

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN
PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

CURSO ACADÉMICO 2015-2016

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



**SEGUIMIENTO DE LOS
RESULTADOS DE UNA TERAPIA
GRUPAL COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA DOLOR
CRÓNICO**

AUTORA: Laura López Escudero

DIRECTOR: Carlos J. van-der Hofstadt Román

*Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández de Elche*



RESUMEN

Introducción: El dolor crónico afecta a casi un 20% de la población, y tiene fuerte carga psicológica. La intervención psicológica ayuda a reducir la sintomatología emocional asociada y la intensidad informada de dolor. De todas las terapias psicológicas, ha sido la cognitivo-conductual la que mejores resultados ha mostrado de manera inmediata. Por todo ello, nos planteamos evaluar la eficacia diferida de un programa de intervención psicológica con contenidos protocolizados, tras seis meses de la aplicación del programa.

Método: Para el seguimiento de la eficacia a los 6 meses, se realiza en una sesión entre los participantes que finalizaron la intervención acudiendo al 75% de las sesiones. Así, del total de pacientes (20), acudieron a seguimiento 18. Para todos ellos, se midieron variables como intensidad de dolor informada, ansiedad, depresión, calidad de vida, autoeficacia percibida y arquitectura del sueño y frecuencia en la práctica de las técnicas aprendidas en la intervención.

Resultados: Los resultados muestran que a los 6 meses de la finalización de la intervención, se reducen los niveles de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor de manera significativa, y además de los resultados también se desprenden mejoras destacables en las áreas de calidad de vida, autoeficacia percibida y arquitectura del sueño con respecto a las medidas previa y posterior a la finalización del programa.

Discusión: Los resultados muestran que el programa es efectivo, y que esta eficacia se mantiene e incluso, los pacientes continúan mejorando una vez finalizado el programa, especialmente en intensidad de dolor informada.

PALABRAS CLAVE: Dolor crónico, Intervención psicológica grupal, Terapia cognitivo conductual, eficacia diferida, seguimiento 6 meses

Results Monitoring of a Cognitive Behavioural Group for Chronic Pain

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain affects nearly 20% of the population, and has strong psychological burden. Recent research has shown that psychological intervention helps reduce the emotional symptoms associated and reported pain intensity. Of all psychological therapies, it has been cognitive behavior which has shown better results immediately. Therefore, we plan to evaluate the effectiveness of a delayed psychological intervention program with notarized contents, after six months of program implementation.

Method: To monitor the effectiveness at 6 months, takes place in a session between the participants who completed the intervention going to 75% of the sessions. Thus, the total number of patients (20), came to monitoring 18. For all of them, variables such as intensity of informed pain, anxiety, depression, quality of life, self-efficacy and sleep architecture and frequency were measured in practice techniques learned in the intervention.

Results: The results show that after 6 months of completion of the intervention, the levels of anxiety, depression and pain intensity was significantly reduced, and also the results also emit significant improvements in the areas of quality life, self-efficacy and sleep architecture it compared to the previous and subsequent measures to end the program.

Discussion: The results show that the program is effective and that this effectiveness is maintained and even, patients continue to improve once the program ends, especially in reported pain intensity.

KEYWORDS: Chronic pain, group psychological intervention, cognitive behavioral therapy, deferred effectiveness, monitoring six months

INTRODUCCIÓN

El dolor es una de los principales motivos de consulta que reciben los profesionales sanitarios en la práctica clínica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial no placentera que se asocia con un daño tisular real o potencial, o que se describe en referencia a ese daño” (IASP, 1979).

Estudios recientes sobre la prevalencia de dolor en Europa constataron que el dolor crónico afecta a 1 de cada 5 europeos (19%). En España este porcentaje se sitúa en el 11% y la duración e intensidad del dolor es mayor que en el resto de los países. Entre los motivos más frecuentes destacan la lumbalgia, la fibromialgia, la artrosis y las cefaleas (Catala, 2002; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006).

Melzack & Wall (1965) desarrollaron la llamada “Teoría de la Puerta” sobre la base de las teorías de la especificidad y del patrón, entre otras. Para estos autores, la experiencia de dolor es el resultado de la interacción de los factores cognitivo-evaluativos y motivacional-afectivos, con los procesos psicológicos. Para ellos la percepción del dolor está influida por múltiples factores, por tanto, ante un mismo impulso de dolor, se pueden experimentar distintas experiencias sensoriales en función de la situación. Estos autores propusieron la existencia de unos mecanismos neurofisiológicos encargados de modular la transmisión de los impulsos nerviosos aferentes. Estas estructuras actuarían como una puerta que se abre o se cierra permitiendo el paso o no de los impulsos que podrían ser interpretados como dolor.

La modulación de los impulsos sensoriales dependen de la actividad en las fibras A-beta (fibras gruesas) y A-delta y C (fibras finas) que penetran en la médula espinal. La actividad en las fibras gruesas cierra la puerta, evitando la transmisión sináptica de

las células T (neurotransmisores), mientras que la actividad en las células finas abre la puerta dejando pasar la aferencia nociceptiva hacia los centros superiores (formación reticular, sistema límbico, tálamo y córtex), facilitando así la transmisión sináptica y alcanzando un cierto nivel crítico. En esta teoría se parte de la idea de que la experiencia del dolor no sólo está influida por aspectos físicos, sino también por aspectos cognitivos y emocionales.

Por tanto, en esta teoría se refleja la existencia de tres dimensiones del dolor:

-La dimensión sensorial discriminativa: aspectos sensoriales de la percepción de dolor, su magnitud y características espacio-temporales.

-La dimensión motivacional-afectiva: constituye los aspectos emocionales del dolor, la caracterización de éste como agradable o desagradable y las conductas consecuentes de acercamiento o alejamiento. Esta dimensión se supone que está mediada por estructuras situadas a nivel intermedio, como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo.

-La dimensión cognitivo-evaluativa: integra toda la información del resto de los niveles en uno superior, en el que variables cognitivas como la experiencia pasada, los pensamientos, la atención, la distracción, etc., junto con la información proporcionada por los niveles inferiores, van a dar lugar a la percepción final de dolor. Esta dimensión se encontraría dentro del Sistema Nervioso Central, a nivel cortical.

El dolor es un fenómeno biopsicosocial, que interfiere tanto en la esfera biológica, en la psicológica, como en la social, que puede mermar muchas áreas de la vida. A nivel psicológico influye tanto el componente cognitivo (los pensamientos, los sentimientos, las emociones...), como el conductual (el estilo de afrontamiento activo/pasivo), el componente social (contar con el apoyo social percibido de familiares

y amigos) y a nivel biológico se considera aquel daño tisular causante del dolor (Truyols, Pérez-Pareja, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

La relación entre el dolor, y el estado emocional está ampliamente desarrollada en la literatura científica. Son muchos los estudios que establecen una comorbilidad destacada entre dolor crónico y variables emocionales como ansiedad y depresión. La literatura científica cifra estas afecciones como presentes en cifras superiores al 50% de los pacientes (Anderson, Freedland, Clouse y Lustran, 2001; Wilson y Luciano, 2002; Breivik, et al., 2006; Llorca, Muriel, González-Tablas y Díez, 2007). Desde el modelo conductual se considera que el dolor crónico afecta a las capacidades y habilidades personales y sociales y esto produce un cierto estado depresivo (Fordyce, 1976), además también se relaciona al dolor con una activación del sistema nervioso autónomo que podría producir un aumento de la tasa cardíaca, del diámetro de los bronquios o una disminución de la secreción salivar, entre otras, sintomatología propia de los episodios ansiosos (Sternbach, 1978).

Por otro lado, de la revisión de la literatura científica se desprende que las patologías como el dolor crónico afectan a la calidad de vida y las expectativas de autoeficacia. La calidad de vida puede verse afectada por la percepción general de salud, la salud emocional o el bienestar socio económico, siendo el dolor un síntoma que afecta especialmente al área de la percepción de salud (Waghorn, Chant y Lloyd, 2006). De igual manera, las expectativas de autoeficacia pueden ayudar a reducir la sensación de discapacidad asociada al dolor. De hecho, se ha señalado que en pacientes con dolor crónico, las expectativas de autoeficacia pueden llegar a tener una capacidad predictiva sobre el funcionamiento físico mayor que la propia intensidad de dolor (Arnstein, 2000; Meredith, Strong y Feeney, 2007).

Finalmente también se ha demostrado la interferencia del dolor en el transcurso del sueño. En recientes investigaciones se demuestra que el dolor crónico puede interrumpir el sueño y al mismo tiempo, esta mala calidad del sueño puede aumentar la percepción de dolor, creando un círculo vicioso difícil de romper y que influye en la respuesta al tratamiento analgésico pautado. Por todo ello, es razonable pensar que un manejo satisfactorio del control del dolor, puede mejorar las alteraciones del sueño en pacientes con dolor crónico y viceversa (Turk y Cohen, 2010).

Respecto al tratamiento, no existen dudas que la mejor alternativa el tratamiento multidisciplinar en el que se combinen atención médica, farmacológica y psicológica entre otras. Concretamente, con respecto a la intervención psicológica es la terapia cognitivo conductual (TCC) la más empleada y la que mejor resultados muestra (Williams, Eccleston y Morley, 2012).

Estudios referentes en el campo del tratamiento multidisciplinario del dolor (incluyendo componentes psicológicos) informan que seis meses después del final del tratamiento, la intensidad del dolor se redujo claramente. Este tratamiento también ayudo al aumento de la calidad de vida y del sueño. También se redujeron los niveles de ansiedad y depresión y mejoraron las expectativas de autoeficacia informadas por los pacientes (Marnitz et al., 2008; Morley, Williams y Hussain, 2008).

Por norma, las intervenciones psicológicas enfocadas al manejo del dolor crónico, suelen incluir entre otras, técnicas de relajación, de respiración, psicoeducación y uso de autorregistros (KrönerHerwig, 2009), además de la adquisición y mejora de habilidades de afrontamiento como el cambio de pensamientos con la Técnica de Discusión Cognitiva (Beck, 1967; Beck 1976) y técnicas de distracción.

El objetivo de la TCC es identificar, cuestionar y replantear creencias desadaptativas y conductas que se asocian con el dolor y la discapacidad que éste genera

en los pacientes que lo padecen. Esto se logra a través de la psico-educación, el establecimiento de metas y el aprendizaje eficaz de técnicas de resolución de problemas y estrategias de manejo del dolor. Estas estrategias incluyen el enfrentamiento a las conductas de evitación del dolor y la planificación de actividades diarias con el objetivo de mejorar el estado de ánimo, la capacidad de recuperación y la autoeficacia. Esto es importante porque, como ya hemos destacado, se ha demostrado que la baja autoeficacia puede predecir a largo plazo discapacidad (Rasmussen-Barr, Campello, Arvidsson, Nilsson-Wikmak, y Ang, 2012). La TCC se ha demostrado especialmente eficaz para mejorar las medidas de autoeficacia en personas con dolor lumbar crónico entre otros (Ehde, Dillworth y Turner, 2014). Además, también tiene su papel en la prevención de la discapacidad de largo plazo en nuevos episodios de dolor, mediante la mejora de la capacidad de recuperación de una persona, la capacidad de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

En la literatura científica queda patente que la TCC aplicada al manejo del dolor ayuda a la reducción de la intensidad del dolor, y estos efectos perduran en el tiempo, al menos durante los 3 meses posteriores a la finalización de la intervención. En cambio los meta-análisis consultados muestran que la efectividad sobre las variables emocionales y las expectativas de autoeficacia no es significativa (Eccleston et al., 2012; Williams, Eccleston y Morley, 2012)

Por ejemplo, en estudios como el descrito por Sánchez, Velasco, Rodríguez-Carvajal y Baranda-Sepúlveda (2006), se concluye que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas, como dotar de información al paciente, proporcionar entrenamiento en relajación, así como el 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.

Otro ejemplo, es el del Hospital Universitario de Getafe (Almendro et al., 2011), donde se lleva a cabo un programa cognitivo conductual de intervención grupal estructurado en 10 sesiones de hora y media de duración. Los resultados mostraron una mejoría en el estado emocional, en aspectos subjetivos como dolor, fatiga o cansancio, y la capacidad física. En este grupo se observaron dificultades de adhesión al tratamiento, algunos pacientes asistieron de forma irregular a las sesiones y otros abandonaron.

En este trabajo, el programa referente es el que se aplica en el Hospital General Universitario de Alicante, con contenidos protocolizados (Rodríguez-Marín, van-der Hofstadt y Couceiro, 2013). En la evaluación de este programa se observa una reducción significativa de la intensidad informada del dolor, una mejor y mayor calidad de vida y una mejoría en la arquitectura del sueño, mejoras que resultan tener mayor efecto en personas con diagnóstico de fibromialgia (Alonso, Tirado, van-der Hofstadt y Rodríguez-Marín, 2014).

Objetivos e Hipótesis

El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de un programa de intervención basado en la TCC a los seis meses de la aplicación del programa, y comparar esos resultados con los obtenidos a la finalización del programa. Los objetivos específicos de este estudio son:

- 1) Evaluar la eficacia diferida de un programa de intervención psicológica en dolor crónico.
- 2) Conocer las técnicas más empleadas por los pacientes durante el periodo de seguimiento y su relación con los resultados obtenidos.

Hipótesis de este estudio:

1) Los resultados de la eficacia inmediata se mantendrán a los seis meses de la finalización del programa.

2) En los pacientes que trabajan las técnicas con mayor frecuencia, se observará mejores resultados en términos de mejoras en las puntuaciones de las variables.

MÉTODO

Participantes

Este estudio se realizó con los participantes que durante el periodo de evaluación comprendido entre enero y diciembre de 2015, cumplían seis meses desde la finalización del grupo de tratamiento de dolor que se realiza desde la Unidad de Psicología Clínica de la Salud. El total de pacientes citados para el seguimiento ascendía a 20, de los cuales 6 eran hombres y 14 mujeres, con una edad media de 64 años (dt 15.06). De estos, tan sólo acudieron 18 participantes, de los cuáles 6 eran hombres y 12 mujeres. Por tanto, la muerte experimental durante el programa de seguimiento es del 10%.

Respecto a los criterios de inclusión para este estudio, los pacientes fueron derivados desde la Unidad de Dolor, estando diagnosticados de dolor crónico de intensidad moderada y de tipo no oncológico y tenían entre 18 y 75 años. Fueron excluidos aquellos pacientes que no asistieron al menos al 75% de las sesiones y los que presentaban dificultades lectoras o de comprensión de los instrumentos empleados.

Variables e Instrumentos

De acuerdo con los objetivos propuestos, las variables estudiadas fueron las siguientes:

La variable dependiente del estudio es la puntuación obtenida respecto a al intensidad de dolor informada por el paciente y recogida por la Escala Visual Analógica (EVA). Se trata de una línea horizontal de 10 cm de longitud. Se utiliza para medir la variable "Percepción de Dolor". Un 0 indica *sin percepción de dolor* y un 10 indica una *percepción de dolor muy intensa*. La fiabilidad y validez de este tipo de escalas ha sido evaluada en múltiples estudios. Un valor menor que 4 supone dolor leve o leve-moderado; entre 4-5.9, dolor moderado-grave, y un valor mayor de 6 implica dolor muy intenso.

Las variables independientes se valoraron al principio del estudio como línea base, a los dos meses coincidiendo con el final del programa y a los 6 meses. Entre estas encontramos ansiedad y depresión, calidad de vida física y mental, calidad e interferencias en el sueño, y autoeficacia percibida.

La variación en sintomatología ansiosa y depresiva se valoró con la Escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983), en su adaptación española (Tejero, Guimerá, Farré & cols. 1986). Esta es una escala autoaplicada de 14 ítems para medir ansiedad y depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango de 0-3). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala y de 0-46 puntos para una puntuación global. En ambas subescalas los puntos de corte son 0-7 no caso, 8-10 puntos caso probable y 11 puntos o más caso diagnosticable.

Los cambios registrables en calidad de vida se midieron con la escala abreviada SF-12 (Short form, SF 12) sobre el Estado de Salud (Ware Kosinski, Turner-Bowker y Gandek, 2002), en su versión española (Vilagut y cols. 2008). Es un cuestionario que proporciona una medida subjetiva del estado de salud. Evalúa ocho aspectos de salud. El SF-12 consta de 12 ítems, es la versión reducida del SF-36. Los resultados van de 0

(el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud), siendo este un instrumento sensible al cambio terapéutico (Ware, Kosinski, y Keller, 1996).

Las variaciones visibles, respecto al impacto e interferencia del dolor en la arquitectura del sueño, se recogen con el Cuestionario de Sueño MOS (Medical Outcomes Study Sleep Scale) (Hays, Martin, Sesti, y Spritzer, 2005; Allen, Kosinski, Hill, y Calloway, 2009). Se trata de un instrumento de doce ítems que evalúa el impacto o interferencia ocasionada sobre los atributos del diseño del sueño (idoneidad, sueño óptimo, cantidad, despertares bruscos, ronquidos, sueño alterado y somnolencia). Evaluamos el índice global de interferencia entre 0 (ninguna interferencia o impacto) y 100 (máxima interferencia posible en el sueño), es decir, se interpreta de forma inversa a los anteriores instrumentos.

Para medir las variaciones existentes en la percepción de autoeficacia del paciente se aplicó la adaptación española de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale (Martín-Aragón et al., 1999). Esta escala está conformada por un total de 19 ítems con una escala de respuesta tipo Likert y un rango de respuesta entre 0 y 10, donde 0 equivale a sentirse totalmente incapaz, 5 a moderadamente capaz y 10 a totalmente capaz. Se pueden obtener puntuaciones por subescalas y una puntuación general.

Procedimiento

El presente estudio tiene un diseño de tipo longitudinal, donde nos planteamos comparar las variaciones en las variables estudiadas de manera previa y posterior a la aplicación del programa, con los resultados tras seis meses desde la aplicación del mismo, viendo la estabilidad de los cambios tras este periodo de tiempo.

Para el desarrollo de este estudio se citó a los pacientes en los que, durante el periodo de evaluación (enero-diciembre 2015), se cumplían seis meses desde la finalización de la intervención psicológica grupal. Durante este periodo cumplieron los

requisitos un total de 4 grupos de aproximadamente 8 participantes, que con anterioridad a la evaluación, se habían sometido a un programa de intervención cognitivo conductual grupal para pacientes con dolor crónico moderado no oncológico, de 8 sesiones con una duración aproximada de 120 minutos y periodicidad semanal, con contenidos protocolizados que se reflejan en la figura 1 (Rodríguez-Marín, van-der Hofstadt y Couceiro, 2013).

Figura 1: Contenidos del programa de intervención



Para la evaluación de la eficacia diferida de este programa, se procedió a la citación de los pacientes que coincidiendo con el periodo de evaluación hacía seis meses que habían finalizado el grupo de tratamiento para una nueva sesión (mes 8 desde el comienzo del grupo de tratamiento), con una duración de hora y media. Además de la evaluación del mismo se repasan los contenidos tratados durante el programa y las principales técnicas aplicadas. En la figura 2 se aprecia un esquema de los momentos de evaluación, tanto durante la realización del programa de tratamiento como durante el seguimiento.

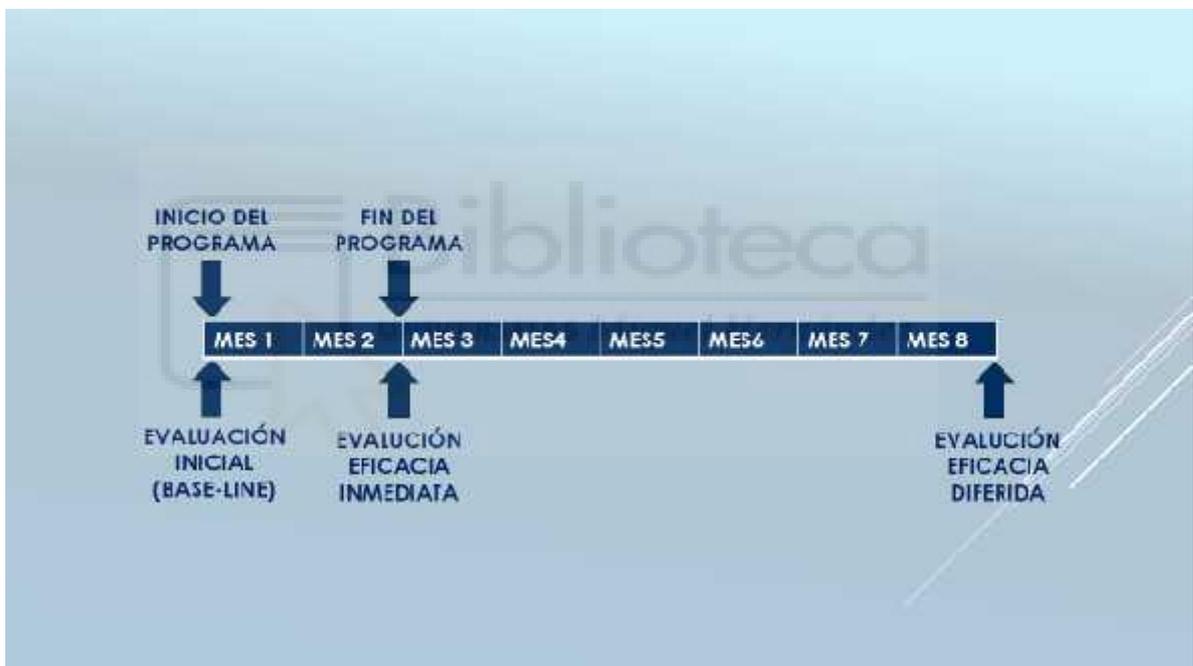


Figura 2: Cronología de evaluación

RESULTADOS

De manera previa al análisis de los resultados de la efectividad del programa vamos a analizar las puntuaciones obtenidas por los participantes en la primera de las medidas para evaluar la situación inicial de éstos.

Al analizar las puntuaciones medias obtenidas por los participante encontramos que niveles moderadamente altos de intensidad de dolor ($\bar{X}=7.04$, $dt=.2.08$). Referente a los niveles de ansiedad y depresión encontramos puntuaciones que refieren presencia de trastornos, puntuando por encima del punto de corte del instrumento empleado (>11), como se observa en la tabla 1. También se observa una afectación severa de la arquitectura del sueño, con puntuación alta en variables como alteraciones de sueño, la duración del sueño está por debajo de los niveles óptimos. Además, observamos niveles extremadamente bajos en ambos componentes de calidad de vida. Y finalmente también se observan afectadas distintas dimensiones de autoeficacia, especialmente la dimensión de control del dolor (Tabla 1).

Tabla 1: Eficacia inmediata del programa.

	Media pre	dt pre	Media post	dt post	t	gl	Sig. (bilateral)
EVA	7.26	1.88	6.08	1.88	2.96	17	0.53
Ansiedad	14.17	4.05	11.78	4.39	3.36	17	0.58
Depresión	11.91	4.70	10.52	5.23	2.21	17	0.43
Alteraciones del sueño	65.00	27.44	63.31	24.77	0.42	17	-
Cantidad	5.52	1.50	5.82	1.66	-1.07	17	-
Ronquidos	50.43	28.20	44.34	26.93	1.15	17	-
Despertar por falta de aire	52.17	24.67	52.17	28.75	0.00	17	-
Somnolencia	31.30	25.99	40.86	31.61	-1.54	17	-
CV Física	31.54	6.78	31.99	7.85	-0.43	17	-
CV Mental	31.21	11.04	32.37	9.00	-0.54	17	-
Autoef. control síntomas	38.20	15.50	40.54	21.01	-0.65	17	-
Autoef. funcion. Físico	48.69	24.74	52.97	25.39	-1.15	17	-
Autoef. control dolor	26.78	18.51	33.13	20.97	-1.57	17	-

Al analizar los datos obtenidos de la comparación entre las puntuaciones medias previas y posteriores a la aplicación del programa, observamos que, por lo general, los pacientes mejoran en casi todos los aspectos medidos (Tabla 1). Concretamente, se aprecian mejoras significativas y relevantes en las variables evaluación del dolor, ansiedad y depresión. Los tamaños del efecto son medio-altos en todos los casos (Cohen, 1992).

Tabla 2: Eficacia diferida del programa

	Media	dt pre	Media 6m	dt 6m	t	gl	Tamaño del efecto
EVA	7.15	1.98	5.25	1.86	4.64	17	0.73
Ansiedad	14.10	4.14	10.85	3.88	3.76	17	0.65
Depresión	12.45	4.61	9.85	5.07	3.79	17	0.66
Alteraciones del sueño	68.75	24.50	62.94	24.94	1.27	17	-
Cantidad	5.30	1.34	5.35	1.63	-0.17	17	-
Ronquidos	50.00	27.14	41.00	34.01	1.34	17	-
Despertar por falta de aire	50.53	22.48	52.63	29.22	-0.44	17	-
Somnolencia	30.50	26.85	40.00	29.56	-1.90	17	-
Componente física final	31.55	6.78	32.39	7.41	-0.47	17	-
Componente Mental final	31.22	11.04	33.21	11.15	-0.89	17	-
Autoeficacia control de síntomas	37.50	15.67	46.38	23.75	-2.49	17	0.51
Autoeficacia funcionamiento físico	48.17	24.63	48.42	25.16	-0.06	17	-
Autoeficacia control dolor	25.80	17.06	32.60	23.00	-1.91	17	-

Referente a la comparación entre la medida inicial y los resultados diferidos a los 6 meses encontramos que los pacientes mantienen o aumentan las leves mejorías marcadas en la comparación previa y posterior a la aplicación del programa. De igual forma, se aprecian mejoras significativas y relevantes en las variables evaluación del dolor, ansiedad y depresión, pero en este caso aumentan los tamaños del efecto siendo grandes en los tres casos. Además aumenta la mejoría presentada en la variable autoeficacia en control de síntomas siendo significativa a nivel estadístico con un tamaño del efecto mediano (Cohen, 1992), como se observa en la tabla 2.

Tabla 3: Evolución del efecto del programa entre la medida inmediata y diferida.

	Media post	dt post	Media 6m	dt 6m	t	gl	Tamaño del efecto
EVA	6.10	1,92	5,25	1.86	3.22	17	0.59
Ansiedad	11.65	4,67	10,85	3.88	1.18	17	-
Depresión	10.80	5,46	9,85	5.10	1.84	17	-
Alteraciones del sueño	63.44	24,08	62,94	24.94	0.11	17	-
Cantidad	5.55	1,57	5.35	1.63	0.72	17	-
Ronquidos	41.00	25,53	41.70	34.01	0.00	17	-
Despertar por falta de aire	53.68	26,71	52.63	29.22	0.19	17	-
Somnolencia	40.00	33.56	40.00	29.56	0.00	17	-
Componente física final	31.94	7.68	31.82	7.75	0.06	17	-
Componente Mental final	33.59	10.56	34.33	12.14	-0.45	17	-
Autoeficacia control de síntomas	39.25	20.60	46.38	23.75	-1.97	17	-
Autoeficacia funcionamiento físico	52.50	24.94	48.42	25.16	0.87	17	-
Autoeficacia control dolor	31.80	21.35	32.60	23.00	-0.16	17	-

Referente al mantenimiento de las mejoras entre la medida inmediata tras la aplicación del programa y la medida diferida encontramos que las diferencias alcanzadas tras la aplicación del programa se mantienen estables con algún ligero retroceso en variables como autoeficacia en función y la duración del sueño, sin llegar a ser significativos estos cambios. En cambio, sí encontramos significación estadística en la disminución que se produce en la variable evaluación del dolor, con un tamaño del efecto grande (tabla 3).

Con respecto a la frecuencia de aplicación de estrategias trabajadas en el programa, encontramos que las técnicas de aceptación son las estrategias más usadas diariamente, siendo empleadas por el 35% de los participantes. Para el resto de técnicas el uso diario es poco frecuente. Con respecto al resto de técnicas que se usan con mayor frecuencia encontramos que la distracción de pensamiento y la respiración profunda, se usan por el 65% y 60% de los participantes respectivamente con una periodicidad superior a tres veces por semana.

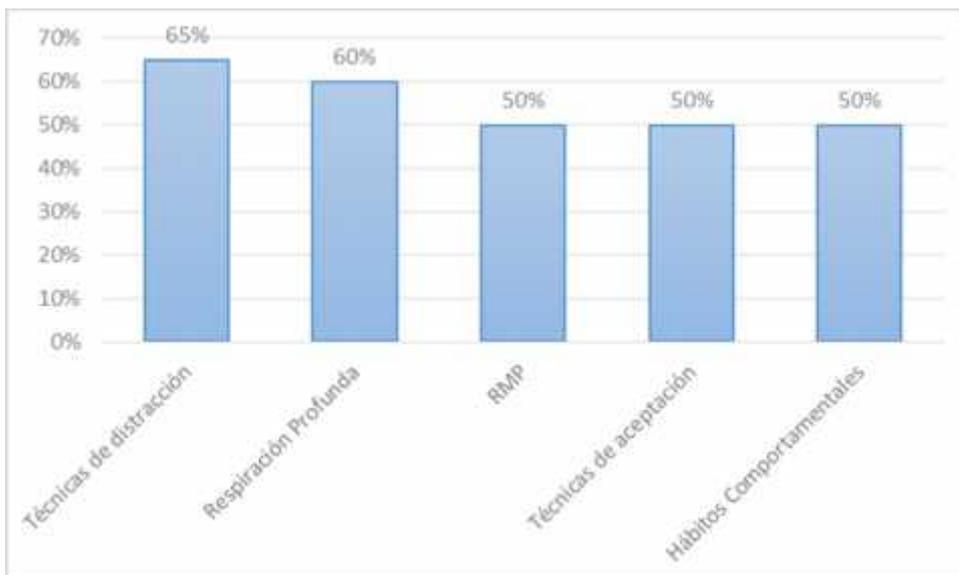


Figura 3: Porcentaje de aplicación de técnicas con frecuencia de tres días por semana.

Los participantes que indican mayores frecuencias de prácticas de estas estrategias, representan leves mejorías con respecto a la comparación con los participantes que las practican con menores frecuencias sin que estas representen mejorías significativas.

DISCUSIÓN

En el desarrollo de este trabajo, nos planteábamos evaluar la eficacia diferida del programa de intervención cognitivo conductual con contenidos protocolizados de Rodríguez-Marín, van-der Hofstadt y Couceiro (2013). Como ya se había expuesto en investigaciones anteriores el programa muestra una eficacia inmediata en la reducción de la intensidad informada de dolor. Además, en este trabajo, a los seis meses se observa que disminuye la intensidad de dolor informada por los pacientes, con respecto a lo medido al final del programa. Estos datos reflejan que una vez finalizado el programa, en los participantes se mantienen los efectos positivos de reducción del nivel de dolor informado y éste continúa reduciéndose durante los meses posteriores a la finalización del programa. Estos resultados están en sintonía con lo expuesto en la revisión bibliográfica, donde se anticipaba que la TCC enfocada en el manejo del dolor ayudaba a reducir la intensidad de dolor percibida, siendo esta la que mejores resultados mostraba, manteniéndose los resultados durante al menos 3 meses tras la finalización de la intervención (Williams, Eccleston y Morley, 2012).

De la evaluación y comparación del seguimiento a los seis meses, encontramos que con respecto a la medida previa a la aplicación del programa, los participantes, además del dolor, reducen de forma significativa la sintomatología psicológica negativa asociada, aumentando los niveles de calidad de vida, autoeficacia, y arquitectura del sueño.

Referente a la comparación entre el seguimiento y la medida diferida, encontramos que las variables asociadas o influenciadas por el dolor se mantienen estables sin cambios significativos. Sin embargo si se observan cambios significativos con respecto al dolor informado por los pacientes, éste continúa reduciéndose de manera significativa tras la aplicación del programa. Este resultado puede estar influenciado por las técnicas de prevención de recaídas y el refuerzo de la práctica de las técnicas aprendidas durante el programa (KrönerHerwig, 2009).

Finalmente, referente a las técnicas aprendidas más empleadas, encontramos que destacan las técnicas de distracción y respiración profunda, por encima del resto. Esto podría explicarse ya que estas son las técnicas más efectivas en momentos de crisis de dolor, donde por intensidad y respuesta, de manera inmediata pueden llegar a ser más efectivas (Moix y Casado, 2011).

Con respecto al efecto modulador de la práctica regular de las técnicas expuestas durante la intervención, encontramos que los datos muestran que la práctica regular de éstas, ayuda a continuar disminuyendo la sintomatología ansiosa depresiva, así como a continuar aumentando el nivel de calidad de vida, las expectativas de autoeficacia y la duración y la calidad del sueño, según lo esperado tras la revisión bibliográfica (McCracken y Velleman, 2010). De manera paralela se produce una reducción significativa del dolor informado, por parte de los pacientes, entre la medida posterior a la finalización del grupo y el seguimiento a los seis meses, siendo esta mayor en los participantes que practican las técnicas expuestas con mayor frecuencia.

Referente a las hipótesis planteadas en este estudio, la primera establecía que los resultados mostrarían que la eficacia del programa se mantendría estable desde la finalización del mismo hasta el seguimiento posterior del programa. Esta hipótesis es refutable ya que contrariamente a lo esperado, no se mantiene los niveles, sino que sigue

aumentando el control sobre el dolor y las variables asociadas, aumentando así los beneficios obtenidos por los participantes, tras la finalización del mismo.

Con respecto a la segunda hipótesis planteada, que establecía que los pacientes que trabajasen las técnicas con mayor frecuencia, mostrarían mejores resultados en términos de mejoras en las puntuaciones de las variables, los resultados permiten corroborar esta hipótesis. Pese a esto, es necesario destacar que las mejoras mostradas por el grupo que más practica las técnicas expuestas en el transcurso de la terapia, no resultan significativas a nivel estadístico, por tanto, sólo hablamos en términos de tendencias (Cohen, 1992).

Pese al buen resultado mostrado son muchas las limitaciones del presente estudio. Respecto del tamaño muestral, a la hora de clasificar a los sujetos, en función de la frecuencia de práctica, éste solo nos permite hablar de tendencias, por lo que para que se observe un efecto real de la comparación entre sujetos es necesario aumentar la muestra. Por otro lado, la no existencia de un grupo control que permita comparar las fluctuaciones estacionarias del dolor, nos impide extrapolar todas las mejoras observables a la eficacia del programa. Y finalmente, con respecto a la eficacia diferida del programa sería aconsejable establecer un nuevo seguimiento al año de finalizar la intervención para observar la evolución de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, R.P., Kosinski, M., Hill, Z.C.E. & Calloway, M.O. (2009). Psychometric evaluation and tests of validity of the Medical Outcomes Study 12-item Sleep Scale (MOS sleep). *Sleep Medicine*, 10, 531-539.
- Almendro, 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.
- Anderson, J. (2014) *Chronic Pain Management for the Hospitalized Patient*. Nueva York: International Universities Press.
- Alonso, M.R., Tirado, S., van-der Hofstadt, C.J. y Rodríguez-Marín, J. (2014) Evaluación de un programa de intervención grupal en dolor crónico y fibromialgia. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 2(1),42-75.
- Anderson, J., Freedland, K., Clouse, R. & Lustran, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24,1069-1078
- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in differen of chronic pain patients. *Disability Rehabilitation*, 22(17),794–801
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press. (Publicado en 1972 como *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press).
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, D. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, (10), 287-333.

- Català, E. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6 (2), 133-140.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Eccleston, C., Palmero, T.M., de C Williams, A.C., Lewandowski, A., Morley, S., Fisher, E., & Law, E. (2012). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, (12)
- Ehde D.M., Dillworth T.M. & Turner J.A. (2014) Cognitive behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69:153–166.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioural methods for chronic pain and illness*. Mosby:St Louis.
- Hays, R.D., Martin, S.A., Sesti, A.M., & Spritzer, K.L. (2005). Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Medicine*, 6(1), 41-44.
- KrönerHerwig, B. (2009) Chronic Pain Syndromes and Their Treatment by Psychological Interventions *Curr Opin Psychiatry*,22(2): 200-204.
- Llorca, G.J., Muriel, C., González-Tablas, M.M. y Díez, M. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista Sociedad Española Dolor*, 14(1) 26-35.
- Marnitz U, Weh L, Müller G, *et al.* (2008). An integrative approach to the treatment of back pain. *Der Schmer*, 22: 415-423.
- Martín-Aragón M., Pastor M.A., Rodríguez-Marín J., March M.J., Lledó A., LópezRoig S. y Terol M.C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: Adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1/2): 53-75.

- McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148,141-147
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Meredith, J. Strong, J. y Feeney, J. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Europe Journal Pain*. 11(2), 164-70.
- Morley S., Williams A. & Hussain S. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy in the clinic: evaluation of a CBT informed pain management program. *Pain*, 137: 670-680.
- Rasmussen-Barr E., Ang B., Arvidsson I. & Nilsson-Wikmar L. (2009). Graded exercise for recurrent low-back pain: a randomized, controlled trial with 6-, 12-, and 36-month follow-ups. *Spine*, 34:221-8
- Rodríguez-Marín, J., van-der Hofstadt, C.J. y Couceiro, S. (2013). *Intervención grupal en dolor crónico. Manual del terapeuta*. Madrid: Grupo 5
- 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. *RevInvest Clin*, 58 (6), 540-6.
- Sternbach, R.A. (1978). *Clinical aspects of pain. The psychology of pain*. N.Y.: Raven Press.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. y cols. (1986). Uso clínico del HAD (HospitalAnxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica. Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Depto. Psiquiatría de la Facultad de Medicina*, 13: 233-238.

- Truyols, M. M., Pérez-Pareja, J., Medinas, M. M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). *Clínica y Salud*, 19,295-320.
- Turk, D.C. & Cohen, M.J. (2010). Sleep as a marker in the effective management of chronic osteoarthritis pain with opioid analgesics. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 39(6), 477-490.
- Vilagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-35.
- Waghorn, G., Chant, D. & Lloyd C. (2006). Labor force activity among Australians with musculoskeletal disorders comorbid with depression and anxiety disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(2), 241-52.
- Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3):220–33.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D.M., & Gandek, B. (2002). *How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1)*. Lincoln: QualityMetric Incorporated.
- Williams, A.C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, (11).
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.