

Evaluación de la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico

G. Jusue Erro¹, A. Biurrun Unzue², M. V. Fernández Cuadrado³

Resumen

Actualmente se tiende a aplicar paquetes terapéuticos multidisciplinares (incluidas técnicas psicológicas) para el tratamiento del dolor crónico. En este sentido, el propósito de esta investigación es analizar la efectividad de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual, previo a su utilización clínica y sistemática.

Método: Se ha utilizado para el estudio el programa de tratamiento psicológico "autodominio del dolor" de Philips HC en el Shaughnessy Hospital de Vancouver B.C. (con algunas variantes). Se realiza un diseño transversal de medidas repetidas pre/post tratamiento.

Resultados: Ha sido efectivo para producir una leve disminución (aunque significativa) de la intensidad dd dolor; los pacientes con incapacidad laboral son los que menos se benefician, en algunos casos nada. Eficaz para internalizar las expectativas de control sobre el dolor, así como para disminuir niveles de depresión leve/moderada asociada al dolor (no para las más graves).

Conclusión: el programa de "autodominio del DC" ha demostrado ser suficientemente efectivo. Los resultados mejorarían aplicando con más rigor los criterios de inclusión/exclusión de los pacientes.

Palabras clave: Efectividad. Tratamiento psicológico. Dolor crónico.

Summary

Background: There is a tendency nowadays to administer chronic pain patients multimodal treatments that include psychological interventions.

Purpose: the aim of the present study was to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioural program for chronic pain patients. The results of this study could drive us to include this program as one of the treatments that are offered in our institution.

¹ Psicólogo Clínico U.H.P. y U.D. del Hospital de Navarra

² Psicólogo Clínico U.D. Hospital de Navarra

³ Psicologo Clínico CSM IIB

Correspondencia: Dr. German Jusue Erro

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital de Navarra

C/ Irunlarrea s/n.

31008 Pamplona/Iruña

e-mail: gjusueer@cfnavarra.es

isabateb31@smail2.ocenf.org

Methods: *the program evaluated was the self management of pain (o self control) "that is administered by Philips HC at the Shaughnessy Hospital de Vancouver B.C. A transversal design with repeated measures analysis, pre-post treatment, has been carried out.*

Results: *there has been a low but statistically significant decrease in the level of pain intensity.*

Patients with incapacity to work showed the lowest level of benefit. The treatment helped to internalise the expectances of pain control, and to decrease the degree of depression related to pain in patients with low/moderate levels of depression (no in higher levels).

Conclusion: *The program self management of chronic pain has shown to be effective. The results of the present study might improve if the criteria of inclusion/exclusion of patients were applied with more rigor.*

Key words: Effectiveness. Psychological treatment. Chronic pain

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico (DC) puede ser considerado como uno de los grandes problemas de salud de la sociedad contemporánea: Por la alta prevalencia; en este sentido, la Sociedad Española del Dolor (SED, 2000)¹ estima que unos 14 millones de españoles sufren de dolor crónico, 35% de la población. Por los elevados costes económicos y sociales que conlleva; según la SED, el dolor crónico es una enfermedad cuyo tratamiento cuesta actualmente en España unos 760.250 millones de pesetas. Por los efectos psicosociales que tiene en la vida del paciente.

Pero ante todo, el dolor es una experiencia subjetiva vivencialmente compleja y multidimensional. Así lo recoge la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que lo define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial, o descrita en términos de la misrna" (IASP, 1979)². Otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; invalida el concepto exclusivo de dolor como modalidad sensorial, considerando también las dimensiones afectivo-emocionales y atribucionales asociadas al dolor.

Bajo el término de dolor crónico (DC) nos referimos además, a aquellos trastornos caracterizados básicamente por un dolor persistente, con una duración de al menos seis meses, y resistentes a la terapéutica médica convencional. Se trata, en general, de problemas en los que resulta difícil identificar el daño físico o lesión que mantiene el dolor. O bien la alteración que da origen

al dolor es preferentemente funcional, obedeciendo a disfunciones en los complejos sistemas de autorregulación general del organismo. El dolor crónico se configura así como un problema genérico que requiere un abordaje especializado y multidisciplinar (Vallejo y Comeche, 1994) (3).

Durante los últimos veinte años, han sido numerosas las propuestas de tratamiento psicológico en el manejo del DC: desde el tratamiento basado en el condicionamiento operante desarrollado por Fordyce (1976, 1978) (4, 5), a tratamientos mediante técnicas cognitivo-conductuales como relajación, biofeedback, estrategias cognitivas de control atencional (Turk, 1975, 1978; Meichembaum y Turk, 1980) (6-8). La tendencia actual es la aplicación de paquetes terapéuticos compuestos por varias de estas técnicas que se incluyen dentro de programas multidisciplinarios.

En este sentido, Flor, Fydrich y Turk (1992) (9) realizaron un meta-análisis donde fueron examinados 65 estudios que evaluaban la eficacia de tratamientos multidisciplinarios para el DC de espalda, llegando a las siguientes conclusiones: a) El tratamiento multidisciplinar es superior a los tratamientos unidisciplinarios. b) Los efectos son estables en el tiempo y no se limitan a una disminución de la intensidad del dolor o a una mejora del estado de ánimo, sino que también se extiende a variables conductuales como retorno al trabajo o uso del sistema de salud.

En un reciente estudio, Mc Quay, Moore, Eccleston Morley y Williams (1997) (10) concluyen que son varias las intervenciones que han demostrado ser efectivas para el manejo del DC.: analgésicos menores, anticonvulsivantes, antide-

presivos, anestésicos sistémicos locales, AINEs tópicos en cuadros reumatológicos, capasicina tópica en neuropatía diabética, corticoesteroides epidurales para dolor lumbociático e intervenciones psicológicas.

Por parte de la Unidad del Dolor del Hospital de Navarra y del Servicio de Traumatología de la Clínica Ubarmin, ambas con un volumen importante de pacientes con DC, surge la necesidad y el interés de investigar la efectividad de un programa de tratamiento psicológico, como paso previo a una posible utilización clínica y sistemática del mismo, dentro de la concepción multidisciplinar planteada del tratamiento del DC. La respuesta a esta demanda ha originado la puesta en marcha de este estudio, cuyos resultados presentamos.

El Objetivo principal ha sido evaluar la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal cognitivo-conductual en pacientes con DC en Navarra.

Los objetivos específicos: 1) Valorar los cambios en la intensidad del dolor como efecto del tratamiento.. 2) Valorar los cambios en la capacidad de afrontamiento activo al dolor, "locus de control" y distrés psicológico en respuesta a este tratamiento. 3) Valorar la efectividad del tratamiento en pacientes con DC en función de su situación laboral ("con incapacidad laboral", "sin incapacidad laboral").

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se ha empleado un diseño transversal con medidas repetidas, antes y después del tratamiento psicológico.

Sujetos

Los sujetos son pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento del Dolor del Hospital de Navarra y del Servicio de Traumatología-Cirugía-Ortopedia de la Clínica Ubarmin. Para la selección de los sujetos se han empleado los siguientes criterios de inclusión: 1) Dolor crónico (DC), definido como dolor persistente, con una duración de, al menos, seis meses y resistente a la terapéutica médica convencional. 2) Reducción del nivel de actividad (actividades dia-

rias y ejercicio físico). 3) Con respuesta emocional a las experiencias de dolor. 4) Ausencia de depresión, o presencia de ligera a moderada.

De los 204 pacientes remitidos por cumplir criterios de inclusión, 157 aceptaron someterse a la evaluación preliminar. De estos pacientes evaluados 40 fueron excluidos por cumplir alguno de los siguientes criterios de exclusión: 1) Presencia de alteraciones psicopatológicas graves. 2) Deterioro intelectual. 3) Ser mayor de 65 años. 4) Clara ganancia secundaria en torno al dolor (quereñas con seguros, demanda de incapacidad laboral, litigios con empresas).

Otros 39 de los pacientes seleccionados no iniciaron el tratamiento y 10 más abandonaron el programa una vez comenzado. Los 68 restantes (43,3% de los evaluados) completaron el programa en su totalidad.

Procedimiento

A medida que se completaba la evaluación inicial en las variables a estudio de un número suficiente de sujetos para formar un grupo (entre 4 y 7 personas), se procedía a iniciar el tratamiento. Este programa está basado en el tratamiento psicológico cognitivo-conductual desarrollado por Philips en el Shaughnessy Hospital de Vancouver B.C. (Canadá), en el que hemos introducido algunas modificaciones para adecuarlo a nuestra realidad. Se administra ambulatoriamente y se compone de nueve sesiones de hora y media de duración cada una con frecuencia semanal.

Las sesiones están estructuradas en cinco partes: 1) Revisión de tareas para casa; las tareas psicólogo clínico realiza una corta y didáctica exposición del tema central de la sesión. Los temas que se abordan son: acercamiento al auto-dominio del dolor; el rol de la relajación; el ejercicio físico; la medicación; el estado emocional; la focalización de la atención; la valoración del dolor; la utilización del dolor y asertividad; distribución de la actividad; prevención de recaídas. 2) Demostración y práctica de una estrategia relacionada con la presentación didáctica. 3) Asignación de tareas a los pacientes; se les pide que practiquen la estrategia trabajada y registren información relacionada con la sesión siguiente. 4) Fin de sesión y recogida de material didáctico por los pacientes.

Al final de la novena sesión se entregaba a los pacientes los mismos cuestionarios que cumplieron en la evaluación inicial. Una semana después, se recogían los datos post-tratamiento de las variables a estudio.

Aunque no se ha tenido en cuenta para el estudio, en 10 grupos se llevó a cabo una sesión de seguimiento a los dos meses del tratamiento, en la que los pacientes hacían una valoración subjetiva de los resultados clínicos obtenidos.

El total de grupos realizados ha sido de 12 con una media de 5,6 sujetos por grupo (mínimo 4 personas, máximo 7). El tratamiento grupal se ha desarrollado a lo largo de dos años, entre marzo 1997 y abril 1999.

Variables estudiadas

1. Socio-demográficas: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, situación laboral.

2. Variables psicopatológicas: somatización, ansiedad, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, psicoticismo, hostilidad, ansiedad fóbica, depresión, ideación paranoide.

3. Variables descriptivas del dolor: localización, intensidad media, frecuencia, agravantes, atenuantes, incapacidad percibida, medicación prescrita, historia del dolor.

4. Intensidad del dolor semanal.

5. Habilidades de afrontamiento al dolor.

6. Expectativas de control de la experiencia del dolor (locus de control).

7. Distrés psicológico: niveles de ansiedad y depresión.

Instrumentos utilizados

1. Entrevista Estructurada para pacientes con Dolor Crónico (Philips, H.C. 1991) (11). Se trata de una entrevista estructurada desarrollada por H.C. Philips en el Shingnessy Hospital de Vancouver para explorar a pacientes con dolor crónico que permite una recogida sistemática de información sobre datos personales y aspectos relacionados con el dolor.

2. Escala Numérica (0-5) para el registro diario del dolor.

3. Symptom Check List 90-Reform (SCL 90-

R) (Derogatis, 1983) (12). La versión castellana ha sido realizada por González de Rivera et al. (1993). Es un inventario de síntomas clínicos compuesto por 90 ítems, agrupados en 9 escalas o dimensiones psicopatológicas.

4. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD). Se trata de una adaptación al castellano del Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmond y Snaith (1983) (13), realizada por Caro e Ibáñez (1992) (14). Es una escala especialmente sensible para evaluar la ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física, en la que se han eliminado los ítems que puedan confundirse con síntomas propios del trastorno físico.

5. Escala Multidimensional de Locus de Control del Dolor (Toomey y cols., 1988) (15). Adaptada a pacientes con dolor crónico en población española por Pastor, López, Rodríguez-Marín, Sánchez, Salas y Pascual (1990) (16), del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante. Permite la exploración de las expectativas de control de la experiencia del dolor (locus de control) con 4 factores o subescalas independientes: uno interno y tres externos (Azar, Destino y Otros Profesionales).

6. Cuestionario de Formas de Afrontamiento (CEA). Se ha construido a partir de las revisiones del WCCL (Ways of Coping Checklist) llevadas a cabo por Folkman y Lazarus (1980, 1985) (17,18), Folkman y cols. (1986) (19) y Vitaliano y cols. (1985) (20). Adaptado para la población española por Rodríguez Marín, Terol, López-Roig y Pastor (1992) (21). La escala establece 11 subescalas representativas de diversas formas de afrontamiento: pensamientos positivos, culpación de otros, pensamiento desiderativo, búsqueda de apoyo social, búsqueda de soluciones, represión emocional, contabilización de ventajas, religiosidad, autoculpación, resignación y escape. A partir de un estudio correlacional se han clasificado estos factores según la dimensión activo-evitativa.

7. Hojas de Autorregistro durante el tratamiento sobre diversos aspectos (dolor, ejercicio físico, actividad, tareas prescritas...).

Análisis estadísticos

Se ha realizado un análisis de frecuencias

para el estudio de las variables descriptivas de la muestra.

La comparación de las variables clínicas antes y después del protocolo de tratamiento se ha llevado a cabo según el nivel de medición de las variables: variables cualitativas, “prueba de chi-cuadrado”; variables cuantitativas, “comparación de medias”.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS-Windows.

RESULTADOS

Descripción de los sujetos de la muestra:

De los 68 sujetos, 40 son mujeres (59,8%) y 28 hombres (41,2%). Con una edad media de 47 años (edad mínima 27 y máxima 64 años). Nivel de estudios: el 50% de la muestra había completado la EGB, un 20,6% tenía estudios de FP o BUP, un 17,6% no había completado la EGB, y el 11,8% tenía estudios universitarios. Estado civil: 80,8% casados; 10,3% solteros, 7,3% separados y 1,5% viudos. Situación laboral: 20,6% “con incapacidad laboral” y 79,4% “sin incapacidad laboral”.

Descripción de las características del dolor:

Localización del dolor: 44,1% dolor lumbar; 7,3% dolor cervical; 9,8% dolor en extremidades inferiores; 4,4% dolor dorsal; 2,9% dolor en hombros y 32,4% otras localizaciones (señalar que en los “abandonos” la localización es preferentemente lumbar, llegando al 70%; mientras que esta localización es del 40% en los que completan el tratamiento).

Intensidad del dolor verbalizada por el paciente (de 0 a 10): media 5,75 (rango 9 a 2).

Frecuencia: diario 88,2%.

Principales agravantes del dolor: tensión física en el 67,6%; cambios de tiempo en el 63,2%; ejercicio físico en el 61,8%; fatiga en el 60,3%; frío en el 52,5%; enfados en el 48,5%; preocupaciones en el 45,6% y trabajo en el 35,3%.

Principales atenuantes del dolor: baños calientes en el 58,8%; calor en el 51,4%; tomar el sol en el 48,5%; la concentración en el 48,5%; la relajación en el 45,6%.

Resultados comparativos:

1. Somatización: puntuación media SCL 90-R pretratamiento 20,30 (sobre una puntuación máxima de 48), postratamiento 18,85 (diferencia no significativa).

2. Habilidades de afrontamiento: a) puntuación media en afrontamiento activo pretratamiento 54,2 (sobre una puntuación máxima de 100) y 57,4 en el postratamiento (diferencia no significativa). b) puntuación media en afrontamiento evitativo pretratamiento 38,2 y de 39,87 en el postratamiento (diferencia no significativa).

3. Expectativas de control de la experiencia de dolor (“Locus de Control”): a) puntuación media pretratamiento del factor “LC Profesionales” 19,17 (sobre un máximo de 30) y 17,14 en el postratamiento (diferencia significativa). b) puntuación media pretratamiento del factor “LC Interno” 14,75 (máximo 24) y 17,39 en el postratamiento (diferencia significativa). c) puntuación media pretratamiento del factor “LC Azar” 5,20 (máximo 18) y 5,75 postratamiento (diferencia no significativa). d) puntuación media pretratamiento del factor “LC Destino” 9,29 (máximo 18) y 8,66 en el postratamiento (diferencia no significativa). (Tabla 1)

Tabla 1
Cambios en las variables anteriores pre-post-tratamiento

	Media pretratamiento	Media postratamiento	p
Somatización	20,3	18,85	>0,05
Habilidades de afrontamiento activo	54,2	57,4	>0,05
“Locus de control”			
“Interno”	14,75	17,39	0,001
“Externo-profesionales”	19,17	17,14	0,02

4. Distrés psicológico: a) Ansiedad: Se obtienen los siguientes resultados: 11 pacientes se clasificaron como “ansiedad presente” antes del tratamiento, pasando a 10 tras el tratamiento; 14 pacientes inician el tratamiento con “ansiedad dudosa”, finalizando 13; por último, 34 inician

“sin ansiedad”, finalizando 36 (tras una prueba de Chi-cuadrado, no se obtienen diferencias significativas). b) Depresión: 33 comienzan el tratamiento sin depresión, finalizando 39 en la misma categoría; 17 presentan al inicio depresión subclínica, siendo 11 al final del tratamiento; por último los 9 pacientes que inician con depresión franca, no modifican tras el tratamiento (tras una prueba de Chi cuadrado, se obtienen diferencias significativas). (Tabla 2)

Tabla 2
Cambios en las variables “distres psicológico”

Niveles	Ausente	Dudosa	Presente
Ansiedad			
Pretratamiento	34	14	11
Postratamiento	36	13	10
Depresión			
Pretratamiento	33	17	9
Postratamiento	39	11	9

5. Intensidad de dolor semanal (a partir de los registros diarios de dolor): a) **Muestra total:** la media de intensidad de dolor (escala numérica 0-5) pretratamiento es de 2,76 y de 2,28 en el postratamiento (diferencia significativa). b) **Subgrupo “sin incapacidad laboral”** (46 pacientes): la intensidad media del dolor pretratamiento es de 2,78 y de 2,23 en el postratamiento (diferencia significativa). c) Al comparar dentro de este subgrupo únicamente los 14 pacientes que en el

momento de iniciar el tratamiento se encontraban en situación de **“baja laboral transitoria”**, hemos obtenido una media pretratamiento de 3,11 y de 2,53 en el postratamiento (diferencia también significativa). d) **Subgrupo “con incapacidad laboral total-absoluta”**. 14 pacientes presentaban situación de “incapacidad total o absoluta”. La puntuación media en la intensidad de dolor era de 2,59 en el pretratamiento y de 2,52 en el postratamiento (diferencia no significativa). (Tabla 3)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión de los resultados

Las características sociodemográficas de esta muestra coinciden en gran medida con las descritas en estudios de prevalencia del DC, en los que se observan un predominio de mujeres, con dolor musculoesquelético principalmente en zona lumbar y articulaciones (Verhaak, Kerssens, Deklcer, Sorbi y Bensing, 1998) (22). En este sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995) (23), al describir características sociodemográficas del Trastorno por Dolor, considera que las mujeres parecen experimentar ciertos tipos de dolor crónico, como cefaleas y dolor músculo-esquelético, con más frecuencia que los varones.

Estos mismos estudios constatan la prevalencia mayor del dolor crónico en niveles socioeconómicos más bajos. En nuestro estudio se ha recogido parcialmente este dato, mediante el nivel educa-

Tabla 3
Cambios en la “intensidad del dolor”(0-5)

	Grupo total	Subgrupo con incapacidad laboral	Subgrupo sin incapacidad laboral	Subgrupo baja laboral
Media pre-tratamiento	2,76	2,59	2,78	3,11
Media post-tratamiento	2,28	2,52	2,23	2,53
Significación	p 0,05	p 0,9	p 0,01	p 0,01

cional, perteneciendo casi el 70% de los pacientes a un nivel educacional medio-bajo o bajo.

Uno de los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Dolor del DSM-IV es el deterioro significativo que el dolor provoca a nivel sociolaboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. En este sentido hemos encontrado que únicamente el 17% de la muestra estaban en activo en el momento de la evaluación preliminar. Este dato llamativo sobre el deterioro sociolaboral, se ha obtenido a pesar de haber excluido para el estudio a todos aquellos pacientes en los que se detectan claras ganancias secundarias en torno al dolor (querrelas con seguros, demanda de incapacidad laboral, litigios con empresas), o sospecha de rentismo.

En cuanto a la caracterización del dolor, en la mayoría de los pacientes es diario. No consideran únicamente como agravantes factores externos (climatología), sino que también tienen en cuenta factores internos (tensión, fatiga, enfados, preocupaciones) y situacionales (trabajo) susceptibles de cambios. Por otra parte consideran como atenuantes actividades sencillas (baños calientes, relajación). Esta caracterización del dolor concuerda con las estrategias de afrontamiento activas que la mayoría presentan ante el dolor.

Las puntuaciones en la escala "Somatización" del SCL antes y después del tratamiento han sido elevadas, apareciendo una tendencia hacia la disminución de las mismas tras el tratamiento (sin llegar a ser estadísticamente significativa). Algunos estudios han señalado puntuaciones elevadas de esta escala del SCL 90-R en sujetos con dolor crónico frente a un grupo control asintomático (Quint, Hasenburger, Patsalis y Franke, 1998) (24). La somatización se viene considerando como un factor predictivo de cronicidad, como señalan Gatchel, Polatin, Kinney (1995) (25) Las altas puntuaciones obtenidas en "somatización" en el pretratamiento confirman la característica de cronicidad de los pacientes de esta muestra. En general, la somatización es una característica estructural de la personalidad, que pocas veces remite de forma completa, y aunque se observa una ligera disminución en el postratamiento, ésta no llega a ser significativa.

El distrés psicológico se ha valorado según los niveles de ansiedad y depresión. En cuanto a

los niveles de ansiedad, hemos partido de una muestra en la que la presencia de este síntoma antes del tratamiento era ya baja, por lo que los cambios tras el tratamiento han sido poco significativos. No ocurre lo mismo con los índices de depresión que están más patentes al inicio del tratamiento. En una revisión realizada por Fishbain, Cutler, Rosomoff y Rosomoff, (1997) (26) sobre la asociación entre el DC y depresión, encuentran que los estudios revisados son consistentes al indicar que existe una relación estadística entre el DC y la depresión y que ésta es consecuencia del dolor. En este sentido, el DSM-IV, al establecer los síntomas y trastornos asociados al Trastorno por Dolor, establece que el DC se asocia frecuentemente a trastornos depresivos, mientras el dolor agudo, a trastornos de ansiedad. Los resultados después del tratamiento muestran que el programa de tratamiento es efectivo para mejorar los cuadros depresivos leves o moderados, pero no tiene efectos en la depresión severa (el programa de tratamiento del DC cuenta con sesiones específicas dirigidas a mejorar el estado de ánimo en episodios depresivos leves o moderados asociados al dolor, pero no es suficientemente incisivo para tratar episodios depresivos más graves).

En relación a las expectativas de control de la experiencia de dolor (Locus de Control), hemos encontrado que los pacientes presentan, antes del tratamiento, una puntuación media alta en el factor "otros profesionales"; en el sentido de que estos enfermos con DC "están especialmente convencidos de que, de existir algún medio eficaz para la mejoría, únicamente los médicos podrían proporcionarlos" (DSM-IV, 1995). Estas expectativas cambian tras el tratamiento, disminuyendo significativamente la puntuación media en este factor, y aumentando también de forma significativa la expectativa de autocontrol del DC (Locus de Control Interno). Teniendo en cuenta que el programa se denomina "autodominio del DC", estos cambios confirman la efectividad del mismo para modificar las actitudes en relación al manejo del dolor ("algo puedo hacer para mejorar este dolor").

Los pacientes con DC, en general, presentan unas estrategias de afrontamiento al dolor activas ya antes del tratamiento. Esta característica, consta-

tada en otros trabajos realizados en Navarra (Arraras, Jusue, 1995; Arraras, Jusue, Calvo y Anadón, 1998) (27, 28) junto con un LC Externo centrado en "otros profesionales", les llevará a la búsqueda de múltiples tratamientos médicos y paramédicos. La clave del tratamiento no se centraría tanto en modificar un comportamiento activo hacia el manejo del dolor, sino la actitud o creencia relacionadas con las expectativas de autocontrol. El programa no ha modificado este predominio de un afrontamiento activo del manejo del dolor ya existente previamente.

En cuanto a la variable fundamental de este estudio, la intensidad del dolor, los resultados muestran que la disminución tras el tratamiento es pequeña, aunque estadísticamente significativa. Este cambio en la intensidad del dolor clínicamente escaso, se puede valorar más positivamente si tenemos en cuenta las características de la muestra antes del tratamiento, con niveles relativamente altos en depresión y somatización y un locus de control principalmente externo (centrado en otros profesionales). En este sentido, en un estudio correlacional preliminar con 35 pacientes de esta muestra (Martínez, Fernández, Biurrun, Jusue, 1999) (29) se encontró una relación positiva entre depresión/somatización con intensidad del dolor y una relación negativa con un locus de control interno. Posiblemente, los cambios en estas variables han determinado que los cambios en la intensidad de dolor hayan sido significativos, pero clínicamente poco relevantes.

En lo que se refiere a futuras implicaciones terapéuticas de autocontrol del dolor, sería recomendable una selección adecuada de los pacientes, teniendo en cuenta las variables anteriores, donde los niveles de somatización, depresión y el locus de control externo no fueran tan elevados. En este sentido Mc Cauly, Malott (1984) y Turner y Clancy (1986) (30) ya señalan que las estrategias de autocontrol pueden ser más eficaces en pacientes con niveles bajos de dolor y, consecuentemente, un LC más internalizado.

Los cambios en la intensidad del dolor se hacen más patentes en el subgrupo "sin incapacidad", mientras que no se objetiva ningún cambio en el subgrupo "con incapacidad". En un estudio danés sobre predictores sociodemográficos de los resultados en tratamientos multidisciplinarios para

el DC (Becker, Hojsted, Sjogren y Eriksen, 1998) (31), se encontró que aquellos pacientes que están tramitando la incapacidad no mejoran con el tratamiento. Podemos pensar que una vez que nuestros pacientes han recibido la calificación de incapacidad, estos están más centrados en mantener esta situación y/o buscar una incapacidad mayor, siendo más baja la motivación para el cambio. De nuevo nos encontramos con factores que señalan la importancia de una selección adecuada para este tipo de tratamiento.

CONCLUSIONES

Se ha valorado la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal (cognitivo-conductual) para pacientes con DC en Navarra, objetivándose cambios favorables en algunas de las variables estudiadas.

El programa ha resultado efectivo para producir una moderada disminución de la intensidad del dolor. Los cambios en esta variable, considerada clave para valorar la efectividad del programa, se han podido ver afectados por factores relacionados con los criterios de inclusión/exclusión previstos (niveles elevados en somatización, depresión grave, búsqueda y/o mantenimiento de incapacidad), que no han sido aplicados rigurosamente. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente la importancia de aplicar adecuadamente estos criterios en la selección de los pacientes que se pueden beneficiar de este tipo de tratamientos.

El estudio ha puesto en evidencia que aquellos pacientes con DC en situación de incapacidad laboral son los que menos se benefician, en algunos casos nada, del programa del tratamiento. En nuestro análisis, estos resultados son similares, aunque algo diferentes, a otros estudios que señalan los peores resultados en los pacientes que "buscan una incapacidad". Posiblemente esta diferencia en la situación laboral no sea tal, ya que nuestros pacientes "con incapacidad" pretenden, en su mayoría, mantener el estatus o buscan cotas mayores de incapacidad.

Uno de nuestros objetivos específicos consistía en modificar las expectativas de control sobre el dolor. En este sentido el programa de tratamiento ha resultado efectivo para internalizar la

expectativa de control sobre el dolor (LC Interno). Los pacientes, tras el tratamiento, consideran en mayor grado que lo que ellos hagan o dejen de hacer, repercutirá en la mejoría del problema. Este cambio implica que van a utilizar aquellas técnicas aprendidas que les han resultado eficaces y que, con mayor seguridad, van a seguir empleándolas. Así mismo, este LC más interno, garantizará una adecuada utilización de los recursos sanitarios.

Por último, la depresión aparece asociada al DC, no tanto la ansiedad, que parece más relacionada con el dolor agudo. Este programa se ha mostrado eficaz para disminuir los niveles de depresión leve/moderada asociada al DC; sin embargo, no para la depresión más grave, que seguramente requerirá intervenciones más específicas e intensas que las aportadas por el programa.

En suma, el programa de autodominio del DC ha demostrado ser parcialmente efectivo, aunque creemos que se mejoraría su efectividad aplicando con más rigor los criterios de inclusión/exclusión. Hay que tener en cuenta que este programa de tratamiento psicológico del DC fue diseñado para pacientes con unas características determinadas de su problema de dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Sociedad Española del Dolor.**: Prevalencia del dolor en España. *Diariomedico.com*, diciembre 2000
2. **IASP.**: Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes of usage. *Pain*, 6: 249-252, 1979.
3. **Vallejo, MA, Comeche, M.**: Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid, *Terapia de conducta y salud*, 1994.
4. **Fordyce W E.**: Behavioral methods for chronic pain and illness. San Luis, Mosby, 1976.
5. **Fordyce W E.**: Learning processes in pain. En Sternbach RA., *The psychology of pain*. New York, RavenPress, 1978.
6. **Turk DC.**: Cognitive control of pain: A skills-training approach. Tesis del Master, no publicada, Universidad de Waterloo, Waterloo (Ontario), 1975.
7. **Turk DC.**: Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En Foreyt JF y Rathjen DJ. *Cognitive Behavior Therapy: research and applications*. New York, Plenum Press, 1978.
8. **Meichebaum DH, Turk DC.**: Stress, coping and disease: a cognitive-behavioral perspective. En Newfeld R. *Relations between psychological stress and psychopathology*. New York, Mc Graw-Hill, 1980.
9. **Flor H, Fydrich T y Turk DC.**: Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review. *Pain*, 49: 221-230, 1992.
10. **Mc Quay HJ, Moore RA, Eckleston C, Morley S, y Williams AC.**: Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technology assesment*, 1(6), 1997.
11. **Philips HC.**: El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid, Pirámide, 1991.
12. **Derogatis LR: SCL 90-R.**: Administration scoring and procedures manual. Towson, Clinical Psychometric Research, 1983.
13. **Zigmond AS y Snaith RP.**: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinávica*, 67: 361-370, 1983.
14. **Caro I, Ibáñez E.**: La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilización práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36: 43-69, 1992
15. **Toomey TC, Lundeen TF, Mann JD, Abashian S.**: The Pain Locus of Control Scale: A comparison of chronic pain patients and normals. Unpublished Paper, 1988.
16. **Pastor MA, López S, Rodríguez Marín J, Sánchez S, Salas E, Pascual E.**: Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1y2): 91-111, 1990.
17. **Folkman S, Lazarus RS.**: An Anysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.*, 21: 219-239, 1980
18. **Folkman S, Lazarus RS.**: If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.*, 48: 150-170, 1985.
19. **Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Scheeter C, Delongis A, Gruen R.**: Tehe dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.*, 50: 71-79, 1986.
20. **Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J.**: The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20: 3-26, 1985.
21. **Rodríguez-Marín J, Terol MC, López-Roig S, Pastor MA.**: Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos

- estresantes. *Revista de psicología de la salud*, 4(2): 59-84, 1992.
22. **Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM.:** Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77: 231-239, 1998.
 23. **DSM-IV:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson, 1995.
 24. **Quint U, Hasenburg H, Patsalis T, Franke TH.:** Psychische belastung bei patienten mit akutem und chronischem lumbalsyndrom. *Orthop Ihre Grenzgeb.*, 136(5): 444-450, 1998.
 25. **Gatcel RJ, Polatin PB, Kinney RK.:** Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: A prospective analysis. *Health Psychology*, 14(5) 415-420, 1995.
 26. **Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, y Rosomoff RS.:** Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain* 13 (2): 116- 137, 1997.
 27. **Arraras JI, Jusue G.:** Habilidades de afrontamiento, expectativas de control y distrés psicológico ante la experiencia de dolor crónico en enfermos oncológicos. En III Jornadas de psicología en Navarra. Pamplona, Universidad Pública de Navarra- COP, 1995.
 28. **Arraras JI, Jusue G, Calvo JI, Anadón MP.:** Psychological Characteristics of chronic pain in cancer patients and guidelines for treatment. En De Vera JA, Parris W, Erdine S, Management of pain. A world perspective III. Bologna (Italy), Monduzzi Editore, 1998.
 29. **Martínez M, Fernández MV, Biurrun A, Jusue G.:** Relación entre niveles de dolor, decontrol y distrés psicológico en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 49/50: 74-80, 1999.
 30. **Turner JA, Clancy S.:** Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24:355-364, 1986.
 31. **Becker N, Hojsted J, Sjogren P, Eriksen J.:** Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant pain patients. Do patients receiving or applying for disability Pension benefit from multidisciplinary pain treatment?. *Pain*, 77: 279-287, 1998.