

# Evaluación de la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en el dolor crónico artrósico en el ámbito de la atención primaria: ensayo clínico

## » Autores

Rosa Monteserín<sup>1</sup>, Ana Llorente<sup>2</sup>, Marisa Galán<sup>1</sup>, Jaume Sellarés<sup>1</sup>, Aser Muñoz<sup>1</sup>, Elisabeth Rayó<sup>1</sup>

1 Médicos de familia. EAP Sardenya (Barcelona)

2 Psicóloga clínica. EAP Sardenya (Barcelona)

## » Correctores

Ernest Vinyoles (Comité editorial)

Xavier Mas (Grupo de trabajo Reumatología)

## » Correspondencia

**Rosa Monteserín**

Dirección electrónica: [rmonteserin@eapsardenya.cat](mailto:rmonteserin@eapsardenya.cat)

Soporte financiero: Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària (CAMFiC).

VI Ajuts per a la recerca de la CAMFiC.

Publicado: 1 de marzo del 2010

**Butlletí 2010, 28:03**

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## RESUMEN

**Introducción.** El dolor crónico por artrosis desencadena un conjunto de esfuerzos cognitivos y de conductas que definen las estrategias de afrontamiento al mismo.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario centrado en terapias cognitivo-conductuales para mejorar la sintomatología y la discapacidad en pacientes con dolor crónico por artrosis.

**Diseño.** Ensayo clínico aleatorizado abierto con grupo control.

**Emplazamiento.** Centro de Atención Primaria urbano.

**Participantes:** Personas de 50- 75 años, de ambos sexos, con dolor crónico por artrosis de rodilla, espalda o manos (N= 123). Periodo de estudio, 18 meses.

**Medidas e Intervención.** Medidas: Escala analógica visual, cuestionarios de capacidad funcional, calidad de vida y de ansiedad-depresión. Escalas de valoración del dolor y de afrontamiento al dolor. Intervención interdisciplinaria (médico/enfermera/psicóloga clínica). Se realizaron sesiones educativas para la salud y aprendizaje de técnicas de afrontamiento al dolor crónico, con una frecuencia semanal los primeros 6 meses y quincenal los siguientes 6 meses.

**Resultados.** 120 sujetos, 59 aleatorizados al grupo intervención y 61 al grupo control. Tras la intervención se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables "*el dolor depende de mí, de lo que yo haga*" de la escala de Valoración del dolor y en la variable "*distracción*" del cuestionario del CAD-R.

**Conclusión.** Tras la intervención, aunque los sujetos sigan refiriendo una intensidad de dolor similar al de antes de la intervención, los individuos son más auto eficaces en el manejo del dolor, porque son menos pasivos y utilizan estrategias activas eficaces para afrontar el dolor.

**Palabras clave.** Dolor, artrosis, terapias cognitivas, centro de atención primaria

## SUMMARY

**Introduction.** Chronic pain due to osteoarthritis triggers a set of cognitive efforts and conducts which define the patient's strategies to facing them.

**Objective.** To evaluate the efficacy of an interdisciplinary program centred in cognitive – behavioural therapies to improve the symptoms and disability in patients with osteoarthritis chronic pain.

**Design.** Open Randomized clinical Trial with control group.

**Location.** Urban Primary Care Health Centre.

**Participants:** People between 50-75 years old, both sexes, with chronic pain due to either knee, back nor hands osteoarthritis (N= 123). Period of study, 18 months.

**Measures and Intervention.** Measures: Visual analogical scale, functional capacity, quality of life and anxiety-depression questionnaires. Assessment Scales of pain and facing it. Interdisciplinary Intervention (doctor/nurse/clinical psychologist). Health educational sessions and learning techniques of facing the chronic pain were made, with a weekly frequency the first 6 months and biweekly during following the 6 months.

**Results.** 120 patients were included, 59 randomized to the intervention group and 61 to the control group. After the intervention, statistically significant differences were observed in the variables " *the pain depends on my, on what I do*" of the scale of Assessment of pain and in the variable " *distraction*" of the CAD-R questionnaire.

**Palabras clave.** Dolor, artrosis, terapias cognitivas, centro de atención primaria

**Conclusion.** After the intervention, although the patients continue referring a similar intensity of pain than the one before the intervention, individuals were more self efficient at the time to handle his pain, because they are less passive and they use active effective strategies to deal with the pain.

**Key words.** Pain, osteoarthritis, cognitive therapies, primary care.

## INTRODUCCIÓN

La artrosis es una de las principales causas de dolor crónico no neoplásico<sup>1</sup>. Una de las definiciones de dolor crónico más aceptada es aquella que lo define como un dolor que persiste de manera continuada o intermitente por un periodo superior a tres meses<sup>2</sup>.

La International Association for the Study of Pain<sup>3</sup> definió el dolor crónico como "sensación de una parte o más del cuerpo, la cual siempre es una experiencia perceptiva y subjetivamente desagradable y, por tanto, emocional; y es resultado de un amplio número de factores: biológicos, psicológicos y sociales".

Cuando el dolor se cronifica, se convierte en una causa de estrés, que a su vez, puede considerarse un factor modulador del dolor al desencadenar en los enfermos, un conjunto de esfuerzos cognitivos y de conductas, que definen las estrategias de afrontamiento pasivas o activas. Las primeras se consideran, en general, que incrementan el dolor; las activas ayudan a adaptarse a él. Otra de las consecuencias son las alteraciones del ánimo<sup>5</sup>.

Nuevos estudios orientan hacia tratamientos no farmacológicos complementarios como<sup>6-10</sup>: terapia ocupacional con técnicas de protección articular y métodos para ahorrar energía; terapias físicas como TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation), ultrasonidos, crioterapia, termoterapia, masajes, biofeedback, acupuntura<sup>11</sup> y terapias psicológicas para el manejo del dolor (meditación y relajación, hipnosis, terapia cognitivo-conductual, bioalimentación...).

La eficacia de los programas interdisciplinarios y de tipo cognitivo-conductual aparece reflejada en la mayoría de la bibliografía revisada<sup>12-15</sup>. Los programas de intervención psicológica cognitivo-conductual que aparecen en estos estudios se dirigen al control del dolor crónico y al control de los pensamientos y emociones negativas asociadas al dolor crónico<sup>16</sup>.

Aunque la intensidad del dolor es el principal criterio utilizado para evaluar la efectividad de los tratamientos psicológicos<sup>5</sup>, otros autores<sup>16</sup>, evalúan, además, la mejora psicoafectiva y de la funcionalidad en la vida diaria.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario centrado en terapias cognitivo-conductuales para mejorar la sintomatología y la discapacidad en pacientes con dolor crónico por artrosis en el ámbito de la atención primaria.

## MATERIAL Y METODOS

Ensayo clínico aleatorizado abierto con grupo control en personas con diagnóstico de dolor crónico por artrosis.

El estudio se realiza en un centro de atención primaria urbano, que atiende a unas 20.000 personas mayores de 15 años.

Se seleccionaron aquellas personas adscritas al EAP Sardenya de 50- 75 años, de ambos sexos, con dolor crónico por artrosis de rodilla y/o espalda y/o manos, que fueran autónomos para desplazarse al Centro, que no presentaran dolor crónico de otro origen, que no hubieran participado en otro ensayo clínico aleatorizado en los últimos tres meses, que no presentaran deterioro cognitivo grave y que dieran su consentimiento para participar en el estudio.

El cálculo del tamaño muestral se realizó asumiendo una tasa estimada de la variable principal en el grupo control del 80% a los 18 meses, con 58 pacientes en cada rama de tratamiento habría un 90% de potencia para detectar una diferencia absoluta de un 30% (con la corrección de continuidad) asumiendo que en el grupo de intervención la tasa estimada de la variable de resultado sería del 50%, con un error alfa del 5% bilateral, y asumiendo un seguimiento de un año y medio un

porcentaje de pérdidas y abandonos del 5%, la muestra final sería de 123 enfermos con dolor crónico por artrosis.

La distribución de los sujetos incluidos en el estudio en los grupos de estudio (intervención o control) se realizó de forma aleatoria, a partir de unos listados previamente generados con una aplicación informática.

Se realizó una evaluación antes de iniciar la intervención en la que se registraron variables sociodemográficas y clínicas: edad, género, estado civil, nivel de estudios, hábitos tóxicos, localización del dolor, práctica de ejercicio físico, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y utilización de recursos sanitarios. Se evaluó la intensidad del dolor mediante la Escala Analógica Visual (EVA)<sup>17</sup>, la capacidad funcional mediante Spanish Stanford HAQ 20-item disability scale<sup>18</sup> y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-2<sup>19</sup>. Para las variables cognitivo-conductuales se utilizó la escala de valoración del dolor<sup>20</sup>, el cuestionario de afrontamiento al dolor revisado (CAD-R)<sup>21</sup> y la escala de ansiedad-depresión de Goldberg<sup>22</sup>.

La escala de valoración del dolor, es un conjunto de 21 preguntas relacionadas con el dolor (Por ejemplo: 1.- La medicación me quita el dolor; 7.- Puedo anticipar cuando me va a doler, 21.- El dolor es superior a mis posibilidades, etc.) cuyas respuestas oscilan en un rango de 1 a 5 de una escala Likert (1= "nunca o en absoluto"; 2= "algunas veces"; 3= "bastantes veces"; 4= "casi siempre", 5= "siempre").

El cuestionario de afrontamiento al dolor revisado (CAD-R) consta de 24 preguntas con 5 opciones de respuesta (nunca / pocas veces / ni muchas ni pocas veces / muchas veces / siempre) que se resumen en 6 factores: Religión, Catarsis, Distracción, Autoafirmación, Autocontrol Mental y Búsqueda de información que puntúan de 4 (peor) a 20 (mejor). También del CAD-R se obtienen dos dimensiones de afrontamiento: afrontamiento activo (con valores entre 16-80) y afrontamiento pasivo (con valores entre 8-40).

La intervención interdisciplinar consistió en dos sesiones de 90 minutos sobre aspectos fisiopatológicos básicos de la artrosis, consejos sobre educación para la salud articular y terapia ocupacional para capacitar a las personas para ejercer las actividades de la vida cotidiana, realizadas por un médico, una enfermera y la terapeuta ocupacional. Posteriormente se iniciaron las sesiones realizadas por la psicóloga clínica y que tuvieron como objetivo el aprendizaje de técnicas de afrontamiento y aceptación al dolor crónico. Estas sesiones, con una duración de 90 minutos, se realizaron con una frecuencia semanal, los primeros 6 meses y una frecuencia quincenal los siguientes 6 meses. Los sujetos del grupo intervención se dividieron en 5 grupos, de 12 personas cada uno, según su disponibilidad horaria.

En los pacientes del grupo control se siguió la práctica clínica habitual de las consultas de atención primaria.

A los 12 meses se realizó una segunda evaluación a ambos grupos que incluyó las mismas variables que en la visita inicial.

Se realizó un análisis por intención a tratar (ITT). Se compararon las características registradas en ambas evaluaciones entre los pacientes de ambos grupos utilizando la prueba t de Student o su equivalente no paramétrico la prueba de U de Mann-Whitney (dependiendo de las características de las variables a analizar) en caso de comparar variables de tipo continuo y la prueba de Ji cuadrado en caso de comparar variables de tipo categórico. La significación estadística se consideró cuando el p valor era inferior a 0,05. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS v14.0.

## RESULTADOS

Participaron en el estudio un total de 120 sujetos adscritos al Centro de Atención Primaria, de los cuales 59 fueron aleatorizados al grupo intervención (GI), y 61 al grupo control (GC).

Las mujeres constituyen el 82,5% de la población en ambos grupos. La edad media de los pacientes fue de 64,6 (DE 7,3). Según el nivel de estudios, el 31,4% han cursado la primaria completa, el 32,2% no dispone de estudios o no ha finalizado la primaria y el 36,5% posee estudios secundarios o universitarios. Dentro de la actividad laboral destaca que 50,4% son jubilados, y tan sólo el 16,0% se encuentran en activo. Un 59,5% refieren realizar algún tipo de actividad física. En el análisis según la localización del dolor crónico, el 77,7% referían dolor de espalda, un 64,5% dolor de rodilla y un 52,1% dolor en mano. El 91,5% presentaban una evolución del dolor superior a 12 meses. Dos terceras partes de los sujetos referían tomar medicación para el dolor. En la **tabla 1** se muestran los resultados de los datos demográficos y clínicos de cada uno de los dos grupos de estudio.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas basales en ambos grupos.

|                            |                      | Grupo de estudio   |                    | p    |
|----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|------|
|                            |                      | Intervención       | Control            |      |
| Edad, media (SD), n        |                      | 64,09 (7,04)<br>58 | 64,77 (7,29)<br>53 | 0,61 |
| Sexo, n (%)                | Hombre               | 11 (18%)           | 10 (16,9%)         | 0,88 |
|                            | Mujer                | 50 (82%)           | 49 (83,1%)         |      |
| Escolaridad                | Sin estudios         | 2 (3,3%)           | 8 (14,0%)          | 0,19 |
|                            | Primaria incompleta  | 14 (23,3%)         | 14 (24,6%)         |      |
|                            | Primaria completa    | 18 (30%)           | 19 (33,3%)         |      |
|                            | Estudios grado medio | 21 (35%)           | 12 (21,1%)         |      |
|                            | Universitarios       | 5 (8,3%)           | 4 (7%)             |      |
| Situación laboral          | Activo               | 9 (15,3%)          | 10 (16,9%)         | 0,20 |
|                            | Jubilados            | 25 (42,4%)         | 34 (57,6%)         |      |
|                            | Paro                 | 4 (6,8%)           | 4 (6,8%)           |      |
|                            | Amas de casa         | 21 (35,6%)         | 11 (18,6%)         |      |
| Ejercicio físico           |                      | 39 (65%)           | 26 (52%)           | 0,17 |
| Dolor de espalda           |                      | 46 (75,4%)         | 49 (81,4%)         | 0,51 |
| Dolor de rodilla           |                      | 38 (62,3%)         | 40 (67,8%)         | 0,57 |
| Dolor de mano              |                      | 33 (54,1%)         | 29 (49,2%)         | 0,71 |
| Tiempo evolución del dolor | 3-6 meses            | 1 (1,7%)           | 3 (5,4%)           | 0,54 |
|                            | 7-12 meses           | 3 (5,0%)           | 3 (5,4%)           |      |
|                            | > 12 meses           | 56 (93,3%)         | 50 (89,3%)         |      |
| Medicación para el dolor   |                      | 46 (75,4%)         | 47 (82,5%)         | 0,37 |
| Frecuencia del dolor       | Diario               | 28 (53,8%)         | 30 (56,6%)         | 0,80 |
|                            | Varias veces         | 4 (7,7%)           | 5 (9,4%)           |      |
|                            | De vez en cuando     | 20 (38,5%)         | 18 (34,0%)         |      |

**Tabla 2.** Resultados en la EVA y en los cuestionarios en los dos grupos de estudio en pre y post-intervención

|                                      |                           | Grupo de estudio    |                     |                    |                     | p    |      |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|------|------|
|                                      |                           | Intervención        |                     | Control            |                     |      |      |
|                                      |                           | Pre                 | Post                | Pre                | Post                | Pre  | post |
| EVA, media (DE)<br>n                 |                           | 5,74 (2,15)<br>61   | 5,56 (2,36)<br>47   | 6,21 (2,06)<br>58  | 5,23 (2,50)<br>46   | 0,28 | 0,47 |
| HAQ-20, media (DE),<br>n (Rango 0-2) |                           | 0,77 (0,47)<br>60   | 0,85 (0,55)<br>47   | 0,91 (0,57)<br>57  | 0,88 (0,57)<br>43   | 0,16 | 0,80 |
| SF-12,<br>media (DE),<br>n<br>Rango  | Componen-<br>te<br>Físico | 35,02<br>(8,38) 52  | 34,14<br>(8,53) 44  | 34,07<br>(8,58) 47 | 35,55<br>( 7,76) 38 | 0,58 | 0,44 |
|                                      | Componen-<br>te mental    | 41,91<br>(10,04) 52 | 41,03<br>(10,84) 44 | 40,15<br>(9,65) 47 | 41,35<br>(11,01) 38 | 0,38 | 0,89 |
| Goldberg<br>n (%)                    | Ansiedad                  | 45 (73,8%)          | 33 (70,2%)          | 49 (83,1%)         | 36 (78,3%)          | 0,27 | 0,48 |
|                                      | Depresión                 | 45 (73,8%)          | 36 (76,6%)          | 47 (79,7%)         | 33 (71,7%)          | 0,52 | 0,64 |

En la **tabla 2** se muestran los resultados de la intensidad del dolor, medida mediante la aplicación de una Escala Visual Analógica (EVA) fue de 5,9 (DE 2,1), la capacidad funcional (HAQ-12), la calidad de vida (SF-12) y la presencia de ansiedad y/o depresión (Escala de Goldberg). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de estudio.

En cuanto a los cuestionarios cognitivo conductuales (Valoración del dolor, cuestionario de afrontamiento al dolor CAD-R), previo a la intervención, se observaron diferencias estadísticamente significativas en dos variables, en la variable *“Se que hay medios para poner solución a mi dolor”* de la escala de Valoración del dolor, el GI considera que esto les pasa bastantes veces (valor 2,60) mientras que el GC considera que les pasa casi siempre (valor 3,16) (p 0,035), y en la variable de la subescala de afrontamiento pasivo del CAD-R, en donde el GI (valor 16,95) obtiene un valor inferior al GC (19,60) (p 0,037). **Tablas 3 y 4.**

Tras la intervención los datos obtenidos en la visita de seguimiento no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las variables demográficas y clínicas de los dos grupos de estudio.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la intensidad del dolor (Media EVA grupo intervención=5,56; Media EVA grupo control=5,23), en la capacidad funcional, en la calidad de vida y en la presencia de ansiedad-depresión. Únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas en dos aspectos cognitivo-conductuales, en la variable *“El dolor depende de mi, de lo que haga”* de la escala de Valoración del dolor, GI (valor 2,85) GC (2,38) (p=0,040) y en la subescala de Distracción del CAD-R, donde el GI (media=11,67) obtiene una mejora en relación al GC (media=9,05) (p=0,004). **Tablas 3 y 4.**



**Tabla 3.** Resultados de la escala de Valoración del Dolor en los dos grupos de estudio en pre y post-intervención

|   | Grupo de estudio                          |                    |                                      |                    | p               |             |
|---|---|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------|
|   | Intervención<br>media (DE)<br>(Rango 0-5) |                    | Control<br>media (DE)<br>(Rango 0-5) |                    |                 |             |
|   | Pre                                       | Post               | Pre                                  | Post               | Pre             | Post        |
| La medicación me quita el dolor   | 2,77 (0,86)                               | 2,98 (0,95)        | 2,78 (1,02)                          | 2,98 (1,02)        | 0,94            | 0,96        |
| El dolor depende de mi, de lo que yo haga   | 3,03 (1,22)                               | <b>2,85 (1,07)</b> | 2,80 (1,38)                          | <b>2,38 (1,05)</b> | 0,37            | <b>0,04</b> |
| Puedo controlar mi dolor  | 2,61 (1,18)                               | 2,76 (1,02)        | 2,66 (1,20)                          | 2,64 (1,18)        | 0,88            | 0,61        |
| El dolor supera mis recursos y posibilidades  | 2,50 (1,14)                               | 2,72 (1,12)        | 2,56 (1,01)                          | 2,37 (1,06)        | 0,63            | 0,14        |
| El dolor limita mi vida   | 2,41 (1,14)                               | 2,72 (1,10)        | 2,22 (1,16)                          | 2,47 (1,18)        | 0,32            | 0,26        |
| Puedo disminuir mi dolor  | 2,57 (0,99)                               | 2,47 (0,93)        | 2,54 (0,99)                          | 2,37 (0,97)        | 0,84            | 0,73        |
| Puedo anticipar cuando me va a doler  | 1,86 (1,07)                               | 1,78 (0,84)        | 1,78 (1,02)                          | 1,74 (0,98)        | 0,68            | 0,55        |
| Puedo cambiar mi dolor o hacer algo   | 2,49 (1,13)                               | 2,14 (1,06)        | 2,53 (1,24)                          | 1,98 (1,98)        | 0,98            | 0,39        |
| Tengo que aceptar el dolor o acostumbrarme a él                                     | 3,68 (1,19)                               | 3,98 (0,89)        | 3,57 (1,23)                          | 3,48 (1,48)        | 0,58            | 0,24        |
| Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo                             | 2,46 (1,33)                               | 2,26 (1,21)        | 2,69 (1,32)                          | 2,19 (1,15)        | 0,32            | 0,80        |
| Sé lo que puedo hacer   | 3,78 (1,24)                               | 3,72 (1,00)        | 3,76 (1,23)                          | 3,26 (1,32)        | 0,90            | 0,09        |
| Antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones | 3,14 (1,50)                               | 3,00 (1,41)        | 3,20 (1,41)                          | 3,00 (1,40)        | 0,83            | 0,62        |
| Tengo ganas de ir al médico a ver lo que me dice                                    | 2,87 (1,15)                               | 2,67 (1,03)        | 2,81 (1,19)                          | 2,87 (1,29)        | 0,80            | 0,54        |
| Esta situación me desborda claramente   | 2,33 (1,19)                               | 2,20 (1,16)        | 2,31 (1,18)                          | 2,40 (1,29)        | 0,94            | 0,51        |
| Estoy muy preocupado  | 2,72 (1,28)                               | 2,53 (1,16)        | 2,58 (1,19)                          | 2,70 (1,23)        | 0,57            | 0,32        |
| Creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo                                     | 1,66 (1,12)                               | 1,66 (1,18)        | 1,92 (1,13)                          | 1,72 (1,07)        | 0,10            | 0,32        |
| <b>Sé que hay medios para poner solución a mi dolor</b>                             | <b>2,60 (1,35)</b>                        | 2,58 (1,27)        | <b>3,16 (1,43)</b>                   | 2,87 (1,30)        | <b>0,03 (5)</b> | 0,28        |
| No se cómo acabará pero creo que tengo medios a mi alcance                          | 2,50 (1,28)                               | 2,33 (1,21)        | 2,60 (1,41)                          | 2,52 (1,31)        | 0,76            | 0,37        |
| Tengo miedo de que no tenga solución  | 2,78 (1,35)                               | 2,87 (1,58)        | 2,69 (1,42)                          | 2,68 (1,50)        | 0,69            | 0,56        |
| El dolor es superior a mis posibilidades  | 2,44 (1,29)                               | 2,39 (1,31)        | 2,59 (1,10)                          | 2,39 (1,15)        | 0,56            | 0,31        |

**Tabla 4.** Análisis descriptivo del cuestionario CAD-R: 6 factores (F) y 2 dimensiones (D) de afrontamiento.

|  | Grupo de estudio           |                         |                         |                        | P                   |             |
|--|----------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|-------------|
|  | Intervención<br>Media (DE) |                         | Control<br>Media (DE)   |                        |                     |             |
|  | Pre                        | Post                    | Pre                     | Post                   | Pre                 | post        |
| <b>F 1: Distracción<br/>Rango 4-20</b>           | 9,58 (3,38)                | <b>11,67<br/>(3,97)</b> | 10,07<br>(3,77)         | <b>9,05<br/>(3,88)</b> | 0,36                | <b>0,04</b> |
| F 2: Búsqueda de información<br>Rango 4-20       | 9,93 (4,09)                | 9,60 (4,44)             | 10,36<br>(4,19)         | 9,04 (3,58)            | 0,59                | 0,73        |
| F 3: Religión<br>Rango 4-20                      | 8,33 (5,14)                | 9,21 (4,83)             | 10,04<br>(5,72)         | 8,95 (4,95)            | 0,09<br>1           | 0,71        |
| F 4: Catarsis<br>Rango 4-20                      | 8,57 (4,00)                | 7,88 (3,97)             | 9,18 (4,42)             | 8,11 (3,49)            | 0,22                | 0,48        |
| F 5: Autocontrol Mental<br>Rango 4-20            | 10,17<br>(4,62)            | 10,52<br>(4,35)         | 11,13<br>(4,14)         | 9,64 (4,31)            | 0,19                | 0,33        |
| F 6: Autoafirmación<br>Rango 4-20                | 15,88<br>(3,66)            | 16,23<br>(3,14)         | 15,71<br>(2,99)         | 15,2 (3,79)            | 0,85                | 0,23        |
| D 1: Afrontamiento Activo<br>Rango: 16-80        | 45,51<br>(10,23)           | 47,45<br>(9,92)         | 47,80<br>(11,23)        | 43,23<br>(9,67)        | 0,11                | 0,15        |
| <b>D 2: Afrontamiento Pasivo<br/>Rango: 8-40</b> | <b>16,95<br/>(8,22)</b>    | 17,07<br>(7,33)         | <b>19,60<br/>(7,33)</b> | 17,26<br>(6,97)        | <b>0,0<br/>(37)</b> | 0,84        |

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha realizado un análisis sobre la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico de origen artrósico.

Como en el estudio EPIDOR <sup>23</sup> la mayoría de los participantes fueron mujeres y el consumo de fármacos para el dolor fue elevado. También se obtuvieron resultados similares al estudio ITACA <sup>24</sup> donde el dolor crónico osteomuscular era más frecuente en aquellos grupos de nivel sociocultural más bajo.

Los resultados de este estudio nos indican que tras la intervención, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la valoración de la intensidad del dolor, por lo tanto el programa no fue efectivo para reducir el dolor. Creemos que este resultado es debido a que globalmente, los sujetos de ambos grupos tienen un dolor de intensidad leve-moderada y continuado en el tiempo, por lo que podríamos considerarlos adaptados a su dolor. También esta sería la razón por la cual tampoco se obtienen diferencias en la funcionalidad, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios.

Sorprende el elevado número de personas con altas puntuaciones en la escala de ansiedad y depresión de Golberg en ambos grupos. Posiblemente estos resultados pueden ser debidos al propio instrumento de medida utilizado, puesto que esta prueba contiene ítems relacionados con aspectos somáticos.

El objetivo prioritario de los programas de intervención psicológicos de tipo cognitivo-conductual <sup>12,13,14,15</sup> no es sólo reducir la intensidad de su dolor sino intentar que los propios afectados por el dolor crónico puedan actuar sobre su dolor modificándolo según lo que piensan y sienten y se

basan en promover conductas de auto eficacia y estrategias activas, centradas en el problema.

El GI previa a la intervención refería tener menos medios para poner solución a su dolor que el grupo control, es decir, confiaba más en los demás que en sí mismo y lo afrontaba de forma mas pasiva.

Tras la intervención, el GI frente al GC, presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a que confía mas en sus propias capacidades ("El dolor depende de mí de lo que yo haga") y ha sido capaz de aprender y utilizar estrategias de afrontamiento activo, como la distracción, que se consideran mas eficaces para el manejo del dolor.

Existen una serie de limitaciones, en primer lugar el hecho de no encontrar resultados significativos en la mayoría de las variables podría ser debido a que la muestra total fuera insuficiente para detectar diferencias significativas (baja potencia). En segundo lugar, no conocemos el grado de adherencia del sujeto a las recomendaciones propuestas por la psicóloga, ya que esta información no fue recogida. Y finalmente, otra limitación del estudio ha sido que al no encontrarse, según la bibliografía consultada, estudios semejantes en nuestro mismo entorno, la comparación de nuestros resultados con los de otros estudios no ha sido posible.

## CONCLUSIÓN

Como conclusión podríamos señalar que aunque no hay mejoría respecto a la valoración de la intensidad del dolor, los individuos, tras la intervención, son más eficaces en su manejo, al ser menos pasivos y aprenden a utilizar estrategias más eficaces para afrontarlo. Por tanto, el programa en sus aspectos cognitivo-conductuales sí ha sido efectivo.

Serán necesarias futuras investigaciones sobre el dolor crónico articular en el ámbito de la atención primaria que tengan en cuenta tanto el carácter multidimensional del mismo como su abordaje interdisciplinar, sin olvidar los aspectos coste-efectivos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robaina F, Chamorro MJ, Caramés M, Muñoz A, Orihuela I, Herrero M. Unidad de dolor no neoplásico del Hospital Nuestra Señora del Pino de Las Palmas de Gran Canaria. Rev Soc Esp Dol. 1999; 6: 54-57.
2. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999; 1248-52.
3. International Association for the Study of Pain. Subcommittee of Taxonomy. Classification of chronic pain. Pain 1986; 3:19-32.
4. Soriano JF, Monsalve V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. Revista Sociedad Española del Dolor 2000; 9:13-22.
5. Ramírez-Mestre C, Esteve R, López AE. El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En: Gil J, Director Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide; 2004. p. 435-462.
6. Baird CL. First-line treatment for osteoarthritis. Part 2: No pharmacologic interventions and evaluation. Orthop Nurs 2001; 20:13-8.
7. Kladny B, Beyer WF. Nichtmedikamentöse konservative Therapie der Arthrose. Revisión. Orthopade 2001; 30:848-55.
8. Lane NE, Thompson JM. Management of osteoarthritis in the primary-care setting:an evidence-

based approach to treatment Revisión . Am J Med 1997; 103:25S-30S.

9. Baird CI, Sands L. A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis. *Pain Manag Nurs* 2004; 5:97-104.
10. Vas J, Méndez C, Perea-Milla E, Vega E, Panadero MD, Leon JM. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329:1216-19.
11. Calfas KJ, Kaplan RM, Ingram RE. One-year evaluation of cognitive-behavioural intervention in osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 1992;5:202-9
12. Mullen PD, Laville EA, Biddle AK, Lorig K. Efficacy of psychoeducational interventions on pain, depression, and disability in people with arthritis: a meta-analysis. *J Rheumatol suppl* 1987; 14:33-9.
13. Bradley LA, Alberts KR: Psychological and behavioural approaches to pain management for patients with rheumatic disease Revisión . *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25:215-32.
14. Bradley. Behavioural interventions for managing chronic pain Revisión . *Bull Rheum Dis* 1994; 43:2-5.
15. Scholten C, Brodowicz T, Graninger W, Gardavsky I, Pils K, Pesau B, Eggl-Tyl E, Wanivenhaus A, Zielinski CC. Persistent functional and social benefit 5 years after a multidisciplinary arthritis training program. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80:1282-7.
16. Pérez-Nieto, MA, Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Jover JA. Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide. *Interpsiquis* 2001; (2).
17. Hiskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2:1127-1131.
18. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Crossvalidation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.*1998;51:1171-8.
19. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, & Holman HR, Measurement of patient Outcomes in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23, 1980, pp.137-145.
20. Soriano JF, Monsalve. Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología* 1999; 62,43-64.
21. Soriano, JF. y Monsalve, V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista Sociedad Española Dolor* 2004; 11: 407-414.
22. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Medi* 1988; 97: 897-898.
23. Gomero F, Gabriel R, Carbonell J et al. El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clin Esp*, 2005; 205:157-63.
24. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11:260-9.