

Intervención para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico

Luis Antonio MERAYO ALONSO
Francisco Javier CANO GARCÍA
Luis RODRÍGUEZ FRANCO
Universidad de Sevilla

Resumen

Los tratamientos psicológicos que enfatizan la autogestión han resultado comúnmente apropiados como alternativas a la intervención médica en el dolor crónico. Desafortunadamente esta aproximación a menudo falla en comprometer a una porción significativa de individuos hacia los tratamientos y considerables índices de abandono y de recaída. El objetivo de este estudio fue comprobar la validez predictiva del modelo de estadios de cambio en el dolor crónico a través del Pain States of Change Questionnaire (PSOCQ) sobre la adherencia y los resultados terapéuticos. La muestra se compuso de 48 pacientes de dolor crónico, concretamente con diagnóstico de fibromialgia, reclutados en una unidad de dolor de un hospital público de Sevilla. La mitad de ellos siguió una intervención cognitivo-conductual, y la otra mitad un programa de autogestión guiado por pacientes entrenados. Los resultados avalan la capacidad predictiva del PSOCQ, en tanto en cuanto: a) se constató una probabilidad estadísticamente significativa de no completar el tratamiento cuanto menor fue la motivación para el cambio; b) la motivación para el cambio de los pacientes que completaron el tratamiento se incrementó de forma estadísticamente significativa; y, c) una menor motivación para el cambio tras el tratamiento se asoció a una mayor gravedad del trastorno. La discusión se centra en el interés de manejar la motivación para el cambio para mejorar la eficiencia terapéutica.

Palabras clave: dolor crónico, fibromialgia, motivación para el cambio, adherencia terapéutica, Cuestionario de Estadios de Cambio en el Dolor (PSOCQ).

Abstract

Psychological treatments that emphasize the automanagement have turned out to be commonly adapted like alternative to the medical intervention in the chronic pain. Unfortunately this approximation often fails in compromising to a significant portion of

Dirección del primer autor: c/ Cueva de la Pileta 2-2-4ºB. 41020 Sevilla. *Correo electrónico:* merayo@us.es

El estudio del que proceden estos resultados se ha realizado gracias a una ayuda de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expediente 0119/2005, BOJA 6, 11 de enero 2006).

Recibido: enero 2008. *Aceptado:* mayo 2008.

individuals towards the treatments and many abandons and relapses. The aim of this study was to verify the predictive validity of States of Change Model in chronic pain using the Pain States of Change Questionnaire (PSOCQ) to predict adherence and therapeutic results. The sample consisted of 48 patients of chronic pain –fibromyalgia- recruited in a public pain clinic of Seville (Spain). The half of them followed a cognitive - behavioral intervention, and another half a program of automanagement guided by expert patients. The results support the predictive validity of the PSOCQ, while in all that: a) patients with less change motivation had less probability of completing the treatment; b) change motivation increased as effect of the treatment; and, c) a less change motivation was associated to more gravity of the disorder. The discussion centres on the interest of considering change motivation to improve therapeutic efficiency.

Key words: Chronic Pain, Fibromyalgia, Change Motivation, Therapeutic Adherence, Pain States of Change Questionnaire (PSOCQ).

Los tratamientos psicológicos para los pacientes con dolor crónico que enfatizan la autogestión se han vuelto alternativas disponibles habituales para intervenciones médicas más tradicionales (Thorn, Cross, y Walker, 2007; Vlaeyen y Morley, 2005; Morley, Eccleston y Williams, 1999).

Aunque estos tratamientos han demostrado ser efectivos para reducir la experiencia de dolor, las observaciones clínicas indican que la falta de implicación y/o abandono de los pacientes de dolor crónico en los tratamientos psicológicos y su autocuidado varían considerablemente. (King, y Snow, 1989; van-der-Hulst, Vollenbroek-Hutten y Ijzerman, 2005). Los esfuerzos para predecir e identificar a los individuos con estos resultados negativos y modificar los tratamientos que promuevan un mayor compromiso, adherencia y mantenimiento de los beneficios terapéuticos son importantes vías para la investigación clínica.

La operativización de este concepto de motivación para el cambio se ha basado en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984) y en el desarrollo del Cuestionario de Estadíos de Cambio en el Dolor Crónico (PSOCQ) (Kerns, Rosenberg, Jamison, Caudill y Haythornthwaite, 1997),

a fin de identificar en los sujetos con dolor crónico su disponibilidad para la autogestión de la enfermedad. Kerns y Habib (2004) argumentaron que según el grado en que los pacientes estén motivados para adoptar y desarrollar esta aproximación incorporarán más estrategias activas en el manejo y promoción de conductas saludables, mejorando su calidad de vida.

El PSOCQ, desarrollado por Kerns *et al.*, (1997), incluye cuatro escalas (Precontemplación, Contemplación, Acción, y Mantenimiento) que describen el grado de preparación para adoptar y aceptar una aproximación de autogestión. Se ha proporcionado evidencia sustancial de la fiabilidad y validez de las cuatro escalas (Kerns *et al.*, 1997; Jensen, Nielson, Romano, Hill y Turner, 2000; Maurischat, Harter, Auclair, Kerns, y Bengel, 2002; Strong, Westbury, Smith, McKenzie, y Ryan, 2002; Glenn y Burns, 2003; Dijkstra, 2005; Maurischat, Harter, Kerns, y Bengel, 2006).

El valor clínico y heurístico del cuestionario se basa en su capacidad para predecir, tanto las variables relevantes para una evaluación del proceso de participación, como los resultados asociados con las aproximaciones de tratamiento de autogestión. Nues-

tro estudio está basado en el desarrollado por Kerns y Rosenberg (2000), centrándose específicamente en el examen de su validez predictiva. Específicamente, se plantea la hipótesis de que los individuos con altas puntuaciones en la escala Precontemplación del cuestionario, indicativas de la relativa falta de preparación para adoptar una aproximación de autogestión al dolor crónico, probablemente completarán en menor porcentaje un programa de tratamiento de autogestión y conseguirán peores resultados terapéuticos. Por el contrario, se espera que un mayor número de pacientes con altas puntuaciones en las otras escalas (Contemplación, Acción y Mantenimiento) completen el tratamiento y que mejoren en mayor grado. Además, se espera que los individuos que completen el tratamiento evidencien incrementos estadísticamente significativos en las puntuaciones de las escalas Contemplación, Acción y Mantenimiento.

Método

Sujetos y procedimiento

La muestra total la componen 48 pacientes con síndrome de fibromialgia, seleccionados por médicos de las consultas externas del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (HUVVM) y que cumplieron los criterios del *American College of Rheumatology* (1990). Los sujetos seleccionados se asignaron aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: la mitad para recibir terapia cognitivo-conductual; la otra mitad para asistir a un programa de automanejo guiado por pacientes entrenados al efecto.

El paciente tipo de la muestra corresponde a una mujer (97,22%), de mediana edad (49 años), casada (69,44%), con estudios

primarios (37,5%) y que trabaja fuera de casa (36,11%). Con respecto a la historia actual de enfermedad, los pacientes de la muestra total presentan una duración media del problema de dolor de 11,25 años y en su gran mayoría padecen además otras patologías (80,6%). La localización de los puntos dolorosos se corresponde con las áreas del cuadrante superior (68,06%), en su mayoría en las cervicales (41,67%). Su medicación se compone de antiinflamatorios (35,95%), antidepresivos (24,18 %) y ansiolíticos (20,92 %); fuman (50%), no bebe alcohol (91%) y no suele realizar ejercicio con regularidad (51,5%).

La recogida de datos se realizó por el primer autor antes y después de las intervenciones. Todos los datos fueron procesados con el programa SPSS 14. A fin de obtener los resultados para los grupos completador y no completador se categorizó esta variable, comprobando si al final del periodo de estudio los sujetos habían cumplimentado todo el tratamiento. Además de los descriptivos habituales en este tipo de estudios, se utilizaron los siguientes estadísticos:

- a) Prueba U de Mann-Whitney: este estadístico no paramétrico compara medias en muestras independientes, que en nuestro caso fueron completadores vs. no completadores del tratamiento.
- b) Prueba X de Wilcoxon: este estadístico no paramétrico compara medias en muestras relacionadas, en nuestro caso las puntuaciones de motivación para el cambio antes y después del tratamiento en los pacientes que lo completaron.
- c) Coeficiente de correlación de Pearson: se utilizó para comprobar la asociación entre las puntuaciones de motivación para el cambio y la gravedad del trastorno tras el tratamiento en los pacientes que lo completaron.

Instrumentos

Todos los pacientes fueron evaluados con los siguientes instrumentos:

Cuestionario de datos sociodemográficos

Elaborado al efecto, consta de 13 preguntas, diez de identificación de naturaleza sociolaboral y tres de respuesta cerrada sobre hábitos de salud.

Puntos sensibles al dolor o puntos de dolor fibromiálgico

El método de contabilización se rige por las normas de exploración de Wolfe et al. (1990), consensuadas y asumidas por el American College of Rheumatology. El evaluador tiene que ejercer una fuerza de cuatro kilos con los dedos sobre cada uno de los 18 puntos de dolor fibromiálgico y contabilizar aquellos en los que se da respuesta franca de dolor. Cuantos más puntos se contabilizan, mayor extensión ocupa la SFM.

Cuestionario Euroqol-5D

Es un instrumento genérico de medida multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud, que puede expresarse como un perfil del estado de salud, o como un valor índice para ser usado en los estudios de coste/efectividad. Consta de dos partes. La primera de ellas es una valoración del estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión; cada una de estas dimensiones tiene tres ítems que definen tres niveles de gravedad. En la segunda parte el individuo puntúa su estado de salud en una escala visual analógica (EVA) de 20 mm. cuyos extremos son 0 (peor estado

de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable).

Cuestionario de Impacto de la fibromialgia (FIQ)

Es un cuestionario específico y sensible para la fibromialgia. Mide seis dimensiones (dolor, sueño, fatiga, ansiedad, depresión, y capacidad funcional) y consta de 16 preguntas. Usamos la versión española del FIQ desarrollada por Rivera y González (2004). Valora los niveles de afectación física, psicológica, social y global de los pacientes en dos factores: el primero recoge aquellos ítems que valoran el dolor, la depresión, la rigidez y, en menor medida, la pérdida de destrezas laborales (interferencia en el trabajo) y el cansancio matutino; el segundo factor agrupa ítems referidos a la ansiedad, funcionamiento físico general y fatiga.

Motivación para asumir la autogestión del dolor crónico

Fue valorada con el Cuestionario de Estadíos de Cambio en el Dolor (PSOCQ; Kerns et al., 1997). Presenta 30 ítems con 4 subescalas: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Se usa para medir la disponibilidad para que se produzcan cambios (positivos) orientados a la salud en el manejo del dolor, e intervenir en los diferentes niveles de disponibilidad. Altas puntuaciones en Precontemplación caracterizan a los pacientes que perciben poca responsabilidad en la autogestión de la enfermedad y no están interesados en poner en práctica cambios de conducta. En contraste, altas puntuaciones en Contemplación representan a los sujetos que consideran cambios en su estilo de vida, al mismo tiempo que toman conciencia de la responsabilidad

de su autocuidado. Altas puntuaciones en Acción expresan una elevada implicación en el aprendizaje de estrategias de autogestión de su dolor. Altas puntuaciones en Mantenimiento representan un estilo de vida que incorpora diversas estrategias de manejo del dolor y una elevada responsabilidad en dicho manejo. El PSOCQ ha mostrado una consistencia interna entre 0,7 y 0,8 (Kerns *et al.*, 1997).

Resultados

De los 48 sujetos que participaron, 37 completaron el estudio hasta el final del periodo de seguimiento.

Como puede apreciarse en la figura 1, las puntuaciones medias pre-tratamiento son mayores, de forma estadísticamente significativa, en los estadios de precontemplación ($Z=-3,04$; $p<0,001$) y contemplación ($Z=-3,52$; $p<0,001$).

Como puede apreciarse en la figura 2, todas las puntuaciones en las escalas del PSOCQ experimentan variaciones estadísticamente significativas tras los tratamientos: disminuyen en los estadios de precontemplación ($X=-4,76$; $p<0,001$) y contemplación ($X=-3,54$; $p<0,001$); y aumentan en los estadios de acción ($X=-5,01$; $p<0,001$) y mantenimiento ($X=-4,83$; $p<0,001$).

Como puede observarse en la tabla 1, el análisis de correlaciones entre las medidas de resultados para los sujetos que completaron el tratamiento mostró una asociación estadísticamente significativa de signo positivo entre la puntuación en precontemplación y la gravedad del problema (intensidad de dolor, impacto de la fibromialgia y calidad de vida general), exactamente la tendencia contraria que en las puntuaciones de las otras escalas, que no llegó a ser estadísticamente significativa en el caso de la contemplación.

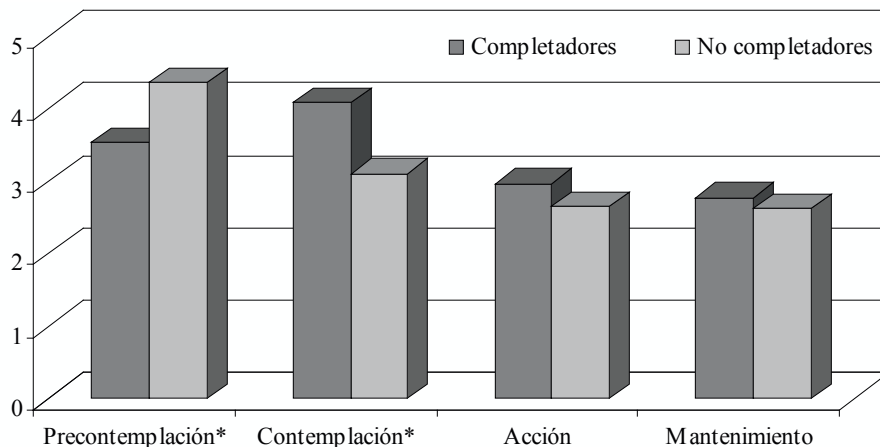


Figura 1. Puntuaciones medias en las escalas del PSOCQ entre los pacientes que completaron y no completaron su tratamiento (prueba U de Mann-Whitney; el asterisco indica diferencias estadísticamente significativas $p<0,001$).

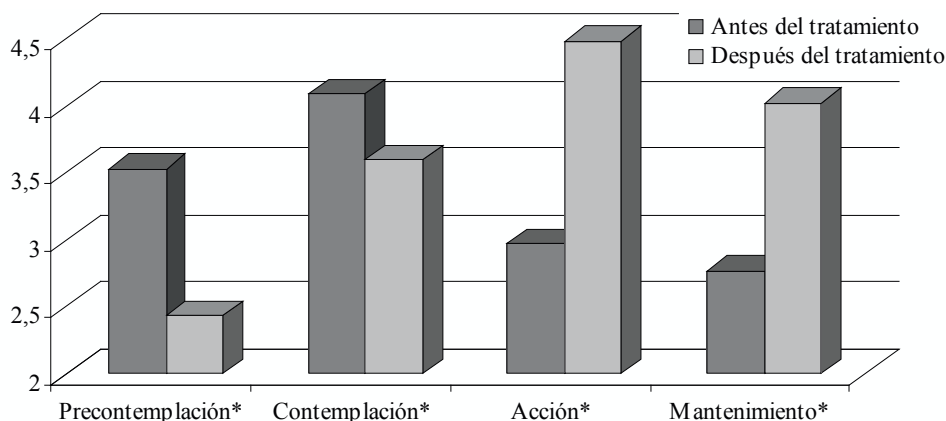


Figura 2. Puntuaciones medias en las escalas del PSOCQ antes y después del tratamiento entre los pacientes que lo completaron (prueba X de Wilcoxon; el asterisco indica diferencias estadísticamente significativas $p < 0,001$).

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del PSOCQ después de la terapia y las medidas de resultados.

	P	C	A	M
Intensidad del dolor	0,52**	-0,16	-0,29	-0,29
Impacto de la fibromialgia (FIQ)	0,39**	-0,20	-0,45**	-0,39**
Afectación en la calidad de vida (EQ-5D)	0,35*	-0,24	-0,47**	-0,50**

P: puntuación en precontemplación; C: puntuación en contemplación;

A: puntuación en acción; M: puntuación en mantenimiento; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Discusión

Nuestra primera hipótesis planteaba que las personas que no completaran el estudio habrían presentado mayores puntuaciones previas, estadísticamente significativas, en la escala de precontemplación, al contrario de lo que ocurriría con las otras escalas. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis. En primer lugar, se constató que la mayor parte de las personas que no completaron el

tratamiento estaban precontemplativos antes de iniciarlo. Aunque específicamente diseñado para motivar la autogestión, el tratamiento no consiguió hacerlo en un subgrupo de participantes. Probablemente estas personas mantenían creencias de que su problema era estrictamente médico y por tanto no requería la adquisición de habilidades de autogestión. Estos resultados son consistentes con estudios previos (Kerns y cols., 1997; Kerns y Rosenberg, 2000; Glenn y Burns, 2003). En

segundo lugar, claramente, los individuos que completaron el tratamiento estaban previamente contemplativos. Es posible que los individuos que contemplan ya una aproximación de autogestión tengan más probabilidades para percibir el tratamiento disponible como consistente con sus expectativas de mejorar suficientemente como para justificar su participación (Kerns y Rosenberg, 2000; Glenn y Burns, 2003). En tercer lugar, se demuestra, como hicieran Kerns y Rosenberg, (2000) la tendencia, no estadísticamente significativa, de que las personas en estado de acción o mantenimiento, es decir, ya motivadas para el cambio, no destacaron por completar el tratamiento. Puede ser que estas personas no esperaran mejorar la eficacia personal que ya percibían.

La segunda hipótesis planteaba que el tratamiento invertiría la tendencia general de estados precontemplativos y contemplativos hacia estados de acción y mantenimiento. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis. Especialmente, la mayor parte de las personas concluyeron el tratamiento en estado de acción. Estos resultados también han sido encontrados por Kerns y Rosenberg (2000) y Glenn y Burns (2003). Una explicación que se ha sugerido es que los tratamientos psicológicos tales como los ofrecidos en este estudio pueden promover mejores resultados, no solo desarrollando habilidades sino también generando expectativas de control y autoeficacia sobre el problema (Moix *et al.*, 2007).

Nuestra tercera hipótesis mantenía que tras la terapia, se observaría una mayor gravedad del trastorno asociada a estadios de precontemplación, al contrario que ocurriría con el resto de estadios. Los resultados apoyan esta hipótesis, en tanto en cuanto los sujetos ya tratados con mayores intensidad del dolor, impacto de la fibromialgia y discapacidad

continuaban en estado precontemplativo, a diferencia de los que se encontraban en estado de acción o mantenimiento (similar tendencia se constató en los contemplativos, aunque sin significatividad estadística). Nuestros resultados son consistentes con los de Kerns y Rosenberg (2000). Sin embargo nuestro estudio no encontró una asociación estadísticamente significativa en el estadio de acción con decrementos en la intensidad del dolor. Es posible que en este estadio no pueda apreciarse la adquisición de habilidades de manejo del dolor, tal y como sugieren Glenn y Burns (2003).

En resumen, los resultados del estudio proporcionan apoyo a la validez predictiva del PSCOQ y del modelo transteórico de cambio en el que se sustenta. Particularmente, animan a continuar la aplicación del PSOCQ en escenarios de investigación clínica en los que se investiguen adherencia y eficiencia de los tratamientos que enfatizan la autogestión en el dolor crónico. En esta línea, una excelente aproximación integradora del tratamiento dolor crónico, diseñada para mejorar la adherencia, reducir las recaídas y el abandono, es la propuesta por Kerns *et al.* (1999).

Referencias

- Dijkstra, A. (2005). The Validity of the Stages of Change Model in the Adoption of the Self-Management Approach in Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 27-37.
- Dijkstra, A., Vlaeyen, J.W. S., Rijnen, H. y Nielson, W. (2001). Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain*, 90(1-2), 37-45.
- Glenn, B. y Burns, J.W. (2003). Pain self-management in the process and outcome

- of multidisciplinary treatment of chronic pain: Evaluation of a stage of change model. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(5), 417-433.
- Jensen M.P. (1996). Enhancing motivation to change in pain treatment. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management*. Nueva York: Guilford Press.
- Jensen, M.P., Nielson, W.R., Romano, J.M., Hill, M.L. y Turner, J.A. (2000). Further evaluation of the Pain Stages of Change Questionnaire: Is the transtheoretical model of change useful for patients with chronic pain? *Pain*, 86(3), 255-264.
- Kerns, R.D. y Rosenberg, R. (2000). Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: Application of the pain stages of change model. *Pain*, 84(1), 49-55.
- Kerns, R.D. y Habib, S. (2004). A Critical Review of the Pain Readiness to Change Model. *The Journal of Pain*, 5(7), 357-367.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jamison, R.N., Caudill, M.A. y Haythornthwaite, J. (1997). Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72(1-2), 227-234.
- King, S.A. y Snow, B.R. (1989). Factors for predicting premature termination from a multidisciplinary inpatient chronic pain program. *Pain*, 39(3), 281-287.
- Maurischat, C., Harter, M., Auclair, P., Kerns, R.D. y Bengel, J. (2002). Preliminary validation of a German version of pain stages of change questionnaire. *European Journal of Pain*, 6(1), 43-48.
- Maurischat, C., Harter, M., Kerns, R.D. y Bengel, J. (2006). Further support for the pain stages of change model: Suggestions for improved measurement. *European Journal of Pain*, 10(1), 41-49.
- Moix, J., Ruiz, C., Arcos, M. Canellas, M. Truque, M., Kovacs, F.M. y la Red de Investigadores en Dolencias de Espalda (2007). La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual y de la técnica MBSR en la lumbalgia crónica tratada en unidades de dolor. *V World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*.
- Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13.
- Prochaska J.O. y DiClemente C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Towards a systematic eclectic framework*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Rivera, J. y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22(5), 554-560.
- Strong, J., Westbury, K., Smith, G., McKenzie, I. y Ryan, W. (2002). Treatment outcome in individuals with chronic pain: Is the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) a useful tool? *Pain*, 97(1-2), 65-73.
- Thorn, B.E., Cross, T.H. y Walker, B.B. (2007). Meta-Analyses and Systematic Reviews of Psychological Treatments for Chronic Pain: Relevance to an Evidence-Based Practice. *Health Psychology*, 26(1), 10-12.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. y Sorkin, B.A. (1993). Neglected topics in chronic pain treatment outcome studies: Determination of success. *Pain*, 53(1), 3-16.
- Van-der-Hulst, M., Vollenbroek-Hutten, M.M. y Ijzerman, M.J. (2005). A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors

- of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. *Spine*, 30(7), 813-825.
- Vlaeyen, J.W. S. y Morley, S. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Chronic Pain: What Works for Whom? *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 1-8.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., *et al.* (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.