

Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo.

Psychological program in chronic pain in order to achieve an active coping.

María Teresa Almendro Marín^a, Sara Mercedes Clariana Martín^b, Sara Hernández Cofiño^c, Candela Rodríguez Campos^d, Blanca Camarero Miguel^e, Tamara del Río Martín^f.

^aPsicóloga Clínica, ^bPsicóloga Clínica, ^cResidente Psicología Clínica. Hospital Universitario de Getafe, ^dResidente Psicología Clínica. Hospital Universitario de Getafe, ^eResidente Psicología Clínica. Hospital Universitario de Getafe, ^fResidente Psicología Clínica. Hospital Universitario de Getafe.

Correspondencia: María Teresa Almendro Marín (m_almendromarn@yahoo.es)

Recibido: 18/05/2010; aceptado con modificaciones: 9/10/2010

RESUMEN: En el presente artículo detallamos un programa de intervención psicológica grupal, con pacientes atendidos en la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Getafe que sufren diferentes patologías asociadas a dolor crónico. Surge a partir de la colaboración entre los Servicios de Salud Mental, Unidad del Dolor y Rehabilitación. Su objetivo es proporcionar estrategias de afrontamiento a los pacientes ante los sentimientos y pensamientos negativos relacionados con el dolor, además de promover una posición como agentes activos frente a la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: dolor crónico, intervención psicológica, afrontamiento, atención continuada.

ABSTRACT: The following article explains a structured group psychological intervention in patients from the Pain Unit of Hospital Universitario de Getafe. The members of the group suffer from different chronic pain pathologies. This program was developed as a collaboration among the Mental Health Service, the Pain Unit and the Rehabilitation Service. The aim is to teach coping strategies related to feelings and negative thoughts about pain. In addition, the intervention tries to provide an active attitude towards the illness.

KEY WORDS: chronic pain, psychological intervention, coping.

1. Introducción

El dolor es un fenómeno universal con el que el ser humano ha tenido que enfrentarse desde sus orígenes. En las primeras definiciones se hablaba del dolor como una sensación que responde directamente a un daño tisular. Esto dejaba fuera otros tipos de dolor que no cumplían claramente esta función de alarma respecto a un daño, en los que ninguna prueba es capaz de objetivar una lesión. Se hizo patente la necesidad de incluir en la definición del dolor otros aspectos. En la actualidad, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1) lo describe como una *experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial*. Esta definición da cabida a una dimensión psíquica del dolor, más allá de una simple respuesta física. Incluye también las vivencias que no están asociadas claramente con un daño orgánico o tisular y la posibilidad de que exista dolor sin que haya una lesión real.

Dentro de las teorías que se han propuesto para la explicación de esta experiencia, destaca el *modelo de la puerta del control* (2). Estos investigadores descubrieron una zona en la médula espinal que actúa a modo de puerta, regulando la cantidad de mensajes de dolor que pasan hacia centros superiores. Los factores que abrirían la puerta, aumentando el dolor, serían tanto físicos (como la gravedad y extensión de la lesión, o la tensión muscular) como emocionales (ansiedad, depresión, ira) y cognitivos (pensamientos, creencias, actitudes, focalización en la experiencia del dolor). Entre los factores que cerrarían la puerta, disminuyendo por tanto el dolor, se encuentran también factores físicos, como tratamientos biomédicos, descanso e inactividad; emocionales como la relajación, la actitud positiva y factores mentales como fomentar la sensación de control sobre el propio dolor y estrategias de afrontamiento activo.

Otra teoría que se ha aplicado en el ámbito del dolor es el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (3): La discapacidad será mayor o menor en función de cómo se evalúe y afronte el estímulo doloroso. De este modo, variables como el catastrofismo y la autoeficacia van a ser determinantes en la discapacidad e incluso en el propio dolor, así como estrategias de afrontamiento activas, la expresión de emociones y la búsqueda de apoyo social.

Esta concepción biopsicosocial del dolor permite hablar de nuevas alternativas terapéuticas que incluyan aspectos psicológicos y sociales, directamente relacionados con la vivencia del dolor. Si se consigue disminuir el grado de sufrimiento con estas opciones terapéuticas, aunque la intensidad del dolor siga siendo la misma, el impacto sobre la vida de la persona será menor y aumentará la calidad de vida. En este sentido, cabe destacar numerosos estudios que hablan sobre una mayor efectividad terapéutica de intervenciones interdisciplinares que combinan el enfoque psicosocial con el tratamiento médico, frente a los que únicamente se basan en uno de los dos enfoques (4-8).

Las personas que padecen dolor crónico encuentran que sus expectativas vitales no se satisfacen, y es frecuente que intenten dar un sentido a lo que les está ocurriendo. Se topan con impedimentos físicos, problemas emocionales, cognitivos, relacionales y socioeconómicos. Es preciso un replanteamiento de sus posibilidades, de su autoconcepto y en definitiva, reconstruir su mundo de significados. La aceptación pasa por reorganizar todos estos aspectos del self, dejar de focalizar la atención en sus limitaciones e incorporar nuevos significados positivos.

El inicio del Programa de Atención Psicológica del dolor crónico en el año 2007, se materializó tras la presentación a la Dirección Médica del Hospital Universitario de Getafe, de un proyecto de atención continuada para residentes de Psicología Clínica. La prestación de servicios bajo la denominación de atención continuada es un concepto general que se concreta en una amplia gama de servicios a los usuarios. Tal es el caso de las guardias hospitalarias, constituyendo la forma

de atención continuada más frecuente. Además de ésta, se encuentra el mantenimiento de las tareas asistenciales mediante un dispositivo en horario de tarde. Tiene carácter formativo y es un elemento central en la formación del residente. Además contribuye, junto a los profesionales del *staff*, a garantizar el mantenimiento permanente de los centros asistenciales.

La presentación del proyecto promovió el análisis de las necesidades de atención en materia psicológica de los distintos servicios del hospital. La que se planteó como prioritaria fue la atención psicológica a los pacientes de la Unidad del Dolor. Realizamos una revisión bibliográfica exhaustiva de otros programas ya puestos en marcha acerca de los aspectos enunciados. Posteriormente, desarrollamos un procedimiento de evaluación psicológica individual de los pacientes derivados por la Unidad del Dolor. Se destinó a aquellos que se pudieran beneficiar de una intervención grupal psicoeducativa para el dolor crónico. La evaluación consistía en dos sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una. En ella se recogen variables sociodemográficas, hábitos, información relacional sobre la familia y red social, etc. Esto se consigue a través de una entrevista semiestructurada construida especialmente para el programa. A continuación, nos basamos en el *Protocolo de Evaluación Psicológica de Fibromialgia*, y administramos el *Cuestionario Brief Pain Inventory, BPI* (9), *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, FIQ* (10) y la *Entrevista diagnóstica estructurada, MINI* (11) para las categorías diagnósticas de Depresión, Ansiedad y Consumo de tóxicos.

El BPI mide entre otros aspectos, la intensidad del dolor e interferencia del mismo en las actividades de la vida cotidiana, en el estado de ánimo y en la capacidad de relación con los otros. Consta de dos subescalas: *Intensidad del dolor e Interferencia*. El FIQ es una escala de respuesta tipo likert similar al anterior, aunque dando mayor énfasis a las actividades básicas e instrumentales de la vida y con una ventana temporal diferente, ya que el BPI toma como referencia las últimas 24 horas y el FIQ, la última semana. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora por módulos diversos trastornos psicopatológicos.

En la siguiente tabla se incluyen los instrumentos de evaluación utilizados a lo largo de la intervención grupal. Como escala específica para las personas incluidas dentro del grupo, se emplea el *Cuestionario de Crecimiento Postraumático, PGI* (12) con las instrucciones adaptadas al proceso de dolor crónico; así como una encuesta de satisfacción diseñada a propósito de este programa.

El PGI consta de 21 ítems agrupados en torno a cinco factores: *Relación con los otros, Nuevas posibilidades, Fortaleza personal, Cambio espiritual y Apreciación de la vida*. Hace referencia a cambios positivos que les puedan suceder a las personas después de desencadenarse un proceso de dolor crónico. La encuesta de satisfacción valora en qué medida han sido útiles los diversos aspectos tratados en cada una de las sesiones, para el manejo de dolor y mejora de la calidad de vida. También se evalúan factores grupales y a las propias terapeutas.

Tabla 1

Instrumentos de evaluación en diferentes sesiones.

SESIÓN 1	SESIÓN 9	* SESIÓN 10	SEGUIMIENTO
PGI	FIQ BPI PGI	Encuesta de satisfacción	FIQ BPI PGI

* Tomando como referencia el último formato de 10 sesiones.

Dentro de los criterios de inclusión para el grupo destacamos los siguientes: padecer una patología asociada al dolor y ser derivados por la Unidad del Dolor; alcanzar cierto grado de comprensión respecto a los objetivos del grupo y tener expectativas realistas, además de capacidad para poderse centrar en una tarea grupal y estructurada, así como tener la posibilidad de acudir a las sesiones programadas. Los criterios de exclusión utilizados son: la falta de control de impulsos, riesgo de suicidio elevado, ausencia de motivación y compromiso, dificultad para trabajar con contenidos simbólicos, psicopatología grave o en estado agudo y elevada cronicidad del problema de dolor. Sin embargo, este último criterio se ha flexibilizado debido a la larga evolución en la patología de muchos de los pacientes derivados.

El proceso de evaluación y selección de pacientes que pasan a formar parte del grupo es realizado por residentes de Psicología Clínica (PIRes), como actividad dentro del módulo de atención continuada incluido en el programa de nuestra formación especializada.

Los objetivos generales de esta intervención grupal consisten en ampliar el abordaje terapéutico de las patologías relacionadas con dolor crónico. Se incide en el manejo psicológico del dolor a través de la puesta en marcha de técnicas específicas, como por ejemplo la relajación o la regulación del nivel de actividad general del individuo. Asimismo, se intenta transmitir la importancia del descentramiento de la queja somática y dolores físicos, teniendo en cuenta otras variables relevantes en el estado de la persona, de cara a poder mejorar su calidad de vida. En definitiva, manifestar interés por la globalidad de la persona y fomentar nuevas estrategias de afrontamiento más activas. De una forma transversal, se intenta dar la oportunidad de compartir su experiencia con otras personas en una situación similar e intercambiar perspectivas diferentes.

2. Muestra

Se han analizado los datos referidos a los pacientes integrantes de cuatro grupos terapéuticos consecutivos. Los 46 pacientes incluidos tenían edades com-

prendidas entre los 25 y los 65 años ($M= 44,5$ años; $d.t.= 10,95$), el 91% eran mujeres, la mayoría poseían estudios primarios o secundarios y el 78,3% vivían con su pareja o con la pareja e hijos. El 47,8% de la muestra estaba de baja laboral a causa del dolor, y el 54,3% se encontraba en esta situación desde hacía más de un año. Un 47,8% afirmaba tener problemas laborales. Respecto al tiempo de evolución, el 71,8% llevaba entre 5 y 10 años experimentando dolor. La mayoría no había tenido periodos asintomáticos (84,8%) y contaba con antecedentes familiares de diagnósticos asociados al dolor (67,4%).

Más de la mitad (58,4%) estaban diagnosticados de fibromialgia (como diagnóstico único o comórbido) y el segundo diagnóstico más frecuente fue el síndrome de dolor miofascial (13%). El 60,9% no había sido derivado a dispositivos de salud mental, aunque el 65,6% cumplía criterios de episodio depresivo actual según la MINI, el 40,9% había tenido un episodio depresivo pasado, el 40,9% tenía riesgo de suicidio ligero y el 50% cumplía criterios de trastorno de ansiedad generalizada. La mayor parte de los pacientes informaron de problemas de sueño, de modo que el 74% consumía hipnóticos o ansiolíticos por la noche.

En relación con los hábitos de vida, la actividad física que realizaba cerca de la mitad era caminar, aunque un porcentaje significativo (23,9%) no llevaba a cabo ninguna actividad. Para aquellos que hacían algún ejercicio, la frecuencia media era de más de dos veces a la semana.

En definitiva, un paciente prototipo de los asistentes al grupo sería una mujer de unos cuarenta años, de nivel cultural medio-bajo, diagnosticada de fibromialgia y con un dolor de varios años de evolución. Estaría en situación de baja laboral, deprimida y con un trastorno de ansiedad.

3. Desarrollo de las sesiones del grupo

Los pacientes incluidos comienzan un tratamiento grupal con un encuadre de grupo cerrado, estructurado y operativo de diez sesiones de hora y media de duración, más una sesión de seguimiento tres meses después de la finalización del grupo. En el proceso de elaboración de las sesiones, además de otras fuentes bibliográficas, tomamos como referencia una experiencia previa de tratamiento psicológico para el dolor, llevado a cabo en el Hospital de la Princesa (Madrid) desde el año 2004.

Es conducido por dos residentes de Psicología Clínica, con la asistencia de otra residente en calidad de observadora. En tres sesiones colaboran especialistas de la Unidad del Dolor y Rehabilitación. Los primeros colaboran en la sesión de presentación del grupo y en la tercera sesión, en la que dan una explicación sobre

la influencia de los factores emocionales y cognitivos en la percepción del dolor, utilizando *la teoría de la puerta*. Los especialistas de Rehabilitación intervienen en una sesión dedicada a la higiene postural, dando información sobre ésta y explicando ejercicios adaptados a las necesidades específicas según la problemática de los pacientes.

Tras las sesiones del grupo, las coordinadoras del mismo y las restantes PI-Res que participan en el programa, cuentan con un espacio de supervisión clínica realizada por un F.E.A. de Psicología Clínica. En éste, se abordan tanto aspectos técnicos concretos de cada una de las sesiones, como el proceso grupal e individual de los pacientes participantes.

Tabla 2
Estructura de las sesiones.

SESIÓN 1	Presentación
SESIÓN 2	Emociones asociadas a la experiencia de dolor
SESIÓN 3	El estado emocional y la relajación
SESIÓN 4	Actividades diarias y ejercicio físico
SESIÓN 5	Higiene postural y ejercicios adaptados a las necesidades específicas
SESIÓN 6	El proceso de adaptación
SESIÓN 7	Focalización de la atención
SESIÓN 8	La comunicación
SESIÓN 9	Los pensamientos negativos y el dolor
SESIÓN 10	Recapitulación y prevención de recaídas

La intervención grupal comenzó con ocho sesiones y la sesión de seguimiento. Sin embargo, la duración total se amplió a diez, dada la necesidad percibida de ampliar una sesión que permitiese una intervención más extensa por parte de los especialistas de la Unidad del Dolor.

Después de la realización de dos grupos, se ha sustituido la tarea centrada en el aprendizaje de técnicas de solución de problemas por otra focalizada en el duelo (el proceso de adaptación). Nuestra experiencia nos indicó que la resolución de problemas estaba poco ajustada a las necesidades de este tipo de pacientes por la elevada estructuración de la técnica. En cambio, la temática de la pérdida de la salud y las consecuencias derivadas de la misma, era un contenido emergente en diferentes sesiones a lo largo del grupo. Este cambio implicó una modificación en el orden de las sesiones: La penúltima sesión, dedicada a la focalización de la atención, dejaba más espacio para trabajar aspectos de sesiones previas. Por ello fue introducida después de la sesión dedicada al duelo por la salud perdida, ya que ésta precisa una revisión de las tareas realizadas durante la misma. El contenido del grupo se basó en diversos programas de tratamiento (13- 17).

ORIGINALES Y REVISIONES

El esquema actual de las sesiones del grupo es el siguiente:

Sesión 1: Presentación

Se realiza con la colaboración de la Unidad del Dolor.

Objetivos de trabajo de esta sesión:

- Introducir el programa.
- Fijar el encuadre y las expectativas.

Desarrollo de la sesión:

- Presentación de los miembros del equipo
- Presentación de los participantes del grupo (problema de salud que padecen, tiempo en tratamiento, etc.). Se dedica la mayor parte del tiempo de esta primera sesión a que los participantes del grupo expongan su situación personal, resaltando la importancia de centrarse en los hechos que les han llevado a su situación actual.

- Expectativas y metas de los pacientes respecto al tratamiento.
- Explicación sobre el dolor crónico.
- Presentar el encuadre: indicar el número y duración de sesiones (diez sesiones de una hora y media de duración); explicar que se trata de una intervención psicoeducativa; importancia de la asistencia, puntualidad, compromiso de confidencialidad, así como de realizar el trabajo en casa.
- Presentación de la temática del resto de las sesiones.

Sesión 2: Emociones asociadas a la experiencia de dolor.

Objetivos de trabajo en esta sesión:

- Expresión de emociones que podrían dificultar el trabajo con el enfoque del programa.
- Establecer una alianza empática con sus emociones negativas y que permita que acepten las pautas de trabajo.
- Atención especial a las emociones suscitadas con el trato recibido por el personal y las instituciones.
- Entrenamiento en técnicas de respiración abdominal.

Desarrollo de la sesión:

- Recapitulación de lo tratado en la sesión anterior e invitación a compartir con los demás qué pensaron y, especialmente, qué sintieron (confusión, tristeza, ira y enfado, miedo, culpa y desesperanza). Se trata de facilitar la experiencia emocional, insistiendo en la simbolización de la misma.

- Iniciación a la relajación con ejercicios de respiración diafragmática.
- Explicación del tratamiento y de las tareas para casa (realización de los ejercicios de respiración dos veces al día) y la importancia de su cumplimentación de cara al tratamiento.

Sesión 3: El estado emocional y la relajación.

Se realiza con la colaboración de la Unidad del Dolor.

Objetivos:

- Aportar una explicación alternativa a su problema de dolor, en la que sea posible el cambio. Abrir la puerta a algún tipo de control.
- Aprender técnicas de relajación. Enfatizar su importancia.

Desarrollo de la sesión:

- Explicación del “círculo vicioso” de la influencia de las emociones sobre la experiencia de dolor y de la *Teoría de la Puerta* como marco de referencia teórico.
- Entrenamiento en identificación de las emociones (utilizando síntomas físicos como señales de alarma).
- Explicación sobre el “círculo vicioso” asociado a la tensión muscular.
- Entrenamiento en relajación con imágenes visuales.
- Tareas para casa: continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación con imágenes visuales y con el apoyo de un CD grabado para este fin.

Sesión 4: Actividades diarias y ejercicio físico.**Objetivos:**

- Relacionar un nivel de actividad intermedio con un patrón saludable y una herramienta para mejorar el estado de ánimo.
- Introducir cambios en sus pautas de actividad.

Introducir actividades agradables en su rutina.

Desarrollo de la sesión:

- Explicación de la influencia del dolor en el nivel de actividad.
- Información sobre los beneficios de incrementar la tolerancia a la actividad física.
- Instauración de un régimen de ejercicio general (caminar, nadar, etc.).
- Restablecimiento de los niveles normales de actividad ajustados a cada paciente.
- Recorrido completo de relajación y respiración diafragmática.
- Tareas para casa: ajuste del nivel de actividad y registro diario del ejercicio físico, continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación.

Sesión 5: Higiene postural y ejercicios adaptados a las necesidades específicas.

Con la participación del Servicio de Rehabilitación.

Objetivos:

- Recibir información sobre higiene postural y algunos ejercicios para fortalecer la musculatura.
- Tener la oportunidad de tratar con el equipo médico en un rol diferente al habitual.

Desarrollo de la sesión:

ORIGINALES Y REVISIONES

- Enseñar y ensayar posturas correctas para reducir la carga muscular.
- Analizar y comentar posturas incorrectas estando de pie, sentado y en reposo.
- Analizar tareas cotidianas. Cómo se hacen y cómo deberían hacerse.
- Enseñar ejercicios simples y de corta duración para realizar en el trabajo y en casa.
- Tareas para casa: realizar los ejercicios aprendidos y cambiar los hábitos posturales, continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación.

Sesión 6: El proceso de adaptación (duelo)

Objetivos:

- Aceptar la pérdida de capacidades y funciones previas y emociones asociadas.
- Elaboración del duelo a consecuencia de la aparición de la enfermedad.

Desarrollo de la sesión:

- Explorar reacciones iniciales de los pacientes ante el diagnóstico y sus consecuencias.
- Realización de un relato escrito en el que reflexionen sobre su identidad pasada y la proyección hacia el futuro, descentrada de la experiencia de dolor.
- Explicación y validación de la respuesta de duelo ante la pérdida de capacidades previas a la enfermedad.
- Trabajar sentimientos, conductas y sensaciones asociados al proceso de duelo.
- Trabajo sobre la interrupción del sentido de la identidad personal tras la aparición de la enfermedad y la construcción de un self más allá del rol de enfermo.
- Fomentar el proceso de adaptación a su situación actual y promover el desarrollo de proyectos de futuro.

Sesión 7. La focalización de la atención.

Objetivos:

- Vincular la percepción del dolor a la hiperalerta y a la vigilancia ante sus sensaciones corporales.
- Establecer que prestar atención a otros estímulos disminuirá la intensidad con la que se percibe el dolor.
- Plantear esto como una herramienta para controlar cuánto dolor perciben. Favorecer la sensación de control sobre el problema.

Desarrollo de la sesión:

- Información sobre los efectos de la atención en los niveles del dolor.
- Explicación de cómo el descentramiento respecto al proceso de dolor y la capacidad de focalización de la atención en estímulos externos, ayuda a disminuir

la experiencia de dolor.

- Técnicas de focalización externa.
- Posibilidad de ejercicios de imaginación guiada.

Tareas para casa: Aplicar las técnicas de focalización externa en la vida cotidiana, continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación.

Sesión 8. La comunicación.

Objetivos:

- Toma de conciencia de cómo el problema de dolor ha afectado a sus pautas de comunicación con los demás.
- Favorecer la empatía con los familiares y la dificultad que encuentran al acercarse al paciente.
- Tomar contacto con la posible experiencia de aislamiento, ya que el problema de dolor es difícil de comunicar y compartir. Toma de contacto con las propias necesidades.

- Proponer alternativas de funcionamiento asertivo.

Desarrollo de la sesión:

- Información sobre los efectos del dolor en las relaciones.
- Explicación de técnicas de asertividad y ejercicios de role-playing.

Tareas para casa: Ejercicio de expresión directa de necesidades y sentimientos, continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación.

Sesión 9. Los pensamientos negativos y el dolor.

Objetivos

- Transmitir la idea de que nuestro diálogo interno influye en nuestro estado de ánimo.
- Prestar atención a su diálogo interno, y a cómo a veces les produce sufrimiento.
- Proponer pensamientos alternativos más adaptativos de sí mismos y su futuro.

Desarrollo de la sesión:

- Información sobre las reacciones cognitivas al dolor crónico (pensamiento catastrofista, desvalorización). Información sobre las valoraciones inadecuadas del dolor.
- Estrategias de reevaluación del dolor: transformación de sensaciones, contexto, limitar la extensión del dolor, etc.
- Explicación sobre los métodos de reestructuración cognitiva.

Tareas para casa: practicar reestructuración cognitiva y nuevas estrategias de reevaluación. Incrementar actividades placenteras, continuar con ejercicios de respiración y práctica de entrenamiento en relajación.

Sesión 10: Recapitulación y prevención de recaídas.

Objetivos:

- Revisión de los temas tratados.
- Enfatizar que el grupo es sólo el primer paso en el proceso, que los cambios son progresivos y requerirán su trabajo futuro.
- Prevenir recaídas.

Desarrollo de la sesión:

- Revisión de las nuevas estrategias aprendidas a lo largo de las sesiones, elección de aquellas que le resultan más útiles, aportaciones propias, etc.
- Trabajo sobre la prevención de recaídas: distinción entre caída y recaída, la adaptación de los otros (familia, cónyuge).
- Recorrido completo en relajación y respiración diafragmática.
- Evaluación postratamiento. Avisar de la realización de evaluaciones postratamiento.

Sesión 11: Sesión de Seguimiento.

Tres meses después, se realiza una evaluación de la intervención y mantenimiento de los logros. En esta sesión, los pacientes comparten cómo es su situación actual, si están aplicando las estrategias aprendidas, y qué dificultades han tenido desde el último día del grupo.

3. Resultados

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS-13. Se realizó una comparación de medias a través de la prueba T para muestras relacionadas entre las condiciones experimentales pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento. Se especifican a continuación los datos estadísticamente significativos:

Se obtuvo una diferencia ($p < 0,001$) entre las medidas del impacto de la fibromialgia valorado mediante el FIQ, entre la evaluación pretratamiento y el seguimiento realizado 3 meses después del grupo, y entre la valoración posterior al grupo y el seguimiento.

Las diferencias entre las puntuaciones de la subescala de *Intensidad del dolor* del cuestionario BPI fueron significativas ($p < 0,05$) al comparar la situación pre y la postratamiento. Sin embargo, no se encontraron discrepancias entre la valoración pretratamiento y el seguimiento ni en la subescala de *Interferencia del dolor* en ninguna de las administraciones del test.

En el cuestionario PGI, existen diferencias en la puntuación total y en la subescala *Relación con los otros*, entre el pre y el postratamiento ($p < 0,01$ y $p < 0,05$, respectivamente). También se hallaron discrepancias en la subescala *Apreciación*

de la vida entre las condiciones pre y postratamiento ($p < 0,01$), y entre el pretratamiento y el seguimiento ($p < 0,05$).

Los resultados obtenidos a partir del FIQ indican que el impacto del dolor en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y el grado en el que se ha podido ver afectada la actividad laboral remunerada, además de aspectos subjetivos como dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez, y el estado emocional, mejoran de forma llamativa tras finalizar el tratamiento grupal (la puntuación en el FIQ pasa de 70,82/100 a 49/100). Este efecto se produce a medio plazo, pues en las últimas sesiones del grupo todavía no se evidencia mejoría.

La intensidad del dolor en las últimas 24 horas, valorada a través del BPI, muestra un aumento significativo coincidiendo con el final del grupo. Sin embargo, esa diferencia estadística se elimina en los meses siguientes. De esa manera, no hay diferencias entre la intensidad del dolor previa al tratamiento y la evaluada tres meses después.

Respecto al PGI, entre los resultados del grupo, se encuentra un crecimiento postraumático global al final del grupo, así como un cambio positivo en la percepción de la relación con los otros (mayor cercanía, confianza, etc). Por desgracia, estos cambios no perduran en el seguimiento. Sin embargo, se obtiene una mayor apreciación de la vida entre los participantes que ya es patente al final del tratamiento y sí se mantiene tres meses después.

4. Discusión

Los cuatro grupos realizados hasta la fecha, han sido el resultado de la toma de conciencia acerca de la necesidad de introducir un abordaje biopsicosocial y multidisciplinar del tratamiento del dolor crónico. Asimismo, se había observado que el tratamiento meramente farmacológico era insuficiente para cubrir las necesidades de los pacientes atendidos en la Unidad del Dolor.

Nos planteamos la posibilidad de llevar a cabo una intervención grupal, debido a las grandes ventajas que se obtienen con este formato de tratamiento, ofreciendo a los pacientes la oportunidad de compartir su experiencia con otras personas, verse identificados con las vivencias de otros, movilizandando así aspectos difíciles de conseguir en una intervención individual. En un principio, la intervención grupal estaba más centrada en la tarea que en el proceso, y hemos ido introduciendo cambios para dar más peso a los elementos idiosincrásicos de cada paciente y de la dinámica grupal.

Se intenta fomentar una actitud activa frente al dolor, aumentar la autoeficacia de los miembros y las estrategias dirigidas a la solución de problemas, la

búsqueda de apoyo social y la regulación de emociones. También se apuesta por modificar los esquemas cognitivos de los pacientes, dándoles una identidad más amplia que la de enfermos con dolor crónico y disminuyendo en la medida de lo posible, la visión reduccionista del dolor, limitada a los aspectos más biológicos. Además, se ha transformado el contenido de alguna de las sesiones, al comprobarse que no resultaban demasiado útiles aspectos excesivamente estructurados, ya que no se acomodaban al perfil de los pacientes.

Asimismo, se decidió incluir en el tercer grupo un cuestionario de crecimiento postraumático (*Post-traumatic Growth Inventory*, PGI) con las instrucciones adaptadas al proceso de dolor crónico. El objetivo era poder valorar dimensiones diferentes a la intensidad del dolor percibido y las repercusiones sobre las actividades de la vida diaria. Consideramos relevante poder evaluar cambios en la percepción de uno mismo y de los otros, así como la posible contemplación de los sucesos problemáticos en una oportunidad para el cambio y el crecimiento personal. Debido a que algunos pacientes se ausentaban en la última sesión del grupo, se decidió aplicar la evaluación postgrupo en la penúltima sesión, con el fin de recabar el mayor número de datos posibles y contar con un máximo número de casos para realizar un análisis estadístico.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que a pesar de que los pacientes no logran disminuir su nivel de dolor con la intervención, sí informan de una menor interferencia en su vida cotidiana. Teniendo en cuenta que en el BPI se valoraba la intensidad en las últimas 24 horas, cabe plantearse la posibilidad de utilizar una ventana temporal más amplia a fin de comprobar si efectivamente no se producen modificaciones en el nivel de dolor. El grupo ayuda a los pacientes con una larga historia de dolor a convivir con él, mejorando así su calidad de vida. Más allá de las modificaciones relacionadas con una menor incapacidad, destaca la aparición de cambios de crecimiento personal, tanto a nivel general como en la apreciación de su vida.

Se ha comprobado que las intervenciones limitadas en el tiempo y estructuradas, como este programa, presentan menores tasas de abandono (18-19). En esta intervención, hemos observado ciertas dificultades en la adhesión al tratamiento, ya que algunos pacientes asistieron de forma irregular y otros abandonaron. Este hecho es congruente con los datos procedentes de los estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas. En ellos se constata que alrededor de un 33% no finalizan los programas de intervención psicológica (20-25).

Muy probablemente, los siguientes factores han podido contribuir a la mejora del funcionamiento grupal en las sucesivas ediciones del grupo:

- Selección de pacientes más exhaustiva, ha repercutido positivamente sobre la productividad del grupo, tanto en la fluidez de la comunicación como en el abor-daje de la tarea grupal.

- Exclusión de personas con una situación de crisis vital o con rasgos de personalidad marcadamente disfuncionales.

- Mayor énfasis en un encuadre grupal más rígido, sin cambios en cuanto al día de la semana elegido para las sesiones, ha mejorado la asistencia de los participantes.

En conjunto, tanto los pacientes como las terapeutas valoran muy positivamente la experiencia grupal (tal y como indican los resultados de satisfacción). Señalan especialmente la posibilidad de compartir su experiencia con otras personas y el sentirse comprendido. El grupo se presenta como un escenario que fomenta la responsabilidad sobre la propia vida, y posibilita la reflexión sobre la capacidad de acomodación y asimilación: el equilibrio entre los beneficios de un afrontamiento activo de los distintos conflictos planteados y la aceptación de las limitaciones reales y emociones negativas asociadas, a lo largo del proceso.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) González, F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Revista electrónica de Psiquiatría* 1999; 3: 1-21.
- (2) Melzack, R. y Wall, P. D. Pain mechanism: a new theory. *Science* 1965; 150: 971-979.
- (3) Lazarus, R. S. y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. S.A., 1986.
- (4) Bland, E. D. y Henning, D.D. Buscando sentido al dolor crónico: la dinámica de la aceptación. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 45-56.
- (5) Moix, J. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 57-82.
- (6) Soriano, J., Monsalve, V. y Gómez-Carretero, P. Calidad de vida y valoración del dolor: ¿Depende la calidad de vida del tipo de dolor? *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 83-93.
- (7) Tapia, S. Sugrañes, B. Peñarroya, A. Bakaikoa, M., Borrell, D. y Semis, R. Líneas de intervención del psicólogo en las Unidades del Dolor: Cuatro experiencias clínicas. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 95-107.
- (8) Villegas, M. Dolor y sufrimiento en las tradiciones sapienciales. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 5-43.
- (9) Gracia, Marcó y Ruiz. Protocolo de Evaluación Psicológica de Fibromialgia. Departament de Psicologia. Universitat de Girona 1998. Traducido del original en inglés: Cleeland, C. C. Brief Pain Inventory (BPI) 1989.
- (10) Rivera, J. y González, T. The Fibromyalgia impact questionnaire: A validated spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin. Exp. Rheumatol.* 2004; 22: 554-60.
- (11) Ferrando, L., Franco-Alfonso, L., Soto, M., Bobes-García, J., Soto, O., Gilbert-Rahola, J. Mini International Neuropsychiatric Interview (versión castellana). Módulos diagnósticos de depresión, ansiedad y consumo de tóxicos. Madrid: Instituto IAP.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (12) Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996; 9: 455-471.
- (13) Linton, S.J. Understanding pain for better clinical practice. A psychological perspective. Edimburgo: Elsevier, 2005.
- (14) Miró, J. Dolor Crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2003.
- (15) Neimeyer, R.A. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- (16) Philips, H.C. Tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1991.
- (17) Vallejo, M.A. y Comeche, I. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1994.
- (18) Hunt, C. y Andrews, G. Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85: 275-278.
- (19) Issakidis, C. y Andrews, G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 426-433.
- (20) Davis, M. y Addis, M. Predictors of attrition from behavioral medicine treatment. *Annals of Behavioral Medicine* 1999; 21: 339-49.
- (21) Sackett D. A compliance practicum for the busy practitioner. Compliance in Health Care. Baltimore MD: John Hopkins University Press, 1979.
- (22) Spence, S. y Sharpe, L. Problems of dropout in the self-help treatment of chronic, occupational pain of the upper limbs. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 1993; 21: 311-28.
- (23) Becker, M. H. Patient adherence to prescribed therapies. *Med Care* 1985; 23: 539-55.
- (24) Carmody, T., Senner, J., Mailinow, M., Matarazzo, J. Physical exercise rehabilitation: Long term dropout rate in cardiac patient. *J Behavioral Med* 1980; 3: 163-8.
- (25) Sánchez, N., Torres, A., Camprubí, N., Vidal, A. y Salamero, M. Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psico-oncología* 2005; 2: 21-32.