

Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una Unidad del Dolor

Maika BAKAIKO MUNOZ
Daniel BORRELL GIRÓ
Victoria FERNANDEZ PUIG
Ricard SEMIS

Clinica del Dolor, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

Resumen

En el presente artículo se da a conocer el programa de intervención psicológica a personas que siguen tratamiento para el dolor crónico en la Clínica del Dolor del *Hospital Germans Trias i Pujol* de Badalona (Barcelona).

Palabras clave: dolor crónico, unidad de dolor, terapia psicológica.

Abstract

In this article we present the program of psychological intervention to people who follow chronic pain treatment at the Pain Unit of the *Germans Trias i Pujol Hospital* in Badalona (Barcelona).

Key words: Chronic Pain, Multidisciplinary Pain Clinic, Psychological Therapy.

El dolor es una experiencia desagradable y compleja que resulta de la interacción de múltiples factores. Es subjetivo, cada persona que lo padece lo vive de forma única, y en caso de que se convierta en crónico, acostumbra a ir acompañado del sufrimiento que comporta ver amenazada la propia integridad y de la incertidumbre respecto a su evolución. El paciente “deja de ser el que era” para centrarse única y exclusivamente en el rol dominado por la experiencia del

dolor (Miró, 2003; Penzo, 1989; Rodríguez, Irisarri y Orgaz, 2006). Sus consecuencias afectan a todos los ámbitos de la vida de las personas que lo padecen. Cuando se cronifica es causa frecuente de conflictos familiares ya que puede alterar la relación de pareja, las relaciones sexuales, la comunicación entre los miembros de la familia, etc. (Caudill, 1995; Moix, 2006).

En la mayoría de condiciones de dolor crónico es frecuente la aparición de síntomas

Dirección de los autores: Clínica del Dolor, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). *Correo electrónico:* maikabakaikoa@gmail.com

Recibido: diciembre 2007. *Aceptado:* abril 2008.

psicológicos secundarios como depresión y ansiedad, trastornos del sueño, que comportan altos costos emocionales y económicos y que se presenta con una prevalencia más alta que la encontrada en otras patologías crónicas. Según la literatura, independientemente de los modelos que observemos, hay variables psicológicas relevantes en los pacientes con dolor: ánimo depresivo y/o ansioso, sistema de creencias acerca del dolor, poca conciencia somática en relación con las emociones, no aceptación de la situación y emociones de rabia e indefensión (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Turk y Okifuji, 2002).

Las revisiones de la literatura científica sobre el impacto del dolor crónico han demostrado la justificación de implantar centros de dolor multidisciplinarios compuestos por médicos, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Según Turk (1990), los centros multidisciplinarios reducen los costos médicos en un 58% y en un 31% el número de nuevas intervenciones sufridas por dolor de espalda persistente. La frecuencia de la reinserción laboral es de un 68% si se sigue tratamiento en una unidad multidisciplinaria mientras que es de sólo un 36% si se sigue tratamiento unimodal. El abordaje multidisciplinario es uno de los avances más apoyados por los equipos médicos, en donde se intenta tratar al paciente desde los diferentes aspectos que influyen en su enfermedad.

El año 2004 un grupo de psicólogos formados en diferentes modelos teóricos (cognitivismo, humanismo y constructivismo), y todos interesados en el dolor crónico, inició una colaboración con la Unidad del Dolor del *Hospital Germans Trias i Pujol* que se ha ido manteniendo a lo largo de estos años acudiendo un día de la semana para dar soporte psicológico a personas que padecen de dolor crónico.

Inicialmente se creó un protocolo basado en el tratamiento psicológico desarrollado por Philips en el *Shaughnessy Hospital* de Vancouver B.C. (Philips, 1989) que se ha ido modificando para poder adaptarnos a la infraestructura de la unidad y a las características del tipo de población que tratamos.

Objetivos

El objetivo a corto plazo es aplicar un protocolo de intervención psicológica que modifique la percepción que el paciente tiene de su dolor y que mejore sus habilidades de afrontamiento, para que todos estos cambios reviertan en una mejora en su calidad de vida y de este modo aumenten:

1. Los recursos que le permitan adquirir una mejor autorregulación emocional, cognitiva y competencial de la vivencia del dolor.
2. La comprensión de la enfermedad.
3. La adopción de medidas de cuidado personal tanto físicas como psicológicas.
4. El desarrollo de la asertividad y habilidades comunicativas para la mejora de sus relaciones (pareja, familia, trabajo, personal sanitario).
5. La búsqueda y realización de actividades motivantes.

Método

Pacientes

Se aplica el protocolo de intervención psicológica en un formato de terapia de grupo, que consta de 12 sesiones semanales de una hora y media y de 9 a 12 participantes por grupo, que son seleccionados dentro de la Unidad del Dolor del *Hospital Germans Trias i Pujol* según los siguientes criterios:

A. Criterios de inclusión:

- Pacientes que estén siendo atendidos por dolor crónico en la unidad de dolor.
- Acepten participar y se comprometan a asistir a las 12 sesiones de terapia y a los posteriores seguimientos.
- Edad 18-65 años (ambos inclusive) en el momento de la inclusión.

B. Criterios de exclusión:

- Falta de control de impulsos (psicosis activa).
- Dolor oncológico.
- Disfunción cognitiva que impida acceder a significados simbólicos.
- Depresión mayor.
- Ausencia de motivación y/o compromiso.
- Pacientes con clara ganancia secundaria (litigios, etc.).

Procedimiento*Fase 1. Selección de los pacientes y primera evaluación*

En base a los criterios de inclusión y exclusión, el equipo médico de la Unidad

del Dolor del *Hospital Germans Trias i Pujol* derivará al paciente al equipo psicológico para mantener una entrevista psicológica individual de evaluación (1 hora de duración) donde se recopilarán datos demográficos e historia del dolor del paciente, y se informará de los objetivos de la intervención psicológica grupal, de los posibles beneficios para él, de los requisitos de compromiso, del carácter voluntario de su participación, y de las garantías de confidencialidad. Así mismo se verificará la idoneidad de incorporar al paciente al estudio siguiendo los criterios antes mencionados.

Fase 2. Cumplimentación del protocolo de evaluación pre-intervención en la primera sesión de grupo

En la primera sesión de grupo administramos una batería de cuestionarios con el objetivo de determinar los cambios antes y después del tratamiento. Consideramos relevante informar a los pacientes del objetivo de los cuestionarios.

Al finalizar la batería de cuestionarios, se presentan los dos psicólogos que dirigirán

Tabla 1. Batería de instrumentos de evaluación.

<i>Variables</i>	<i>Instrumentos</i>
<i>Evaluación Cognitiva</i>	Pain Catastrophizing Scale (C-CSQ) (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004)
<i>Estrategias de Afrontamiento</i>	Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R) (Soriano y Monsalve, 2002)
<i>Funcionamiento Emocional</i>	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD) (Caro e Ibáñez, 1992)
<i>Ira</i>	STAXI-2 (Miguel, Cano, Casado y Spielberger, 2000)
<i>Calidad de vida</i>	Pain Disability Index (Chibnall <i>et al.</i> , 1994), WHOQOL (Carrasco, 1998)
<i>Datos sociodemográficos</i>	Instrumento propio
<i>Cuestionario de satisfacción</i>	Instrumento propio

cada una de las sesiones ofreciendo el encuadre de las mismas:

- Respeto hacia los participantes del grupo.
- Confidencialidad ante la información de cada uno de los miembros del grupo.
- Compromiso de asistencia a las doce sesiones de terapia.
- Implicación activa ante el tratamiento.
- Expectativas realistas ante el dolor.

Se les hace entrega de un CD de relajación compuesto por una relajación/visualización relacionada con el dolor que deben escuchar por la mañana, y otra relacionada con el descanso que deben escuchar por la noche. Este CD ha sido creado por un miembro del equipo y deben escucharlo a lo largo del tratamiento.

También se les proporciona un cuaderno del dolor donde deben narrar sus vivencias a lo largo de la semana que, si lo desean, podrán compartir con el resto del grupo de forma voluntaria. Este cuaderno les ayuda a hacerse conscientes de que no todo es dolor en sus vidas.

Fase 3. Sesiones de terapia grupal

En la segunda sesión se revisan los contenidos de la primera sesión y se lleva a cabo la presentación individual de cada participante. En ella, exponen aquellos datos que consideran más significativos y que quieran compartir con el grupo. Hemos observado que esta presentación favorece la cohesión grupal ya que se sienten entre iguales que les escuchan y comprenden. Una queja frecuente es la de la falta de comprensión que perciben por parte de las personas que no padecen de dolor crónico.

Fragmento de una carta de una de las personas que han asistido a un grupo:

“El día que llegué a la terapia triste y desvalida, por lo que me acababa de pasar, me parecía que yo era la peor, la más dolorida y la más desgraciada; pero, aquel mismo día me di cuenta de que por diferentes razones y causas, estabais más o menos como yo, muchos aun peor. Esto me sirvió para darme cuenta de que no podía ir de víctima”.

Como afirman Gentry y Owens (1986):

“Las intervenciones psicológicas en grupo han mostrado ser de ayuda a los pacientes afectados de dolor crónico, ya que les permiten afrontar mejor sus problemas de dolor; ofrecer un espacio para compartir problemas y experiencias, disminuir la sensación de aislamiento, entre otros aspectos”.

También se realizan ejercicios de respiración y relajación con el fin de rebajar los niveles de ansiedad y se comentan los efectos producidos por la escucha del CD durante la semana anterior. Se les recuerda la necesidad de seguir practicando con el CD con el fin de incorporar recursos para aprender a gestionar la ansiedad.

En la tercera sesión se revisa lo tratado en la sesión anterior y se ofrece información sobre el dolor desde diferentes perspectivas. Es una sesión básicamente pedagógica. Se analiza el círculo del dolor, significado personal y socio-cultural del dolor, así como la relación entre la comprensión del dolor y la reducción de la ansiedad. Se habla de las diferentes estrategias de afrontamiento ante el dolor con el objetivo de que puedan identificar las que aplican habitualmente, y decidir la conveniencia de cambiarlas si fuera adecuado hacerlo. Todo ello con el propósito de fomentar una actitud proactiva ante el dolor, ya que

es habitual en algunas personas afectadas la creencia de que no hay nada que ellos puedan hacer, de que todo depende de médicos, fármacos, intervenciones varias, etc. Esta sesión es crucial en cuanto a las expectativas de los participantes se refiere. En ella procuramos incidir en la necesidad de fomentar expectativas realistas respecto a la incidencia del dolor en sus vidas. Para algunos el dolor no desaparecerá, más bien lo contrario, ya que por lo general, son lesiones que con el transcurso del tiempo tienden a empeorar. El tratamiento psicológico no les quitará el dolor pero sí les facilitará recursos que aliviarán el sufrimiento, con lo cual su calidad de vida mejorará.

Como afirma Vallejo (2005):

“Este aspecto, el de la imposibilidad de curación, es difícilmente aceptado por él (el paciente), e incluso, por el personal sanitario. Es lógico que el paciente se resista a asumir que una determinada dolencia le va a acompañar siempre y que sólo puede aprender a “convivir” del mejor modo con ella, sin embargo ésa es la realidad de muchos síndromes de dolor crónico... Esto no significa que no se pueda mejorar la vida del paciente, pero sí que no puede “curarse” porque tal curación no es posible”.

Fragmento de una carta:

“He aprendido a vivir con mis limitaciones sin agobiarme tanto como me agobiaba por que no admitía que no podía hacer muchas cosas que siempre había hecho; no es que ahora lo admita sin más, pero procuro llevarlo con más filosofía. Con todo y con eso el dolor sigue ahí y hay veces que se hace bastante cuesta arriba, pero no me desespere tanto como antes”.

En la cuarta sesión, se revisa lo tratado

en la sesión anterior y se ofrece información de los Estados del Yo y del Triángulo Dramático del Análisis Transaccional (Berne, 1974; 1985). Hemos observado que desarrollando estos dos aspectos del AT las personas que participan en los grupos adquieren, de forma fácil y asequible, herramientas que les ayuda identificar su diálogo interno y el modo en que se comunican con los demás, lo que les permite el desarrollo de su asertividad (Castanyer, 2004). Fragmentos de unas cartas:

“A mí lo del triángulo me ha venido muy bien, el otro día tuve un disgusto con mi hijo que acabó, como siempre, con un portazo suyo. A la noche cuando vino ya estábamos más calmados los dos y conseguí hablarle tranquila, sin “perseguirle” y conseguimos escucharnos y COMUNICARNOS, llegando a la conclusión de decir las cosas lo más claras posibles y sin malos entendidos, no levantar la voz y hablar más. Como podéis ver estoy más relajada, animada y contenta.

P.D. Él parece que también...”. “...he aprendido mejor qué es lo que quiero y cómo lo tengo que pedir para no hacer daño a las personas que conviven y me acompañan cada día, pues ellos no tienen la culpa de lo que me sucede...”.

En la quinta sesión se revisa lo tratado en la sesión anterior y se habla del duelo ocasionado por la pérdida de la salud (Neimeyer, 2002). El contenido de esta sesión permite hablar de las emociones básicas (miedo, rabia, tristeza y alegría), que se irán trabajando en las siguientes sesiones. También se tienen en cuenta las áreas de la vida de la persona que se han visto afectadas por la presencia del dolor y las pérdidas que ello ha ocasionado en lo personal, familiar social y laboral.

Fragmento de una carta:

“Te sientes agotada sin apenas haber hecho nada, ¡cuando hace un tiempo me comía el mundo! Llevaba mi casa y mi trabajo y mi cuerpo me respondía, sin embargo, ahora con poco que haga es como un mundo... como escalar una montaña. En definitiva, cuesta aceptar quiénes hemos sido y quiénes somos ahora, así que todo ello te deja sin ánimo, te causa ansiedad, depresión, etc. Con estas sesiones he aprendido a vivir con el dolor; a ser como soy y a aprovechar al máximo los mejores momentos”.

Las sesiones sexta, séptima, octava y novena se inician con una revisión de lo tratado en la sesión anterior y en cada sesión, se trata la emoción básica que está presente en la dinámica del grupo y se propicia que cada participante tenga el espacio para expresar sus emociones, el significado que la presencia del dolor tiene para cada uno y que ello le permita poder reconstruir su pérdida (Neimeyer, 2002; Steiner, 1992, 2002).

En la décima sesión se revisa lo tratado en la sesión anterior. Se trabaja sobre el tema de la sexualidad y el dolor crónico. Como afirma Roca (2006):

“Los estudios publicados hasta la fecha ponen en evidencia la existencia de disfunción sexual en los pacientes con dolor crónico. De ahí la importancia de que el profesional de la salud pregunte de forma rutinaria a sus pacientes sobre esta cuestión pero encuadrándolo en el contexto de la calidad de vida”.

Hay pocos estudios respecto a la sexualidad y el dolor. Se observa que los profesionales de la salud no tienen en cuenta este aspecto pero es que los mismos pacientes no suelen comentarlo aunque lo padezcan. El dolor es

el tema central y la sexualidad queda relegada a un tercer plano con las consecuencias nocivas que ello puede tener sobre la persona y su pareja, por ello, se ofrece un espacio para poder comentar las dificultades con las que se encuentran en sus relaciones sexuales con la ayuda de un terapeuta sexual y de pareja. Se informa y se practican los ejercicios de Kegel (1948) y se les ofrece la posibilidad de seguir una terapia sexual y/o de pareja. Se cierra esta sesión proponiéndoles que redacten una carta de despedida del grupo.

En la onceava sesión se revisa lo tratado en la sesión anterior. Cada participante lee su carta de despedida, en la que expone aquello que ha sido significativo en su experiencia en la terapia de grupo.

Se ofrece la posibilidad de dar continuidad al trabajo en un contexto de terapia individual por medio de:

- Terapia de pareja y terapia sexual en convenio con el Máster de Terapia Sexual y de Pareja de la UB.
- Terapia individual en convenio con el Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia de la Blanquerna URL.

También se contempla la inclusión en un grupo nuevo de terapia grupal para personas que claramente necesitan consolidar lo aprendido y así lo solicitan. En este caso se crea una lista de espera que se va atendiendo a medida que la creación de grupos lo permite.

En la doceava sesión se vuelve a administrar la batería de test con el objetivo de medir el cambio producido por el tratamiento.

Fase 4. Seguimiento

Se realiza un seguimiento de grupo a los 6 y 12 meses convocándoles a una sesión única de una hora y media.

Gestión documental

A fin de recopilar información, un miembro del equipo ha desarrollado un archivo informático que permite registrar: (a) la entrevista -datos demográficos, historia del dolor y resultados de las pruebas psicométricas-, (b) las asistencias, incidencias y actuaciones, (c) las derivaciones a terapia individual, y (d) las estadísticas de los resultados.

Consideraciones sobre los resultados de la intervención

Durante los dos primeros años se administraron unas medidas psicométricas de acuerdo con el equipo médico de la unidad, para valorar el cambio producido por la intervención psicológica. Los resultados de dichas pruebas arrojaron resultados contradictorios ya que, a pesar de evidente mejoría apreciada por los facultativos y demás personal de la unidad (paciente menos demandante, reducción de medicación, espaciamiento de las visitas y por supuesto mejor adaptación a su estado), el efecto de ésta no quedaba reflejada los resultados de la pruebas. La conclusión a la que se llegó fue que las pruebas estaban excesivamente centradas en la valoración del dolor, y al ser pacientes crónicos o con enfermedades degenerativas, dicho dolor no variaba o incluso podía empeorar, cosa que efectivamente evidenciaban los resultados.

A fin de valorar de una manera eficaz la mejoría se optó por modificar las medidas para tener más en cuenta el concepto de sufrimiento, puesto que el modo de dar significado a la experiencia del dolor influye en la percepción que tienen del entorno y de ellos mismos, incrementado o disminuyendo dicho sufrimiento (que a menudo se confunde con dolor percibido). Puesto que el fin

último de la terapia es mejorar su calidad de vida en el sentido más amplio, se optó por modificar las medidas para medir o valorar mejor ese concepto. Actualmente se está desarrollando una metodología cualitativa, aparte de la cuantitativa ya operativa, que esperamos nos permita mejorar la valoración de nuestra intervención.

Referencias

- Berne, E. (1981). *Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Psique.
- Berne, E. (1983). *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Berne, E. (1985). *¿Qué dice Vd. después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.
- Caro I., e Ibáñez E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Carrasco, R. L. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ergon.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caudill, M. (1998). *Controle el dolor antes que el dolor le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Chibnall, J.T. et al. (1994). *The Pain Disability Index: factor structure and normative data*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(10), 1082-1086.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Construccionismo y psicoterapia (3ª Ed. revisada)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. y Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581-624.

- Gentry, W.D. y Owens, D. (1986). Pain Groups. En A.D. Holzman y D.C. Turk, (Eds.), *Pain Management. A Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Nueva York: Pergamon Press.
- Kegel, A.H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 56, 238-249.
- Miguel, J.J., Cano, A., Casado, I. y Spielberger, C.D. (2000). *Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo/Estado (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones SA.
- Miró J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Moix, J. (2006). *Cara a cara con tu dolor. Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Oller Vallejo, J. (1988). *Vivir es autorrealizarse: Reflexiones y creaciones en Análisis Transaccional*. Barcelona: Kairós.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Philips, H., (1989). Tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid. Pirámide.
- Roca, G. (2006). Sexualidad y Dolor Crónico. Trabajo presentado en las *Jornades de Sexualitat*, Barcelona.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F. J. y Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico (Assessment of chronic pain strategies). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91.
- Rodríguez, Irisarri, y Orgaz, (2006). Tratamientos no farmacológicos del dolor. En E.Baca (Ed.), *Dolor y Depresión*. Las Matas: Adalia Farma.
- Soriano, J.F. y Monsalve V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Soriano, J.F. y Monsalve V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9, 13-22.
- Steiner, C.M. (1992). *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós.
- Steiner, C.M. y Perry, P. (2002). *La educación emocional*. Madrid: Suma de Letras.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients- relapse, noncompliance and adherent enhancement. *Pain*, 44, 5-28.
- Turk, D.C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Vallejo, M.A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.