADC), todas las subescalas mejo-

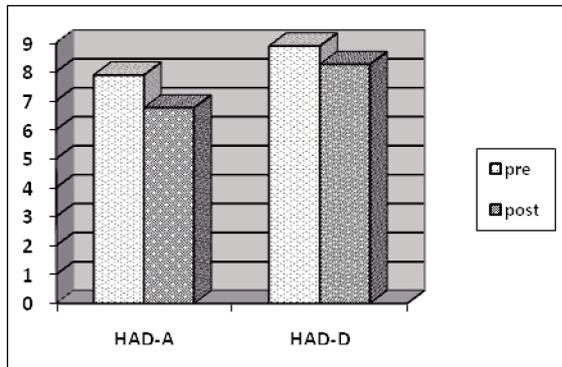


Figura 3

Representación de las medias pre-post de las escalas HAD-A y HAD-D

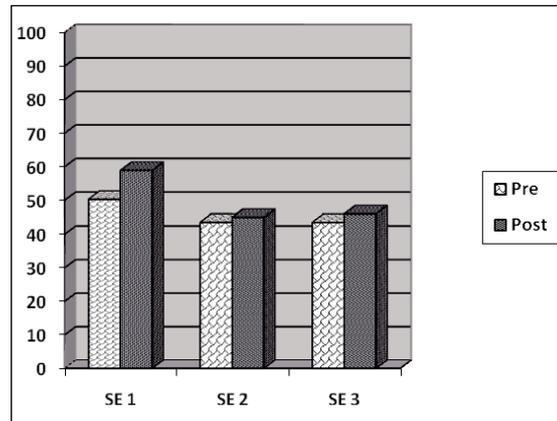


Figura 4

Representación de las medias pre-post del CADC

ran en puntuación en el postest. La figura 4, muestra las diferentes subescalas del cuestionario y sus diferencias entre el pretest y el postest, indicando una mejoría en la totalidad de las mismas. A continuación, se especifican los resultados en las diferentes subescalas, sobre una puntuación máxima posible de 100: SE-1 (“capacidad que cree que tiene para realizar en este momento las siguientes actividades o tareas”). La media de las puntuaciones en el pretest, en esta escala, es de 50,28 y en el postest es de 58,9; indicando esto una mejora en su percepción de autoeficacia en las tareas. SE-2 (“capacidad que cree que tiene para realizar las siguientes actividades sin ayuda de otra persona, considerando lo que normalmente puede hacer”). La media de las puntuaciones en el pretest, en esta escala, es de 43,53 y la media en el postest es de 44,99; indicando esto una mejora en su percepción de autoeficacia en su capacidad de actuar sin ayuda. SE-3 (“capacidad que cree que tiene en este momento para realizar las siguientes actividades”). La media de las puntuaciones en el pretest, en esta escala, es de 43,5 mientras que la media en el postest es de 46; indicando esto también una mejoría.

5. En el Cuestionario de sueño MOS, 5 de las 9 subescalas indican mejoría en el sueño. La figura 5, muestra que existen diferencias en las medias pre y post totales en las 7 subescalas numéricas del cuestionario MOS, sobre alteración del sueño debido a enfermedades físicas. En esta gráfica se muestra que 4 de ellas indican mejoría:

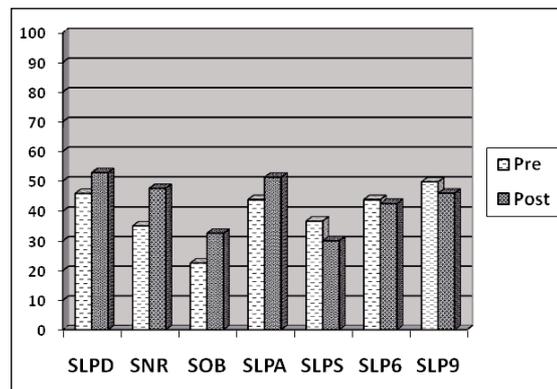


Figura 5

Representación de las medias pre-post de las 7 subescalas numéricas del MOS

SLPD Sleep Disturbance: Subescala Alteraciones del sueño (de 0 a 100, mayor puntuación indica mayor afectación del sueño) presenta una puntuación media de 45,78 en el pretest y una de 52,81 en el postest; indicando esto un aumento en la afectación en el sueño.

SLPSNR Snoring: Subescala Ronquidos (de 0 a 100, mayor puntuación indica más ronquidos durante el sueño) presenta una puntuación media de 35 en el pretest y una de 47,5 en el postest; indicando un empeoramiento.

SLPSOB Awaken Short of Breath: Subescala despertar falta de aliento (de 0 a 100, mayor puntuación indica mayor afectación del sueño de sueño). La puntuación media de esta subescala en el

pretest es de 22,5 y la del posttest es de 32,5; indicando esto un empeoramiento.

SLPA Adequacy: Subescala Adecuación (de 0 a 100, mayor puntuación indica mayor adecuación de sueño) presenta una puntuación media de 43,75 en el pretest y una de 51,25 en el posttest; indicando una mejoría.

SLPS Somnolence: Subescala Somnolencia (de 0 a 100, mayor puntuación indica mayor somnolencia) presenta una puntuación media de 36,6 en el pretest y de 30 en el posttest; lo que indica mejoría por menor somnolencia.

SLP6 Sleep Problems Summary 6: Subescala Problemas de sueño sumatorio 6 (de 0 a 100, relación inversa: mayor puntuación indica peor calidad de sueño). Presenta una puntuación media en el pretest de 43,75 y de 42,5 en el posttest; lo que supone una mejoría.

SLP9 Sleep Problems Summary 9: Subescala Problemas de sueño sumatorio 9 (de 0 a 100, relación inversa mayor puntuación indica peor calidad de sueño). Presenta una puntuación media en el pretest de 49,68 y de 45,87 en el posttest; lo que supone una mejoría.

6. Existen diferencias, en las medias previa y posterior totales en la escala SF-12 sobre el estado de salud, que indican una mejoría en la percepción de la calidad de vida en las dos subescalas. En la figura 6, se muestra que existen diferencias en las medias pre y post totales en la escala SF-12 sobre el estado de salud, que indican una mejoría en la percepción de la calidad de vida en las dos subescalas. La media de la subescala SF-

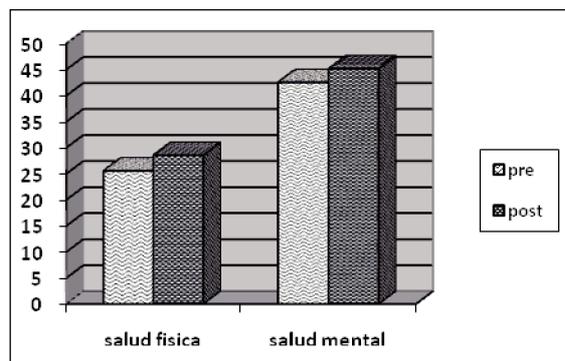


Figura 6

Representación de las medias pre-post de las subescalas del SF-12

para salud física en el pretest es de 25,6 y la del posttest es de 28,6. La media de la subescala SF- para salud mental en el pretest es de 42,6 y la del posttest es de 45,2.

DISCUSIÓN

Pese a tratarse de ser un estudio piloto y con una muestra muy reducida, la descripción de nuestra muestra coincide con la descrita por Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal y Baranda-Sepúlveda (2006). En dicha investigación fueron incluidos un total de 177 sujetos, entre los cuales 84,2% eran mujeres y 15,8% hombres. La edad media de la población del estudio fue de 45 años. La mayoría (52,0%) eran casados, seguido de 27,1% de solteros, 8,5% divorciados y 5,6% separados. Así mismo, en este estudio el nivel de mortalidad correspondió al 30%. También, en el caso de los resultados observamos un paralelismo, los autores concluyen que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y asertividad, resultan eficaces para disminuir los niveles de tensión, nerviosismo e inquietud, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad en pacientes que acuden a un hospital general (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal y Baranda-Sepúlveda, 2006).

Otra referencia cercana es la realizada en el Hospital Universitario de Getafe (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y Del Rio, 2011), donde también se utiliza un encuadre grupal cerrado y estructurado (10 sesiones de hora y media, más una de seguimiento), aunque incorpora, además de los propiamente psicológicos, contenidos a cargo de los especialistas de la Unidad del Dolor y Rehabilitación, en algunas sesiones. En los resultados vieron diferencias en el impacto del dolor y en su intensidad, pero no en la interferencia de éste, y también, observaron mejoría en el estado emocional, aspectos subjetivos como dolor, fatiga o cansancio, y la capacidad física. Un dato que los autores aportan y que en nuestro caso no se observa, es que encontraron que la intensidad del dolor en las últimas 24 horas mostraba un aumento significativo coincidiendo con el final del

grupo. En este grupo observaron, también, dificultades de adhesión al tratamiento, ya que algunos pacientes asistieron de forma irregular y otros abandonaron (hecho congruente con los datos de los grupos de enfermedades crónicas, en los que se constata que un 33% no finaliza los programas de intervención psicológica) y que en nuestro caso se cumple, como hemos mencionado anteriormente.

La tendencia que observamos en nuestra muestra coincide con los reportados por Ruvalcaba y Domínguez (2009): de una reducción significativa de dolor, una mejor y mayor calidad de vida y el logro de un mejor estado de salud general; y con otros trabajos, donde se demuestra que con los programas cognitivo-conductuales se obtienen reducciones significativas en la percepción de dolor, la adopción de estilos de vida más activos y de mejor calidad, y en general, mejores condiciones de salud (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007).

En definitiva, nuestra postura, ante la situación actual de la puesta en práctica de programas multidisciplinares en dolor crónico, coincide con la de Moix y Casado (2007) cuando dicen que “La escasa aplicación de tratamientos psicológicos a personas aquejadas con dolor crónico resulta paradójica si tenemos en cuenta la efectividad que están mostrando en este campo”.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Almendo, MT., Clariana, SM., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y Del Río, T.** (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: el reto de un afrontamiento activo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 110, 213-27.
2. **Bazako, E.** (2003). Intervención psicológica en una unidad del dolor. En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 569-90.
3. **Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, D. y Gallacher, D.** (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10: 287-333.
4. **Casals, M. y Samper, D.** (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*, 11, 260-9.
5. **Engel, GL.** (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
6. **Gandek, B., Ware, JE., Aaronson, NK., Apolone, G., Bjorner, JB., Brazier, JE., et al.** (1998). Crossvalidation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*, 51, 1171-8.
7. **Gatchel, RJ., Peng, YB., Peters, ML., Fuchs, PN. y Turk, DC.** (2007) The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581-624.
8. **Hays, RD., Martin, SA., Sesti, AM. y Spritzer, K L.** (2005). Psychometric properties of the Medical Outcomes Study Sleep measure. *Sleep Med*, 6, 41-4.
9. **Martín-Aragón, M., Pastor, MA., Rodríguez-Marín, J., March, MJ., Lledó, A., Lopez-Roig, S., et al.** (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la “Chronic Pain Self-Efficacy Scale”. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 53-75.
10. **Melzack, R. y Casey, KL.** (1968). Sensory, motivational, and central control of determinants of pain: a new conceptual model. En Kenshalo D.: *The skin senses*. Springfield: Thomas, 423-43.
11. **Moix, J. y Kovacs, FM.** (2010). Terapia cognitivo conductual para el dolor crónico. *Infocop online*. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2800.
12. **Moix, J. y Casado, MI.** (2011). Terapias Psicológicas para el tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22 (1), 41-50.
13. **Monsalve, V.** (2010). Intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico. Una realidad necesaria. *Infocop online*. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2831.
14. **Pérez Álvarez, M., Fernández, Hermida, JR., Fernández, Rodríguez, C., y Amigo, Vázquez, I.** (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. *Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
15. **Pincus, T. y Morley, S.** (2001). Cognitive-Processing Bias in Chronic Pain: A Review and Integration. *Psychological Bulletin*, 127 (5), 599-617.
16. **Rull, M.** (2004). Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Rev Soc Esp Dolor*, 11(3), 119-21.
17. **Ruvalcaba, G. y Domínguez, B.** (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.

-
18. **Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R. y Baranda-Sepúlveda, J.** (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Rev Invest Clin*, 58 (6), 540-6.
19. **Scheier, F. y Karoly, P.** (1983). Conceptions of the pain experience: The emergence of multidimensional models and their implications for contemporary clinical practice. *Clin Psychol Rev*, 3, 61-6.
20. **Turk, DC. y Okifuji, A.** (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *J Consult Clin Psychol*, 70 (3), 678-90.
21. **Vallejo, MA.** (2010). La terapia cognitivo conductual es el tratamiento psicológico que mayor evidencia aporta sobre dolor crónico. Infocop online. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2784.
22. **Van-der Hofstadt, CJ. y Quiles, MJ.** (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Rev Soc Esp Dolor*, 8, 503-10.
23. **Van-der Hofstadt, CJ., Quiles, MJ. y Quiles, Y.** (2007). Aprende a relajarse fácilmente. Procedimiento autoaplicado para el entrenamiento en relajación muscular progresiva. Alicante: Farmabook, (CD-ROM).
24. **Zigmong, AS., Snaitth, RP.** (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatry Scand*, 67, 361-79.