

Avaluació de l'eficàcia d'una intervenció cognitivo-conductual en el dolor crònic artròsic en l'àmbit de l'atenció primària: assaig clínic

» Autors

Rosa Montesión¹, Ana Llorente², Marisa Galán¹, Jaume Sellarés¹, Aser Muñoz¹, Elisabeth Rayó¹

1 Metges de família. EAP Sardènyia (Barcelona)

2 Psicòloga clínic. EAP Sardènyia (Barcelona)

» Correctors

Ernest Vinyoles (Comitè editorial)

Xavier Mas (Grup de treball Reumatologia)

» Correspondència

Rosa Montesión

Adreça electrònica: rmonteserin@eapsardenya.cat

Suport financer: Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària (CAMFiC).

VI Ajuts per a la recerca de la CAMFiC.

Publicat: 1 de març de 2010

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss1/4/>

Resum

Introducció. El dolor crònic per artrosi desencadena un conjunt d'esforços cognitius i de conductes que defineixen les estratègies d'enfrontament al mateix.

Objectiu. Avaluar l'eficàcia d'un programa interdisciplinari centrat en teràpies cognitivo-conductuals per millorar la simptomatologia i la discapacitat en pacients amb dolor crònic per artrosi.

Disseny. Assaig clínic aleatoritzat obert amb grup control.

Emplaçament. Centre d'Atenció Primària urbana.

Participants: Persones de 50- 75 anys, d'ambdós sexes, amb dolor crònic per artrosi de genoll, esquena o mans (N= 123). Període d'estudi, 18 mesos.

Mesures i Intervenció. Mesures: Escala analògica visual, qüestionaris de capacitat funcional, qualitat de vida i d'ansietat-depressió. Escales de valoració del dolor i d'enfrontament al dolor. Intervenció interdisciplinària (metge/infermera/psicòloga clínica). Es van realitzar sessions educacionals per a la salut i aprenentatge de tècniques d'enfrontament al dolor crònic, amb una freqüència setmanal els primers 6 mesos i quinzenal els següents 6 mesos.

Resultats. 120 subjectes, 59 aleatoritzats al grup intervenció i 61 al grup control. Després de la intervenció es van observar diferències estadísticament significatives en les variables "el dolor depèn de mi, del que jo faci" de l'escala de Valoració del dolor i en la variable "distracció" del qüestionari del CAD-R.

Conclusió. Després de la intervenció, encara que els subjectes segueixin referint una intensitat de dolor similar al d'abans de la intervenció, els individus són més eficaços en el maneig del dolor, perquè són menys passius i utilitzen estratègies actives eficaces per afrontar el dolor.

Paraules clau. Dolor, artrosi, teràpies cognitives, centre d'atenció primària

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.

INTRODUCCIÓ

L'artrosi és una de les principals causes de dolor crònic no neoplàsic¹. Una de les definicions de dolor crònic més acceptada és aquella que ho defineix com un dolor que persisteix de manera continuada o intermitent per un període superior a tres mesos².

La International Association for the Study of Pain³ va definir el dolor crònic com a "sensació a un costat o més del cos, el qual sempre és una experiència perceptiva i subjectivament desagradable i, per tant, emocional; i és resultat d'un ampli nombre de factors: biològics, psicològics i socials".

Quan el dolor es cronifica, es converteix en una causa d'estrès, que al seu torn, pot considerar-se un factor modulador del dolor al desencadenar en els malalts, un conjunt d'esforços cognitius i de conductes, que defineixen les estratègies d'enfrontament passives o actives. Les primeres es consideren, en general, que incrementen el dolor; les actives ajuden a adaptar-s'hi. Una altra de les conseqüències són les alteracions de l'ànim⁵.

Nous estudis orienten cap a tractaments no farmacològics complementaris com⁶⁻¹⁰: teràpia ocupacional amb tècniques de protecció articular i mètodes per estalviar energia; teràpies físiques com TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*), ultrasons, crioteràpia, termoteràpia, massatges, biofeedback, acupuntura¹¹ i teràpies psicològiques per al maneig del dolor (meditació i relaxació, hipnosis, teràpia cognitivo-conductual, bioalimentació...).

L'eficàcia dels programes interdisciplinaris i de tipus cognitivo-conductual apareix reflectida en la majoria de la bibliografia revisada¹²⁻¹⁵. Els programes d'intervenció psicològica cognitivo-conductual que apareixen en aquests estudis es dirigeixen al control del dolor crònic i al control dels pensaments i emocions negatives associades al dolor crònic¹⁶.

Encara que la intensitat del dolor és el principal criteri utilitzat per avaluar l'efectivitat dels tractaments psicològics⁵, altres autors¹⁶, avaluen, a més, la millora psicoafectiva i de la funcionalitat en la vida diària.

L'objectiu d'aquest estudi és avaluar l'eficàcia d'un programa interdisciplinari centrat en teràpies cognitivo-conductuals per millorar la simptomatologia i la discapacitat en pacients amb dolor crònic per artrosi en l'àmbit de l'atenció primària.

MATERIAL I MÈTODES

Assaig clínic aleatoritzat obert amb grup control en persones amb diagnòstic de dolor crònic per artrosi.

L'estudi es realitza en un centre d'atenció primària urbà, que atén a unes 20.000 persones majors de 15 anys.

Es van seleccionar aquelles persones adscrites a l'EAP Sardenya de 50- 75 anys, d'ambdós sexes, amb dolor crònic per artrosi de genoll i/o esquena i/o mans, que fossin autònoms per desplaçar-se al Centre, que no presentessin dolor crònic d'un altre origen, que no haguessin participat en un altre assaig clínic aleatoritzat en els últims tres mesos, que no presentessin deterioració cognitiva greu i que donessin el seu consentiment per participar en l'estudi.

El càlcul de la grandària de la mostra es va realitzar assumint una taxa estimada de la variable principal en el grup control del 80% als 18 mesos, amb 58 pacients en cada branca de tractament hi hauria un 90% de potència per detectar una diferència absoluta d'un 30% (amb la correcció de continuïtat) assumint que en el grup d'intervenció la taxa estimada de la variable de resultat seria del 50%, amb un error alfa del 5% bilateral, i assumint un seguiment d'un any i mig un percentatge de pèrdues i abandonos del 5%, la mostra final seria de 123 malalts amb dolor crònic per artrosi.

La distribució dels subjectes inclosos en l'estudi en els grups d'estudi (intervenció o control) es va realitzar de forma aleatòria, a partir d'uns llistats prèviament generats amb una aplicació informàtica.

Es va realitzar una avaluació abans d'iniciar la intervenció en la qual es van registrar variables sociodemogràfiques i clíniques: edat, gènere, estat civil, nivell d'estudis, hàbits tòxics, localització del dolor, pràctica d'exercici físic, tractaments farmacològics i no farmacològics i utilització de recursos sanitaris. Es va avaluar la intensitat del dolor mitjançant l'Escala Analògica Visual (EVA)¹⁷, la capacitat funcional mitjançant Spanish Stanford HAQ 20-item disability scale¹⁸ i la qualitat de vida mitjançant el qüestionari SF-2¹⁹. Per a les variables cognitivo-conductuals es va utilitzar l'escala de valoració del dolor²⁰, el qüestionari d'enfrontament al dolor revisat (CAD-R)²¹ i l'escala d'ansietat-depressió de Goldberg²².

L'escala de valoració del dolor és un conjunt de 21 preguntes relacionades amb el dolor (Per exemple: 1.- La medicació em treu el dolor; 7.- Puc anticipar quan tindrè dolor, 21.- El dolor és superior a les meves possibilitats, etc.) les respostes de les quals oscil·len en un rang d'1 a 5 d'una escala Likert (1= "mai o en absolut"; 2= "algunes vegades"; 3= "bastants vegades"; 4= "gairebé sempre", 5= "sempre").

El qüestionari d'enfrontament al dolor revisat (CAD-R) consta de 24 preguntes amb 5 opcions de resposta (mai / poques vegades / ni moltes ni poques vegades / moltes vegades / sempre) que es resumeixen en 6 factors: Religió, Catarsi, Distracció, Autoafirmació, Autocontrol Mental i Recerca d'informació que puntuen de 4 (pitjor) a 20 (millor). També del CAD-R s'obtenen dues dimensions d'enfrontament: enfrontament actiu (amb valors entre 16-80) i enfrontament passiu (amb valors entre 8-40).

La intervenció interdisciplinària va consistir en dues sessions de 90 minuts sobre aspectes fisiopatològics bàsics de l'artrosi, consells sobre educació per a la salut articular i teràpia ocupacional per capacitar a les persones per exercir les activitats de la vida quotidiana, realitzades per un metge, una infermera i la terapeuta ocupacional. Posteriorment es van iniciar les sessions realitzades per la psicòloga clínica i que van tenir com objectiu l'aprenentatge de tècniques d'enfrontament i acceptació al dolor crònic. Aquestes sessions, amb una durada de 90 minuts, es van realitzar amb una freqüència setmanal, els primers 6 mesos i una freqüència quinzenal els següents 6 mesos. Els subjectes del grup intervenció es van dividir en 5 grups, de 12 persones cadascun, segons la seva disponibilitat horària.

En els pacients del grup control es va continuar la pràctica clínica habitual de les consultes d'atenció primària.

Als 12 mesos es va realitzar una segona avaluació a ambdós grups que va incloure les mateixes variables que en la visita inicial.

Es va realitzar una anàlisi per intenció a tractar (ITT). Es van comparar les característiques registrades en ambdues avaluacions entre els pacients d'ambdós grups utilitzant la prova t de Student o el seu equivalent no paramètric la prova d'O de Mann-Whitney (depenent de les característiques de les variables a analitzar) en cas de comparar variables de tipus continu i la prova de Ji quadrat en cas de comparar variables de tipus categòric. La significació estadística es va considerar quan el p valor era inferior a 0,05. Totes les anàlisis es van realitzar amb el programa estadístic SPSS v14.0.

RESULTATS

Van participar en l'estudi un total de 120 subjectes adscrits al Centre d'Atenció Primària, dels quals 59 van ser aleatoritzats al grup intervenció (GI), i 61 al grup control (GC).

Les dones constitueixen el 82,5% de la població en ambdós grups. L'edat mitja dels pacients va anar de 64,6 (DE 7,3). Segons el nivell d'estudis, el 31,4% han cursat la primària completa, el 32,2% no disposa d'estudis o no ha finalitzat la primària i el 36,5% té estudis secundaris o universitaris. Dins de l'activitat laboral destaca que 50,4% són jubilats, i tan sols el 16,0% es troben en actiu. Un 59,5% refereixen realitzar algun tipus d'activitat física. En l'anàlisi segons la localització del dolor crònic, el 77,7% referien dolor d'esquena, un 64,5% dolor de genoll i un 52,1% dolor a la mà. El 91,5% presentava una evolució del dolor superior a 12 mesos. Dos tercers parts dels subjectes referien prendre medicació per al dolor. En la **taula 1** es mostren els resultats de les dades demogràfiques i clíniques de cadascun dels dos grups d'estudi.

Taula 1. Característiques demogràfiques i clíniques basals en ambdós grups.

		Grup d'estudi		p
		Intervenció	Control	
Edat, mitjana (SD), n		64,09 (7,04) 58	64,77 (7,29) 53	0,61
Sexe, n (%)	Home	11 (18%)	10 (16,9%)	0,88
	Dona	50 (82%)	49 (83,1%)	
Escolaritat	Sense estudis	2 (3,3%)	8 (14,0%)	0,19
	Primària incompleta	14 (23,3%)	14 (24,6%)	
	Primària completa	18 (30%)	19 (33,3%)	
	Estudis grau mig	21 (35%)	12 (21,1%)	
	Universitaris	5 (8,3%)	4 (7%)	
Situació laboral	Actiu	9 (15,3%)	10 (16,9%)	0,20
	Jubilats	25 (42,4%)	34 (57,6%)	
	Atur	4 (6,8%)	4 (6,8%)	
	Mestresses de casa	21 (35,6%)	11 (18,6%)	
Exercici físic		39 (65%)	26 (52%)	0,17
Dolor d'esquena		46 (75,4%)	49 (81,4%)	0,51
Dolor de genoll		38 (62,3%)	40 (67,8%)	0,57
Dolor de mà		33 (54,1%)	29 (49,2%)	0,71
Temps evolució del dolor	3-6 mesos	1 (1,7%)	3 (5,4%)	0,54
	7-12 mesos	3 (5,0%)	3 (5,4%)	
	> 12 mesos	56 (93,3%)	50 (89,3%)	
Medicació per al dolor		46 (75,4%)	47 (82,5%)	0,37
Freqüència del dolor	Diari	28 (53,8%)	30 (56,6%)	0,80
	Diverses vegades	4 (7,7%)	5 (9,4%)	
	De tant en tant	20 (38,5%)	18 (34,0%)	

En la **taula 2** es mostren els resultats de la intensitat del dolor, mesurada mitjançant l'aplicació d'una Escala Visual Analògica (EVA) va anar de 5,9 (DE 2,1), la capacitat funcional (HAQ-12), la qualitat de vida (SF-12) i la presència d'ansietat i/o depressió (Escala de Goldberg). No es van observar diferències estadísticament significatives en ambdós grups d'estudi.

Taula 2. Resultats en l'EVA i en els qüestionaris en els dos grups d'estudi en pre i postintervenció.

		Grup d'estudi				p	
		Intervenció		Control			
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	post
EVA, mitjana (DE) n		5,74 (2,15) 61	5,56 (2,36) 47	6,21 (2,06) 58	5,23 (2,50) 46	0,28	0,47
HAQ-20, mitjana (DE), n (Rang 0-2)		0,77 (0,47) 60	0,85 (0,55) 47	0,91 (0,57) 57	0,88 (0,57) 43	0,16	0,80
SF-12, mitjana (DE), n Rang	Component Físic	35,02 (8,38) 52	34,14 (8,53) 44	34,07 (8,58) 47	35,55 (7,76) 38	0,58	0,44
	Component mental	41,91 (10,04) 52	41,03 (10,84) 44	40,15 (9,65) 47	41,35 (11,01) 38	0,38	0,89
Goldberg n (%)	Ansietat	45 (73,8%)	33 (70,2%)	49 (83,1%)	36 (78,3%)	0,27	0,48
	Depressió	45 (73,8%)	36 (76,6%)	47 (79,7%)	33 (71,7%)	0,52	0,64

Quant als qüestionaris cognitius conductuals (Valoració del dolor, qüestionari d'enfrontament al dolor CAD-R), previ a la intervenció, es van observar diferències estadísticament significatives en dues variables, en la variable "*Sé que hi ha mitjans per posar solució al meu dolor*" de l'escala de Valoració del dolor, el GI considera que això els passa bastants vegades (valor 2,60) mentre que el GC considera que els passa gairebé sempre (valor 3,16) ($p=0,035$), i en la variable de la subescala d'enfrontament passiu del CAD-R, on el GI (valor 16,95) obté un valor inferior al GC (19,60) ($p=0,037$). **Taules 3 i 4.**

Després de la intervenció les dades obtingudes en la visita de seguiment no van mostrar diferències estadísticament significatives en les variables demogràfiques i clíniques dels dos grups d'estudi.

No va haver diferències estadísticament significatives en l'avaluació de la intensitat del dolor (Mitjana EVA grup intervenció=5,56; Mitjana EVA grup control=5,23), en la capacitat funcional, en la qualitat de vida i en la presència d'ansietat-depressió. Únicament s'observen diferències estadísticament significatives en dos aspectes cognitius-conductuals, en la variable "*El dolor depèn de mi, del que faci*" de l'escala de Valoració del dolor, GI (valor 2,85) GC (2,38) ($p=0,040$) i en la subescala de Distracció del CAD-R, on el GI (mitjana=11,67) obté una millora en relació al GC (mitjana=9,05) ($p=0,004$). **Taules 3 i 4.**

Taula 3. Resultats de l'escala de Valoració del Dolor en els dos grups d'estudi en pre i post-intervenció.

	Grup d'estudi				p	
	Intervenció mitjana (DE) (Rang 0-5)		Control mig (DE) (Rang 0-5)			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
La medicació em treu el dolor	2,77 (0,86)	2,98 (0,95)	2,78 (1,02)	2,98 (1,02)	0,94	0,96
El dolor depèn de mi, del que jo faci	3,03 (1,22)	2,85 (1,07)	2,80 (1,38)	2,38 (1,05)	0,37	0,04
Puc controlar el meu dolor	2,61 (1,18)	2,76 (1,02)	2,66 (1,20)	2,64 (1,18)	0,88	0,61
El dolor supera els meus recursos i possibilitats	2,50 (1,14)	2,72 (1,12)	2,56 (1,01)	2,37 (1,06)	0,63	0,14
El dolor limita la meua vida	2,41 (1,14)	2,72 (1,10)	2,22 (1,16)	2,47 (1,18)	0,32	0,26
Puc disminuir el meu dolor	2,57 (0,99)	2,47 (0,93)	2,54 (0,99)	2,37 (0,97)	0,84	0,73
Puc anticipar quan em farà mal	1,86 (1,07)	1,78 (0,84)	1,78 (1,02)	1,74 (0,98)	0,68	0,55
Puc canviar el meu dolor o fer alguna cosa	2,49 (1,13)	2,14 (1,06)	2,53 (1,24)	1,98 (1,98)	0,98	0,39
He d'acceptar el dolor o acostumar-m'hi	3,68 (1,19)	3,98 (0,89)	3,57 (1,23)	3,48 (1,48)	0,58	0,24
Vull expressar les meves emocions o sentiments i no puc	2,46 (1,33)	2,26 (1,21)	2,69 (1,32)	2,19 (1,15)	0,32	0,80
Sé el que puc fer	3,78 (1,24)	3,72 (1,00)	3,76 (1,23)	3,26 (1,32)	0,90	0,09
Abans d'actuar davant del dolor m'agrada considerar les conseqüències de les meves accions	3,14 (1,50)	3,00 (1,41)	3,20 (1,41)	3,00 (1,40)	0,83	0,62
Tinc ganes d'anar al metge a veure què em diu	2,87 (1,15)	2,67 (1,03)	2,81 (1,19)	2,87 (1,29)	0,80	0,54
Aquesta situació em desborda clarament	2,33 (1,19)	2,20 (1,16)	2,31 (1,18)	2,40 (1,29)	0,94	0,51
Estic molt preocupat	2,72 (1,28)	2,53 (1,16)	2,58 (1,19)	2,70 (1,23)	0,57	0,32
Crec que el meu dolor se solucionarà en poc temps	1,66 (1,12)	1,66 (1,18)	1,92 (1,13)	1,72 (1,07)	0,10	0,32
Sé que hi ha mitjans per posar solució al meu dolor	2,60 (1,35)	2,58 (1,27)	3,16 (1,43)	2,87 (1,30)	0,03 (5)	0,28
No se com acabarà però crec que tinc mitjans al meu abast	2,50 (1,28)	2,33 (1,21)	2,60 (1,41)	2,52 (1,31)	0,76	0,37
Tinc por que no tingui solució	2,78 (1,35)	2,87 (1,58)	2,69 (1,42)	2,68 (1,50)	0,69	0,56
El dolor és superior a les meves possibilitats	2,44 (1,29)	2,39 (1,31)	2,59 (1,10)	2,39 (1,15)	0,56	0,31

Taula 4. Anàlisi descriptiva del qüestionari CAD-R: 6 factors (F) i 2 dimensions (D) d'enfrontament

	Grup d'estudi				P	
	Intervenció Mitjana (DE)		Control Mitjana (DE)			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	post
F 1: Distracció Rang 4-20	9,58 (3,38)	11,67 (3,97)	10,07 (3,77)	9,05 (3,88)	0,36	0,04
F 2: Recerca d'informació Rang 4-20	9,93 (4,09)	9,60 (4,44)	10,36 (4,19)	9,04 (3,58)	0,59	0,73
F 3: Religió Rang 4-20	8,33 (5,14)	9,21 (4,83)	10,04 (5,72)	8,95 (4,95)	0,09 1	0,71
F 4: Catarsi Rang 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 Rang 4-20	10,17 (4,62)	10,52 (4,35)	11,13 (4,14)	9,64 (4,31)	0,19	0,33
F 6: Autoafirmació Rang 4-20	15,88 (3,66)	16,23 (3,14)	15,71 (2,99)	15,2 (3,79)	0,85	0,23
D 1: Enfrontament Actiu Rang: 16-80	45,51 (10,23)	47,45 (9,92)	47,80 (11,23)	43,23 (9,67)	0,11	0,15
D 2: Enfrontament Passiu Rang: 8-40	16,95 (8,22)	17,07 (7,33)	19,60 (7,33)	17,26 (6,97)	0,0 (37)	0,84

DISCUSSIÓ

En el present estudi s'ha realitzat una anàlisi sobre l'eficàcia d'una intervenció cognitivo-conductual en pacients amb dolor crònic d'origen artrósico.

Com en l'estudi EPIDOR²³ la majoria dels participants van ser dones i el consum de fàrmacs per al dolor va ser elevat. També es van obtenir resultats similars a l'estudi ÍTACA²⁴ on el dolor crònic osteomuscular era més freqüent en aquells grups de nivell sociocultural més baix.

Els resultats d'aquest estudi ens indiquen que després de la intervenció, no existeixen diferències estadísticament significatives quant a la valoració de la intensitat del dolor, per tant el programa no va ser efectiu per reduir el dolor. Creiem que aquest resultat és degut al fet que globalment, els subjectes d'ambdós grups tenen un dolor d'intensitat lleu-moderada i continuat en el temps, pel que podríem considerar-los adaptats al seu dolor. També aquesta seria la raó per la qual tampoc s'obtenen diferències en la funcionalitat, qualitat de vida i utilització de recursos sanitaris.

Sorpren l'elevat nombre de persones amb altes puntuacions en l'escala d'ansietat i depressió de Golberg en ambdós grups. Possiblement aquests resultats poden ser deguts al propi instrument de mesura utilitzat, ja que aquesta prova conté ítems relacionats amb aspectes somàtics.

L'objectiu prioritari dels programes d'intervenció psicològics de tipus cognitiu-conductual^{12,13,14,15} no és només reduir la intensitat del seu dolor sinó intentar que els propis afectats pel dolor crònic puguin actuar sobre el seu dolor modificant-lo segons el que pensen i senten i es basen a promoure conductes d'acte eficaça i estratègies actives, centrades en el problema.

El GI prèvia a la intervenció referia tenir menys mitjos per a posar solució al seu dolor que el grup control, és a dir, confiava més en els altres que en si mateix i ho afrontava de forma més passiva.

Després de la intervenció, el GI enfront del GC, va presentar diferències estadísticament significatives quant a que confia més en les seves pròpies capacitats ("El dolor depèn de mi del que jo faci") i ha estat capaç d'aprendre i utilitzar estratègies d'enfrontament actiu, com la distracció, que es consideren més eficaces per al maneig del dolor.

Existeixen una sèrie de limitacions, en primer lloc el fet de no trobar resultats significatius en la majoria de les variables podria ser degut al fet que la mostra total fos insuficient per a detectar diferències significatives (baixa potència). En segon lloc, no coneixem el grau d'adherència del subjecte a les recomanacions proposades per la psicòloga, ja que aquesta informació no va ser recollida. I finalment, una altra limitació de l'estudi ha estat que al no trobar-se, segons la bibliografia consultada, estudis semblants en el nostre mateix entorn, la comparança dels nostres resultats amb els d'altres estudis no ha estat possible.

CONCLUSIÓ

Com a conclusió podríem assenyalar que encara que no hi ha millora respecte a la valoració de la intensitat del dolor, els individus, després de la intervenció, són més eficaces en el seu maneig, al ser menys passius i aprenen a utilitzar estratègies més eficaces per afrontar-lo. Per tant, el programa en els seus aspectes cognitivo-conductuals sí ha estat efectiu.

Caldran futures investigacions sobre el dolor crònic articular en l'àmbit de l'atenció primària que tinguin en compte tant el caràcter multidimensional del mateix com el seu abordatge interdisciplinari, sense oblidar els aspectes costo-efectius.

BIOBIBLIOGRAFIA

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. Orthopäde 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 Revision . *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25:215-32.
14. Bradley. Behavioural interventions for managing chronic pain Revision . *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 Med J* 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.