

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


TESIS DOCTORAL
Presentada por:
Ángeles Morales Fernández

Directores:
Dr. D. José Miguel Morales Asencio
Dr. D. José Carlos Canca Sánchez



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Ángeles Morales Fernández

 <http://orcid.org/0000-0003-3720-0527>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



El Dr. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO, profesor del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD y el/la Dr. JOSE CARLOS CANCA SÁNCHEZ del Departamento de Enfermería de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICAN:

Que el trabajo de investigación presentado por D./D^a **ANGELES MORALES FERNÁNDEZ** titulado:

Impacto en la calidad de vida de un programa de intervención enfermera en pacientes con dolor crónico no oncológico. Estudio controlado aleatorizado abierto paralelo

Ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expiden y firman el presente certificado en Málaga a 3 de diciembre de 2016

Fdo.:

Prof. Dr.
DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO

Fdo.:

Prof. Dr.
DR. JOSE CARLOS CANCA SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



TESIS DOCTORAL
Presentada por:
Ángeles Morales Fernández



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.

Estudio controlado y aleatorizado abierto paralelo (PROYECTO CÁLIDO - CR)
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



Agradecimientos

Este trabajo forma ya parte de mi vida, todo lo aprendido y compartido me han cambiado por dentro y por fuera. Por dentro, en la manera de contemplar esta realidad de afectación biopsicosocial, de acercarte a este tipo de personas sin prejuicios, de aprender a ponerte en el lugar del otro, de valorar los pequeños logros, a poner en el centro las cosas que realmente merecen la pena. Te cambia también por fuera, en cómo observas, en cómo escuchas, en cómo aprendes a cuidarte e intentar ser ejemplo de aquello que quieres transmitir con el convencimiento que será un bien para ellos.

Y como ocurre con las cosas importantes, no es un resultado de un único esfuerzo, sino del de muchos que se aúnan y es lo que hace que aún sea más valioso. Por eso no quiero pasar la oportunidad de agradecer:

A mi director de tesis el Dr. Don José Miguel Morales Asencio por creer en el proyecto, ilusionarse y aportarme su inestimable conocimiento que ha hecho posible la realización de este proyecto, por enseñarme que con constancia y compromiso podemos conseguir nuestros sueños y objetivos. Gracias por ser un abanderado de la profesión enfermera.

A mi codirector de tesis el Dr. Don José Carlos Canca Sánchez por apoyarme en todos los momentos y decisiones. Por abrir puertas para que este proyecto pudiera ser la realidad que es hoy. Gracias por confiar en mí.

A mi jefe, compañero y amigo D. Manuel Vergara Romero por ser mi maestro en todos estos años de trabajo conjunto. Gracias por esa bondad que te caracteriza.

A mis compañeros de proyecto: D. Gabriel Moreno, Dña Cristina Castillo, Dña M^a Isabel Gómez, Dña Amelia González y D. José Manuel Jiménez por aportarme su disponibilidad, apoyo y dedicación. ¡Qué suerte tengo de pertenecer

a este equipo!.

A D. Manuel Jesús Sánchez del Águila, coordinador de la Unidad del Dolor de la Agencia Sanitaria Costa del Sol, por transmitirnos sus conocimientos y compartir su experiencia en este ámbito.

A D. José Antonio Reinaldo Lapuerta, jefe del servicio de Anestesiología, por brindarnos su apoyo, su credibilidad ante el proyecto y sus ganas y contribución para hacerlo permanecer en el tiempo.

A D. Bernardo Vila, D. Miguel Guerrero y D. Francisco Rivas, personas claves en la puesta en marcha de este proyecto.

A todos los compañeros de trabajo de la Agencia Sanitaria Costa del Sol por su labor diaria que hacen posible que nuestro centro continúe queriendo estar a la vanguardia de aquello que le pueda hacer la vida más fácil a los usuarios. Me hacen sentir orgullosa del sitio donde trabajo.

A mi madre Angelines y a mi abuela Lola, las primeras en mostrarme el arte del cuidado, de ellas he aprendido también la tenacidad y la constancia, el buscar alternativas ante las dificultades. A ellas que han sufrido directamente este tiempo de no estar tan disponible, por su apoyo incondicional, el que nunca falla.

A mi familia, de la que he bebido y me ha hecho ser lo que soy, de quien he aprendido dosis de creatividad y entusiasmo, tan necesarias para emprender algo nuevo.

A mi amiga del alma Mónica, que lucha a diario por vivir exitosamente con el dolor, por ser como es, por su cercanía.

A todos mis amigos, que han seguido de cerca el proyecto, a los que están siempre, pase lo que pase, son parte de mi riqueza.

A todos los pacientes que generosamente han compartido sus vidas, sus miedos, sus dificultades y sus logros, por abrirnos sus vidas y confiar en nuestra propuesta. Sin ellos nada hubiera sido posible, sin ellos nada hubiera tenido sentido. Son el motor y la esencia.

Declaración de conflicto de intereses

Tanto la doctoranda como los directores de la tesis declaran no tener ningún conflicto ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

Los resultados de esta tesis forman parte de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ref. 158/2013.



Contenido

Agradecimientos	5
Declaración de conflicto de intereses	7
Índice de Tablas	10
Índice de Figuras	10
Índice de Anexos	11
Resumen	13
Listado de siglas y abreviaturas	17
Estructura global de la tesis	19
Introducción	21
Breve recorrido histórico evolutivo del dolor	21
Marco Conceptual.	26
Definición del dolor	26
Clasificación del dolor	27
Neurofisiología del dolor	31
Fisiopatología del dolor crónico	35
Moduladores psicosociales del dolor crónico	37
Epidemiología del dolor crónico	46
Calidad de vida y dolor crónico	49
Impacto del dolor crónico	51
Abordaje y manejo del dolor crónico	52
Tratamientos farmacológicos	53
Tratamientos no farmacológicos	56
Una pieza esencial en el abordaje multidisciplinar del dolor crónico: los servicios enfermeros y la prestación de cuidados	68
Justificación	75
Objetivos	79
Hipótesis	81
Metodología	83
Diseño	83
Ubicación	83
Población y muestra	84
Cálculo muestral.	85
Variables	85
Aleatorización	87
Recogida de datos	88
Seguimientos	89
Componentes de la intervención	90



Análisis	96
Aspectos éticos y autorizaciones	97
Resultados	99
Discusión	125
Limitaciones	135
Prospectiva	136
Conclusiones	139
Bibliografía	141
Anexos	167

Índice de Tablas

Tabla 1: Diferencias entre dolor agudo y crónico	35
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión	84
Tabla 3: Variables de estudio	87
Tabla 4: Intervenciones NICs desarrolladas en el programa.	96
Tabla 5: Características basales de la muestra	102
Tabla 6: Valores basales de las variables principales de resultado	103
Tabla 7: Características de los sujetos que concluyeron la intervención en al menos 5 sesiones	104
Tabla 8: Valores basales de las variables principales de resultado en los sujetos que concluyeron la intervención en al menos 5 sesiones	105
Tabla 9: Diferencias entre grupos a los 3, 6 y 9 meses de seguimiento (análisis por intención de tratar)	106
Tabla 10: Diferencias entre grupos a los 3, 6 y 9 meses de seguimiento (análisis por protocolo)	107
Tabla 11: Resultados del dolor en reposo y movimiento, análisis por intención a tratar	115
Tabla 12: Resultados del dolor en reposo y movimiento, análisis por protocolo	116
Tabla 13: Diferencias en ansiedad y depresión durante el seguimiento, análisis por intención de tratar	119
Tabla 14: Diferencias en ansiedad y depresión durante el seguimiento, análisis por protocolo	120
Tabla 15: Satisfacción de los usuarios del grupo intervención	123

Índice de Figuras

Figura 1: Hitos evolutivos del dolor en los últimos 40 años	26
Figura 2: Esquema de los mecanismos neurofisiológicos del dolor	34
Figura 3: Modelo biopsicosocial del dolor	38
Figura 4: Dolor crónico, impacto y círculo vicioso	52
Figura 5: El "ascensor" analgésico	54
Figura 6: Escalera analgésica	55

Figura 7: Esquema teoría del dolor crónico según el modelo de Callista Roy	73
Figura 8: Flujograma CONSORT	100
Figura 9: Evolución del componente físico de salud en ambos grupos	109
Figura 10: Evolución del componente de salud mental en ambos grupos	110
Figura 11: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (1)	111
Figura 12: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (2)	112
Figura 13: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (3)	113
Figura 14: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (4)	114
Figura 15: Evolución del dolor en reposo en ambos grupos	117
Figura 16: Evolución del dolor en movimiento en ambos grupos	118
Figura 17: Evolución de la depresión en ambos grupos	121
Figura 18: Evolución de la ansiedad en ambos grupos	122

Índice de Anexos

Anexo 1: Autorización del CEI	167
Anexo 2: Registro del ensayo clínico en el ISRCTN	168
Anexo 3: Modelo de consentimiento y hoja informativa para los pacientes	169
Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos	174
Anexo 5: Memoria de solicitud de financiación a la Consejería de Salud	179
Anexo 6: Comunicaciones a Congresos y Ponencias invitada con resultados del estudio	180
Anexo 7: Protocolo del ensayo publicado en el Journal of Advanced Nursing (Q1)	185



Resumen

Introducción: El dolor crónico no oncológico es un problema de salud que está insuficientemente controlado. Los datos epidemiológicos estiman que un 19% de la población europea padece dolor crónico. Las enfermeras pueden desempeñar un papel vital en el manejo del dolor, utilizando las mejores prácticas en la evaluación y manejo del dolor bajo un enfoque holístico donde el paciente desempeña un papel proactivo en el abordaje de la enfermedad. Mejorar la calidad de vida, reducir los niveles de ansiedad y depresión, lograr la aceptación estado de salud, hacer frente y romper el círculo vicioso del dolor, potenciar el empoderamiento del paciente, deben de ser objetivos del abordaje multidisciplinar del tratamiento del dolor crónico.

El propósito de este estudio de investigación fue determinar el efecto de un programa grupal de intervenciones cognitivo-conductuales dirigido por enfermería para pacientes con dolor crónico no oncológico.

Diseño: Estudio aleatorizado controlado paralelo abierto.

Método: El grupo experimental llevó a cabo una sesión inicial individual, seguido de seis sesiones grupales dirigidas por enfermeras, enfocadas a capacitar a los pacientes hacia la autogestión del dolor. Se fomentaron comportamientos saludables como higiene postural, adherencia terapéutica, promoción de la actividad física y alimentación saludable. Se trabajaron también las dimensiones emocionales, cognitivas, conductuales y sociales.

Las variables principales de resultado fueron calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida a través del cuestionario SF-36, la intensidad del dolor con la escala numérica verbal, la ansiedad con la herramienta GAD7 y la depresión con el cuestionario PHQ9. Fue evaluada también la satisfacción de los usuarios con el nuevo programa de atención. El seguimiento se realizará a los 3 meses desde el inicio del estudio, que en el grupo intervención coincide con la medición postratamiento, a los 6 y 9 meses. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Costa del Sol. Mediante análisis exploratorio se

realizó estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión o porcentajes, según la naturaleza de las mismas y se evaluó mediante análisis exploratorio la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov, así como la comprobación de la asimetría, curtosis e histogramas de las distribuciones.

Se realizó análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado según las características de las variables analizadas, en el caso de que se distribuyesen normalmente. En caso contrario, se emplearon pruebas no paramétricas, como el test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney. Así mismo, se empleó ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas en los casos pertinentes, con medidas de robustez central en caso de no homocedasticidad (que se comprobó con la prueba de Levene) mediante prueba de Welch y Brown-Forsythe. En caso de incumplimiento de los supuestos necesarios para el ANOVA, se efectuó la prueba de Kruskal Wallis. Se llevaron a cabo modelos lineales generalizados univariantes de medidas repetidas para el análisis de las diferencias intra e intergrupo, aplicando la prueba de esfericidad de Mauchly y en caso de no esfericidad, se calculó la prueba de efectos de Greenhouse-Geisser, Huyndt Feldt y la prueba del límite inferior. Como descriptores se calcularon las distribuciones conjuntas y marginales, con la media, desviación típica, medidas de efecto (d de Cohen) e intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se realizaron por intención de tratar mediante imputación múltiple utilizando el método monotónico, si los datos mostraban un patrón monotónico de valores perdidos; de lo contrario, se utilizó la especificación totalmente condicional. El modelo de imputación de cada variable incluyó un término constante y los efectos principales de las variables predictoras.

Resultados: El grupo control con 105 sujetos y el grupo intervención con 174 (n=279). Se llevaron a cabo 14 grupos. La población de estudio en su mayoría eran mujeres (67,7%), con una edad media de 53,3 años. En su mayoría presentaban dolor mixto localizado en miembros inferiores. Los niveles basales de las variables de resultado ofrecieron cifras de 33 puntos en el componente de salud física (CSF) y 34,7 en el componente de salud mental (CSM). El PHQ9 presentó valores de 11,8 y 10,49 para el GAD7. La intensidad de dolor recogida marcó 6 para el dolor en reposo y 8,1 en movimiento. Los resultados del estudio nos muestran significación estadística en todas las variables de resultado a los 9 meses de seguimiento respecto al grupo control ($p < 0,05$). Destacar el tamaño del efecto que se encuentra a los 9 meses de seguimiento en el CSM $d = 0,63$

frente a $d=0,14$ del CSF. La ansiedad y la depresión muestran $d=0,35$ y $d=0,39$ respectivamente y la intensidad del dolor $d=0,43$ y $d=0,32$ en función de que sea en reposo o en movimiento.

Discusión: Las mejoras percibidas por los usuarios en la CVRS fueron mantenidas a largo plazo, aunque fueron precedidas por una ganancia aún mayor en la evaluación a los 3 meses/postratamiento, por lo tanto, el proceso a través del cual se produce una mejora en la percepción de la CVRS se lleva a cabo en el momento de desarrollo y entrega de la intervención al igual que ocurre en estudios similares. En relación a los niveles de depresión mantienen prácticamente el efecto, en cambio la ansiedad va disminuyendo los niveles conforme va pasando el tiempo, lo que nos puede indicar que la puesta en marcha de las herramientas facilitadas crean una tendencia positiva de mejoría del estado emocional.

Conclusiones: Se ha evidenciado una mejora en la CVRS, en la intensidad de dolor percibida y en los niveles de ansiedad y depresión en el grupo intervención respecto de los pacientes que no han participado del programa grupal. Uno de los hallazgos más relevantes es el mantenimiento del efecto de la intervención durante el tiempo de seguimiento. Los pacientes que concluyen el programa de manejo del dolor crónico manifiestan estar muy satisfechos con los beneficios obtenidos en relación a la terapia grupal y con la participación del personal de enfermería liderando su desarrollo. Las enfermeras por su formación basada en la persona desde un modelo biopsicosocial, pueden abordar eficazmente esta patología, que posee un componente multifactorial. Pueden liderar y desarrollar también programas de intervención grupal con un enfoque cognitivo-conductual con resultados óptimos en el abordaje de estos pacientes.



Listado de siglas y abreviaturas

AAPT	The Action American Pain Taxonomy
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychiatric Association
ASCS	Agencia Sanitaria Costa del Sol
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CSF	Componente de Salud Física
CSM	Componente de Salud Mental
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
EFIC	European Pain Federation
EVA	Escala analógica visual
IASP	The International Association for the Study of Pain
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSOCQ	Pain Stages of Change Questionnaire
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
SED	Sociedad Española de Dolor
SIP	Societal Impact of Pain
SNS	Sistema Nacional de Salud
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TENS	Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea



Estructura global de la tesis

En el presente estudio se pretende valorar el impacto que un programa grupal de intervenciones enfermeras puede causar en personas con dolor crónico no oncológico. Concretamente analizar el efecto que produce en su calidad de vida relacionada con la salud, en la percepción de la intensidad del dolor, en la ansiedad y la depresión, ámbitos que pacientes con esta patología suelen estar alterados.

Esta tesis está estructurada en dos grandes bloques: en el primero se describe el marco teórico, desde donde se contextualiza el tema de investigación, realizando una revisión de la literatura científica que ha abordado y estudiado estos aspectos en los últimos años. Este bloque inicia con un recorrido histórico, continuando por un marco conceptual de definición, clasificación, fisiología y fisiopatología del dolor, continuando con la implicación y repercusión de las dimensiones psicosociales para concluir con los distintos tipos de abordajes que encontramos en el momento actual.

En la segunda parte, en el marco empírico, se estructura en varios apartados, que se inicia con la justificación del ensayo, los objetivos e hipótesis del mismo, las cuestiones metodológicas que incluye los componentes de la intervención, los resultados obtenidos, la discusión sobre los mismos y las conclusiones en función de los objetivos planteados. Por último se detallan las referencias bibliográficas y se aportan los anexos referidos al trabajo.



“El estudio del dolor nos lleva a una medicina humana hasta en sus maniobras más banales”.

René Leriche

“Haz lo que puedas, con lo que tengas, estés donde estés”

Theodore Roosevelt

“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza, no habré vivido en vano”

Martin Luther King

“Todo tiene su tiempo, todo tiene su hora bajo el sol”

Eclesiastes 3,1

Introducción

El dolor es un constructo que se ha ido conformando a lo largo de la historia y es tan antiguo como la existencia del hombre, ya que es inherente a la vida humana desde su nacimiento hasta la muerte. El dolor es una experiencia común a todo ser humano y cada uno aprende a aplicar el término a partir de las experiencias tempranas vividas. Si hay algo que nos une, que nos iguala a todos los seres humanos, es la experiencia de dolor. Es por todo ello un fenómeno universal conocido por todos, vivido por todos (1).

Breve recorrido histórico evolutivo del dolor

Hechos relevantes acontecidos a lo largo de la historia han tenido repercusiones en el concepto del dolor, desde lo místico y sobrenatural de la antigüedad hasta el conocimiento actual.

En las sociedades primitivas, las enfermedades tenían un significado místico y religioso, atribuible a un hechizo, a la pérdida del alma o a la posesión por un espíritu maligno. Se intentaban proteger del mismo, utilizando amuletos, tatuajes o talismanes. El tratamiento del mismo corría a cargo del chamán de la tribu, del hechicero o el curandero.

En las civilizaciones mesopotámicas, siglo VIII a.C, se creía que cuando el dolor estaba localizado, era consecuencia de un demonio que estaba devorando esa parte del cuerpo (2). Los hebreos equiparaban el dolor como pecado, con castigo y salud con pureza moral. Los egipcios utilizaban narcóticos vegetales como la adormidera, mandrágora y el cannabis. Ya en el siglo V a.C, en la India, se reconocía el dolor como una sensación, dándole gran importancia al componente emocional, siendo pioneros ya que hasta el momento nada se había recogido en relación a este ámbito. Alcmeón, pitagórico del siglo IV a.C. fue el primero en reconocer la influencia del cerebro en la experiencia dolorosa y su relación con el sistema nervioso (3). Según el concepto chino, en cada persona existen dos fuerzas contrapuestas y en equilibrio llamados el Ying y el Yang, que hacen circular la energía vital por todo el cuerpo. El dolor y la enfermedad surgen como consecuencia del desequilibrio. Para su tratamiento en esta civilización utilizaban la acupuntura, permitiendo así el flujo de secreciones malignas (4).



Hipócrates insiste en que el dolor se produce por un desequilibrio interno entre los 'humores' del ser humano. Platón decía que el dolor no puede producirse solamente por una estimulación externa, sino también por una experiencia emocional del alma (3).

Galeno dio gran importancia al dolor en sus escritos, no sólo al síntoma, sino también al análisis de sus mecanismos. Nos concreta que la percepción dependía del alma psíquica y necesitaba tres condiciones: un órgano para recibir impresiones exteriores, una vía de comunicación y un centro para transformar la sensación en percepción consciente. Galeno fue quien estudio más en profundidad la influencia del cerebro en el dolor y concluyo que existían tres tipos de fibras nerviosas que él denominó: las débiles (sensitivas), las fuertes (motoras) y las nociceptivas. Definió también que el dolor es una sensación molesta percibida por todos los sentidos, pero principalmente por el tacto, y que, aunque puede llevar a la extenuación física y moral, tiene la finalidad inmediata de advertir y proteger. Además, brinda información para el diagnóstico y pronóstico. Que un órgano esté afectado por una enfermedad es signo de que no está muerto (3).

En la Edad Media, apareció una tendencia a volcarse más en la vida trascendental que en la vida terrenal, esto da paso a considerar al dolor, como algo que agradaba a Dios. Se entendía como una imitación del dolor padecido por Jesús en la cruz. El tratamiento del dolor que se practicaba en la época consistía fundamental en recurrir a la invocación divina olvidando todos los avances conceptuales y de tratamiento descubiertos hasta el momento.

Ya en el año 1625, Galileo Galilei, postula el método científico, que va a suponer el gran avance hacia la medicina moderna: la observación de los fenómenos naturales permite la creación de una hipótesis que debe ser verificada experimentalmente. Descartes (1596-1650) plantea por primera vez de forma racional y formalmente, la inquietud de saber cómo se produce el dolor. Describe los nervios como estructuras tubulares que contienen un gran número de hebras que conectan las terminaciones nerviosas de la piel y otros tejidos con la sustancia cerebral. Se le considera el precursor de la teoría de la especificidad, introducida dos siglos después. Descartes considera que la función del dolor es un mecanismo de alerta de que algo va mal (3).

Durante el siglo XVIII, en la etapa de la Ilustración, se llevaron a cabo avances relevantes en la anatomía y fisiología del sistema nervioso central simpático. El concepto de la utilidad del dolor es abordado frecuentemente, se le considera

como un sexto sentido encargado de velar por la integridad del organismo, apareciendo tendencias de los que aprecian al dolor como algo absolutamente imprescindible, su eliminación, aunque sea parcial, supone empeorar los resultados.

En el siglo XIX tuvieron lugar grandes avances en el tratamiento del dolor, entre los que destacan la utilización de la cocaína y de sus propiedades como anestésico local, el aislamiento de la morfina a partir del opio y el desarrollo de la jeringa y la aguja.

Las teorías lineales dominantes hasta el momento comenzaron a perder importancia a partir de las observaciones y descubrimientos como el del Dr. Henry Beecher en 1959 sobre el comportamiento de los soldados heridos durante la Segunda Guerra Mundial. Este concluía que no existe una relación directa ni simple entre la herida y el dolor experimentado. El dolor está influenciado por otros factores no sólo los fisiológicos, resultando aquí de gran importancia el significado que tiene la herida para esa persona particular en un contexto determinado. Para un soldado, la lesión significaba seguir con vida, incluso algunos podían responder hasta con euforia porque también conllevaba regresar a casa desde el campo de batalla. En cambio para los pacientes civiles, la intervención quirúrgica o la lesión era afrontada con más temores, inquietudes y más tensión (4).

Otra aportación relevante fue la concreción de las múltiples vías de expresión que tiene el dolor y que estas podían ser reguladas a distintos niveles del sistema nervioso. El más destacado fue Sherrington, quien estableció que un estímulo no sigue una trayectoria simple desde un punto de partida a su término, sino que sufre una serie de cambios dinámicos e interrelaciones (5).

Otro paso importante fue el descubrimiento de los mecanismos endógenos de analgesia: los péptidos opiáceos endógenos y su contribución en la modulación del dolor.

La contribución de René Leriche fue de suma importancia en el ámbito del abordaje del dolor, ya que rechazó incansablemente el aceptar al dolor como un mal necesario, siendo el pionero en identificar al dolor crónico como un estado de enfermedad (6).

La teoría que cobrará mayor relevancia en este sentido será la propuesta por Melzack y Wall enunciada en 1965. Esta teoría es conocida como “La teoría del



control de la puerta o teoría de la compuerta” y está constituida como un modelo neurofisiológico de modulación del dolor. La experiencia de dolor, según estos autores, vendría modulada por un sistema localizado en el asta dorsal de la médula, permitiendo el paso, o no, de los impulsos nociceptivos hacia centros nerviosos superiores (7). Ronald Melzack concluyó que el dolor es un complejo multidimensional con diversos componentes sensitivos, afectivos, cognitivos y evaluativos. Recoge también como la mente desempeña un papel esencial en la experiencia final del dolor (8).

En los últimos años ha ido surgiendo un nuevo concepto en el ámbito asistencial, consistente en integrar a un grupo de diferentes especialistas dedicados interdisciplinariamente al estudio, diagnóstico, control y tratamiento de experiencias de dolor crónico. En relación a ello, resaltar la figura del anestesiólogo John Josep Bonica (1917-1994) quien hizo grandes aportes en la concepción y tratamiento del dolor tal como se viene planteando en la actualidad (2). Bonica es considerado universalmente como el padre del movimiento del dolor clínico, ya que es a él a quien le corresponde el mérito de poner en práctica un enfoque multidisciplinario para el alivio del dolor llegando a crear la primera clínica del dolor donde intervenían según esta modalidad (9). En 1973 organizó el Primer Simposio Internacional del Dolor en Issaquah, Washington, del cual derivó la creación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la revista *Pain*, en 1974. Esta entidad supone el abandono de una concepción unidimensional del dolor (1,4).

Algunos hitos en la historia más reciente relacionados con el estudio del dolor fueron:

- En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica “Cancer pain relief: with a guide to opioid availability” con la escalera analgésica farmacológica vigente hasta nuestros días (10).
- La Constitución Española en su artículo 43 establece el Derecho a la Salud y su desarrollo, a través de la *Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril* (11).
- En 1990 se constituye la Sociedad Española del Dolor (SED).
- En 2001, la Joint Commission International establece la medición de la intensidad del dolor como 5ª constante. En este mismo año la European Pain Federation (EFIC) en su publicación del dolor reconoce oficialmente

que “el dolor crónico es uno de los mayores problemas de salud, una enfermedad de propio derecho”.

- En 2002 se publica en el seno de la “Registered Nurses’ Association of Ontario” (RNAO) la primera edición de la guía de buenas prácticas en enfermería en la valoración y manejo del dolor («Guideline assessment and Management of pain», 2007).
- En 2007 el Estatuto de Andalucía reconoce en su artículo 20.2 que “Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor...” (12).
- En 2010 se crea la “Societal Impact of Pain (SIP) plataforma internacional y multidisciplinar con el objetivo de concienciar sobre la relevancia del impacto que el dolor tiene en nuestra sociedad (13).
- También en este mismo año, en la Declaración de Montreal de la IASP, se reclama el acceso al tratamiento del dolor como un derecho humano fundamental.
- En Andalucía se publica el Plan Andaluz de atención a las personas con dolor que recoge una serie de actuaciones dirigidas a dar respuesta a las necesidades sanitarias en relación a la atención al dolor (14).
- En 2012, la agencia de Calidad Sanitaria recoge en sus manuales de acreditación la inclusión de buenas prácticas relacionadas con la valoración y manejo del dolor y crea el distintivo de “Centros contra el dolor”, en cuatro áreas de atención; dolor perioperatorio, dolor procedimental, dolor en urgencias y dolor crónico (15).
- En 2014 se publica el documento marco para el abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Plan de Implementación. Dentro de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS (16).

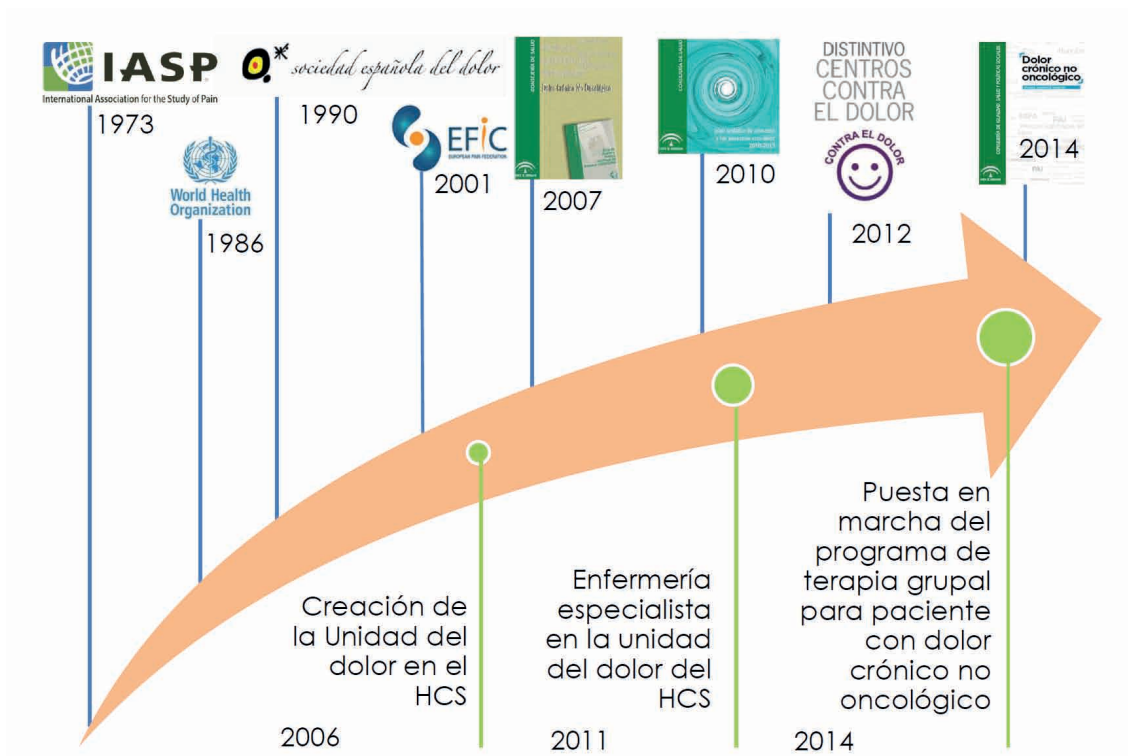


Figura 1: Hitos evolutivos del dolor en los últimos 40 años

Marco Conceptual.

Definición del dolor

La definición más ampliamente aceptada de dolor es la propuesta por la IASP formulada en 1979, en la cual el dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, la cual se encuentra asociada a un daño tisular, ya sea real, potencial o descrito en términos de dicho daño. Esta definición establece que el dolor es subjetivo (17).

Los distintos factores que influyen en la percepción del dolor son:

- **Factores biológicos:** Es bien conocido que existen diferencias individuales en la respuesta al estímulo doloroso lo que sugiere qué factores genéticos pueden estar implicados en la modulación de la respuesta al dolor.
- **Factores cognoscitivos:** Hace referencia a las creencias o conocimientos en torno al dolor, así como de sus consecuencias.
- **Factores psicológicos:** El aspecto psicológico puede influir mucho tanto en la percepción como en la valoración de la intensidad del dolor en el individuo.
- **Factores socioculturales:** Es evidente que las diferencias culturales pueden

contribuir a cómo un individuo o la familia manifiesten comportamientos de ansiedad o angustia en relación a un evento doloroso.

Precisamente, en esta variedad de factores que influyen sobre la vivencia del dolor por cada paciente, y en el hecho de que cada enfermo experimenta el dolor de una forma propia, radica la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado y multidisciplinar (1).

Clasificación del dolor

Los criterios de clasificación del dolor son múltiples. A continuación se sintetizan tipos de dolor en función de varios criterios (18):

- *Según su duración:* Algunos autores establecen una radical diferencia entre el dolor crónico y el dolor agudo, argumentando que el dolor agudo es un síntoma de alguna lesión o enfermedad y el crónico es una enfermedad por sí misma (19), de manera que las respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales que acompañan al dolor crónico difieren a las que desencadena el dolor agudo, ya que nunca cumplirían una función biológica protectora.

En esta línea, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define el dolor crónico a través de la “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor a 6 meses” (Heather Herdman, & Shigemi Kamitsuru, 2015), mientras que la IASP ha decidido tomar el período de tres meses como el límite de división más conveniente entre dolor agudo y crónico (21).

El dolor agudo representa un aviso sobre la existencia de una lesión, se puede considerar como un dolor útil. Cuando el dolor se cronifica, pierde el sentido protector y deja de ser un síntoma para convertirse en una entidad nosológica.

- *Según pronóstico:* lo podemos clasificar en dolor benigno, enfermedad que no atenta contra la vida o maligno.
- *Según su procedencia:*
 - Dolor nociceptivo:



- Dolor somático cutáneo: La piel contiene más terminaciones nerviosas sensitivas que cualquier órgano del cuerpo, lo que permite localizar las lesiones con precisión.
- Dolor somático profundo: El dolor producido por los procesos articulares agudos está bien localizado y se describe como agudo opresivo, tirante y pulsante.
- Dolor visceral: En presencia de inflamación, la pleura, el pericardio y el peritoneo dan lugar a un dolor importante que varía en intensidad con el movimiento y que se describe como una puñalada, lancinante, cortante u opresivo.
- Dolor neuropático:
 - Dolor del sistema nervioso periférico (SNP): Las causas pueden estar en relación con lesiones o enfermedades de los nervios periféricos, como compresión, irritación, enfermedades infecciosas o metabólicas, mezclándose con trastornos sensoriales.
 - Dolor de origen central: En otras ocasiones, pueden estar en relación con lesiones o enfermedades del sistema nervioso central (SNC), bien a nivel medular o cerebral, y que afectan a regiones más extensas del cuerpo.
 - Dolor por desaferentación: Es un dolor que puede aparecer tras una lesión del SNC o SNP. Se define como un daño del tejido nervioso que puede originar en un espacio de tiempo variable un dolor persistente y rebelde a las terapias convencionales.
- Dolor psicógeno: No tiene naturaleza orgánica, sino características psicosomáticas derivadas de una patología psiquiátrica más o menos importante. Es un dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico, que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica.
- Dolor idiopático: Su naturaleza y sus mecanismos fisiopatológicos son poco claros. En ocasiones, puede ser un dolor evocado y se diferencia de los demás tipos por el hecho de que nunca es

espontáneo, siendo necesario para que se ponga de manifiesto recurrir a maniobras oportunas. Es un dolor de naturaleza miofascial, por activación de puntos trigger, que evocan dolores en localizaciones distantes, sin conexiones metaméricas.

- *Según su localización y proyección:* El dolor osteoarticular profundo puede ser fijo, localizado o propagado o referido. Se dice que el dolor es localizado cuando es percibido en la estructura profunda que lo origina. El dolor propagado se percibe en estructuras sanas en un lugar distinto al de la lesión, como resultado del daño de otras estructuras de su misma.
- *Según las características del dolor:*
 - Dolor mecánico: Mejora con el reposo, el tiempo de rigidez después del mismo es generalmente menor de 15 minutos y responde al tratamiento con analgésicos. No repercute en el estado general del paciente.
 - Dolor inflamatorio: Es de predominio nocturno, no mejora con el reposo, se acompaña de rigidez matutina, el tiempo de rigidez tras el reposo es prolongado (mayor de 45 minutos) y no responde a analgésicos, pero puede mejorar con antiinflamatorios.

Existen entidades que también han establecido distintas clasificaciones para el dolor como pueden ser:

- Association for the Study of Pain (IASP). Esta clasificación ha establecido cinco ejes para categorizar el dolor crónico de acuerdo a:
 1. Localización anatómica.
 2. Órganos afectados.
 3. Características temporales del dolor y patrón de aparición.
 4. Valoración de la intensidad por parte del enfermo y tiempo transcurrido desde el inicio del dolor.
 5. Etiología.

Este sistema se basa principalmente en las manifestaciones físicas (21).

- American Psychiatric Association (APA). En el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM V) se encuentra el término dolor somatoforme, incluyendo al dolor cuando tenga una duración de seis

meses y que no se encuentra bajo control voluntario (22). En la 4ª edición se introduce una categoría para el dolor agudo y se acuña el término “trastorno por dolor”. Los criterios diagnósticos para el trastorno por dolor se consideran como esencial la presencia de mismo. Este dolor debe provocar un malestar importante y deterioro en diversas áreas de la persona. El dolor no es simulado o producido de manera intencional (23).

Queda descalificado el trastorno por dolor cuando éste se explica por la presencia de un trastorno psicótico. Se describen tres subtipos:

1. Trastorno del dolor asociado a factores psicológicos.
 2. Trastorno del dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.
 3. Trastorno del dolor asociado a enfermedad médica.
- ACTTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT). Ante la falta de una clasificación de criterios comunes, propone las siguientes dimensiones para establecer la diferenciación entre ambos tipos de dolor (24) :
 1. Criterios de core-diagnóstico.
 2. Características comunes.
 3. Comorbilidades médicas comunes.
 4. Consecuencias neurobiológica, psicosocial y funcionales.
 5. Mecanismos neurobiológicos y psicosociales, factores de riesgo y factores de protección.
 - La 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, la CIE-10. Esta clasificación en el apartado de trastornos somatomorfos (F45) incluye el trastorno de dolor somatomorfo persistente (F45.4). Los criterios diagnósticos requieren la persistencia de un dolor intenso que no se puede explicar totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia relacionado con conflictos o problemas, obteniendo el paciente un aumento significativo de apoyo y atención por parte de los familiares, médicos u otras personas (25).

Neurofisiología del dolor

Las ciencias biomédicas, tal como hemos referido con anterioridad, han asumido tradicionalmente que el dolor es un síntoma, una señal de aviso de algún proceso patológico más grave que produciría en el paciente una necesidad imperiosa de búsqueda de tratamiento. Al tiempo que para el terapeuta serviría como indicador diagnóstico del tipo de patología que subyace. El dolor, sería la consecuencia externa y manifiesta de un trastorno que en la mayoría de los casos sería silencioso si no tuviera dicho componente. Esta característica conferiría al dolor un valor claramente adaptativo.

La experiencia dolorosa no puede ser considerada únicamente como una sensación, ya que en la misma están implicadas una serie de reacciones afectivas, cognitivas y de comportamiento que son las que la convierten en una percepción dolorosa. Esta es la razón de que a las estructuras anatómicas implicadas en la nocicepción tengamos que añadir las propias de la percepción dolorosa, quedando establecidos los siguientes procesos neurofisiológicos: Transducción, transmisión, modulación y la percepción. Destacar que estos procesos se producen de formas simultáneas y relacionadas entre sí.

Transducción: Es el proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico. Este sistema comienza en el nociceptor, que es la parte más distal especializada de la neurona sensitiva.

Los nociceptores son capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos con umbral de respuesta variable. Existen dos grupos de nociceptores: un primer grupo que está especializado en detectar estímulos mecánicos (mecanoceptores) y térmicos (receptores de calor y de frío) y un segundo grupo constituido por los quimiorreceptores, que detectan la presencia de una o más sustancias químicas, producidas como consecuencia del proceso inflamatorio o la lesión tisular, alrededor de las terminaciones nerviosas (prostaglandinas, protones, adenosina, ATP, glutamato y bradiquinina) que pueden estimular directamente al nociceptor o aumentar su sensibilidad.

En función de su localización se distinguen tres grupos de nociceptores: cutáneos, musculares-articulares y viscerales. El nociceptor se clasifica de acuerdo con el

tipo de fibra nerviosa que lo constituye, distinguiéndose los receptores A y C. Las fibras C son no mielinizadas y el impulso nervioso se transmite de manera continua a lo largo del axón, mientras que las fibras A son mielinizadas y el impulso nervioso se transmite “a saltos”, de un nódulo de Ranvier a otro, lo que explica su mayor velocidad de conducción (26).

Existen nociceptores a nivel muscular y articular, que son terminaciones de fibras A δ y C. Las articulaciones están inervadas por fibras aferentes amielínicas y mielínicas. Están localizadas a nivel de la cápsula articular, los ligamentos, el periostio y la grasa articular, pero no en el cartílago articular.

Los nociceptores, por tanto, transforman estímulos locales (químicos, mecánicos y térmicos) en potenciales de acción que se transmiten mediante las fibras aferentes sensoriales primarias hacia el sistema nervioso central.

Transmisión: Se conoce como transmisión la propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del sistema nervioso central. Describimos a continuación una diferenciación entre la fase central espinal y la fase central supraespinal (26):

Fase central espinal: La primera neurona de la vía sensitiva o la neurona sensitiva de primer orden, transporta la información nociceptiva hasta una neurona de segundo orden, que se sitúa en los núcleos sensitivos del sistema nervioso central (asta posterior de la médula espinal y núcleo espinal del trigémino). Las fibras aferentes sensoriales centrales, a través de las raíces dorsales, penetran en la médula espinal hasta contactar con la segunda neurona sensorial o de segundo orden en la sustancia gris del asta posterior, especialmente en las láminas o capas de Rexed I (zona marginal), II (sustancia gelatinosa) y V (además de neuronas nociceptivas hay neuronas WDR o Wide dynamic range). En la terminación central de las fibras A- δ y C (membrana presináptica) se liberan neurotransmisores excitatorios (glutamato, sustancia P, y CGRP o péptido relacionado con el gen de la calcitonina) que activan receptores específicos en la segunda neurona sensorial (membrana postsináptica). A ese nivel de la médula espinal, las fibras sufren una decusación y ascienden por la región anterolateral de la médula espinal y el tronco del encéfalo (haces espinotalámicos).

Fase central supraespinal: Las fibras de conducción ascendente transmiten la información nociceptiva medular hacia los centros superiores del sistema nervioso central. De los fascículos ascendentes que surgen de

la médula, se aceptan como transmisores del dolor los dos sistemas, uno oligosináptico (formado por una o dos neuronas), que está constituido por las vías espinotalámicas, espinocervicotálámicas y postsinápticas de los cordones posteriores; y otro multisináptico (formado por múltiples neuronas), en el que se incluyen las fibras espinoreticulares y propioespinales multisinápticas.

Modulación: Capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibiendo en las astas posteriores de la médula.

Los sistemas inhibitorios o moduladores de la respuesta fisiológica o nociceptiva son numerosos y actúan a múltiples niveles. Estos pueden tener influencia en los nociceptores, en la transmisión de la médula espinal o influencias descendentes. Los mejores definidos ante estímulos de alta intensidad son: sistema opioide (liberan péptidos endógenos como las encefalinas o endorfinas), alfa-adrenergico (noradrenalina), serotoninérgico (serotonina o 5-HT), colinérgico (acetilcolina).

El sistema de modulación del dolor tiene dos componentes: sistema de modulación ascendente y sistema de modulación descendente.

Sistema de modulación ascendente: el primer punto de control ascendente se sitúa en el asta posterior de la médula espinal y en los núcleos sensitivos de los nervios craneales V VII, IX y X, donde se encuentra el “mecanismo de compuerta de Melzack y Wall”, el cual explica como los impulsos no nociceptivos conducidos por los axones A β son capaces de bloquear la transmisión nociceptiva que llega al sistema nervioso central. Otros puntos de regulación más cefálicos pueden ser la sustancia gris periacueductal y la formación reticular. Finalmente, el tálamo y la corteza cerebral constituyen sitios importantes de regulación ascendente, ya que la pérdida de esta función debido a una lesión es la única explicación de dolor crónico en algunos casos, como por ejemplo en el dolor de tipo talámico.

Sistema de modulación descendente: es quizás el más importante, ya que ejerce como vía de retroalimentación una vez que la información nociceptiva ha alcanzado centros superiores del encéfalo y se ha generado el dolor. Este sistema se origina en diversas partes de la corteza cerebral (somatosensitiva, motora y límbica) y en otras estructuras cerebrales (tálamo, hipotálamo, y amígdala), desde donde se emiten axones descendentes sobre todo hacia la sustancia gris periacueductal, que establecerán conexiones descendentes hasta inervar



la neurona encefalinérgica inhibidora que actúa en el circuito de mecanismo de compuerta de Melzack y Wall.

Percepción: Proceso final en el que los tres anteriores interactúan con una serie de fenómenos individuales, creando la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor. Dado que el dolor no es sólo una sensación, sino que incluye componentes de percepción, emoción, cognición y comportamiento, es lógico pensar que existan múltiples estructuras anatómicas capaces de albergar tales sensaciones. Así, se sabe que el componente perceptivo se asienta, en parte, en la actividad cortical de las áreas somatosensoriales S1 y S2 de las regiones parietal paracentral e inferior. El componente afectivo involucra la actividad del sistema límbico y de las áreas de asociación frontales. El componente mnesicocognitivo está sustentado en la porción inferointerna del lóbulo temporal y el componente comportamental implica la actividad del tálamo, el hipotálamo y el córtex, este último es el centro final de las aferencias nociceptivas y principal responsable de las respuestas frente al dolor.

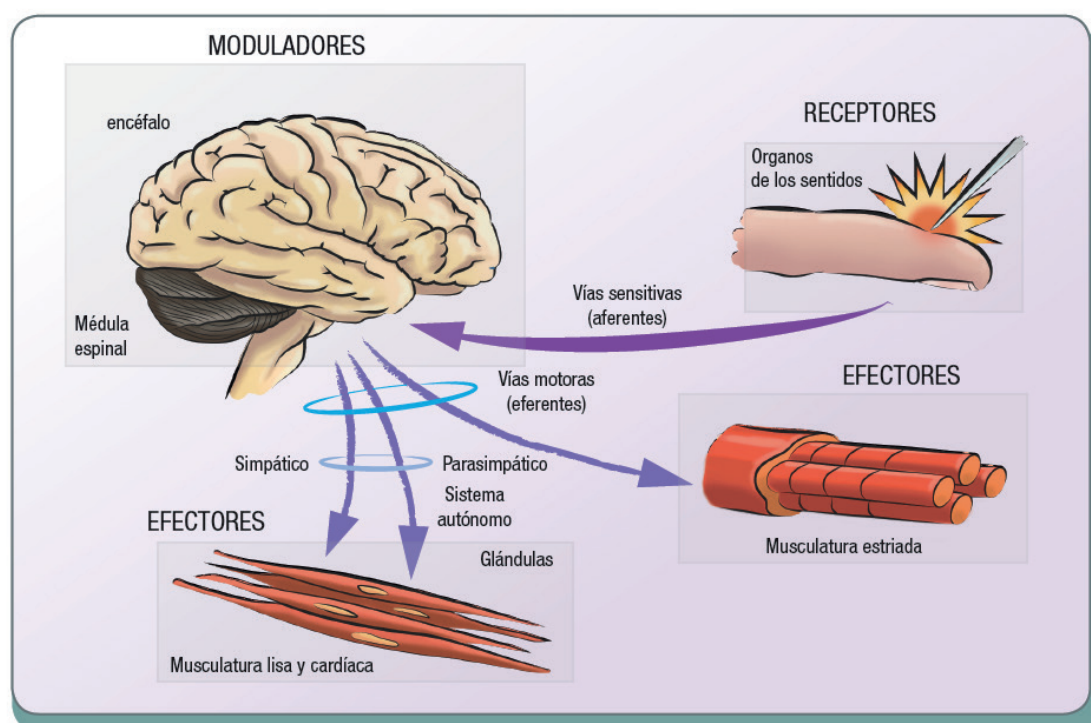


Figura 2: Esquema de los mecanismos neurofisiológicos del dolor

Tal como definíamos en la clasificación del dolor, el dolor se puede considerar agudo o crónico, en función de la temporalidad, pero esta clasificación posee más diferencias que deben de ser tenidas en cuenta.

En los párrafos anteriores hemos ido describiendo la fisiología normal del dolor, dolor agudo con fin protector, que activa todo el entramado de traducción,

transmisión, modulación y percepción ante la estimulación nociceptiva, pero puede ocurrir que el dolor pueda prolongarse aún cuando la lesión esté resuelta, no cumpliendo así su función protectora, en otras ocasiones incluso pudiendo existir con un origen desconocido. Es entonces cuando el dolor pasa de ser un síntoma a considerarse una enfermedad crónica con todo lo que la cronicidad lleva consigo.

Dolor Agudo	Dolor Crónico
Síntoma	Enfermedad
Estimulación vías nociceptivas	Puede persistir después de la lesión
Función protectora (señal de alarma)	No función protectora
De corta duración	Larga duración
Origen conocido	Origen incierto
Ansiedad, irritabilidad	Depresión, alteración del comportamiento

Tabla 1: Diferencias entre dolor agudo y crónico

Fisiopatología del dolor crónico

Las enfermedades crónicas en España suponen una importante carga, según se refleja en la Encuesta Nacional de Salud de 2011/2012. Así, el 42,5% de los adultos encuestados afirmaba padecer algún proceso crónico (27). La complejidad de las personas con enfermedades crónicas, desde el punto de vista de los propios protagonistas, tiene que ver con la pérdida de funcionalidad y la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, donde pacientes y familiares no saben qué hacer y se sienten desbordados por el laberinto de personas, entornos e intervenciones, a los que hay que añadir la presencia de determinantes socioeconómicos, que multiplican esta percepción de complejidad (28).

El dolor crónico es un importante problema de salud pública que afecta negativamente a la calidad de vida de los individuos afectados y representa un gran coste socioeconómico. En algunas personas, el dolor agudo puede transformarse a un estado crónico. Nuestra comprensión de los factores de riesgo que subyacen en el desarrollo de dolor crónico es limitada.

Aunque el dolor se inicia generalmente asociado a un daño tisular y/o nervioso que se produce a nivel periférico, en determinados casos se producirán cambios



funcionales y estructurales a nivel del sistema nervioso central que serán los responsables de perpetuar y hacer crónico el dolor, este conjunto de mecanismos fisiopatológicos son los que llamamos sensibilización (29). La sensibilización es un proceso que acontece a diferentes niveles, tanto en los nociceptores aferentes periféricos como también a nivel del sistema nervioso central. Se considera que la sensibilización central se produce por mecanismos de plasticidad sináptica a diferentes niveles de la vía nociceptiva. La activación mantenida de las fibras C nociceptivas produce un estado de hiperexcitabilidad de las llamadas neuronas de respuesta dinámica amplia situadas en la lámina V de la médula espinal. Esta situación hace que se produzca una mayor respuesta a los estímulos, un aumento de los campos receptivos, una reducción del umbral de activación y un aumento de la actividad espontánea (30). Se utiliza el término “windup” o sumación temporal a un incremento de la respuesta neuronal debida a un estímulo nociceptivo constante, proceso que puede desembocar en un cambio plástico similar al que ocurre en la memoria (31). Es lo que conoceremos con el nombre de plasticidad.

En relación a los mecanismos biológicos y fisiopatológicos del dolor crónico, los nociceptores y las neuronas centrales muestran una notable plasticidad después de una lesión, que resulta esencial para la recuperación y supervivencia de los organismos después de la misma. Pero, a su vez, esta plasticidad puede conducir a un estado de dolor crónico no adaptativo si no logra resolverse después del proceso de curación de la lesión origen (32).

Aunque los eventos que incitan a la percepción del dolor crónico pueden variar, algunos de estos trastornos probablemente comparten un mismo mecanismo en lo que respecta a los cambios en la vía del dolor, por ejemplo, sensibilización periférica y central, la alteración de las vías descendentes, y el procesamiento afectivo.

Los mecanismos moleculares implicados tienen un parecido sorprendente con los que ocurren en los procesos de aprendizaje y de la memoria en otras regiones del cerebro, incluyendo el hipocampo y la corteza cerebral (32). Existe evidencia de que los cambios inducidos por la lesión en la estructura de la cromatina conlleva cambios estables en la expresión génica y la función neural, que pueden causar varios síntomas, incluyendo alodinia, hiperalgesia, la ansiedad y la depresión (34).

Por tanto, en estos casos es fundamental valorar no sólo la percepción del dolor,

sino también el impacto que éste provoca en la funcionalidad y la neuroplasticidad de nuestro cerebro y no perder de vista los posibles factores endógenos y exógenos moduladores que pueden promover la conversión del dolor en una condición crónica.

Moduladores psicosociales del dolor crónico

En la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall, citada anteriormente, se realiza una reconceptualización de la experiencia de dolor. Es decir, se sugiere que existe un sistema de bloqueo, a nivel del sistema nervioso central, que posibilita la apertura o cierre de las vías relacionadas al dolor. La compuerta puede abrirse permitiendo la transmisión del dolor a través de las fibras aferentes y eferentes desde y hacia el cerebro. En caso contrario, la compuerta puede cerrarse para bloquear la transmisión del dolor. Los impulsos eferentes pueden verse afectados por una variedad de factores psicológicos que influyen sobre el cerebro. El mensaje enviado desde el cerebro, al área donde se siente dolor puede ser modulado por la interpretación que la mente hace sobre esa experiencia de dolor. En este sentido, una buena cantidad de factores modulan la interpretación del dolor como las emociones y las experiencias previas con el dolor (7).

La teoría de la compuerta distingue tres dimensiones implicadas en la experiencia dolorosa:

- La dimensión sensorial-discriminativa, la cual involucra la transmisión de la información relacionada con las propiedades físicas del estímulo nociceptivo.
- La dimensión motivacional-afectiva que asocia al dolor como algo desagradable o aversivo generando una experiencia emocional desagradable y conductas de escape ante el estímulo doloroso.
- La dimensión cognitivo-evaluativa, referida al rol de las variables cognitivas como son los pensamientos, creencias y valores, entre otras; siendo ésta la encargada de modular a las anteriores.

Debido a esta nueva concepción, existen una gran cantidad de variables cognitivas, conductuales, emocionales, físicas y sociales que juegan un rol importante y modularán la experiencia final de dolor (35,36).

El modelo biopsicosocial, en el que vamos a basar nuestra intervención grupal,



concibe que, debido a la interacción de los múltiples factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales determinan la enfermedad de dolor crónico. Este enfoque lo concibe como un fenómeno perceptivo cuya caracterización necesita de un enfoque multidimensional y no de tipo lineal como el biomédico. Dicho modelo asume que los problemas asociados a dicho síndrome se originan a partir de la forma en que el paciente reacciona ante éste. Por ello, la diferencia que existe entre las personas que sufren dolor crónico, no se basa necesariamente en la percepción sensorial del dolor sino más bien en las valoraciones e interpretaciones que realizan los pacientes acerca de su dolor (37).

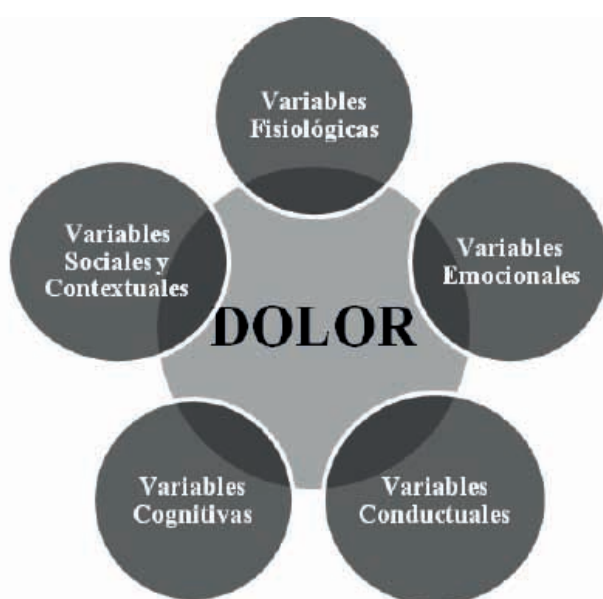


Figura 3: Modelo biopsicosocial del dolor

En relación a las variables influyentes nos encontramos con:

Variables Fisiológicas:

Los resultados recientes sugieren que la inhibición de los sistemas moduladores descendentes puede que sea un elemento importante en la determinación de la cronificación del dolor. Este punto de vista concuerda con el éxito clínico de los fármacos que mejoran la actividad noradrenérgica espinal, tales como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / norepinefrina (IRSN), en el tratamiento de estados de dolor crónico.

Los estudios de imagen muestran centros corticales y subcorticales que rigen los procesos emocionales, motivacionales y cognitivos se comunican directamente con circuitos descendentes moduladores del dolor que proporcionan una base mecanicista para explicar cómo los factores exógenos pueden influir en la

expresión del dolor crónico en un individuo susceptible (38).

Estudios preclínicos, junto con las investigaciones farmacológicas y clínicas de neuroimagen han permitido avanzar en el conocimiento de los circuitos cerebrales que modulan el dolor. Las vías facilitadoras e inhibitoras del dolor descendente que surgen en última instancia en el tronco cerebral proporcionan mecanismos que pueden ser contratados para promover o proteger contra el dolor 'cronificación'. Estos sistemas interactúan con los centros superiores, proporcionando así un medio a través del cual los factores exógenos pueden influir en el riesgo de cronificación del dolor. Una mayor comprensión de la función de la modulación descendente del dolor puede conducir a la normalización de los procesos aberrantes que pueden conducir a dolor crónico (38).

La gran variabilidad entre los informes publicados sobre la prevalencia del dolor crónico sugiere que hay una considerable fluidez en la manifestación de esta condición. De hecho, este argumento se fortalece cuando se tiene en cuenta las profundas diferencias en la vulnerabilidad de las personas a desarrollar dolor crónico después de una lesión, enfermedad o cirugía (39).

El riesgo de desarrollar dolor crónico después de la cirugía, oscila entre 5 y 50% de los pacientes quirúrgicos, y entre 2 y 10% de estos desarrollan dolor severo (40) "container-title": "Lancet (London, England. La reparación de la hernia y la cesárea se asocian con una incidencia del 10% de cronicidad del dolor, el riesgo de aparición después de la mastectomía, toracotomía o la amputación ascienden al 30, 40 y 50%, respectivamente (39).

Sin embargo otros estudios nos muestran que parece ser que la probabilidad de desarrollar cronicidad se relaciona más con la intensidad del dolor agudo que se experimentó inmediatamente después de la operación, en lugar de con el procedimiento en sí (41).

En relación al dolor musculoesquelético estudios nos muestran que no hay correlación identificada entre el grado de la lesión articular y la intensidad del dolor en pacientes con la osteoartritis (39).

Los mecanismos que impulsan el desarrollo de dolor crónico y los factores de riesgo potenciales que pueden predisponer a un individuo a un estado de dolor crónico, son en gran parte desconocidos (42). Se encontró que los factores demográficos, los métodos quirúrgicos y las variables relacionadas con el tratamiento fueron menos importantes en el desarrollo de dolor persistente



después de la mastectomía que las variables psicosociales tales como catastrofismo, somatización, el sueño, la ansiedad y la depresión.

Es generalmente aceptado que los riesgos de desarrollar dolor crónico incluyen la predisposición genética y la exposición antes de la lesión, como así como los factores psicosociales que se identifican con menos facilidad, como el catastrofismo, los recursos sociales de apoyo, la situación económica, el dolor y la expectativa en referencia a experiencias pasadas (39). A medida que progresa el dolor agudo, como el de una lesión o cirugía, hacia una enfermedad crónica, los estados emocionales negativos asociados con el dolor crónico no sólo exacerban la sensibilidad al dolor fisiológico, (43) sino también aumentan la incidencia de comorbilidades tales como la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, alteraciones de toma de decisiones e incluso puede aumentar el riesgo de suicidio (44).

El género y la edad, son variables concretas que pueden modular la experiencia de dolor en el paciente. En algunos estudios se contempla como la incidencia de dolor aumentó con la edad, y que las mujeres tenían un 50% más probabilidades de desarrollar dolor crónico que los varones (45). Se han identificado mecanismos de afrontamiento hacia el dolor crónico distintos en las mujeres, aunque muchos de ellos de carácter maladaptativo (46–48). Una revisión de la literatura muy reciente recoge que múltiples estudios epidemiológicos han demostrado una mayor prevalencia en las mujeres de trastornos de dolor crónico (49). Las investigaciones clínicas y experimentales tienen consistentemente demostradas las diferencias en la sensibilidad y el umbral del dolor en cuestión de género. Aunque todavía no se han enunciado los mecanismos subyacentes responsables, se está mostrando atención al estudio de la posibilidad lógica de la influencia de la hormona gonadal en el procesamiento nociceptivo. Es necesario profundizar por tanto en las diferencias de género en el estudio del dolor crónico porque no se conoce bien cómo se manifiesta este fenómeno, su frecuencia y los mecanismos que lo explican (49).

En relación a la asociación de la edad a la cronicidad del dolor, es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano ya que se asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad. Entre un 50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor. Éste ha ido en aumento y aumentará a medida que las poblaciones vayan aumentando su esperanza de vida. Los trastornos musculoesqueléticos son comunes, y cada vez con mayor incidencia

se presentan las neuropatías relacionadas con la diabetes, el herpes zoster, la quimioterapia y la cirugía. El dolor también es común en las etapas avanzadas de muchas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa terminal, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por otra parte, millones de cirugías de reparación y reemplazo de articulaciones se realizan anualmente, existiendo pacientes sometidos a estos procedimientos que se quejan de dolor crónico pesar de la cirugía (50). Si bien es cierto que existe un mayor deterioro físico y mayor morbilidad, hay estudios que enuncian que un alto grado de resiliencia ha sido descrito como un punto de vista positivo perdurable a pesar de las circunstancias difíciles durante el proceso de envejecimiento, ya que los ancianos pueden experimentar a pesar de todo, la integración y el bienestar. Las diferencias de edad en los recursos personales para afrontar la enfermedad y la satisfacción con la vida en la vejez puede ser visto como un momento de resistencia y fortaleza (51). Tener mayores expectativas en base al estado de salud en la población joven y la falta de aceptación de la cronicidad de la enfermedad pueden producir un aumento del estrés.

Variables Emocionales:

Destacar la estrecha relación existente entre el sistema de modulación nociceptiva y el sustrato neuroquímico de las emociones, pudiendo estos favorecer o dificultar el sistema natural de regulación o modulación del dolor (52). El dolor incorpora toda una gama de emociones negativas al individuo, las más frecuentes la ansiedad, la depresión y la ira. Estas emociones se han relacionado tanto con la génesis, como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico (53).

La ansiedad y la depresión son desde un punto de vista clínico los factores emocionales más importantes en el estudio y tratamiento del dolor crónico (52). La ansiedad constituye una de las respuestas psicológicas mediadoras de la experiencia de dolor más temprana identificada (54). Por un lado, la ansiedad actúa como potenciadora y mantenedora del dolor, considerándose que cuanto mayor son los niveles de ansiedad el dolor será percibido con más intensidad y mayor la experiencia desagradable. Por otra parte las personas con dolor crónico presentan niveles más elevados de ansiedad y una mayor incidencia de este tipo de trastorno que la población general (53). La ansiedad continua produce un incremento de la tensión muscular, alteraciones del sistema nervioso autónomo y una mayor receptividad y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos, provocando un agravamiento del dolor y generando un círculo



vicioso de dolor-ansiedad-tensión-dolor (55)ordenados de manera lógica con referencias de apoyo y ejemplos que permiten profundizar en las temáticas.Cada uno de los capítulos aborda temas relevantes para el manejo del dolor, donde se incluyen fundamentos, aspectos teóricos; mecanismos para la transferencia, del conocimiento a la práctica clínica y gestión de calidad. Es importante destacar que también se abordan aspectos éticos y psicológicos, así como las competencias que requiere el personal de enfermería para ejercer un rol proactivo en el manejo del dolor. Además de lo anterior, el libro incluye resultados de investigación orientada a estandarizar el manejo del dolor posoperatorio y diagnósticos de enfermería específicos para el manejo del dolor posoperatorio.Está dirigido a los profesionales del área de la salud, principalmente enfermeras(os).

Se considera que el dolor crónico produce un estado depresivo como consecuencia de la reducción en las capacidades personales para llevar a cabo actividades relacionándolas con la percepción del impacto del dolor en la vida, con el consiguiente resultado de pérdida de refuerzo social, así como con los sentimientos de indefensión, pérdida de control y de autoeficacia. Los Modelos Biológicos sugieren que el dolor crónico y la depresión ocurren de forma simultánea, al estar relacionados por fundamentos biológicos y psicológicos similares, basándose en la consideración de un substrato biológico, bioquímico y genético común. La ira ha sido la emoción negativa más ampliamente observada en el dolor crónico, destacándose su influencia en la adaptación de los pacientes. La propia frustración frente a la enfermedad crónica, las quejas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira asociados, como una respuesta natural al dolor (53).

Variables Cognitivas y creencias asociadas:

En el ámbito específico del dolor crónico, las creencias son consideradas pensamientos que las personas poseen acerca de su problema de dolor y sirven para obtener conocimiento y comprensión de los eventos que sucedieron, suceden o sucederán (56). Es decir, son conceptualizaciones propias de cada persona sobre qué es el dolor y qué significa para ellos. Estas variables, cogniciones y creencias relacionadas con el dolor, pueden modular el dolor incrementando o disminuyendo su percepción, dependiendo de las experiencias que el paciente haya tenido habrá aprendido distintos significados (37).

Desde hace años el dolor crónico se ha conceptualizado desde el “Modelo Transaccional del Estrés” de Lázarus y Folkman, que se basa en la relación bidireccional entre la persona y la situación, mediante la valoración que hace la persona sobre la situación. En este modelo el afrontamiento se considera un proceso dinámico que cambia a consecuencia de la continua evaluación de esta relación (57). Este modo entiende el dolor como un estímulo estresor que amenaza al bienestar del individuo. Por ello, las personas con dolor crónico ponen en práctica de forma continua recursos alternativos de afrontamiento. El “Modelo Transaccional del Estrés” describe los tres componentes del afrontamiento: la evaluación de las demandas de la situación, la evaluación de la capacidad de la persona y su forma de afrontar la situación.

Los mecanismos de afrontamiento se dividen en estrategias activas o adaptativas y pasivas o desadaptativas. Las activas se definen como las acciones concretas para intentar controlar el dolor o la pérdida de la capacidad funcional, y las pasivas como las acciones de evitación de la situación que provoca dolor y por tanto la renuncia al control del dolor y de permisividad a la afectación de otras áreas de la vida de la persona (58).

En un estudio reciente se plantea que la eficacia de una estrategia de afrontamiento dada es dependiente del contexto, de las características y circunstancias del sujeto y del momento. Entonces... ¿qué podemos recomendar a los pacientes con dolor crónico como una manera de hacer frente de manera efectiva?. Litt recoge en su trabajo que en este momento lo mejor que podemos hacer, no es establecer generalidades en relación a un afrontamiento activo o pasivo, bueno o malo, sino dar sugerencias generales, que aconsejen a las personas a manejar su estrés, hablar con ellos de manera constructiva y reflexiva para que se conviertan en protagonistas comprometidos con su proceso sabiendo discernir en función de la situación concreta (59).

Otro factor unido a la experiencia dolorosa que ha sido frecuentemente estudiado es el catastrofismo. El catastrofismo se define como la tendencia a exagerar la apreciación de la amenaza del dolor, la valoración negativa de la propia habilidad para afrontarlo, el establecimiento de expectativas negativas sobre el futuro y la aparición de sentimientos de impotencia y pesimismo (58).

En este sentido, parece que cuando los pacientes creen tener recursos para afrontar el dolor utilizan más autoafirmaciones de afrontamiento, mientras que aquellos pacientes cuyas creencias son de indefensión son más catastrofistas



(60). Pacientes que interpretan a su dolor como indicador de mayor daño tienden a tener conductas más evitativas y muestran mayor incapacidad.

Un tipo de creencias de especial interés en la actualidad son las expectativas. Expectativas referidas como creencias acerca del futuro, y más particularmente como la relación entre un evento en curso y futuras consecuencias, expectativas de resultado. Son importantes de tener en cuenta ya que se puede dar el caso de una persona que puede sentirse satisfecha, refiriendo una adecuada calidad de vida, encontrándose en una situación objetivamente precaria pero adaptada a sus expectativas. Por el contrario, una persona con mejores condiciones objetivables puede sentirse insatisfecha, con una mala calidad de vida, debido a que sus expectativas vitales son más altas (61).

En un estudio reciente se sugiere que los resultados clínicos superiores se observan en individuos que esperan altos resultados positivos, como resultado del tratamiento del dolor (62).

Dentro de las creencias relacionadas con el dolor se encuentran también las vinculadas a la capacidad de control del dolor, que juegan un papel importante en la adaptación del estado de enfermedad. Existen tres constructos relacionados con la controlabilidad del dolor: El locus de control, la autoeficacia y la competencia percibida. El locus de control implica dos aspectos; el locus de control interno que hace referencia al control que posee la propia persona sobre su salud y sobre su dolor; y el locus de control externo priman las creencias de que existen factores externos a la persona que controlan la salud y el dolor como el poder de los otros y el azar (63).

La autoeficacia expresa la creencia que posee la persona acerca de su habilidad para desempeñar una determinada tarea. De este modo, si los pacientes creen que no pueden hacer mucho frente a los síntomas de dolor, no invertirán esfuerzos. La competencia percibida en relación a la salud se concibe como las expectativas de los individuos sobre su posibilidad de actuación positiva ante acontecimientos o situaciones (37).

Variables conductuales:

Existen conductas que pueden llegar a modular la experiencia dolorosa. Tanto a nivel positivo, actuando directamente sobre la atención en la percepción del dolor, estas serán todas aquellas conductas facilitadoras y motivadoras que actúen a ese nivel. Existen por el contrario otro tipo de conductas como la hipervigilancia

que producen el efecto opuesto y la conducta de miedo y evitación que producen afectación directa en su calidad de vida y desarrollo personal al limitar sus actuaciones por miedo a que aparezca o aumente la experiencia dolorosa. En la medida en el que la evitación de la actividad logra disminuir el dolor prevenible, esta conducta se adquirirá como un hábito. Una vez adquiridas las respuestas aprendidas tienden a persistir (64).

Variables Sociales y contextuales:

El dolor persistente se produce en un contexto social concreto. Las variaciones en los entornos familiares, comunitarios, laborales y de cuidado de la salud juegan un papel importante. Resultados extraídos de estudios de investigación sugieren que el aislamiento social y el estatus socioeconómico son dos factores que tienen un impacto especialmente importante en el dolor y la discapacidad (65).

El dolor crónico contribuye a un mayor aislamiento social, a alterar o disminuir los roles sociales desempeñados hasta el momento, a sufrir restricciones en las actividades sociales y de ocio, y reportar una menor satisfacción con su papel funcionamiento social (66).

Los factores sociales y culturales influyen en la experiencia y vivencia del paciente. El dolor, como fenómeno subjetivo puede variar entre diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos (67). Dependiendo de la observación de los modos que tienen otras personas para responder ante el dolor en la cultura en la que se haya inserto el paciente, puede aprender a interpretar y/o a evaluar el dolor de diferentes maneras (68). Un factor relevante en la determinación relacionada con la angustia emocional parece ser la interrupción de las relaciones sociales, esto pone de relieve el funcionamiento social como un objetivo importante para la intervención clínica en el dolor crónico (69).

El tipo de ocupación es también una característica importante en las personas con dolor crónico. Se ha observado que muchos pacientes con dolor crónico ejecutaban tareas físicamente duras y desde muy jóvenes. Algunos estudios han observado que el nivel de educación de los pacientes con dolor crónico se caracteriza por ser de baja cualificación profesional. El nivel de educación es una variable importante, porque está relacionada con la habilidad o capacidad que tiene el sujeto para crear y emplear estrategias eficaces ante la enfermedad y de



búsqueda de alternativas. Estas estrategias contribuirán en una mejor adaptación de la enfermedad (70).

El estudio de los acontecimientos vitales y su relación con la aparición de síntomas y enfermedades ha sido ampliamente estudiado (71–73). A menudo se enfrentan a significativas pérdidas sociales (por ejemplo, muerte de seres queridos, la pérdida de la independencia) y la dificultad para mantener las relaciones sociales, que pueden contribuir a la exacerbación persistente del dolor (74). Desde este punto de vista, se considera que un estresor es cualquier estímulo que exige que el organismo se adapte o se ajuste. Esta adaptación o ajuste se conoce como respuesta al estrés. El estrés que experimenta la persona en la vida real debe obedecer a múltiples sucesos, tales como muerte de familiares, matrimonio, parto, etc. Los acontecimientos vitales son importantes porque pueden estar relacionados con el desencadenamiento o mantenimiento del dolor (75).

De manera general, se ha observado que existe entre los pacientes con dolor crónico alta frecuencia de familiares o personas significativas con antecedentes de enfermedad de dolor. Los resultados sugieren que el dolor crónico tiene un componente hereditario (76). Estudios genéticos recientes persiguen encontrar las variantes genéticas implicadas en la cronicidad del dolor (77,78).

Epidemiología del dolor crónico

Las estimaciones de la prevalencia del dolor crónico no oncológico varían ampliamente y por lo general oscilan entre 10 - 30% en la población adulta, esta amplia variación puede reflejar no sólo diferencias reales entre las poblaciones, sino también el uso de diferentes definiciones de dolor crónico en los estudios de epidemiología y siendo en su mayoría dolor continuo o intermitente, que persiste durante más de 3 meses. El tipo de prevalencia varía mucho entre los estudios (prevalencia puntual, prevalencia de vida, etc.). También existen escalas diferentes utilizadas para medir la intensidad del dolor (VAS, PSI, SF-36 dolor corporal, etc.).

Reid y sus colegas llevaron a cabo una revisión sistemática de estudios epidemiológicos sobre el dolor crónico no oncológico en Europa (79)”. Se estima la prevalencia de dolor crónico en general en muestras combinadas de múltiples países europeos: la estimación de prevalencia puntual para cualquier dolor crónico en general fue del 17,1% (80). La prevalencia de 12 meses se estima en poco más de 29% (81). El estudio que lideró Breivik estimó la prevalencia

de un mes de dolor moderado a severo en el 19% (82). Estos resultados de prevalencia no eran comparables entre sí por la definición establecida para dolor crónico que varió entre estudios.

La prevalencia de síntomas físicos dolorosos aumentó en mujeres, a mayor edad y con el nivel educativo más bajo (81) y con la obesidad (80).

El estudio anteriormente mencionado de Harald Breivik (82), fue llevado a cabo en 15 países europeos e Israel, este nos revela que el 19% de los 46.394 encuestados en su conjunto habían sufrido dolor en los últimos meses con una intensidad mayor a 5 en la escala NRS. España tenía la menor prevalencia un 12% y Noruega el más alto con un 30%. Las personas con dolor leve no eran incluidas en este estudio: la proporción con dolor moderado fue del 66% y el 34% reportó dolor severo. La mediana de la duración del dolor fue de siete años, y el 21% de los participantes se quejó de sufrir con su dolor durante 20 años o más. Las localizaciones del dolor con mayor frecuencia fueron la espalda 24%, lumbares 18%, rodilla 16%, cabeza 15% y miembros inferiores 14%. De los encuestados, el 31% afirmó que no estaban siendo tratados para su dolor de ninguna manera, el 84% habían sido visto por un médico al menos una vez en los últimos seis meses a causa de su dolor y el 52% se automedicaba. Los fármacos más utilizados, tanto prescritos como no prescritos, fueron los AINEs, hasta un 44% y 55%, respectivamente, seguido de paracetamol 18% y 43%, respectivamente. Una proporción menor, un 23%, estaba tomando actualmente prescripción de opiáceos débiles y el 5% estaban tomando opiáceos fuertes. En relación a los tratamientos no farmacológicos, el 30% de los encuestados había probado el masaje y el 21% había probado la terapia física. Un 60% estaba satisfecho con su tratamiento contra el dolor; si bien, sólo el 45% reportó que su medicación prescrita estaba siendo eficaz. Entre el 40% y el 56% de los encuestados informaron limitaciones específicas de actividad debido a dolor crónico y 79% informó que su dolor aumenta con la actividad durante el día. En relación al aislamiento, el 27% eran menos capaces o ya no era capaz de mantener relaciones sociales y el 48% eran menos capaces o ya no es capaz para asistir a actividades sociales. La media del tiempo de trabajo perdido debido al dolor en los últimos seis meses fue de 7,8 días y el 13% había perdido 16 o más días; si bien, la mayoría, un 55%, no perdió ningún día de trabajo. Para aquellos que estaban trabajando, el 19% perdió su empleo, el 13% cambió de trabajo, y el 16% cambió responsabilidades o puesto de trabajo a causa del dolor.



Otra revisión se realizó para conocer los datos epidemiológicos relacionados con el dolor crónico no oncológico en España (83) y aporta datos de la prevalencia de dolor crónico general en la población española, siendo ésta del 12%. Por localizaciones y subtipos, las frecuencias fueron: dolor de espalda 14,7%, fibromialgia 2,4%, artritis reumatoide con dolor 0,5% y el dolor neuropático 3,9%. La duración media fue de 6,6 a 9 años, y el 44% reportó dolor severo. El 52-66% eran mujeres, con una media de edad 51-57 años, el 93% vivía con su familia, el 74,5% vivía en un entorno urbano, el 42% tenían sobrepeso y 29% obesidad. El 71% con nivel educativo bajo. En relación al control del dolor, el 67% de los encuestados no tenía el control adecuado del dolor y el 70% había cambiado la prescripción de fármacos debido al control inadecuado del dolor (82).

Weiser en su estudio sobre la población española nos habla que los niveles de depresión en pacientes con dolor oscilaron entre el 7% y el 29%, y los niveles de ansiedad del 8,2% al 12,9%. Tanto en la depresión como en la ansiedad se encontraron mayores niveles en las mujeres. Estas también mostraron niveles más altos de aislamiento social que los hombres, pero esto está relacionado con su menor capacidad funcional, ya que tienen más condiciones crónicas (83).

El estudio ITACA (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de vida en Algas), es un estudio sobre epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico, en el cual se realizó sobre población española no hospitalizada, con una muestra de 907 pacientes, de edad superior a 18 años e inferior a 80 años, tratados en una unidad del dolor con dolor crónico no oncológico de intensidad moderada-severa (intensidad del dolor > 50 mm en la escala analógica visual). La mayor parte eran mujeres, en un 66,03%. La edad media de la población fue de 57,43 (DE: 11,34), la mayor parte de ellos se encuentran en activo o invalidez transitoria, tienen estudios primarios y viven en entornos urbanos (84).

La mayoría de los pacientes padecían de lumbalgia, seguido de la osteoartritis y la artrosis. La mayor parte de estos presentaron un componente de radiculalgia. En relación a la antigüedad del proceso álgido esta fue de 5,32 años (DE: 6,31). Respecto a la intensidad del dolor, los valores medios de intensidad de dolor en la Escala Analógica Visual (EVA) fueron de 7,31 cm (DE: 1,29). Las mujeres presentaron una intensidad del dolor significativamente mayor que los hombres. Los grupos de edad más avanzada presentaron una mayor afectación por el dolor. Los pacientes refirieron que el dolor les despierta “algo o mucho” en el

71,87% de los casos. Sólo un 17,94% de los pacientes refirieron no despertarse por el dolor. El 78,84% de los pacientes recibía medicación concomitante para el tratamiento del dolor. El resultado que obtenemos son unas puntuaciones de calidad de vida muy bajas y por debajo de lo que podríamos considerar valor medio siendo 31,23 (DE: 7,42) en el ámbito físico y de 45,41 (DE: 10,10) en el mental. En cuestión de género no encontramos diferencias entre el estado de salud física mientras que sí que aparecen en el índice de salud mental, siendo favorecedor para los hombres (84).

Calidad de vida y dolor crónico

El primer uso del concepto de Calidad de vida tuvo lugar a fines de los años 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolganf Zapf. Entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva de satisfacción y de bienestar. En las décadas siguientes el término calidad de vida, se usó indistintamente para nombrar innumerables aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico, adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida (85).

Tal y como señalan Whitney y Andrews la calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo (86).

A causa de la vaguedad conceptual y su componente subjetivo se intentó acuñar el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para nombrar únicamente los aspectos de la vida relacionados con la salud, la enfermedad y los tratamientos. Esta utilización básica del concepto se inició en EEUU hace unos 40 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del estado funcional y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental (85) .

En los años 90, la división de salud mental de la OMS impulsó el proyecto WHOQOL para establecer si existía un concepto universal de calidad de vida. Si la posibilidad era positiva, su objetivo sería construir una medida que pudiera



ser utilizada para evaluar la calidad de vida de las personas que utilizaban los servicios sanitarios. Esta pretensión obedecía a varias razones: medir la salud más allá de los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad; de las medidas del impacto de la enfermedad y discapacidad, de la salud percibida y del estado funcional. También el proyecto se refiere al hecho de que el modelo médico necesitaba introducir un elemento humanístico en la atención sanitaria (87).

En numerosas enfermedades crónicas, el objetivo no es tanto curar como atenuar y mejorar el bienestar de los pacientes. Ello hace que las medidas clásicas de resultados (morbilidad, mortalidad) no sean suficientes y la medida de la CVRS surge como una información necesaria sobre el estado de salud del paciente (88). Además, el estado percibido de salud ha demostrado una capacidad de predicción de supervivencia o de hospitalización que es independiente de la influencia de confusores. Schumaker y Naughton propusieron en 1995 la siguiente definición: “La CVRS hace referencia a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite continuar aquellas actividades que son importantes para el individuo y que tienen un impacto sobre su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y cuidado personal, y el bienestar emocional” (89).

Así pues, la CVRS presenta 3 características importantes. En primer lugar, se basa en una evaluación subjetiva del individuo. En segundo lugar, refleja aspectos de la enfermedad que son importantes para el paciente. Por último, evalúa la salud en un rango amplio de aspectos (físicos, mentales y sociales).

La CVRS se sustenta sobre varios corpus teóricos, y uno de ellos es la Investigación en Resultados en Salud. Un segundo corpus teórico sobre el que se apoya la CVRS son las teorías económicas de obtención de preferencias o utilidades para la valoración del estado de salud (61).

Existen estudios que evalúan la CVRS en diferentes enfermedades crónicas con resultados evidentes de disminución de la misma en relación a personas sanas, siendo la artritis unas de las patologías con menor CVRS de las enfermedades crónicas estudiadas (90) y el dolor como la dimensión más alterada (91–94). Este fenómeno ha sido comprobado también en estudios longitudinales en los

que se muestra la disminución de la CVRS en relación al paso del tiempo de la enfermedad (95).

Como consecuencia, uno de los aspectos que más afectación sufre por la presencia de dolor crónico es la CVRS, en la medida en que ésta abarca el impacto de la enfermedad sobre la función física, psicológica y social del paciente, y refleja la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su estado de salud en relación con sus expectativas de vida (96). La CVRS es un indicador importante de cómo influye el dolor crónico en la vida diaria de la persona y de la eficacia de tratamiento que estén recibiendo (97,98), habiéndose constatado una correlación entre la disminución de la intensidad del dolor y la mejora de la CVRS (99).

Varios instrumentos de medida se han empleado en investigación relacionada con la CVRS en el estudio del dolor crónico como el WHOQOL (100,101) EL EQ-D5 (102,103) y los SF-36,12 y 6D (104,105), habiendo obtenido éste último mayor capacidad discriminante para el dolor crónico neuropático y nociceptivo, frente al EQ-D5 (106).

Impacto del dolor crónico

Desde el punto de vista del impacto en la salud, se ha encontrado una leve relación entre mortalidad y dolor crónico, aunque no estadísticamente significativa (107). Es desde el punto de vista de la funcionalidad donde las consecuencias del dolor crónico son incuestionables: una de cada tres personas con dolor crónico no es capaz de vivir de forma independiente o se enfrenta a importantes limitaciones a este respecto (108). Igualmente en la CVRS, como se ha visto anteriormente, el dolor tiene un impacto importante, tanto a nivel de la salud física como de la salud mental.

En relación a este ámbito, otro aspecto importante es la aparición con frecuencia de depresión y ansiedad, en muchas ocasiones infratratadas por no encontrarse como principal foco de enfermedad (109). Además, la depresión y el dolor comparten vías de neurotransmisión (110) y se ha constatado la asociación de dolor crónico moderado a severo con síntomas depresivos, disminución de la capacidad de trabajar y una mayor utilización de servicios sanitarios (109).

En relación al ámbito laboral, el dolor crónico tiene un impacto sustancialmente negativo en los resultados de desempleo, absentismo y pérdida de productividad (111).



El exceso de reposo y la reducción del nivel de actividad, el abuso y posible dependencia de estupefacientes y psicofármacos, los trastornos del sueño, los trastornos afectivos (ej: ansiedad y la depresión), el deterioro de las habilidades sociales, la ausencia de estrategias de afrontamiento del dolor, la disminución de fuentes de estimulación o distracciones, el apoyo social inadecuado y los sentimientos de ineficacia e indefensión en control del dolor son frecuente en los pacientes con dolor crónico. Además, en muchas ocasiones se unen varias de estas conductas formando círculos viciosos difíciles de romper (112). Todas estas conductas van a favorecer el mantenimiento del dolor e incluso pueden incrementar su percepción y dificultan la adaptación y aceptación, por lo que constituyen posibles áreas de intervención psicosocial.



Figura 4: Dolor crónico, impacto y círculo vicioso

El dolor crónico también supone un elemento de impacto económico serio, debido a los costes directos e indirectos (baja por enfermedad, disminución del rendimiento, pérdida de producción, etc.), llegando a representar el 2,5% del Producto Interior Bruto en España (113). En Estados Unidos los costes anuales se estiman en 635 billones de dólares (114).

Abordaje y manejo del dolor crónico

El hecho de la multidimensionalidad del dolor crónico tal como se explicita en

este trabajo, supone un tratamiento y abordaje multidisciplinar, haciendo uso de todo el arsenal terapéutico reconocido hasta el momento.

Existe una amplia variedad de tratamientos disponibles para paliar el dolor, aunque no todos funcionan por igual con cada persona debido a que el dolor es una experiencia individual. La complementariedad de los mismos ofrecerá una potenciabilidad del efecto beneficioso.

Es recomendable establecer un plan terapéutico con un enfoque multidimensional cuyos objetivos contemplen la disminución de la sintomatología y la reincorporación del paciente a una vida activa personal y laboral, recuperando sus relaciones interpersonales y sociales. Tanto los tratamientos propuestos, como los objetivos del tratamiento, deben ser acordados y discutidos con el paciente ya que este debe participar en las decisiones terapéuticas corresponsabilizándose de ellas.

Dentro de la diversidad de tratamientos para el abordaje del dolor crónico podemos encontrarnos con:

Tratamientos farmacológicos

Analgésicos.

La escalera analgésica es una estrategia terapéutica diseñada principalmente para manejo de dolor crónico compuesta por 3 niveles analgésicos: el nivel I incluye el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol y metamizol, lo que correspondería al escalón de los analgésicos no opiáceos; el nivel II incluye opiáceos menores, y el nivel III a los opiáceos mayores (115).

La ineficacia del tratamiento obliga a pasar de un nivel a otro. Las causas de fracaso se deben a la elección inapropiada del fármaco pero también es frecuente no haber respetado las normas de uso del fármaco. Así, conviene administrar las tomas de manera preventiva, con un horario fijo y a intervalos que tengan en cuenta la duración de la eficacia del fármaco.

El ascensor terapéutico es una estrategia basada en la escalera analgésica, que implica empezar el tratamiento por el escalón que más se adecue al tratamiento del dolor en función de la intensidad del mismo: comenzar por el 2º o 3º escalón en la fase de mayor dolor, abandonándolos paulatinamente y dejando otros analgésicos menos potentes a medida que el dolor disminuya (116).



Figura 5: El "ascensor" analgésico

Las recomendaciones de la OMS respecto a la escalera analgésica para el alivio del dolor en el cáncer han sido sometidas a debate a lo largo de los años, elogiadas por un lado por su simpleza y claridad, y criticadas por otro por sus omisiones. Existe el debate sobre si debería incluirse un cuarto peldaño con técnicas invasivas (117). Los expertos de la OMS afirman que la escalera se centra en el enfoque farmacológico del control del dolor. Abogan por que las técnicas intervencionistas se tengan en consideración al mismo tiempo que la utilización de la escalera, ya que pueden resultar apropiadas para pacientes con dolor leve, moderado e intenso. La escalera se basa en la intensidad del dolor y no en la estrategia del tratamiento. Pueden utilizarse técnicas de intervención en cada peldaño en función de las necesidades de cada paciente.

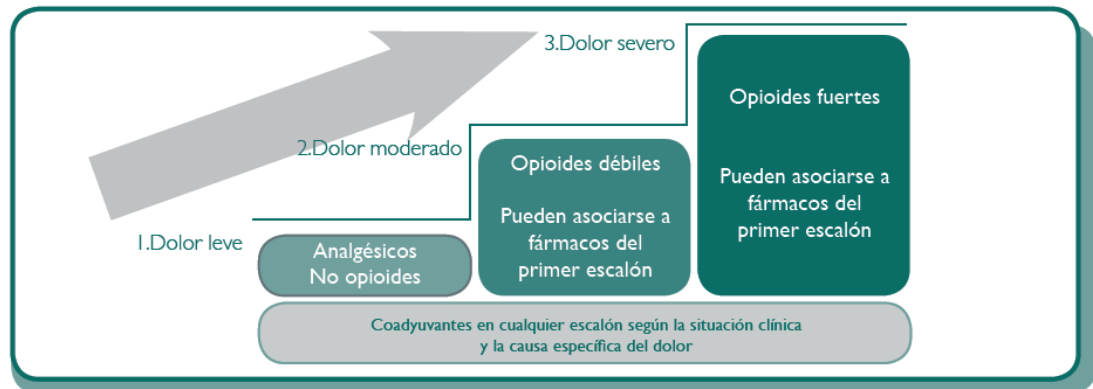


Figura 6: Escalera analgésica

Cuando se administra morfina, es preferible empezar con la forma de liberación inmediata para después pasar a la de liberación tardía. La inmediata es muy útil como fármaco de rescate. Toda prescripción de morfina ha de estar asociada a la de un antiemético, que se administrará para prevenir y/o tratar las náuseas y vómitos. Además, puede aconsejarse sistemáticamente la administración de un suplemento de fibra y/o laxante, dada la frecuente asociación con estreñimiento.

Coadyuvantes

Los coadyuvantes son fármacos que pueden no ser principalmente analgésicos en base a su mecanismo de acción pero que presentan efectos analgésicos en ciertos casos porque actúan sobre las vías o mecanismos del dolor (118). Los antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, corticoesteroides, ansiolíticos y psicoestimulantes son grupos de fármacos importantes para el alivio del dolor. Los antidepresivos se utilizan por su acción analgésica en algunas indicaciones y contra los síntomas psíquicos asociados al dolor. Las indicaciones más interesantes son los dolores neuropáticos, las cefaleas y la fibromialgia. Se debe esperar 4 semanas antes de hablar de fracaso terapéutico. Los anticonvulsivos están indicados en el componente fulgurante del dolor neurógeno y en la neuralgia esencial del trigémino. Los más utilizados son la carbamacepina, el clonacepam, la gabapentina y el topiramato. La dosis se va ajustando de manera individual hasta conseguir la dosis efectiva. Además hay que resaltar la importancia de la medicación concomitante mencionada anteriormente necesaria para resolver los efectos adversos de algunos fármacos como los antieméticos y laxantes.



Técnicas invasivas

Las técnicas invasivas son utilizadas cuando las medidas farmacológicas habituales se muestran ineficaces para un adecuado control del dolor, o bien cuando la analgesia se logra, pero a costa de unos efectos secundarios intolerables para el paciente. Se utilizan también fármacos en técnicas anestésicas invasivas como pueden ser los bloqueos nerviosos no neurolíticos, estos se realizan con anestésicos locales en puntos musculares, en cicatrices dolorosa, y en troncos nerviosos (119). Suelen producir un alivio que se prolonga más allá del efecto farmacológico. Los anestésicos locales han demostrado su eficacia incluso administrados por vía sistémica.

Las bombas de infusión interna son sistemas totalmente implantables y programables, que confieren al paciente gran autonomía, sin percibirse externamente su presencia, son programables telemétricamente desde un ordenador y precisan relleno de su depósito cada varios meses (118), existen también otros tipos de dispositivos mecánicos, electrónicos y elastoméricos que pueden ser utilizados tanto en medios hospitalarios como ambulatorios.

Otras técnicas invasivas con fármacos son las inyecciones de toxina botulínica (120), bloqueos epidurales y bloqueos ganglionares (121).

Tratamientos no farmacológicos

Métodos físicos y quirúrgicos

En este aspecto, cada vez se abre un mayor abanico de posibilidades, la bibliografía nos aporta información reciente sobre la evidencia científica de la efectividad de los distintos abordajes no farmacológicos. A continuación, desarrollamos los más relevantes:

La terapia física tendrá un gran papel en el abordaje del dolor, la cinesiterapia es esencial en dolores crónicos que afecten al aparato locomotor ya que el reposo y la inactividad pueden crear acortamientos de la amplitud articular (122). La termoterapia, la hidroterapia, la terapia manual, y los programas de ejercicios se emplean con frecuencia para el tratamiento del dolor crónico musculoesquelético (123).

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) tiene por objeto reforzar o suplir el mecanismo inhibitor que está fallando, por lo que es útil en dolores

neurrológicos por pérdida de impulsos aferentes, como los dolores secundarios a la lesión de un nervio periférico o las lumbociáticas por fibroaracnoiditis. También resulta eficaz en dolores no neuropáticos, incluso en dolores crónicos postraumáticos o reumatológicos (124).

Las técnicas de neuroestimulación se basan en los mismos principios que el TENS. Transmite señales eléctricas suaves. Se practica mediante electrodos introducidos por vía percutánea para alojarlos en el espacio epidural. Las señales eléctricas causan una sensación de hormigueo en el área del dolor crónico. El neuroestimulador se implanta quirúrgicamente (121). Hay varios métodos de estimulación: de nervios periféricos, de los cordones posteriores de la médula e incluso de niveles cerebrales profundos. La selección de los pacientes debe ser rigurosa.

La técnica de radiofrecuencia implica el paso de una corriente de alta frecuencia a través de una cánula que está totalmente aislada excepto en la. Al pasar la corriente por la cánula, la temperatura en la misma aumenta en la punta. Este aumento de temperatura, generalmente un nervio sensitivo responsable del cuadro de dolor, tiene como consecuencia la interrupción en la transmisión del dolor en el caso de radiofrecuencia térmica a 80°, siendo esta neuroablative o como una modificación en la transmisión en la radiofrecuencia pulsada a 40° no neuroablative (125). El procedimiento se practica con anestesia local y con una sedación.

Por último, cabría mencionar la existencia de técnicas neuroquirúrgicas de sección que consisten en la destrucción, más o menos selectiva, de las vías del dolor (126). Su empleo se justifica en algunos dolores neoplásicos que escapan a los tratamientos oncológicos y a los tratamientos analgésicos médicos; por ello, en la actualidad, éstas son intervenciones que cada vez se proponen con menos frecuencia.

Modelos de abordaje psicosocial

El objetivo de la intervención psicosocial en el dolor crónico debe ser la normalización, en la medida de lo posible, de los patrones de vida del paciente. Más que un proceso dirigido a eliminar la causa, estas intervenciones deben ir dirigidas a enseñar a los pacientes estrategias que le permitan controlar de alguna forma su dolor, incrementar sus sentimientos de autoeficacia y controlabilidad y evitar los trastornos afectivos, favoreciendo así su adaptación a este padecimiento

crónico y la normalización, en la medida de lo posible, de su vida.

El abordaje psicológico para el dolor crónico ha estado en continuo desarrollo desde la década de 1960. Diversos modelos de la psicología le han dedicado atención al dolor de entre los que destacan fundamentalmente (127):

Aproximación Conductual: El modelo de condicionamiento clásico nos acerca al planteamiento de que el dolor crónico es fruto de la reacción producida por la hipertensión muscular, de esta forma evitando el movimiento se reduciría el dolor. Este enfoque postula un tipo de aprendizaje en el que las probabilidades de que una determinada conducta tengan lugar van a depender básicamente de las consecuencias que dicha conducta tenga para el individuo.

Uno de los pioneros en estos trabajos en relación al dolor crónico fue Fordyce (128), de acuerdo con su propuesta, el dolor se perpetuaría a través del condicionamiento operante: después de producirse una lesión, el comportamiento de reposo, evitación, toma de medicación, etc, se vería reforzado por el alivio inmediato del dolor y posteriormente por la atención de sus allegados, disminución de responsabilidades etc....

Fordyce, propone el concepto de “conducta de dolor”. Este concepto describe que la conducta manifiesta del dolor es su forma de expresar su sufrimiento e impacto, esta conducta es la que es posible modificar. Cuando el dolor cronifica este queda bajo el control de las condiciones ambientales produciéndose alteraciones importantes en sus interacciones. También observó que la conducta anormal de enfermedad estaba más relacionada con el condicionamiento que con la patología orgánica, y con la captación de la atención de sus allegados eludiendo responsabilidades no deseadas.

En el modelo conductual se aplica la teoría del aprendizaje operante en el análisis de la experiencia dolorosa. Se reconocen vías a través de las cuales el dolor puede llegar a convertirse en una conducta operante. Una de ellas es el refuerzo positivo de la conducta de dolor; tomar medicación cuando le duela, el reposo, etc, lo que en realidad está promoviendo la cronicidad del problema. Refuerzo negativo lo cual le permite al sujeto librarse de situaciones desagradables como asumir ciertas responsabilidades (129).

En general, estos programas de abordaje suelen centrarse en conductas como el abandono de la medicación innecesaria o el incremento de la actividad física

para romper asociaciones. Los tratamientos que incorporan principios operantes han demostrado ser eficaces para reducir el dolor, la discapacidad y disfunción psicosocial (130).

Aproximación cognitiva: En contraste con el modelo de condicionamiento operante, hay un enfoque explícito en los pensamientos, creencias y las emociones. Este modelo nos dice que la conducta está determinada en gran medida por la forma en que la persona interpreta el mundo centrandose en aspectos no observables que median entre el estímulo y la respuesta. En definitiva, considerando que en función de cómo una persona piense y sienta en una situación dada dependerá el significado afectivo y su actuación.

Los componentes cognitivos se añadieron a los protocolos de tratamiento durante la década de 1970, a partir de la aplicación de formación inoculación de estrés de Meichenbaum, donde la atención se centró en enseñar a las personas con dolor a modificar sus respuestas, cambiando su valoración y las opciones de respuesta a través de la auto-instrucción. También se trabaja en conocer las estrategias de afrontamiento del individuo en relación a la experiencia dolorosa (127).

Dentro de la definición del papel que juegan las cogniciones en la modulación del dolor, se distinguirán los esquemas cognitivos, que son estructuras cognitivas estables acerca del dolor que determinan la percepción que el paciente tiene sobre su dolor y como afrontarlo. Estos están basados en experiencias que el propio sujeto u otras personas han experimentado, incluyendo a las creencias. Los procesos cognitivos harán referencia a los procesos por los cuales los sujetos con dolor utilizan para controlarlo, son responsables de la transformación de nueva información y la modificación de representaciones internas. (131).

Los programas cognitivos-conductuales tienen por objetivo enseñar al paciente a identificar a relación entre pensamientos, sentimientos y conducta y así mismo proporcionarle estrategias para afrontar adecuadamente su problema de dolor. La característica fundamental del enfoque cognitivo es trabajar para modificar el componente sensorial.

Es importante aportar al paciente una representación lo más tranquilizadora posible de su dolor y ayudarlo a eliminar las distorsiones cognitivas que favorecen los comportamientos mal adaptados. Desde el enfoque cognitivo-conductual el objetivo vendría marcado por estimular la reanudación de las actividades



cotidianas de manera graduada y progresiva, tratando de interrumpir el círculo vicioso dolor-inactividad.

Existen múltiples estudios que muestran evidencia sobre el uso de la terapia cognitivo conductual en pacientes con dolor crónico y su eficacia (36,132,133), revisiones y metaanálisis (130,134,135).

A la llegada del año 2000 la realidad es que no existía un único enfoque cognitivo-conductual, sino programas de tratamientos compuestos generalmente de diversos enfoques y componentes (127). Sin embargo, siguen desarrollandose intervenciones conductuales, en particular, una forma específica de exposición gradual relacionada con el dolor. Este tratamiento fue desarrollado por Vlaeyen (136). Se deriva de la teoría del aprendizaje para tratar las conductas que se rigen por el miedo y la evitación. Este modelo, conocido como modelo miedo-evitación explica que los movimientos relacionados con el dolor conlleva al miedo y a la hipervigilancia, y ello conduce a la evitación, al catastrofismo, a la discapacidad y la depresión, en un ciclo continuo.

Además de los 2 ejes principales en la TCC, psicólogos que trabajan en el abordaje del dolor crónico han desarrollado los conocidos tratamientos de la tercera generación. Los ámbitos más desarrollados e investigados de estos en la terapéutica del dolor son la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el mindfulness o atención plena (127). La terapia de aceptación y compromiso se encuadra dentro del conductismo radical, que considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento. De forma que lo importante para ella no es el contenido de los pensamientos, sino la función que tienen en el contexto en el que se dan.

El objetivo de la ACT es eliminar la rigidez psicológica para lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento. El paciente llega a la terapia con una idea de cómo resolver su problema y quiere que el terapeuta le ayude a ir en la misma dirección porque en realidad no ve otra salida. Pero hay que enseñarle que no es por ese camino por donde va a lograr superarlo, tiene que cambiar de planes. La técnica de la desesperanza creativa de la terapia de aceptación y compromiso es utilizada para hacer ver al paciente que los métodos que está aplicando no son eficaces y que tiene que abrir su mente a otras alternativas, se trata de hacerle comprender que los intentos de control no son la solución, sino el problema

(137,138). Un reciente metaanálisis nos revela que la evidencia aportada por estudios realizados para valorar la eficacia de la ACT aporta buenos resultados significativos y con grandes tamaños del efecto para las medidas de aceptación del dolor y la flexibilidad psicológica, que son procesos de ACT típicamente considerados. Para la ansiedad y la depresión presenta tamaño de efecto medio. En cambio para las variables de intensidad del dolor y calidad de vida no fueron significativas (139).

La atención plena o mindfulness es otra de las terapias que es empleada actualmente para la atención del dolor. Aunque comúnmente se asocia con el budismo, muchas de las tradiciones religiosas del mundo utilizan mindfulness de manera implícita o explícita, pues es una capacidad básica y humana de conexión con el presente. Fue utilizado inicialmente para tratar el dolor crónico por Kabat-Zinn en el 1980s (140). Melzack pero sólo se difundió más tarde después de su introducción en la salud mental de adultos. Kabat-Zinn definió el mindfulness como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”. Este tipo de atención nos permite aprender a relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en nuestra vida, aquí y ahora, en el momento presente. Es una forma de tomar conciencia de nuestra realidad, dándonos la oportunidad de trabajar conscientemente con nuestro estrés, dolor, enfermedad, pérdida o con los desafíos de nuestra vida. En contraposición, una vida en la que no ponemos atención, en la que nos encontramos más preocupados por lo que ocurrió o por lo que aun no ha ocurrido, nos conduce al descuido, el olvido y al aislamiento, reaccionando de manera automática y desadaptativa (141).

No es raro encontrar un programa clínico con varios componentes: educación, reestructuración cognitiva, el ejercicio gradual, la meditación consciente, y habilidades de afrontamiento, etc., como ocurre en el programa desarrollado en este proyecto.

Técnicas como la hipnosis (142), la imaginación guiada (143), técnicas de relajación (144) y la acupuntura (145) están siendo usadas con éxito en el contexto de la patología de dolor crónico.

Muchas de las conocidas como terapias complementarias son de uso frecuente por muchos pacientes con dolor crónico. Cada vez más, estas están siendo sometidas a investigación rigurosa para verificar su efecto dando ya muchas de ellas resultados basados en la evidencia científica (146). Entre ellas nos podemos encontrar la revisión sistemática cochrane sobre el uso de hierbas medicinales



en el dolor crónico lumbar (147) musicoterapia (148,149), arteterapia (150–152) y de terapias energéticas como puede ser el Reiki (153,154).

Estas terapias incorporan explícitamente el poder de la conciencia e intención en la interacción humana del encuentro de curación. Estos enfoques pueden dar respuesta a la atención individualizada y humanizada para el tratamiento de la población difícil y desafiante de los individuos con dolor crónico (146).

En relación a las estrategias de tratamiento del dolor más eficaces actualmente se dirigen a una variedad de elementos terapéuticos que se administran de forma simultánea conocidos como programas multidisciplinares (155–159). Muchos centros de tratamientos disponen de una oferta multidisciplinar. La IASP define un centro multidisciplinar del dolor de nivel 1 cuando es atendido por una variedad de profesiones de la salud con experiencia en el manejo del dolor, incluyendo médicos, enfermeras, profesionales de la salud mental y terapeutas físicos. Las oportunidades de formación, y la investigación deben estar disponibles en el centro de dolor (160). Una revisión sistemática reciente pone en evidencia de la dificultad de accesibilidad de los pacientes a este tipo de centros debido al escaso número de ellos y la gran demanda que hay en los existentes. También evidencia la variabilidad en los programas de tratamiento y en los métodos de investigación utilizados en los estudios (161).

Terapia de grupo

Destacamos el abordaje en terapia grupal en un apartado independiente, ya que será el ámbito donde se desarrollarán las intervenciones enfermeras de este estudio dirigido a pacientes con dolor crónico no oncológico.

Básicamente esta se conoce como la aplicación de técnicas terapéuticas dirigidas a un grupo de pacientes. Esta modalidad tiene una característica particular que le otorga un potencial terapéutico excepcional, el grupo en sí mismo es un instrumento de cambio en las interacciones entre los pacientes. Estas interacciones vienen a sumarse a la aplicación de técnicas específicas e intervenciones por parte del terapeuta (162).

Existen diferentes modalidades de terapia grupal, entre las cuales figuran: Grupo Terapéutico, Grupo de Apoyo y Grupo de Autoayuda:

- Grupo Terapéutico: Es un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas que llevarán

a la consecución de un objetivo en común.

El terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo. El líder terapéutico es un profesional adecuadamente entrenado, consciente de sí mismo que se responsabiliza de la definición de los objetivos del grupo, la selección de los miembros, el establecimiento del acuerdo, del inicio y mantenimiento del proceso terapéutico.

- Grupo de Apoyo: Por otro lado, el grupo de apoyo, es un grupo abierto, es decir cada participante decide continuar o no en el grupo, la participación es libre y voluntaria, no es dirigido por terapeutas sino por facilitadores, los cuales son los mismos participantes del grupo acompañados por este el cual proporcionará la metodología a utilizar.
- Grupo de Autoayuda: En el grupo de autoayuda, la relación se da de forma horizontal, esto quiere decir que no existen categorías de expertos ni profesionales. Al igual que el grupo de apoyo, es un grupo abierto, y de participación libre y voluntaria. Pero a diferencia del anterior, no se cuenta con un plan de trabajo.

La psicoterapia de grupo tiene por objetivo modificar las conductas y cogniciones inadaptadas de cada uno de los miembros (163).

Las características generales de los grupos según Yalom son:

La composición del grupo. Este es muy importante, e influye en muchos aspectos del funcionamiento del mismo. Puede ser homogéneo, cuando los integrantes comparten al menos una de las siguientes categorías: edad, sexo, nivel sociocultural, diagnóstico, etc. o heterogéneo cuando los participantes presentan diferentes características. En relación con la heterogeneidad, una razón teórica es la concepción del “microcosmos social”, según lo cual tener más variedad entre los miembros, este será más similar al universo social, y la variedad de interacciones posibles en él, lo que implicará una mayor posibilidad de diversos aprendizajes interpersonales. En apoyo de la homogeneidad, se encuentra la teoría de la “cohesión de grupo”, que indica que la atracción del grupo influye en los resultados (164).

Espacio físico: Es importante tener un espacio físico siempre disponible, con un tamaño adecuado, con asientos cómodos, que proporcione intimidad y no distraiga la atención, y que el grupo pueda disponerse de forma circular y a un mismo nivel, desde donde todos se puedan ver.



El grupo: Este puede ser un grupo pequeño de entre 4 y 12 participantes; este tamaño ofrece ventajas tales como ambiente protegido, diversidad de modelos y gran posibilidad de control por parte del terapeuta. Según Yalom, la duración debe de ser entre 60 y 120 minutos. Después de 2 horas se comienzan a fatigar. En grupos que no puedan mantener mucho tiempo la concentración se recomienda 45 a 60 minutos. Una vez a la semana se utiliza generalmente con pacientes en ámbitos ambulatorios.

Será necesario establecer unos criterios de inclusión y exclusión para participar de la terapia grupal. El terapeuta debe aliviar los temores del paciente enfatizando el ambiente seguro y de apoyo grupal. Vinogradov y Yalom indican que este viene a ser un proceso de desmitificación y de establecimiento de una alianza terapéutica.

Aunque cada grupo es complejo y particular, se puede mencionar una secuencia natural en su desarrollo inicial:

Primera reunión:

A pesar del temor que provoca, generalmente es exitosa. Algunos terapeutas hacen una introducción acerca de la finalidad y el método de la terapia de grupo; otros mencionan algunas reglas básicas, como la sinceridad y la discreción. Generalmente los participantes se presentan, y después de un silencio profundo alguien comienza a hablar. Usualmente da a conocer sus razones para acudir a terapia, y otros miembros hacen lo mismo. En esta primera reunión el terapeuta es activo.

Los grupos deben determinar el método, el por qué están en el grupo, y deben atender sus relaciones sociales para crear un ambiente acogedor y tranquilo para lograr esta tarea, junto con satisfacer la necesidad de pertenecer al grupo. Al comienzo, por lo general los miembros buscan el significado de la terapia, saber en qué forma los ayudará, a la vez, que buscan su papel y el de los demás en el grupo, ser aprobados, aceptados, respetados o dominar, se preguntan cómo deben actuar en el grupo y qué se espera de ellos. En los grupos de terapia suele hablarse de descripción de síntomas, experiencias previas de terapia, medicamentos, etc.

Segunda etapa:

Los participantes o pacientes se ocupan del dominio, el control y el poder; cada miembro intenta posicionarse como más cómodo le resulte según su

cantidad de iniciativa y poder, estableciéndose una jerarquía. Aumentan los comentarios negativos, en una lucha por el dominio.

Tercera etapa:

Después de la anterior etapa el grupo poco a poco se transforma en una unidad cohesionada. En esta etapa hay un aumento del espíritu, confianza mutua y revelaciones del grupo. Estas etapas son imprecisas e incluso pueden llegar a solaparse entre los distintos miembros.

Se describen factores terapéuticos comunes a todos los grupos (165):

Infundir esperanza: El solo hecho de tener fe en el tipo de tratamiento ya resulta eficaz para la terapia, así como también resulta importante que el terapeuta crea en sí mismo y en la capacidad de su grupo e infunda ese optimismo a sus clientes.

Universalidad: Darse cuenta que otros pacientes revelan preocupaciones similares a las suyas.

Impartir información participativa: La educación sanitaria proporcionada en el grupo aportará una experiencia curativa y de aprendizaje.

Altruismo: Los pacientes descubren que pueden ser importantes para los demás, ayudándose unos a otros, ofreciéndose apoyo, seguridad, sugerencias; y llenando así su necesidad de sentirse útiles.

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: El grupo de terapia se asemeja a la familia, dando la oportunidad de revivir de forma correctiva, los problemas familiares, basados en la realidad y conduciéndose de manera apropiada al ensayar nuevas formas de conducta.

Desarrollo de habilidades sociales o socialización: Se enseña a desempeñar roles más apropiados, se retroalimenta el uso de reglas básicas de conducta social apropiada.

Conducta de imitación: Se toma aspectos conductuales del terapeuta o de otros miembros del grupo a través del modelado de conducta.

Aprendizaje interpersonal: Enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales, la experiencia emocional correctiva y el grupo como microcosmo social.

Exponer al paciente a las situaciones que no haya podido manejar en el

pasado proporcionándole ayuda y una experiencia correctiva.

El grupo como microcosmo social: El intercambio entre el miembro estimulan y las reacciones con los otros.

La cohesión del grupo: Los miembros del grupo terapéutico pueden llegar a ser muy importantes entre sí. El sentido de solidaridad en el grupo promueve la asistencia voluntaria, la participación y la ayuda mutua.

Más allá de las tareas específicas del terapeuta, es primordial que este establezca una actitud básica, una relación terapéutica de interés, aceptación, sinceridad y empatía con el paciente. Según Yalom (1986) el terapeuta tiene ciertas tareas fundamental es:

El terapeuta es el responsable de crear y reunir el mismo, la permanencia de los miembros es una condición para que la terapia sea exitosa. En un comienzo el terapeuta, ya que los demás no se conocen, es la fuerza unificadora.

Una vez formado el grupo, el terapeuta ha de modelarlo en un sistema social terapéutico desarrollando la cultura de grupo, pero son los miembros del grupo los que ofrecen los distintos factores terapéuticos antes mencionados, por lo que en gran parte el grupo es el agente de cambio. Para ello, se han de ir generando ciertas normas grupales que favorezcan este tipo de interacciones, las cuales se van elaborando según lo que los miembros esperan, y por las direcciones explícitas o implícitas del terapeuta.

Podríamos concretar que el terapeuta tiene 4 funciones básicas en el grupo:

1. Estímulo emocional: Desafíos, modelado intrusivo haciendo que se corran riesgos personales y que se revele mucho de sí mismo.
2. Cuidado: ofrecer apoyo, afecto, elogios, cariño, aceptación, autenticidad e interés.
3. Atribución de significados: Explicar, aclarar, interpretar, ofrecer un marco cognoscitivo para el cambio, traducir las experiencias y los sentimientos en ideas.
4. Función ejecutiva: Fijar límites, establecer normas y metas, distribuir el tiempo, marcar el ritmo, interceder y sugerir procedimientos.

La evidencia disponible acerca de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos hoy en día es indiscutible, no existe evidencia científica de que los resultados de la terapia grupal difiera de los alcanzados con la individual

(166). Su eficacia se ha comprobado en gran variedad de trastornos desde el comportamiento neurótico hasta la sociopatía, el abuso de sustancias y la enfermedad mental crónica (167–170).

En la actualidad, esta gran difusión puede ser entendida como un indicador de la eficiencia de la psicoterapia de grupo, la cual tiene relación con su disponibilidad. Permite utilizar de manera más eficiente el tiempo, espacio, personal, y otros recursos, para un elevado número de clientes.

Los mismos autores afirman que además, la psicoterapia de grupo presenta ventajas relacionadas con las propiedades particulares del escenario grupal, dada la gran importancia que tienen las interacciones interpersonales en el desarrollo psicológico humano. Personalidad y patrones de comportamiento pueden considerarse el resultado de las relaciones interpersonales tempranas con personas significativas, y en general la formación de vínculos, imprescindible para el desarrollo.

Además, experimentar cohesión, apoyo y/o autorreflexión, en un contexto grupal, se conjuga con el hecho de que en nuestra sociedad actual, cada vez es más difícil esta expresión, produciéndose en cambio, un estado de alienación interpersonal. Lo anterior trae consigo una sensación de aislamiento, anonimato y fragmentación social, por lo cual el escenario grupal se hace más necesario y más recurrido.

Durante la última década, la terapia de grupo se sitúa como una de las principales formas de tratamiento psicológico para el dolor crónico (171). Los estudios de investigación que evalúan la eficacia de la terapia de grupo, incluyendo la terapia cognitiva-conductual, indican que se puede reducir significativamente el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan dolor crónico (36,172,173).

Según Keefe, la terapia de grupo tiene muchas ventajas en el tratamiento de dolor crónico. En primer lugar, el grupo proporciona un entorno en el que los pacientes que sufren el dolor pueden estar en contacto con otros que tienen problemas similares. En segundo lugar, la terapia de grupo puede ayudar a una mejor comprensión del dolor. En tercer lugar, se puede enseñar a los pacientes habilidades efectivas de afrontamiento (174). Mann, nos refiere que los programas de automanejo dirigidos a pacientes con dolor en sesiones grupales aportan beneficios añadidos a las individuales en relación a los beneficios de la dinámica



de grupo, además de resultar mucho más rentables (175) .

La realización de terapia de grupo para pacientes con la enfermedad de dolor crónico no es siempre un asunto sencillo, y pueden surgir dificultades clínicas importantes, entre ellas. Los problemas relacionados con cómo hacer frente a las expectativas del paciente, la ira y la angustia emocional son frecuentes. El buen conocimiento de los contenidos y la expertía del terapeuta en el manejo de la terapia grupal serán buenos predictores del éxito o fracaso de la terapia (176).

Una pieza esencial en el abordaje multidisciplinar del dolor crónico: los servicios enfermeros y la prestación de cuidados

A lo largo del marco conceptual hemos ido contemplando distintos enfoques de abordaje del dolor crónico. Desde los que dan respuesta claramente a un modelo biomédico como aquellos enfocados en un modelo biopsicosocial que contempla al individuo en todas sus dimensiones.

Históricamente, los tratamientos psicológicos se han suministrado principalmente en atención especializada y a una pequeña proporción de pacientes con dolor crónico, que presentaban altas discapacidades. Eccleston en 2013, plantea un nuevo concepto; “la psicología normal del dolor”. Esta busca entender la experiencia del impacto de dolor en los procesos normales y la gama de adaptaciones posteriores que las personas hacen como resultado a los nuevos retos que se plantean (127). Para poder acceder a trabajar desde el enfoque de “la psicología normal del dolor” tal como la define Eccleston, esta atención debería ser facilitada desde niveles de atención comunitaria incorporando otras disciplinas para poder actuar a nivel incipiente de la enfermedad de dolor crónico (177).

El abordaje del tratamiento del dolor exige de un equipo multidisciplinar tal como hemos venido desarrollando, en el que la enfermería, por su presencia cercana del paciente y su formación, ocupa un lugar privilegiado para el diagnóstico, control, evaluación y seguimiento del dolor. Existe evidencia en distintos estudios que protocolos de actuación gestionados por enfermeras puede tener efectos positivos en el manejo ambulatorio de adultos con enfermedades crónicas (178).

Las enfermeras, por su formación basada en el abordaje integral de la persona y su orientación a favorecer el autocuidado, la autonomía y el bienestar del sujeto,

pueden asumir un papel fundamental en el manejo del dolor crónico, añadiendo a su enfoque cuidador, el conocimiento actual sobre valoración y manejo del dolor (176).

En el ámbito de la Atención Primaria, Horroks y cols. describieron una mayor satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería en el manejo de enfermedades de baja complejidad, con igualdad de resultados asistenciales, al compararla con la atención médica recibida (179,180), o en la atención a pacientes con cáncer en el control de síntomas, CVRS, supervivencia (181–183). Estos roles de práctica avanzada enfermera han mostrado posteriormente resultados de impacto en disminución de mortalidad, hospitalizaciones (181) y, al igual que en muchos otros campos de la enfermería de práctica avanzada, la enfermera debe desarrollar un mayor papel en los procesos organizativos y terapéuticos de las unidades del dolor (184).

Fueron los cambios conceptuales en dolor, los grandes avances en técnicas de tratamiento, la aparición de las unidades de dolor y enfermeras como Cecily Saunder y Margo McCaffery los que contribuyeron a dar un giro muy importante a la función de la enfermera en el abordaje del dolor.

Cicely Saunders (1918-2005), se considera fundadora de los cuidados paliativos, desarrolló la teoría del “dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar (185). Este dolor cuando no es aliviado es capaz de convertirse en el centro de la vida de una persona. Por tanto, precisa de un equipo multidisciplinar para su manejo y control. Se entiende como dolor total al “sufrimiento” de los enfermos neoplásicos.

Margo McCaffery, enfermera y pionera en el manejo del dolor como enfermera experta, define al dolor, con su frecuente cita; “*el dolor es lo que el paciente dice que es, existiendo en cualquier momento que el paciente lo diga*”. Este concepto se ha venido repitiendo en las últimas décadas, en relación a la subjetividad del dolor, y a la credibilidad que nos debe de suponer la manifestación del paciente, sin juzgar la veracidad de la experiencia dolorosa, sino, valorándola (186). Así que, como profesionales de la enfermería, deberemos acercarnos a la experiencia de los pacientes que sienten dolor y conocer su vivencia personal así como la percepción que tienen sobre el cuidado que ofrecemos y sus expectativas para



proporcionar un cuidado integral.

Un manejo efectivo del dolor depende de una valoración precisa y del desarrollo de una propuesta holística para el mismo, que incluya métodos farmacológicos y no farmacológicos (187). Además, la enfermera, en colaboración con otros profesionales, tiene un papel clave en la selección de un método apropiado para el tratamiento del dolor y adecuarlo de acuerdo a las preferencias y valores de la persona. Por su formación farmacológica pueden hacer recomendaciones en el manejo de la medicación y pueden implementar medidas no farmacológicas complementarias al tratamiento farmacológico (187).

El personal de enfermería, debe adquirir el compromiso de incorporar sus capacidades y habilidades como educador y motivador dentro de un equipo multidisciplinar. Así, el paciente podrá poner en práctica capacidades para aprender nuevas formas de conceptualizar el dolor, nuevos mecanismos de afrontamiento y nuevas habilidades para dirigir su vida siendo así el paciente un agente activo de su proceso.

Castillo Bueno y sus colegas concluyen en su revisión sistemática, que las intervenciones de enfermería pueden ser unas intervenciones sencillas y eficaces para el manejo del dolor crónico, y deben ser consideradas además de los tratamientos farmacológicos. Entre estas intervenciones se incluyen la musicoterapia, la terapia cognitivo-conductual, la terapia magnética, las imágenes guiadas, la educación y la estimulación sensorial, con un nivel de evidencia B (188).

Además, hay resultados de estudios de investigación que muestran la importancia del liderazgo en la participación de las enfermeras de los enfoques basados en la terapia cognitivo-conductual (176,189,190). Dysvik afirma que las enfermeras son competentes para desarrollar y organizar este tipo de programas y tienen un papel esencial en la coordinación de equipos, organizar el tratamiento y el seguimiento de pacientes (191).

Enfermería ante el abordaje del dolor fomenta la participación del usuario y por tanto favorece su independencia en los autocuidados, fomenta estilos de vida saludables, disminuye la automedicación. Las enfermeras que trabajan en los programas de tratamiento del dolor realizan funciones de educación terapéutica y gestión de casos, lo que supone una actividad independiente de enfermería.

Diversos estudios recientes, concluyen que existe una insuficiente formación

de los profesionales de enfermería sobre el manejo del dolor crónico (192). Enfermería por tanto, tiene el reto y la obligación moral de formarse en dolor para atender de la forma más correcta y ética posible la demanda de los pacientes que sufren un proceso doloroso crónico.

En los últimos años, estamos asistiendo a una mayor sensibilización por parte de asociaciones, administración sanitaria y profesionales en relación con el dolor. Cada vez existen más demandas sociales que exigen intervenciones profesionales para conseguir una mayor calidad en la atención a pacientes con patologías crónicas y dolor. La formación debe ir dirigida y planificada hacia contenidos teórico-prácticos, tanto en los niveles del pregrado como de postgrado. La formación pregrado impartidas en las facultades universitarias debe recoger capacitar a los estudiantes en conocimientos y habilidades para el abordaje del dolor de manera multidimensional. En relación a la formación continuada y postgrado, en nuestro centro contamos con un itinerario formativo dirigido específicamente al personal de enfermería en tres niveles adaptado a cada una de las áreas. Podemos encontrar masters dirigidos a varias categorías profesionales, ninguno actualmente específico para la disciplina enfermera.

Existen modelos teóricos que enmarcan los cuidados enfermeros. Dunn en 2004 desarrolló una teoría de Adaptación del dolor. El propósito de ese trabajo fue deducir el modelo de adaptación al dolor crónico del modelo de adaptación de Callista Roy (193). Con posterioridad se presenta un estudio transversal para probar dicha teoría. Cuando un estímulo doloroso (estímulo focal) provoca una respuesta en la persona la edad, el género, la raza etc (estímulos contextuales) influirá en la magnitud del estímulo doloroso. Estos estímulos activa el sistema nervioso, y a través del proceso de percepción, se hace consciente del dolor. Según Roy el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital en el que se encuentra el individuo y se describen en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido. Los procesos se verán influenciados por las respuestas fisiológicas, y el uso de estrategias de afrontamiento (194).

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene elementos esenciales, definiendo de la siguiente manera el metaparadigma enfermero:

- **Persona:** Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos,

autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona. Todo cambio en el entorno demanda cierta energía para adaptarse a la situación. El entorno cambiante estimula respuestas de adaptación. Los factores del entorno que influyen en la persona se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.
- **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. La salud no consiste únicamente en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y/o el estrés; sino en alcanzar la capacidad de combatirlos de la mejor manera posible.
- **Enfermería:** Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno. Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

En la figura 7 podemos ver el desarrollo del modelo enfermero de adaptación de Roy, en relación al dolor crónico:

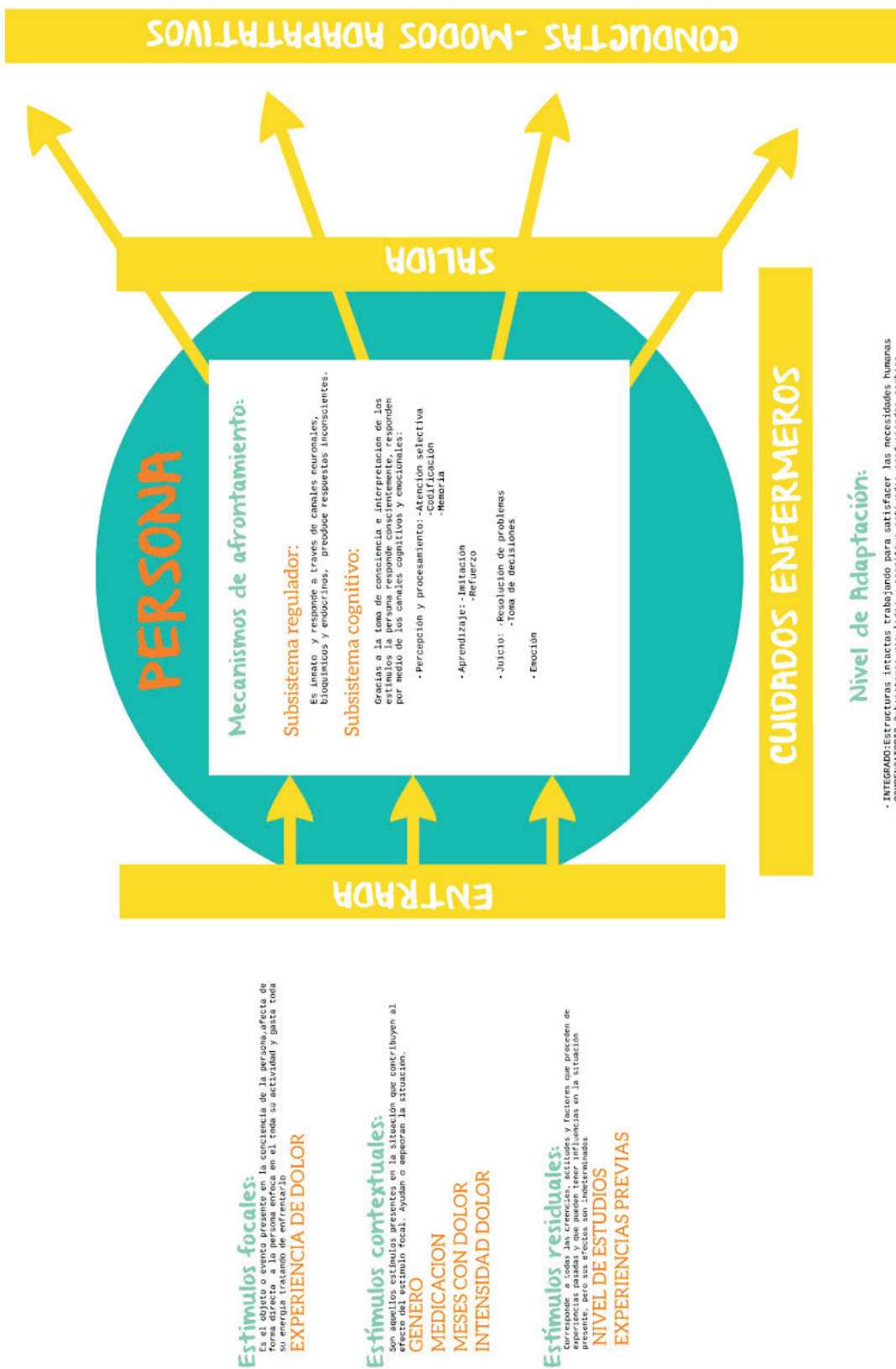


Figura 7: Esquema teoría del dolor crónico según el modelo de Callista Roy.



Justificación

Tal como hemos ido recogiendo en esta tesis doctoral el dolor está presente de forma universal en el transcurso de la vida. Este puede afectar a la calidad de vida de las personas y de quienes las cuidan, provocando afectaciones psicoemocionales, sociales y económicas importantes.

Se estima que uno de cada seis españoles sufren dolor crónico, y uno de cada cinco europeos (79,82).

El dolor incrementa el riesgo de enfermedades psicológicas, presentando depresión en el 47% de ellos e incluso el suicidio (195). Estas repercusiones se manifiestan desde trastornos del estado de ánimo, creencias erróneas, catastrofismo, hipervigilancia, conductas de miedo-evitación, etc.

Tiene un efecto devastador en muchos aspectos de la vida, ya que no sólo disminuye la CVRS al repercutir en su salud física y mental, sino que también tiene efectos adversos en ámbitos relacionados con la vida social y familiar, disminuyendo a su vez la capacidad laboral (196).

El dolor incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes directos e indirectos (113,114).

El modelo biopsicosocial nos acerca a una atención que debe contemplar a la persona en todas sus dimensiones. Está reconocida internacionalmente la eficacia y conveniencia de la combinación de tratamiento médico-farmacológico, terapia física y psicológica para dar cobertura al abordaje multidimensional que recoge el concepto de dolor actualmente aceptado y definido por la IASP.

Los programas multicomponentes de manejo del dolor crónico han sido desarrollados con el objetivo de producir alivio del dolor, mejorar la funcionalidad, reducir síntomas depresivos y mejorar la calidad de vida de personas con dolor crónico. Los programas pueden tener diferentes abordajes y generalmente son realizados en grupo, con equipos interdisciplinarios y énfasis cognoscitivo-comportamental.



En el 2010 se publica el Plan Andaluz de atención a las personas con dolor, en el que nos recuerda que el Estatuto de Andalucía reconoce en su artículo 20.2 que “Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor”. Es evidente, porque así nos lo revelan los datos epidemiológicos, que el dolor continúa estando infraevaluado e infratratado pese a los avances en su evaluación y tratamiento (12).

Los objetivos del Plan recogen:

- Promover el abordaje integral del dolor para lograr una sociedad libre de dolor.
- Incorporar la política del dolor como valores y principios básicos del sistema y los profesionales que la componen.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados.
- Impulsar la participación de la ciudadanía andaluza como agente activo ante el manejo de dolor.
- Potenciar la alianza de los profesionales ante el abordaje del dolor en la población.

Y nos marca unas líneas estratégicas a desarrollar, que vinculados a este estudio destacaríamos:

Línea estratégica 4: potenciar la participación de la ciudadanía en el manejo del dolor, fomentando una cultura y actitud proactivas mediante la información, la comunicación y la participación.

Línea estratégica 6: impulsar la investigación e innovación en el manejo efectivo del dolor.

Ahora bien, a día de hoy, a pesar de ser un ámbito de trabajo y de marcado interés sanitario, la realidad asistencial es bien distinta. Nuestro sistema sanitario aún no se encuentra impregnado del cambio de modelo que precisa el abordaje del dolor crónico, careciendo de una visión integradora y global de la complejidad de la enfermedad. Afirmación que queda evidenciada a partir de los datos epidemiológicos mostrados.

En la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS), está vigente el documento marco de la política del dolor, donde se recoge que la entidad quiere apoyar el derecho del paciente a no sufrir dolor durante su estancia hospitalaria, tras el alta y en

ámbito extrahospitalario de su atención ambulatoria. Para ello se evaluará y tratará el dolor de manera adecuada, facilitando de este modo la adecuación de las medidas a las necesidades reales del paciente. Desde el modelo de acreditación “Joint commission” que contempla la importancia de la valoración del dolor y su introducción en el sistema sanitario como la quinta constante, nuestro centro ha ido incorporando medidas que persigan dar una adecuada respuesta debido a la constante presencia del dolor en los procesos y procedimientos asistenciales.

A su vez la ASCS, incluye en su cartera de servicio, la atención del paciente con dolor crónico desde la unidad del dolor perteneciente al Servicio de Anestesiología. Desde 2011, esta unidad cuenta con presencia de personal de enfermería que a su incorporación se plantea mejorar la atención y la calidad de los cuidados en relación a la valoración y manejo del dolor. En un primer momento asumirá una actividad puramente hospitalaria vinculada a la unidad de dolor agudo y más concretamente en el proceso perioperatorio. Es en su crecimiento y atentos a las necesidades detectadas donde se plantean oportunidades de mejora y se establecen actuaciones clínicas vinculadas a pacientes con dolor crónico en régimen ambulatorio.

Teniendo en cuenta estas premisas y la necesidad de dar respuesta, se inician en la ACSA, concretamente en el Hospital Costa del Sol, en 2014, grupos de terapia educativa lideradas por el personal de enfermería para abordar aspectos relacionados con las necesidades recogidas en la bibliografía y detectadas en nuestra población de actuación. La psicoterapia de grupo ofrece un beneficio adicional a las terapias individuales. Además del elemento terapéutico en si mismo del grupo, se optimiza el tiempo y los recursos del sistema sanitario (166).

Para dar respuesta al reto que supone el dolor crónico en los servicios de salud actualmente se diseñan e implanta un programa guiado por enfermeras que aborde aspectos habitualmente poco tratados en el devenir de la atención que reciben estos enfermos, como pueden ser los estilos de vida, recursos para el afrontamiento, hábitos saludables que repercuten en su calidad de vida, cubre a priori muchos de los aspectos y requisitos anteriormente descritos. Este tipo de programas ha de ser diseñado con un sustrato conceptual sólido y sometidos a métodos de evaluación rigurosos debido a que existen estudios similares, pero en contextos culturales heterogéneos y con una gran diversidad de proveedores. La bibliografía también recoge que en muchas ocasiones estos programas no describen adecuadamente los componentes e ingredientes de

los mismos de forma explícita y detallada (127). Es por todo ello que con este trabajo pretendemos evaluar el impacto que la terapia grupal puede producir en las personas que padecen dolor crónico no oncológico a partir de un programa de intervenciones enfermeras diseñado bajo el enfoque cognitivo-conductual totalmente estructurado.



Objetivos

- General:

Analizar el impacto de un servicio guiado por enfermeras para pacientes con dolor crónico no oncológico.

- Específicos:

- Primarios: Determinar el efecto de un programa de intervención guiado por enfermeras en pacientes con dolor crónico no oncológico no controlado, sobre:

1. La calidad de vida relacionada con la salud.
2. Nivel de dolor percibido.
3. Nivel de ansiedad y depresión.

- Secundarios:

1. Evaluar la satisfacción con el nuevo modelo.



Hipótesis

H_{0A}: NO hay diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre ambos grupos a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{1A}: Existen diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud favorables al grupo experimental a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{0B}: NO hay diferencias en el dolor percibido y en reposo entre ambos grupos a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{1B}: Existen diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud favorables al grupo experimental a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{0C}: NO hay diferencias en la ansiedad entre ambos grupos a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{1C}: Existen diferencias en la ansiedad favorables al grupo experimental a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{0D}: NO hay diferencias en la depresión entre ambos grupos a los 9 meses tras el inicio del programa.

H_{1D}: Existen diferencias en la depresión favorables al grupo experimental a los 9 meses tras el inicio del programa.



Metodología

Diseño

Estudio controlado aleatorizado, abierto, paralelo.

Ubicación

El estudio se llevó a cabo en la ASCS, centro dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, concretamente en el Hospital Costa del Sol. El ámbito del Hospital está delimitado por los municipios: Benahavís, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas y Ojén. El número de habitantes se situó en 396.012. Dato obtenido del padrón municipal del 1 Enero del 2015.

Con su ubicación en plena Costa del Sol Occidental cabe destacar el porcentaje de pacientes extranjeros y la población flotante que acuden al centro y que no aparecen por ello incluidos en el censo (de 200.000 a 700.000 habitantes).

La ASCS oferta dentro de su cartera de servicios la atención desde la Unidad del Dolor, perteneciente al servicio de Anestesiología y Reanimación. Esta inició su actividad en el hospital en el año 1998 con el tratamiento del dolor crónico. Esta patología se trata de forma regularizada a través de una consulta específica, que funciona diariamente. Los pacientes, en su mayoría traumatológicos, son atendidos cuantas veces requiera la evolución de su dolor por distintas técnicas. Por esta consulta pasan anualmente unos 3.000 pacientes y, además, en quirófano se llevaron a cabo el año pasado unos 1.124 procedimientos terapéuticos en el área del dolor.

En el año 2007 se decide afrontar el dolor agudo de los pacientes hospitalizados de la que se conocerá desde entonces por la unidad de dolor agudo. Desde el 2011 se completa la unidad de dolor agudo con la incorporación de personal de enfermería como figura referente en la valoración y manejo del dolor. Desde entonces se ha incrementado la actividad asistencial hasta alcanzar en el último

año las 3.000 consultas.

Uno de los principales objetivos de esta unidad es el de concebir el dolor como una patología en sí misma. Esta concepción surge frente a la creencia de que el dolor en un entorno hospitalario es solo el resultado de un procedimiento médico o quirúrgico y que conlleva la necesidad de soportarlo hasta que pasen los efectos de este proceso.

Población y muestra

Los pacientes objeto del estudio procedieron de la consulta médica de la unidad de dolor crónico del Hospital Costa del Sol y dependiente del servicio de Anestesiología. Fueron pacientes derivados desde la atención especializada que no tenían controlado su dolor crónico. En su momento, recibían exclusivamente tratamiento de carácter unidisciplinar, limitado a actuaciones farmacológicas e intervencionistas por parte de nuestro centro.

Los criterios de inclusión y exclusión se muestran en la Tabla 2.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes de edad comprendida entre 18 y 70 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con patología psiquiátrica y/o deterioro cognitivo.
<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y comprensión del idioma castellano. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con patología oncológica.
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes que voluntariamente acepten participar en el programa y firmen el consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con procesos patológicos en fase terminal.
	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes pendientes de resolución de procesos judiciales relacionados con accidentes, incapacidades laborales y/o reconocimiento de minusvalía.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.

Cálculo muestral.

Para el cálculo muestral, se tomaron los datos del estudio de Dysvik, (172) en los que la CVRS obtuvo una mejoría clínicamente relevante mediante una intervención grupal en pacientes con dolor crónico que alcanzó el 19% de diferencia, con un alfa de 0.05, una potencia estadística del 80%, se precisaban 138 sujetos en cada brazo (276 en total).

No obstante, debido a la heterogeneidad de las intervenciones habitualmente reportadas en los estudios de abordaje grupal en pacientes con dolor crónico, y que no se disponía de antecedentes en la literatura sobre impacto en nivel de dolor, de ansiedad y depresión en intervenciones grupales guiadas por enfermeras para poder estimar necesidades muestrales, se realizó un análisis de la potencia estadística obtenida post-hoc, a efectos de garantizar que los resultados no tenían error tipo II y que el rechazo de las hipótesis nulas, en caso de producirse, era correcto.

Variables

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN/ INDEPENDIENTES			
Variable	Tipo	Valores	Fuente/instrumento
Edad	Cuantitativa	18-70	Historia clínica
Sexo	Cualitativa dicotómica	0:Hombre 1: Mujer	Historia clínica
Nacionalidad	Cualitativa nominal		Historia clínica
Tiempo de evolución con dolor crónico	Cuantitativa continua	Meses	Entrevista clínica
Etiología del dolor	Cualitativa policotómica	1:Músculo esquelético 2:Neuropático 3:Mixto 4:Dolor visceral	Entrevista clínica
Tiempo de tratamiento en la unidad del dolor	Cuantitativa	Meses	Entrevista clínica
Escalón terapéutico	Cualitativa policotómica	1:Sin opioides 2:Opioides débiles 3:Opioides fuertes 4:Analgésia intervencionista 5:Sin tratamiento para el dolor	Entrevista clínica



Toma de ansiolíticos o antidepresivos	Cualitativa policotómica	1:No toma 2:Toma anterior al debut del dolor crónico 3:Toma con posterioridad al debut del dolor crónico	Entrevista clínica
Antecedentes familiares de dolor crónico	Dicotómica	0:Ausencia 1:Presencia	Entrevista clínica
Debut del dolor asociado a algún acontecimiento vital	Dicotómica	0:Ausencia 1:Presencia	Entrevista clínica
Situación Ocupacional	Cualitativa policotómica	1:Desempleo 2:Trabajo doméstico (no jubilado, ni en solicitud de demanda de empleo) 3:Trabajo remunerado cuenta propia 4:Trabajo remunerado cuenta ajena 5:Estudiante 6:Jubilación 7:Incapacidad Temporal 8.Incapacitado	Entrevista clínica
Nivel de Estudios	Cualitativa policotómica	1:Sin estudios 2:Estudios primarios 3:Estudios secundarios 4:Estudios universitarios	Entrevista clínica
Localización del dolor	Cualitativa policotómica	1:Generalizado 2:Cabeza 3:Tronco 4:Miembros superiores 5:Miembros inferiores	Entrevista clínica

VARIABLES DE RESULTADO/ DEPENDIENTES

Variable	Tipo	Valores	Fuente/instrumento
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Componente de Salud Física (CSF)	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.		0-100	
Componente de Salud Mental (CSM)	Cuantitativa		SF- 36

Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.		0-100	SF- 36
Dimensión: Función Física	Cuantitativa		
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Rol Físico	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Dolor Corporal	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Salud General	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Vitalidad	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Función Social	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Rol Emocional	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud.			
Dimensión: Salud Mental	Cuantitativa	0-100	SF- 36
Nivel de Depresión	Cuantitativa	0-27	PHQ 9
Nivel de Ansiedad	Cuantitativa	0-21	GAD 7
Nivel de intensidad percibida de dolor	Cuantitativa	1 a 10	NRS
Nivel de Satisfacción	Cuantitativa	1 a 10	Cuestionario de satisfacción
Numero de sesiones que acude del programa	Cuantitativa	1 a 7	Registro del programa

Tabla 3: Variables de estudio

Aleatorización

Se realizó la asignación de sujetos a cada grupo de tratamiento mediante asignación aleatoria generada por ordenador en la que se asignaban a todos los pacientes de cada día de consulta al grupo experimental o al control en función del resultado de la aleatorización. De esta manera se evitaba la posible contaminación entre grupos al coincidir pacientes en el mismo espacio físico y el



mismo día, pero, asignados a distintos grupos, que podrían tener interacción entre ellos. Esta secuencia de aleatorización *permanecía oculta* a los investigadores durante todo el estudio.

Recogida de datos

A los sujetos al ser evaluados para el cumplimiento de los criterios de inclusión y revisado los criterios de exclusión, se les preguntó si deseaban participar en el estudio y se les solicitó el consentimiento informado a los que aceptaron participar.

El estudio no pudo ser sometido a enmascaramiento de pacientes y profesionales por tratarse de una intervención que lo impide. No obstante, la evaluación de datos se hizo de forma enmascarada para la persona que realizó los cálculos.

Procedimiento: Desde la consulta médica se derivó a consulta de enfermería, haciéndolos coincidir en acto único, donde se ofreció toda la información en referencia al estudio de investigación verbalmente y por escrito. En ese momento se firmaron los consentimientos informados.

A partir de aquí se realizó la valoración inicial con la cumplimentación del cuaderno de recogida de datos (Anexo 4). Se administró el cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-36, el cual incluye 36 preguntas. Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud: la dimensión de función física, la de limitaciones de rol por problemas físicos, dolor corporal, que combina una escala de intensidad de 6 puntos con una calificación de percepción de la interferencia del dolor con las tareas habituales, la dimensión de salud general, la de vitalidad, función social, limitaciones de rol por problemas emocionales y salud mental.

Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario (197). Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida. Existen dos puntuaciones globales, la puntuación del componente de la salud física (PCS) y la puntuación del componente de salud mental (MCS).

A continuación se administró el cuestionario de depresión Patient Health

Questionnaire (PHQ-9). El PHQ-9 es un instrumento de usos múltiples para la detección, el diagnóstico, el seguimiento y la medición de la gravedad de la depresión. Existen 9 criterios o ítems que pondrán ir puntuados como “0” (no en todos) a “3” (casi todos los días). Puntuación del rango de 0 a 27 (198,199) randomly selected from all admissions over an 18-month period. All of them completed the PHQ, the Beck Depression Inventory (BDI).

El cuestionario de ansiedad que se utilizó fue el Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) es un cuestionario para la detección y medición de la gravedad de la ansiedad generalizada. GAD-7 cuenta con siete elementos o ítems, que miden la gravedad de los diversos signos de ansiedad según las categorías de respuesta presentadas con puntos asignados al “0” (no en todos) a “ 3 “(casi todos los días). Puntuación del rango de 0 a 21 (199,200).

La intensidad del dolor a través de la escala de calificación numérica (NRS). El NRS es una escala que puntúa de 0 a 10, donde cero es sin dolor y diez “el peor dolor imaginable” (201,202).

Los pacientes incluidos en el grupo intervención o experimental fueron citados para iniciar el programa de terapia grupal por teléfono y a su vez recibieron un mensaje SMS el día anterior a cada una de las sesiones para recordar la cita del encuentro grupal.

Los pacientes del grupo experimental fueron abordados a la vez, con la atención médica habitual y con la intervención del nuevo programa grupal dirigidos por enfermeros para la atención a personas con dolor crónico no oncológico.

Este programa de atención educativa constó de una sesión inicial individualizada y 6 sesiones grupales, que fueron llevadas a cabo por el personal de enfermería de la unidad del dolor debidamente entrenados. Para ello se llevo a cabo un periodo de formación durante dos meses en una sesión semanal en la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga para mejorar las competencias profesionales relacionadas con las intervenciones que se iban a llevar a cabo en el programa.

Seguimientos

Tras las evaluaciones basales, se llevó a cabo el primer seguimiento a los 3 meses desde el inicio del estudio, que en el grupo intervención coincidirán con la finalización de la intervención grupal de tratamiento, con posterioridad se realizaron evaluaciones de seguimiento a los 6 meses y 9 semanas desde el inicio del estudio, donde se volvieron a pasar las herramientas clinimétricas.

Componentes de la intervención

En este apartado se describen los contenidos del programa diseñado de intervenciones enfermeras educativas, dirigidas a grupos de pacientes, para la autogestión del dolor crónico no oncológico y la mejora de su CVRS.

Para garantizar la eficacia de la intervención, ésta fue desarrollada en base a la evidencia científica actual. Castillo-Bueno en su revisión sistemática de intervenciones de enfermería para pacientes adultos que sufren dolor crónico recomiendan con un grado B, recomendación moderada, que sugiere que se considere su aplicación, la terapia cognitivo conductual llevada a cabo por enfermeros (188). En la guía para programas de manejo del dolor en adultos de The British Pain Society se contempla la participación de enfermería en este tipo de programas y la TCC con un grado de recomendación A y C para el uso de la terapia grupal (203). Se revisaron los contenidos de experiencias similares publicadas, (204–206), en especial aquellos que habían mostrado eficacia con resultados significativos en estudios experimentales (172,207–209).

Además de la bibliografía consultada el contenido del programa fue consensuado y revisado por un panel de expertos conformado por el personal de enfermería de la unidad del dolor del Hospital Costa del Sol, el responsable de la unidad del dolor, profesores del departamento de salud mental de la Facultad de Ciencias de la Salud y un psicólogo clínico de la unidad de salud mental del centro hospitalario, teniendo a su vez presentes las creencias, pensamientos y necesidades demandadas de la población de estudio.

Los principales componentes de nuestro programa consisten en el diálogo terapéutico y la educación en salud. El enfoque de este programa va mucho más allá que la mera implementación de un conjunto de habilidades que se deben adquirir, tratándose mayormente en una forma de incentivar a los pacientes a cambiar su punto de vista en relación a un tipo de afrontamiento pasivo y su situación actual en relación a la experiencia dolorosa y la repercusión en su vida. Además, hay que añadir un enfoque esencial dirigido al trabajo de las emociones como una parte integral de la experiencia del dolor (172).

Aunque se pueden encontrar ejemplos de tratamientos independientes, tales como la exposición gradual, la mayoría de los protocolos de tratamiento están conformados por varios componentes de TCC (127) tal como ocurre en el nuestro.

Dysvik marca unas líneas de asesoramiento dirigidas a los enfermeros que van

a llevar este tipo de terapia con pacientes con dolor crónico, que emergen como resultados de un estudio cualitativo realizado a pacientes que han participado en un programa similar. Estas líneas hacen hincapié en el enfoque positivista. Sin negar la dificultad del proceso por el que atraviesan estas persona, el personal debe ayudar a los pacientes a tomar la responsabilidad de su propio proceso y progreso, conocer los procesos diferentes, estructurar la discusión de grupo y evaluar las tareas asignadas (171).

En ocasiones los pacientes y sus familias se plantean metas muy ambiciosas con respecto al tratamiento que no se van a poder alcanzar, lo cual es imprescindible trabajar para disminuir posibles frustraciones y abandonos de tratamientos. Debemos ayudarles a apreciar los pequeños objetivos cumplidos y pequeños avances. Antes de iniciar una intervención es recomendable explorar sus expectativas para informar de los posibles logros y les ayudemos a concretar metas realistas.

Otro aspecto fundamental es la consecución de la participación activa de su tratamiento. La adaptación al nuevo estado de salud exige que el paciente ponga en marcha herramientas que le faciliten esta adopción de responsabilidad de sus propios logros. Así comenzarán a instaurarse sentimientos de autoeficacia fomentando la creencia en si mismo para llevar acabo las distintas tareas evitando los sentimientos de indefensión y de falta de control.

CALIDO-CR, nombre que se le asignó al proyecto (acrónimo de CALIdad de vida y DOlor CRónico) es un programa estructurado, diseñado para llevarse a cabo en grupo, que pretender dotar a los participantes de herramientas para mejorar su calidad de vida en relación a su proceso doloroso haciendo un uso adecuado de los servicios sanitarios y mejorando su accesibilidad a través de la enfermera referente de la unidad de dolor.

Los objetivos del programa de manejo del dolor crónico CALIDO-CR persiguen:

- Mejorar la calidad de vida
- Favorecer el manejo positivo de la enfermedad.
- Reconceptualizar el problema del dolor.
- Ayudar a adoptar una postura activa.
- Mejorar el estado de ánimo.

- Fomentar la participación y resolución de problemas en grupo
- Facilitar el apoyo mutuo
- Lograr una persona con recursos y competente para aplicarlos.

A continuación se desarrolla una descripción detallada de los componentes de la intervención grupal puesta en marcha para este estudio (210):

Sesión preliminar individual:

En la sesión preliminar individual se realiza una introducción al programa detallando las características de las sesiones, su duración, sus contenidos y sus objetivos. En este primer contacto se les plantea al paciente cuestiones que quizás anteriormente no se había planteado, o no había nunca verbalizado para conectar y empatizar con él. Este primer contacto persigue principalmente ser una herramienta motivadora que les refuerce su voluntad en querer formar parte de este programa. Es importante clarificar los objetivos que persigue para no crear falsas expectativas y frustración en el paciente estableciendo unas metas iniciales. En esta sesión individual, también se procede a realizar una valoración inicial obteniendo las mediciones de las variables a nivel basal, tras haber autorizado y firmado el consentimiento informado tras la manifestación de querer participar en este estudio.

1ª sesión de grupo:

Esta primera sesión grupal se inicia con la acogida de los participantes por el equipo de enfermería. Al menos deben estar presentes dos profesionales, para garantizar el acompañamiento del grupo en caso que algún día no pudiera estar alguno de ellos. El enfermero se va a convertir en un referente para los participantes, de ahí la importancia de su presencia continuada.

Una vez realizada la presentación del equipo de profesionales, se proyectará un video que animará y enviará el mensaje de que ha llegado la hora de cambiar el tipo de afrontamiento que realizamos de la enfermedad dolor crónico, e invita al receptor a no resignarse y a ponerse en marcha para darle una nueva perspectiva a su problema (211,212).

A partir de aquí, se les invita a presentarse y si les apetece a compartir aquello que más les haya llamado la atención, o con lo que más se hayan sentido identificados. En esta primera sesión grupal se trabaja la aclaración de conceptos; como el dolor como mecanismo de defensa, qué es el dolor crónico, dolor crónico

como enfermedad en sí misma, porqué se produce el dolor crónico, etc...Se lleva a cabo la presentación de la normas grupales; como son la puntualidad, el compromiso de asistencia, el respeto mutuo, la confidencialidad, el retirar del vocabulario habitual la expresión “no puedo” y “porque yo antes era...”, y el adquirir el compromiso de realizar la tarea que se les propone realizar en casa al finalizar cada sesión. A continuación se le presentará dos elementos centrales del programa como son el círculo vicioso (Figura 4) y la caja de herramientas; que deberán de ir haciendo crecer introduciendo aquellas herramientas que vayan adquiriendo en la terapia grupal, ya provengan de los profesionales o de los propios compañeros.

2ª sesión de grupo:

La segunda sesión comienza, como todas las siguientes, realizando un recordatorio de la sesión anterior y poniendo en común algún avance, meta alcanzada o puesta en marcha de alguna estrategia, etc. Se hará hincapié en que han de formularse objetivos pequeños y alcanzables y a no muy largo plazo, no debemos de menospreciar esos pequeños logros que darán paso a grandes repercusiones.

Esta sesión versará fundamentalmente sobre el tratamiento farmacológico. Comenzaremos recordando la multidimensionalidad del dolor crónico y la importancia de silmutanear varios tipos de tratamientos, si fueran precisos, farmacológicos y no farmacológicos. La medicación no es la única vía terapéutica para el abordaje del dolor crónico, si bien la trabajaremos en primer lugar por ser más utilizada por los pacientes dentro de nuestra cultura sanitaria medicalizada y la que mayores dudas les plantea. Entendemos que al exponer un tema interesante para ellos estaremos facilitando la adherencia terapéutica al programa grupal del manejo del dolor crónico. En este sentido les presentamos la escalera analgésica de las OMS y los tipos de fármacos que la componen, trabajaremos en que los participantes sepan diferenciar qué tipo de fármacos consumen, para así darles, posteriormente a conocer los posibles efectos adversos, como prevenirlos o gestionarlos y la administración segura de cada uno de ellos en relación al manejo de dosis, rotación de opioides, medicación de rescate, etc. Profundizamos sobre los mitos y creencias en relación a la medicación, especialmente sobre los estupefacientes. Aclaremos las dudas referentes a los conceptos de adicción y tolerancia.

Ya en otro ámbito se plantea la cuestión de la diferencia entre dolor y sufrimiento

y se comienza a trabajar en identificar preocupaciones y miedos que son en muchas ocasiones los causantes de este sufrimiento.

3ª sesión de grupo:

Avanzando a lo largo del programa en la tercera sesión analizamos los moduladores físicos, de pensamiento, emocionales y sociales que interfieren en la enfermedad de dolor crónico. Cada participante compartirá aquellas, situaciones, acciones, personas, lugares, etc..., donde perciben que el dolor disminuye, con la idea de que esas situaciones que se daban por casualidad o de forma espontánea en sus vidas, sean buscadas y/o planificadas, para disminuir la percepción del dolor. Se les desvela el papel importante que juega la atención en la modulación del sistema nervioso central en la experiencia dolorosa, justificando la importancia del abordaje multidimensional del dolor crónico. Sólo se abordan los moduladores que disminuyen la percepción del dolor para trabajar en la línea positivista en la que se engloba el programa.

Otro bloque que se aborda también en la tercera sesión y que les preocupa mucho a los pacientes es el relacionado con las alteraciones del sueño, por lo que trabajamos la fisiología normal del sueño, recomendaciones de higiene del sueño y su relación con dolor.

4ª sesión de grupo:

En la cuarta sesión se profundiza sobre las creencias, pensamientos y conductas relacionadas con el dolor crónico; como pueden ser la hipervigilancia, pensamientos catastróficos, la evitación de ciertos comportamientos, estrategias de afrontamiento pasivas, el aislamiento social. A la luz de ejemplos y ejercicios trabajamos que los pacientes analicen su realidad y les ayude a identificar si existen en su día a día algunas de estas alteraciones para intentar modificarlas. Otro de los aspectos importantes de este bloque es el análisis de los beneficios y la importancia de tener una vida activa, para ello se trabaja la promoción de la actividad física y la higiene postural. Se propone establecer un plan de acción realista, dosificado y adaptado a su realidad. Se les recuerda la importancia de potenciar los pequeños logros planteándose objetivos a corto plazo.

5ª sesión de grupo:

En esta sesión se les invita a la planificación de objetivos que sean favorecedores para alcanzar la ruptura del círculo vicioso del dolor crónico. Para ello se les anima a utilizar las herramientas entregadas en las

sesiones previas y las experiencias compartidas de sus compañeros. Los profesionales de enfermería prestarán apoyo en la toma de decisiones. En esta sesión también se aborda el impacto del aumento de peso corporal en el dolor crónico, por lo que se les proporciona asesoramiento nutricional, a través de la pirámide de alimentos, enseñando a como elaborar una dieta equilibrada haciendo una práctica de menú saludable, etc. Otro aspecto a volver a remarcar es la promoción de la iniciación de actividades agradables y placenteras para la liberación de endorfinas y desviación de la atención.

6ª sesión de grupo:

En la última sesión se trabaja la técnica de resolución de problemas y la organización del tiempo. Se fomenta la socialización identificando parte de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad, como pueden ser las asociaciones, actividades deportivas, espirituales, etc, animando así a todos los miembros del grupo a que faciliten aquellos recursos que cada uno conoce en su entorno. También se les invita incluso a que formen parte de ellas como voluntarios. Es importante trabajar el aspecto de que aún pueden realizar muchas cosas y sentirse útiles aportando a esta sociedad aquello para lo que tiene habilidad.

En esta sesión es el momento también de abordar el tema de las recaídas, con la seguridad de que será muy probable su aparición, pero animando, que llegado el caso, vuelvan a recorrer el camino que han hecho hasta el momento y les será exitosa la remontada. Si lo han conseguido una vez, lo pueden volver a hacer, ...”no hay mal que cien años dure...”

A lo largo de todo el programa, se trabajan diversos aspectos de una manera transversal como puede ser la mejora de la autoestima, el fomento de la comunicación, el manejo de sentimientos y pensamientos, la relación cuerpo y mente, la aceptación del estado de salud y la promoción de hábitos saludables.

Todos los encuentros grupales concluyen con una breve sesión de relajación para que adquieran habilidad en esta técnica.



5450 Terapia de Grupo	8700 Desarrollo de un programa
1ª SESION GRUPAL 5602 Enseñanza proceso enfermedad 5510 Educación sanitaria 4480 Facilitar la autorresponsabilidad	2ª SESION GRUPAL 5616 Enseñanza medicamentos prescritos 2380 Manejo de la medicación 0450 Manejo del estreñimiento 1450 Manejo de las nauseas
3ª SESION GRUPAL 5900 Distracción 4700 Reestructuración cognitiva 5480 Clarificación de valores 1850 Mejorar el sueño	4ª SESION GRUPAL 4360 Modificación de la conducta 4700 Reestructuración cognitiva 0200 Fomento del ejercicio 4350 Manejo de la conducta
5ª SESION GRUPAL 4410 Establecimiento de objetivos comunes 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5246 Asesoramiento nutricional 1260 Manejo del peso	6ª SESION GRUPAL 7320 Gestión de casos 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 5100 Potenciación de la socialización 8120 Recogida de datos para la investigación
TRANSVERSALES 1400 Manejo del dolor 5230 Afrontamiento activo/Aumentar el afrontamiento 4360 Modificación de la conducta 5400 Potenciación de la autoestima 4470 Ayuda en la modificación de si mismo 5880 Relajación 4410 Establecimiento de objetivos comunes 5270 Apoyo emocional 7320 Gestión de casos	

Tabla 4: Intervenciones NICs desarrolladas en el programa

Análisis

Mediante análisis exploratorio se realizó estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión o porcentajes, según la naturaleza de las mismas y se evaluó mediante análisis exploratorio la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov, así como la comprobación de la asimetría, curtosis e histogramas de las distribuciones.

Se realizó análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado según las características de las variables analizadas, en el caso de que se distribuyesen normalmente. En caso contrario, se emplearon pruebas no paramétricas, como el test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney. Así mismo, se empleó ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas en los casos pertinentes, con medidas de robustez central en caso de no homocedasticidad (que se comprobó con la prueba de Levene) mediante prueba de Welch y Brown-Forsythe. En caso de incumplimiento de los supuestos necesarios para el ANOVA, se efectuó la prueba de Kruskal Wallis. Se llevaron a cabo modelos lineales generalizados univariantes de medidas repetidas para el análisis de las diferencias intra e intergrupo, aplicando la prueba de esfericidad de Mauchly y en caso de no esfericidad, se calculó la prueba de efectos de Greenhouse-Geisser, Huynh-Feldt y la prueba del límite inferior.

Como descriptores se calcularon las distribuciones conjuntas y marginales, con la media, desviación típica, medidas de efecto (d de Cohen) e intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se realizaron por intención de tratar mediante imputación múltiple utilizando el método monotónico, si los datos mostraban un patrón monotónico de valores perdidos; de lo contrario, se utilizó la especificación totalmente condicional. El modelo de imputación de cada variable incluyó un término constante y los efectos principales de las variables predictoras.

Valoración de la eficacia

Se realizaron medidas de efecto mediante diferencias de medias y análisis de la d de Cohen sobre las variables principales de resultado (CVRS, nivel de intensidad de dolor, ansiedad y depresión).

Valoración de la seguridad

Se analizó la frecuencia de eventos adversos, recaída o empeoramiento de la situación basal. Si bien una actuación predominantemente educativa es una intervención de bajo riesgo para los pacientes, se pidió a los mismos que reportaran cualquier incidencia adversa durante el estudio.

Aspectos éticos y autorizaciones

Se solicitó la autorización del comité de Ética e Investigación Sanitaria del Centro, obteniendo su aprobación el 28 de Octubre del 2013 (Anexo 1).

Se mantuvieron en todo momento las normas de buena práctica clínica y los



principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos en la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores.

Los datos clínicos se mantuvieron segregados de los datos identificativos y las bases de datos fueron encriptadas y custodiadas en ordenadores específicos exclusivamente destinados al proyecto.

Todos los registros se realizaron respetando los preceptos establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, así como en seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, sobre todo en el acceso a través de redes de comunicaciones (RD 994/1999 de 11 de junio) y en acceso a datos confidenciales con fines científicos, tal y como dispone el Reglamento CE N° 831/2002 de la Unión Europea y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Resultados

Características de la población de estudio

La población de estudio durante el periodo de reclutamiento estaba constituida por 1084 pacientes. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se analizaron los resultados de un total de 279 que fueron aleatorizados. El grupo intervención estuvo compuesto por 174 y 105 en el grupo control de los cuales se perdieron 58 y 2 sujetos respectivamente. Como consecuencia de la aleatorización por días, hubo algunas jornadas más que fueron asignadas al grupo intervención, resultando en una razón 1,65:1 en el balance total. Al mantenerse los métodos de aleatorización intactos durante el período y la ocultación de la secuencia de aleatorización (como se puede comprobar en 5 de características basales de los sujetos tras la aleatorización), además de la realización de análisis post-hoc de la potencia estadística obtenida, se pudo comprobar que esta diferencia no supuso ningún sesgo de selección diferencial, ni afectó a la potencia estadística de los resultados.

En el grupo intervención se consideró como pérdida a aquellos sujetos que no superaban las 5 sesiones de participación, incluyendo la sesión inicial individual. Las pérdidas del grupo control corresponden a dos sujetos que fue imposible de localizarlos para realizar el seguimiento (Figura 8).



Flujo muestral CONSORT

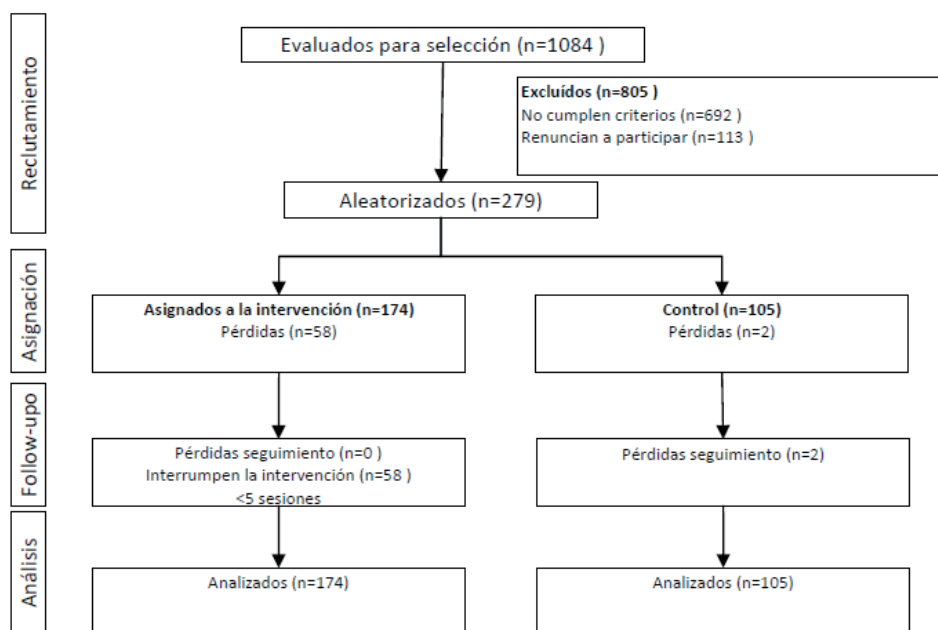


Figura 8: Flujograma CONSORT

En total, se llevaron a cabo 14 grupos con una media de 12 pacientes en cada uno de ellos.

En la Tabla se describen en detalle las características basales de la muestra. En la muestra analizada por intención a tratar, el 67,7% fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 53,3 (SD: 10,4) años y presentaban dolor desde hacía 89.2 (SD: 99) meses de media, más de 7 años, y 16.3 (SD: 27,6) meses en tratamiento por la unidad del dolor.

En el 61,6% de los casos la etiología del dolor fue de componente mixto, con mayoría de localización en miembros inferiores, en este caso el 58,8%. El 39,7% de la muestra manifestó tener antecedentes familiares de dolor crónico y el 30,7% de los pacientes refirió asociar el inicio del dolor con un acontecimiento importante en su vida.

En relación a la situación ocupacional el 37,6% de los sujetos se encuentran en activo, incluyendo en este bloque aquellos que manifestaron estar estudiando, dedicarse a las tareas domésticas o estar realizando un trabajo remunerado ya

sea por cuenta propia o ajena.

El nivel educativo era bajo en general, con un 84,6% con estudios primarios frente a sólo un 1,8% que refirieron haber cursado estudios universitarios.

En relación al tratamiento farmacológico que están tomando previo a la intervención enfermera el 40,9% de los pacientes ingerían medicación no opiode, el 39,8% refería estar tomando tratamiento para la ansiedad o la depresión.



	Intervención (n=174)	Control (n=105)	Total (n=279)	p
	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	
Edad	53,61 (10,81)	52,69 (9,59)	53,26 (10,36)	0,386
Sexo masculino	56(32,2)	34(32,4)	90(32,3)	
Sexo femenino	118(67,8)	71 (67,6)	189(67,7)	0,538
Nacionalidad española	166(95,4)	100(95,2)	266(95,3)	0,582
Meses con dolor crónico	90,18 (99,04)	87,69 (99,46)	89,24 (99,03)	0,779
Etiología				
Dolor neuropático	24(13,8)	8(7,6)	32(11,5)	
Dolor músculo-esquelético	53(30,5)	22(21,0)	75 (26,9)	
Dolor mixto	97(55,7)	75(71,4)	172(61,6)	0,03
Meses en tratamiento en la Unidad de dolor	18,51 (30,24)	12,76 (22,11)	16,34 (27,56)	0,148
Escalón terapéutico previo				
Sin opioides	65(37,4)	49(46,7)	114(40,9)	
Opioides débiles	41(23,6)	21(20,0)	62(22,2)	
Opioides fuertes	52(29,9)	18(17,1)	70(25,1)	
Analgesia intervencionista	2(1,1)	2(1,9)	4(1,4)	
Sin tratamiento para el dolor	14(8,0)	15(14,3)	29(10,4)	0,069
Toma de ansiolíticos o antidepresivos previos				
Anterior a la aparición del dolor crónico	33(19,0)	21 (20,4)	54(19,5)	0,617
A partir de la aparición del dolor crónico	39(22,4)	18(17,5)	57(20,6)	
Antecedentes familiares de dolor crónico	71(40,8)	39(37,9)	110(39,7)	0,362
Inicio del dolor con acontecimiento vital importante	57(32,8)	28(27,2)	85(30,7)	0,202
Situación ocupacional				
Desempleo	34(19,5)	25(23,8)	59(21,1)	0,073
Trabajo domestico	29(16,7)	16(15,2)	45(16,1)	
Trabajo remunerado cuenta propia	2(1,1)	7(6,7)	9(3,2)	
Trabajo remunerado cuenta ajena	27(15,5)	23(21,9)	50(17,9)	
Estudiante	1(0,6)	0(0)	1(0,4)	
Jubilado	42(24,1)	20(19,0)	62(22,2)	
Baja	29(16,7)	9(8,6)	38(13,6)	
Incapacitado	10(5,7)	5(4,8)	15(5,4)	
Estudios				
Sin estudios	5(2,9)	2(1,9)	7(2,5)	0,633
Primarios	146(83,9)	90(85,7)	236(84,6)	
Secundarios	21(12,1)	10(9,5)	31(11,1)	
Universitarios	2(1,1)	3(2,9)	5(1,8)	
Localización del dolor				
Generalizado	22(12,6)	11(10,5)	33(11,8)	0,859
Cabeza	3(1,7)	3(2,9)	6(2,2)	
Tronco	35(20,1)	18(17,1)	53(19,0)	
Miembro/s superior/es	15(8,6)	8(7,6)	23(8,2)	
Miembro/s inferior/es	99(56,9)	65(61,9)	164(58,8)	

Tabla 5: Características basales de la muestra

En relación a las variables de resultado a nivel basal presentaban los siguientes resultados (Tabla 6): la intensidad del dolor percibida por los pacientes en la escala NRS era de 6 (SD: 2,7) en un rango 0-10 y 8,1 (SD: 2) en reposo y movimiento, respectivamente. Presentaban niveles de depresión y ansiedad moderada, con puntuaciones medias de 11,8 (SD: 6) para la depresión medida a través de PHQ9 y 10,5 (SD: 5,4) para la ansiedad con GAD7.

En relación a la variable principal de CVRS, la puntuación obtenida en el componente físico del cuestionario SF-36 fue de 33 (SD: 6,7) y de 34,6 (SD: 12,3) para el componente de salud mental. Las puntuaciones más altas obtenidas correspondieron a las dimensiones de vitalidad 52 (SD: 7,8) y salud general 45,2 (SD: 23,4) y las más bajas al rol físico 8,1 (SD: 26,3) y dolor corporal 24,9 (SD: 14,8).

	Intervención (n=174)	Control (n=105)	Total (n=279)	p
	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	
PHQ9	12,41 (5,92)	10,88 (6,13)	11,84 (6,04)	0,040
GAD7	10,98 (5,38)	9,68 (5,39)	10,49 (5,41)	0,053
Intensidad de dolor en reposo	5,96 (2,67)	6,12 (2,81)	6,02 (2,72)	0,409
Intensidad de dolor en movimiento	8,02 (2,01)	8,17 (2,07)	8,08 (2,03)	0,358
CSF SF36	32,96 (6,6)	33,16 (6,88)	33,03 (6,69)	0,579
CSM SF36	34,39 (12,18)	35,07 (12,52)	34,65 (12,29)	0,505
FUNCION FISICA (0-100)	42,24(18,05)	42,42(21,19)	42,31(19,26)	0,960
ROL FÍSICO (0-100)	8,33(26,65)	7,62(25,97)	8,06(26,35)	0,640
DOLOR CORPORAL (0-100)	24,21(14,71)	26,04(15,07)	24,9(14,85)	0,210
SALUD GENERAL (0-100)	44,17(22,75)	46,9(24,58)	45,2(23,45)	0,320
VITALIDAD (0-100)	52,24(7,16)	51,62(8,78)	52(7,8)	0,460
FUNCION SOCIAL (0-100)	38,29(25,47)	39,76(27,45)	38,84(26,19)	0,850
ROL EMOCIONAL (0-100)	28,73(44,81)	33,33(46,22)	30,46(45,32)	0,330
SALUD MENTAL (0-100)	42,02(22,28)	41,79(22,59)	41,93(22,35)	0,930

Tabla 6: Valores basales de las variables principales de resultado

Se hizo un análisis de las características de la muestra en aquellos sujetos que concluyeron la intervención enfermera en al menos 5 sesiones, incluida la individual inicial y se les había podido completar el seguimiento (enfoque de análisis por protocolo), para identificar posibles patrones diferenciales con respecto a la totalidad de la muestra (análisis por intención de tratar), sin que se encontrasen diferencias relevantes entre el grupo control e intervención (Tabla 7).



	Intervención (n=116)	Control (n=103)	Total (n=219)	p
	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	
Edad	53,17(11,02)	52,77(9,65)	52,98(10,37)	0,636
Sexo masculino	40 (34,5)	34 (33,0)	74 (33,8)	0,886
Sexo femenino	76 (65,5)	69 (67,0)	145 (66,2)	
Nacionalidad española	112 (96,6)	98 (95,1)	210 (95,9)	0,738
Meses con dolor crónico	94,57(103,27)	88,63(100,15)	91,78 (101,63)	0,742
Etiología				
Dolor neuropático	16(13,8)	7(6,8)	23 (10,5)	0,141
Dolor músculo-esquelético	17 (14,7)	22(21,4)	39 (17,8)	
Dolor mixto	83 (71,6)	74 (71,8)	157 (71,7)	
Meses en tratamiento en la Unidad de dolor	19,38 (32,36)	12,43 (21,78)	16,11 (28,04)	0,054
Escalón terapéutico previo				
Sin opioides	39 (33,6)	48 (46,6)	87 (39,7)	0,146
Opioides débiles	31 (26,7)	20 (19,4)	51 (23,3)	
Opioides fuertes	32 (27,6)	18 (17,5)	50 (22,8)	
Analgesia intervencionista	2 (1,7)	2 (1,9)	4 (1,8)	
Sin tratamiento para el dolor	12 (10,3)	15 (14,6)	27 (12,3)	
Toma de ansiolíticos o antidepresivos previos				
Anterior a la aparición del dolor crónico	17 (14,7)	21 (20,4)	38 (17,4)	0,427
A partir de la aparición del dolor crónico	26 (22,4)	18 (17,5)	44 (20,1)	
Antecedentes familiares de dolor crónico	48 (41,4)	39 (37,9)	87 (39,7)	0,678
Inicio del dolor con acontecimiento vital importante	39 (33,6)	28 (27,2)	67 (30,6)	0,309
Situación ocupacional				
Desempleo	22 (19,0)	24 (23,3)	46 (21,0)	0,265
Trabajo domestico	16 (13,8)	15 (14,6)	31 (14,2)	
Trabajo remunerado cuenta propia	2 (1,7)	7 (6,8)	9 (4,1)	
Trabajo remunerado cuenta ajena	20 (17,2)	23 (22,3)	43 (19,6)	
Estudiante	1 (0,9)	0 (0)	1 (0,5)	
Jubilado	28 (24,1)	20 (19,4)	48 (21,9)	
Baja	17 (14,7)	9 (8,7)	26 (11,9)	
Incapacitado	10 (8,6)	5 (4,9)	15 (6,8)	
Estudios				
Sin estudios	1(0,9)	1 (1,0)	2 (0,9)	0,762
Primarios	97 (83,6)	89 (86,4)	186 (84,9)	
Secundarios	16 (13,8)	10 (9,7)	26 (11,9)	
Universitarios	2 (1,7)	3 (2,9)	5 (2,3)	
Localización del dolor				
Generalizado	10(8,6)	11(10,7)	21 (9,6)	0,801
Cabeza	2 (1,7)	3 (2,9)	5 (2,3)	
Tronco	25 (21,6)	18 (17,5)	43 (19,6)	
Miembro/s superior/es	6 (5,2)	8 (7,8)	14 (6,4)	
Miembro/s inferior/es	73 (62,9)	63 (61,2)	136 (62,1)	

Tabla 7: Características de los sujetos que concluyeron la intervención en al menos 5 sesiones

En relación a las variables de resultado, a nivel basal, las diferencias también fueron irrelevantes, con respecto a la muestra global del análisis por intención de tratar:

	Intervención (n=116)	Control (n=103)	Total (n=219)	p
	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	
PHQ9	12,23 (5,66)	10,88 (6,13)	11,59 (5,91)	0,087
GAD7	11,10 (5,39)	9,55 (5,33)	10,37(5,40)	0,035
Intensidad de dolor en reposo	5,61(2,62)	6,10 (2,83)	5,84 (2,72)	0,093
Intensidad de dolor en movimiento	7,97 (1,94)	8,16 (2,08)	8,06 (2,00)	0,241
CSF SF36	32,73 (6,59)	33,19(6,94)	32,95 (6,75)	0,619
CSM SF36	34,67(12,10)	35,19(12,59)	34,92 (12,30)	0,619
FUNCION FISICA (0-100)	41,94(18,62)	42,67(21,28)	42,28(19,87)	0,860
ROL FÍSICO (0-100)	6,25(22,81)	6,8(24,55)	6,51(23,59)	0,845
DOLOR CORPORAL (0-100)	24,44(14,14)	26,42(14,94)	25,37(14,52)	0,288
SALUD GENERAL (0-100)	44,92(21,95)	47,28(24,65)	46,03(23,24)	0,419
VITALIDAD (0-100)	52,37(7,11)	51,55(8,86)	51,99(7,97)	0,342
FUNCION SOCIAL (0-100)	38,25(25,66)	40,41(27,3)	39,27(26,4)	0,721
ROL EMOCIONAL (0-100)	28,45(44,45)	33,01(46,08)	30,59(45,19)	0,395
SALUD MENTAL (0-100)	42,9(21,37)	42,25(22,52)	42,59(21,87)	1,000

Tabla 8: Valores basales de las variables principales de resultado en los sujetos que concluyeron la intervención en al menos 5 sesiones

Al finalizar el estudio no se recogió ningún efecto adverso notificado relacionado con la intervención enfermera.

Objetivo 1: Determinar el efecto del programa de intervención en pacientes con dolor crónico no oncológico no controlado, sobre la Calidad de vida relacionada con la salud.

Este objetivo perseguía valorar el impacto producido en la CVRS por el programa de intervención enfermera grupal en los pacientes participantes que padecen dolor crónico no oncológico. Tanto en el análisis por intención de tratar como en el de análisis por protocolo, las ocho dimensiones que valora el cuestionario SF-36, revelan la existencia de diferencias significativas entre los valores del grupo intervención frente al grupo control en la evaluación realizada a los 3 meses/postratamiento, como a los 6 y a los 9 meses de seguimiento. Tanto en los resultados del componente de salud física (CSF), como en el componente de salud mental (CSM), se obtienen diferencias significativas a los 3 meses y a los 9 meses con la excepción a los 6 meses del CSF (p=0,39 por AIT y p=0,60 por protocolo).

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



		Intervención (n= 174)	Control (n=105)	Total (n = 279)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de Cohen
Basal	FUNCION FISICA (0-100)	42,24 (18,05)	42,43 (21,19)	0,97	-0,01
	ROL FÍSICO (0-100)	8,33 (26,66)	7,62 (25,97)	0,64	0,03
	SALUD GENERAL (0-100)	44,17 (22,76)	46,91 (24,58)	0,32	-0,12
	DOLOR CORPORAL (0-100)	24,21 (14,72)	26,04 (15,07)	0,21	-0,12
	VITALIDAD (0-100)	52,24 (7,16)	51,62 (8,78)	0,46	0,08
	FUNCION SOCIAL (0-100)	38,29 (25,47)	39,76 (27,45)	0,85	-0,06
	ROL EMOCIONAL (0-100)	28,74 (44,81)	33,33 (46,23)	0,33	-0,10
	SALUD MENTAL (0-100)	42,02 (22,28)	41,79 (22,59)	0,93	0,01
	CSF	32,96 (6,60)	33,16 (6,88)	0,58	-0,03
	CSM	34,39 (12,18)	35,07 (12,52)	0,51	-0,05
3 meses	FUNCION FISICA (0-100)	47,24 (17,92)	41,14 (22,05)	0,01	0,30
	ROL FÍSICO (0-100)	21,07 (29,4)	6,19 (21,71)	0,00	0,58
	SALUD GENERAL (0-100)	47,57 (16,66)	39,79 (20,91)	0,00	0,41
	DOLOR CORPORAL (0-100)	30,64 (15,07)	23,62 (16,83)	0,00	0,44
	VITALIDAD (0-100)	53,56 (5,89)	51,29 (3,71)	0,00	0,46
	FUNCION SOCIAL (0-100)	47,01 (22,29)	32,61 (29,45)	0,00	0,55
	ROL EMOCIONAL (0-100)	50,15 (36,76)	30,09 (43,67)	0,00	0,50
	SALUD MENTAL (0-100)	49,95 (17,47)	38,59 (22,29)	0,00	0,57
	CSF	33,81 (6,39)	32,11 (6,68)	0,04	0,26
	CSM	39,88 (9,82)	33,29 (12,74)	0,00	0,58
6 meses	FUNCION FISICA (0-100)	46,95 (18,92)	40,57 (22,24)	0,01	0,31
	ROL FÍSICO (0-100)	14,29 (24,09)	6,12 (19,49)	0,00	0,37
	SALUD GENERAL (0-100)	45,41 (16,53)	40,05 (18,99)	0,00	0,30
	DOLOR CORPORAL (0-100)	29,5 (15,88)	21,58 (16,18)	0,00	0,49
	VITALIDAD (0-100)	52,44 (3,99)	51,61 (3,06)	0,03	0,23
	FUNCION SOCIAL (0-100)	44,02 (24,79)	32,33 (28,17)	0,00	0,44
	ROL EMOCIONAL (0-100)	47,94 (36,4)	26,46 (41,55)	0,00	0,55
	SALUD MENTAL (0-100)	47,51 (18,4)	36,22 (21,13)	0,00	0,57
	CSF	33,05 (6,64)	32,37 (6,25)	0,39	0,11
	CSM	38,84 (10,66)	32,18 (11,9)	0,00	0,59
9 meses	FUNCION FISICA (0-100)	46,96 (18,42)	39,56 (23,01)	0,00	0,35
	ROL FÍSICO (0-100)	13,11 (22,02)	5,2 (19,13)	0,00	0,38
	SALUD GENERAL (0-100)	43,13 (16,79)	37,42 (19,91)	0,00	0,31
	DOLOR CORPORAL (0-100)	28,75 (16,11)	20,17 (18,19)	0,00	0,50
	VITALIDAD (0-100)	51,65 (3,88)	51,39 (2,9)	0,02	0,07
	FUNCION SOCIAL (0-100)	42,35 (24,4)	28 (27,6)	0,00	0,55
	ROL EMOCIONAL (0-100)	41,52 (37,31)	22,92 (39,07)	0,00	0,49
	SALUD MENTAL (0-100)	46,33 (20,46)	31,6 (22,13)	0,00	0,69
	CSF	33,16 (5,67)	32,36 (6,09)	0,03	0,14
	CSM	37,31 (11,4)	30,09 (11,54)	0,00	0,63

Tabla 9: Diferencias entre grupos a los 3, 6 y 9 meses de seguimiento (análisis por intención de tratar)

		Intervención (n= 116)	Control (n=103)	Total (n = 219)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de Cohen
Basal	FUNCION FISICA (0-100)	41,94 (18,62)	42,67 (21,28)	0,86	0,04
	ROL FÍSICO (0-100)	6,25 (22,81)	6,8 (24,55)	0,85	0,02
	SALUD GENERAL (0-100)	24,44 (14,15)	26,42 (14,94)	0,29	0,14
	DOLOR CORPORAL (0-100)	44,92 (21,96)	47,28 (24,65)	0,42	0,1
	VITALIDAD (0-100)	52,37 (7,12)	51,55 (8,86)	0,34	0,1
	FUNCION SOCIAL (0-100)	38,25 (25,66)	40,41 (27,3)	0,72	0,08
	ROL EMOCIONAL (0-100)	28,45 (44,45)	33,01 (46,09)	0,39	0,1
	SALUD MENTAL (0-100)	42,9 (21,37)	42,25 (22,52)	1	0,03
	CSF	32,74 (6,60)	33,19(6,94)	0,17	0,06
	CSM	34,68(12,10)	35,20(12,59)	0,76	0,04
3 meses	FUNCION FISICA (0-100)	48,86 (21,87)	41,17 (22,37)	0,01	0,35
	ROL FÍSICO (0-100)	26,72 (35,16)	6,13 (21,81)	<0,01	0,7
	SALUD GENERAL (0-100)	32,65 (17,89)	23,99 (17,41)	<0,01	0,49
	DOLOR CORPORAL (0-100)	49,38 (19,62)	40,28 (21,3)	<0,01	0,44
	VITALIDAD (0-100)	54,1 (6,87)	51,41 (3,8)	<0,01	0,49
	FUNCION SOCIAL (0-100)	50,65 (26,33)	32,89 (29,76)	<0,01	0,63
	ROL EMOCIONAL (0-100)	56,09 (43,78)	29,74 (43,98)	<0,01	0,6
	SALUD MENTAL (0-100)	53,24 (20,28)	38,64 (22,33)	<0,01	0,68
	CSF	34,41 (7,77)	32,12 (6,74)	0,05	0,31
	CSM	41,84 (11,6)	33,26 (12,87)	<0,0001	0,7
6 meses	FUNCION FISICA (0-100)	48,79 (22,79)	40,49 (22,42)	0,01	0,37
	ROL FÍSICO (0-100)	16,16 (29,16)	5,83 (19,56)	<0,01	0,42
	SALUD GENERAL (0-100)	31,21 (18,99)	21,49 (16,32)	<0,01	0,55
	DOLOR CORPORAL (0-100)	46,64 (19,97)	40,15 (19,16)	0,01	0,33
	VITALIDAD (0-100)	52,76 (4,44)	51,55 (3,05)	0,02	0,32
	FUNCION SOCIAL (0-100)	46,98 (29,79)	32,16 (28,42)	<0,01	0,51
	ROL EMOCIONAL (0-100)	53,45 (43,27)	26,21 (41,92)	<0,01	0,64
	SALUD MENTAL (0-100)	50,55 (21,62)	36,04 (21,29)	<0,01	0,68
	CSF	33,17 (8,08)	32,37 (6,31)	0,6	0,11
	CSM	40,6 (12,61)	32,09 (12)	<0,0001	0,69
9 meses	FUNCION FISICA (0-100)	48,41 (22,22)	39,48 (23,23)	<0,01	0,39
	ROL FÍSICO (0-100)	14,22 (26,63)	5,1 (19,29)	<0,01	0,39
	SALUD GENERAL (0-100)	30,16 (19,41)	20,09 (18,33)	<0,01	0,53
	DOLOR CORPORAL (0-100)	43 (20,29)	37,35 (20,09)	0,02	0,28
	VITALIDAD (0-100)	51,68 (4,52)	51,41 (2,92)	0,18	0,07
	FUNCION SOCIAL (0-100)	43,64 (29,65)	27,91 (27,85)	<0,01	0,55
	ROL EMOCIONAL (0-100)	44,54 (45,25)	22,65 (39,39)	<0,01	0,52
	SALUD MENTAL (0-100)	47,62 (24,84)	31,3 (22,23)	<0,01	0,69
	CSF	33,3 (6,83)	32,37 (6,15)	0,12	0,14
	CSM	38,08 (13,85)	29,97 (11,62)	<0,0001	0,63

Tabla 10: Diferencias entre grupos a los 3, 6 y 9 meses de seguimiento (análisis por protocolo)



En el tamaño del efecto que nos muestran los resultados podemos observar como la d de Cohen para CVRS se encuentra en la mayoría de las dimensiones por encima de 0,30. Resaltar el comportamiento de la CSF, que muestra tamaños de efecto menores, descendiendo tras el paso del tiempo de seguimiento, siendo $d=0,26$, 0,11 y 0,14 a las valoraciones de 3 meses/postratamiento, 6 y 9 meses respectivamente. También presentan bajo tamaño de efecto la dimensión de vitalidad a los 6 y 9 meses.

Destacar del CSM que supera en los tres seguimientos d de Cohen por encima de 0,55, siendo a los 9 meses $d=0,63$, mostrando un tamaño de efecto grande. La dimensión de salud mental y rol emocional presentarán los valores mayores de las ocho dimensiones, llegando a $d=0,69$ la de salud mental a los 9 meses.

El análisis de potencia post-hoc se realizó con los resultados del seguimiento a los 9 meses del inicio del estudio, encontrándose una potencia estadística para el CSF del 19,6% y para el CSM del 99,9%.

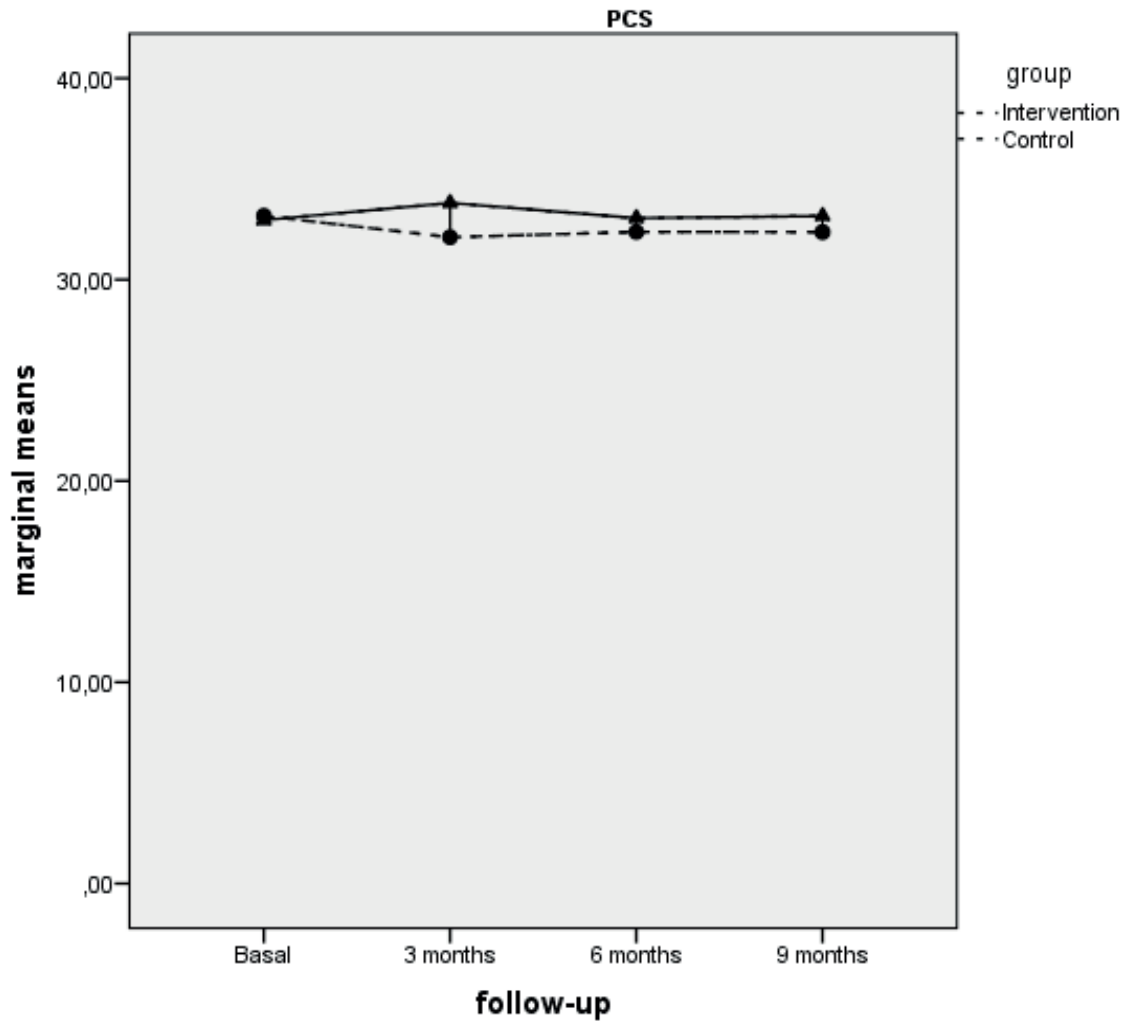


Figura 9: Evolución del componente físico de salud en ambos grupos.

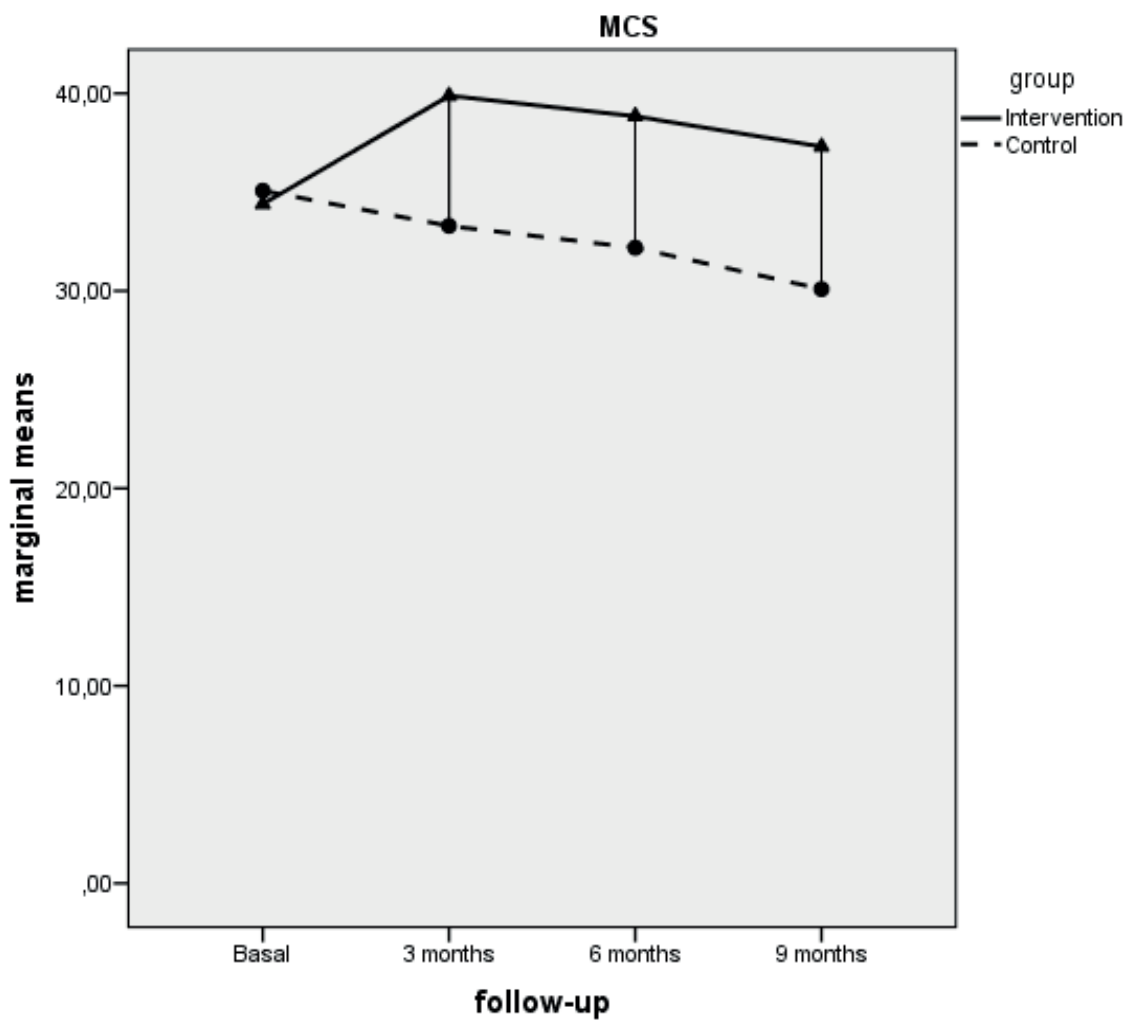
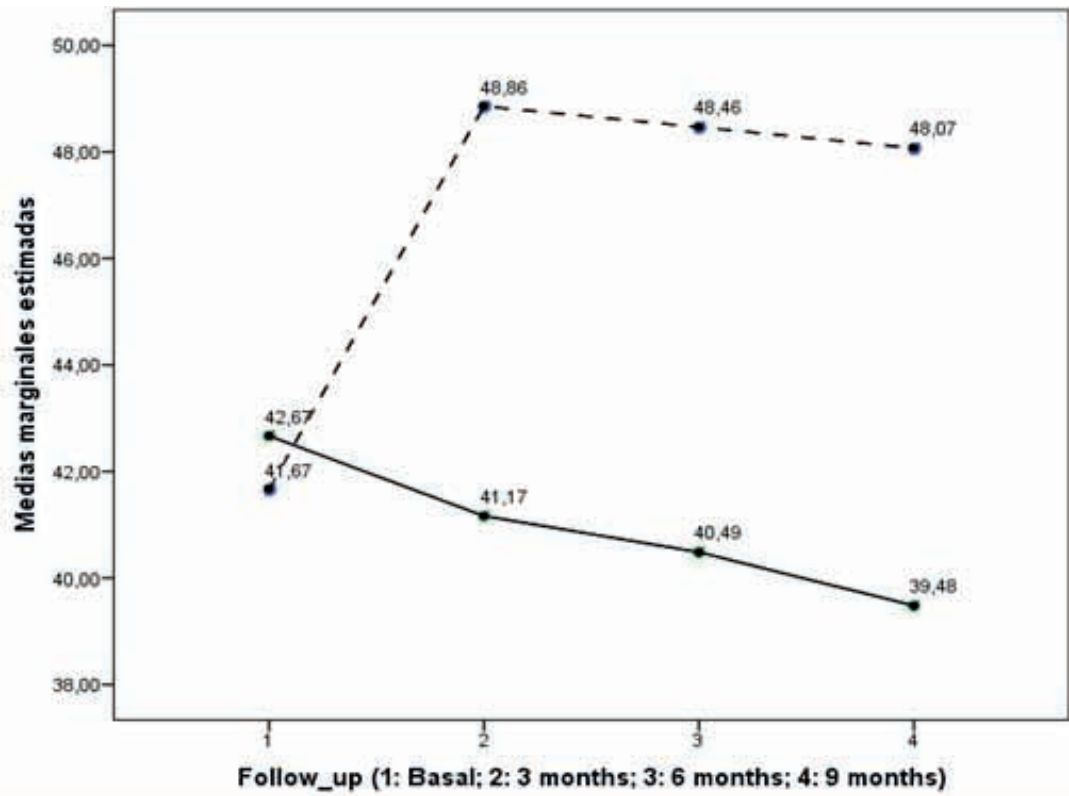


Figura 10: Evolución del componente de salud mental en ambos grupos.



Dolor corporal

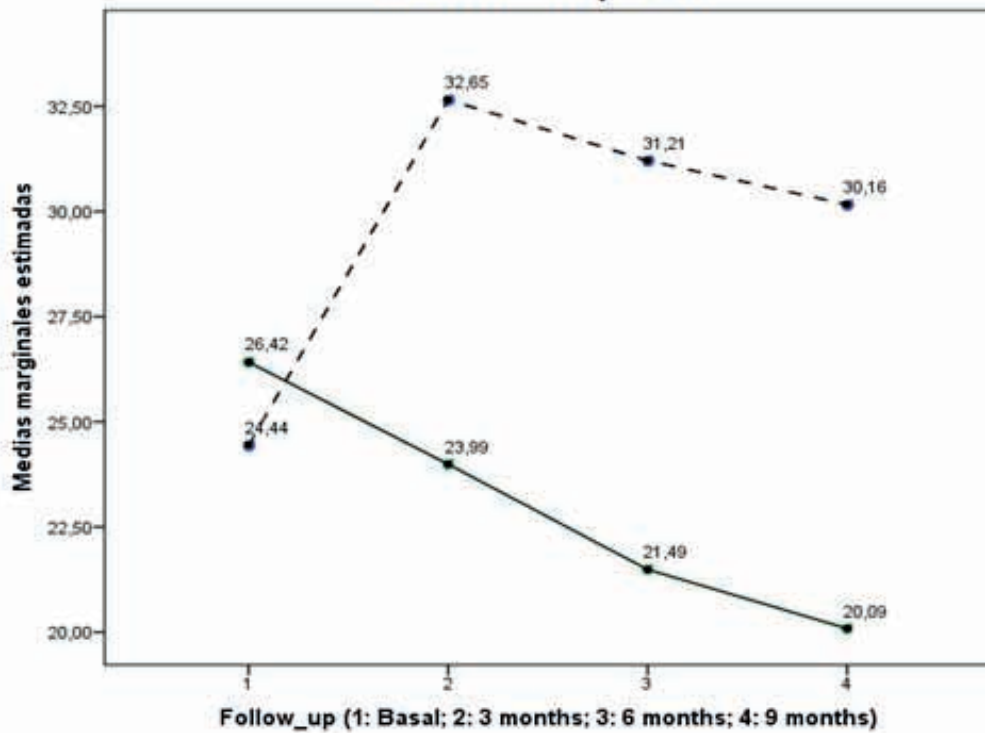
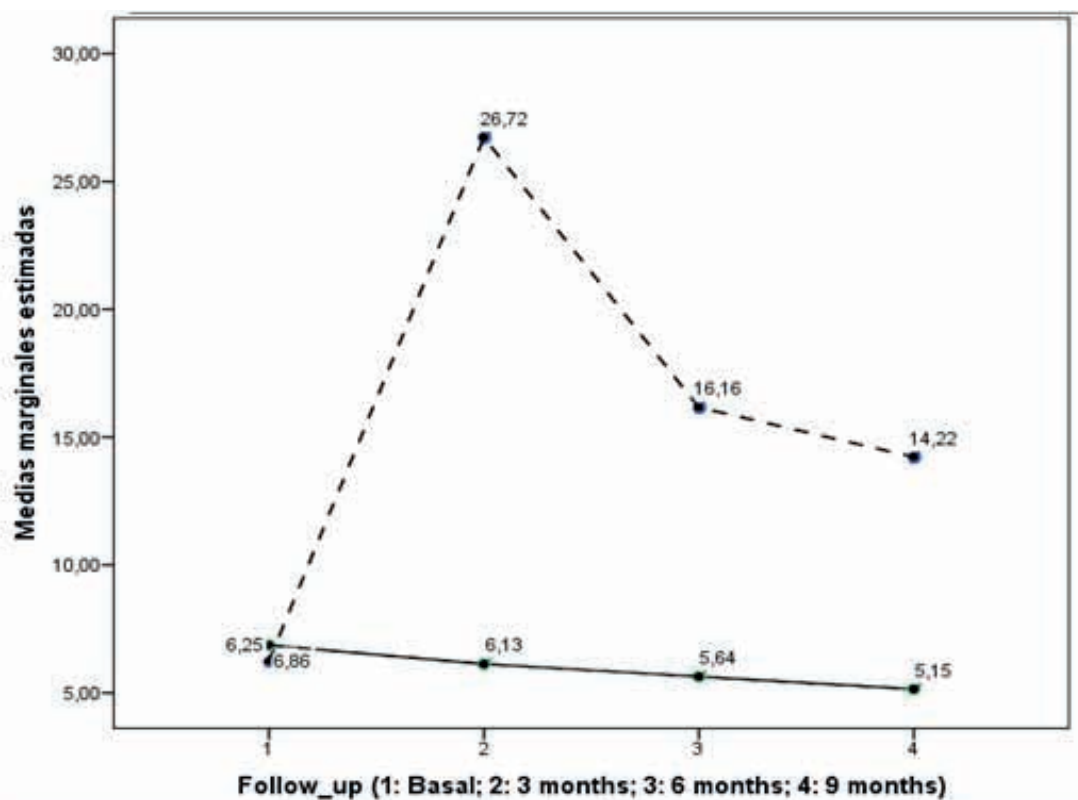


Figura 11: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (1).



Salud general

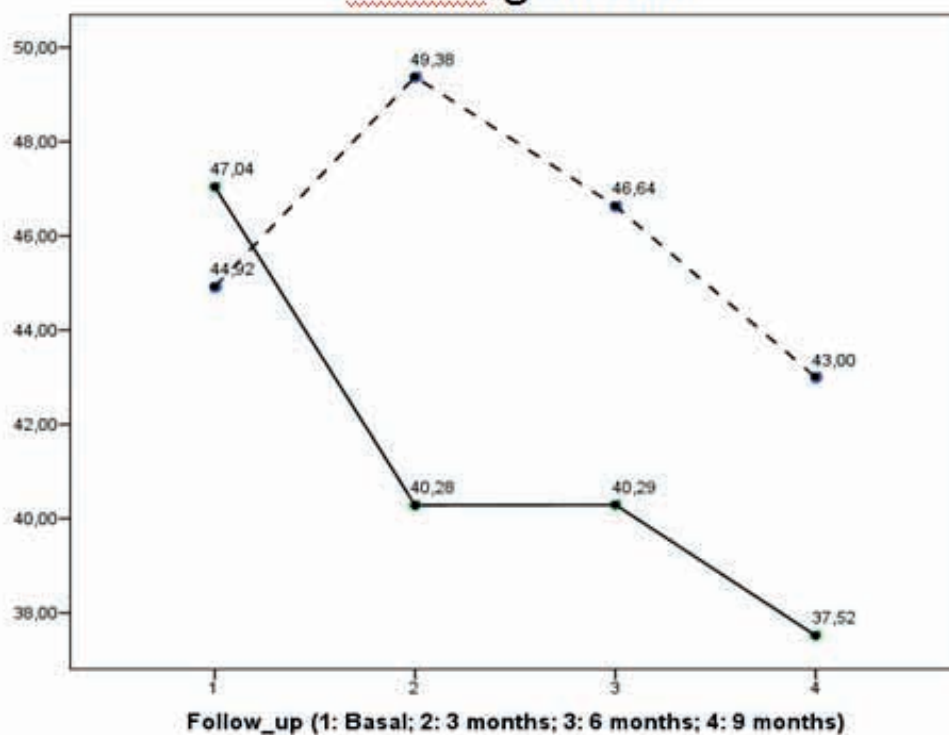
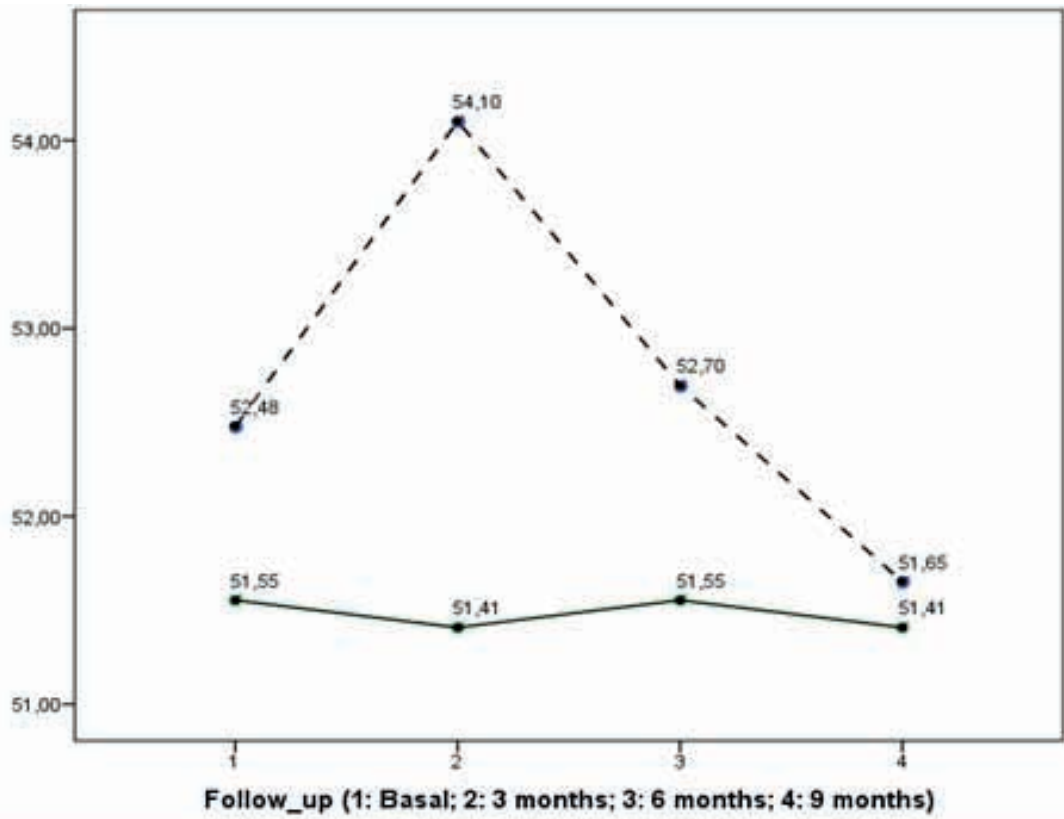


Figura 12: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (1).



Rol Emocional

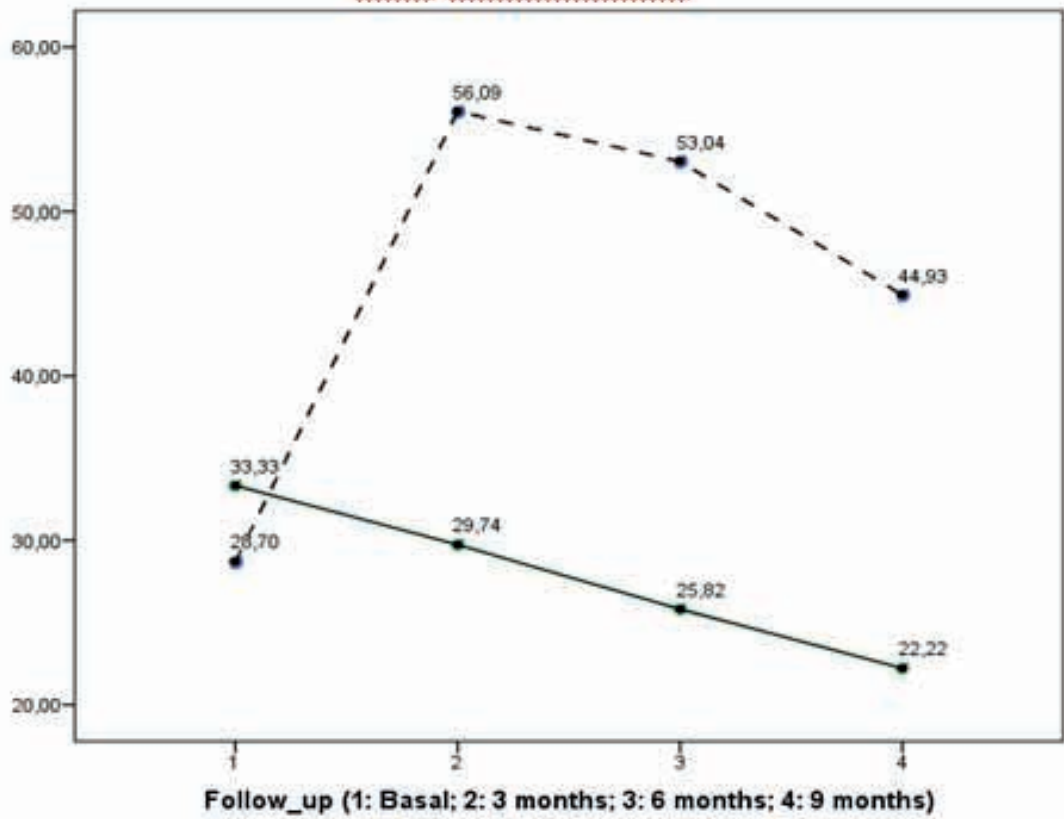
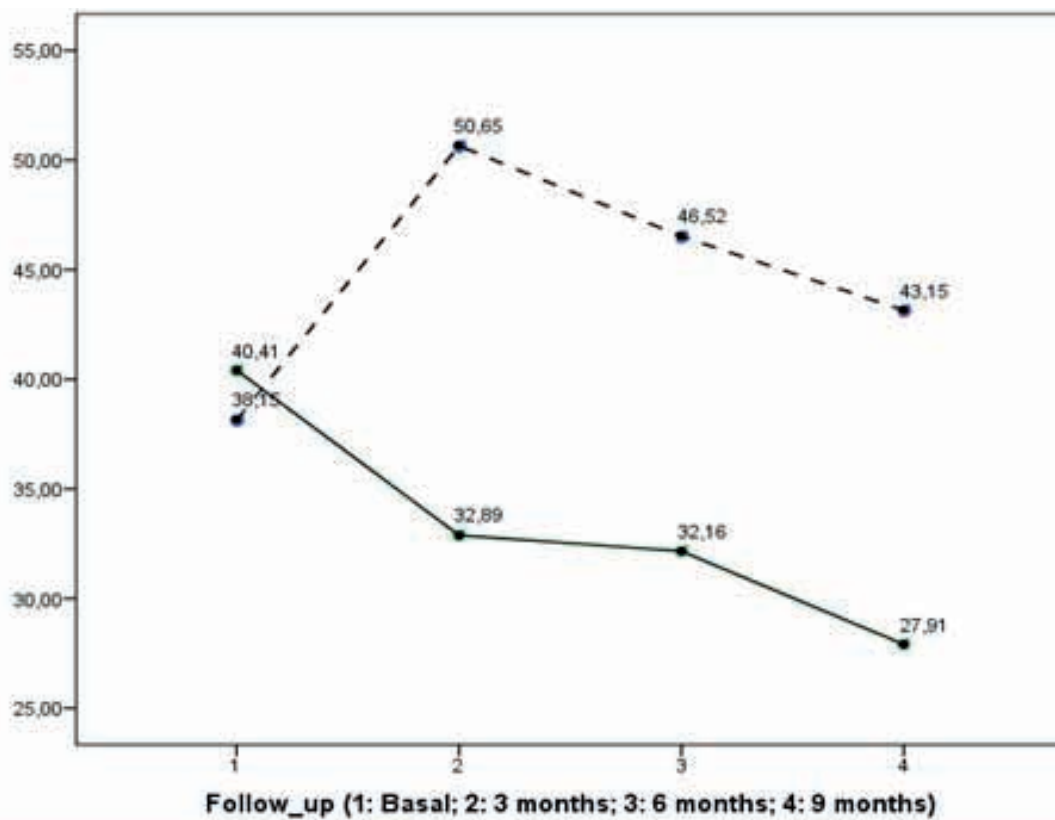


Figura 13: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (2).



Salud Mental

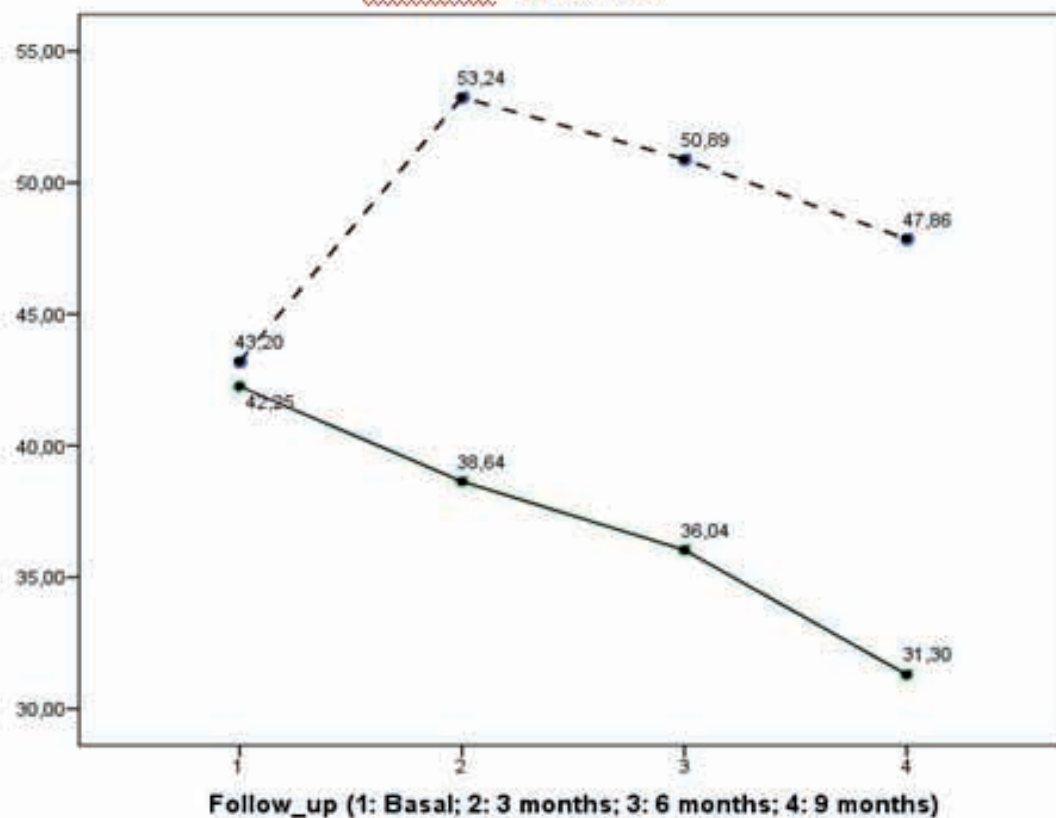


Figura 14: Evolución de las dimensiones de la CVRS en ambos grupos (2).

Objetivo 2: Determinar el efecto del programa de intervención en pacientes con dolor crónico no oncológico no controlado, sobre nivel de dolor percibido.

Este objetivo pretendía analizar el impacto del programa grupal de manejo del dolor crónico en la percepción de la intensidad del dolor en reposo y en movimiento valorado a partir de la escala NRS en los pacientes participantes en el estudio.

En este caso los resultados muestran diferencias significativas, tanto en la medición del dolor en reposo como en movimiento y en la valoración a los 3 meses/postratamiento como a los 6 y 9 meses en el análisis por intención a tratar.

		Intervención	Control	Total	
		(n= 174)	(n=105)	(n = 279)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de Cohen
Basal	Dolor en reposo	5,96 (2,67)	6,12 (2,81)	0,41	-0,06
	Dolor en movimiento	8,02 (2,01)	8,17 (2,07)	0,36	-0,07
3 meses	Dolor en reposo	5,2 (2,66)	6,1 (2,57)	0,02	-0,35
	Dolor en movimiento	7,31 (2,28)	8,07 (2,18)	<0,01	-0,34
6 meses	Dolor en reposo	5,3 (2,69)	6,08 (2,51)	0,01	-0,30
	Dolor en movimiento	7,38 (2,3)	7,86 (2,06)	0,03	-0,22
9 meses	Dolor en reposo	5,13 (2,73)	6,31 (2,68)	<0,01	-0,43
	Dolor en movimiento	7,26 (2,3)	7,99 (2,22)	<0,01	-0,32

Tabla 11: Resultados del dolor en reposo y movimiento, análisis por intención a tratar.

En el análisis por protocolo no se evidencia diferencia significativa en la intensidad del dolor en reposo a los 3 meses/postratamiento ($p=0,06$), en cambio en los resultados de seguimiento a los 6 y 9 meses sí se evidencia diferencia significativa, tanto de la intensidad en reposo como en movimiento.



		Intervención			
		(n= 116)	Control	Total (n =	
			(n=103)	219)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de
					Cohen
Basal	Dolor en reposo	5,61 (2,62)	6,1 (2,83)	0,09	-0,18
	Dolor en movimiento	7,97 (1,94)	8,16 (2,09)	0,24	-0,09
3 meses	Dolor en reposo	5,16 (2,57)	6,04 (2,67)	0,06	-0,34
	Dolor en movimiento	7,15 (2,29)	8,04 (2,2)	0,01	-0,40
6 meses	Dolor en reposo	5,18 (2,58)	6,09 (2,52)	0,01	-0,35
	Dolor en movimiento	7,12 (2,35)	7,9 (2,06)	0,01	-0,35
9 meses	Dolor en reposo	5,05 (2,67)	6,31 (2,83)	<0,001	-0,47
	Dolor en movimiento	6,94 (2,31)	8,02 (2,21)	<0,001	-0,48

Tabla 12: Resultados del dolor en reposo y movimiento, análisis por protocolo.

En el tamaño del efecto que nos muestran los resultados podemos observar como la d Cohen para la intensidad del dolor se encuentra en la mayoría de sus mediciones en $d \geq 0,30$, a excepción de la valoración del dolor en movimiento a los 6 meses con un tamaño del efecto 0,22. El ítem que presenta el valor con mayor tamaño del efecto, llegando a $d=0,43$ corresponde a la intensidad de dolor en reposo a los 9 meses de seguimiento.

El análisis de potencia post-hoc para la intensidad de dolor mostró el dolor en reposo 94,2% y para el dolor en movimiento 73%.

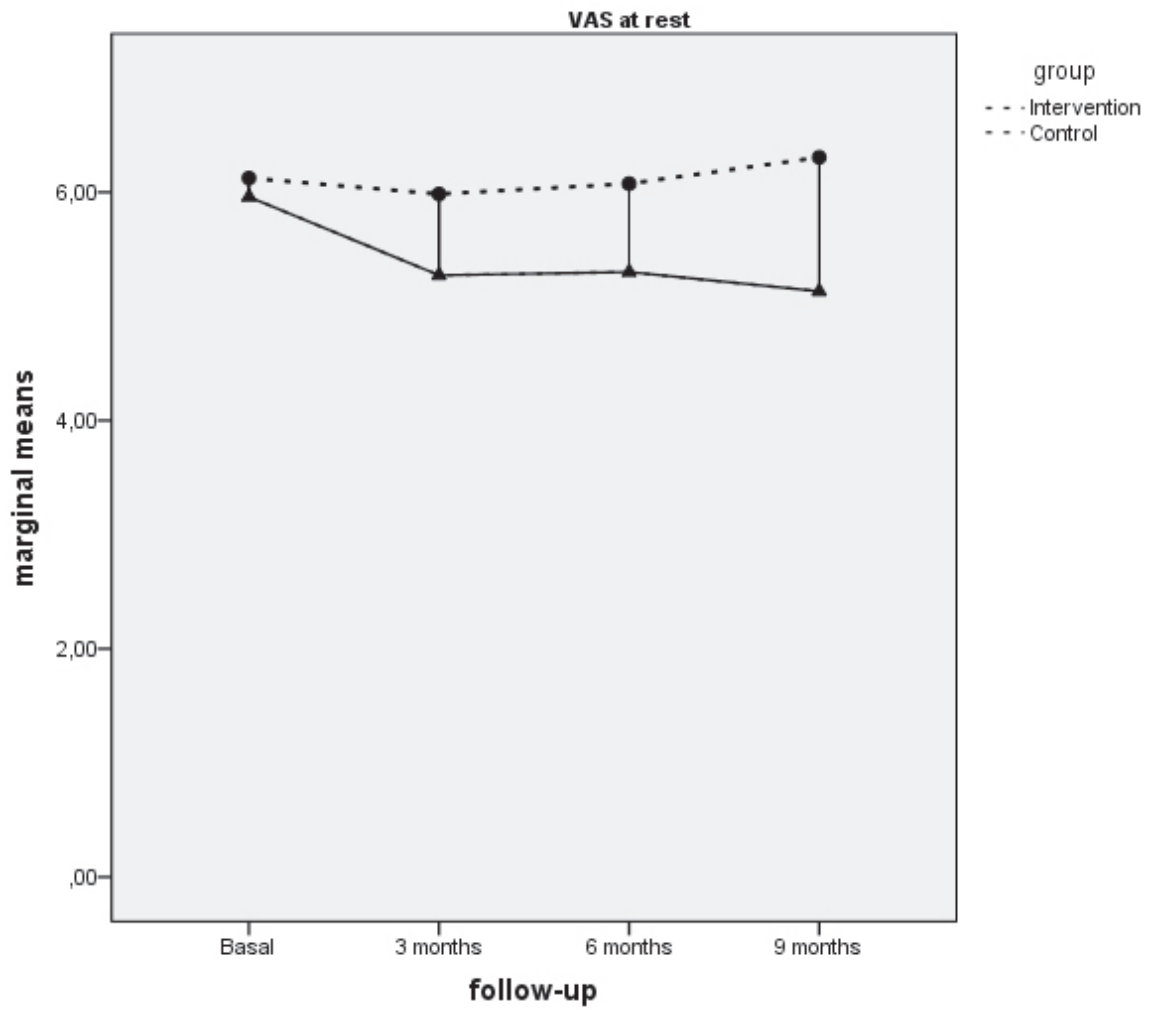


Figura 15: Evolución del dolor en reposo en ambos grupos.

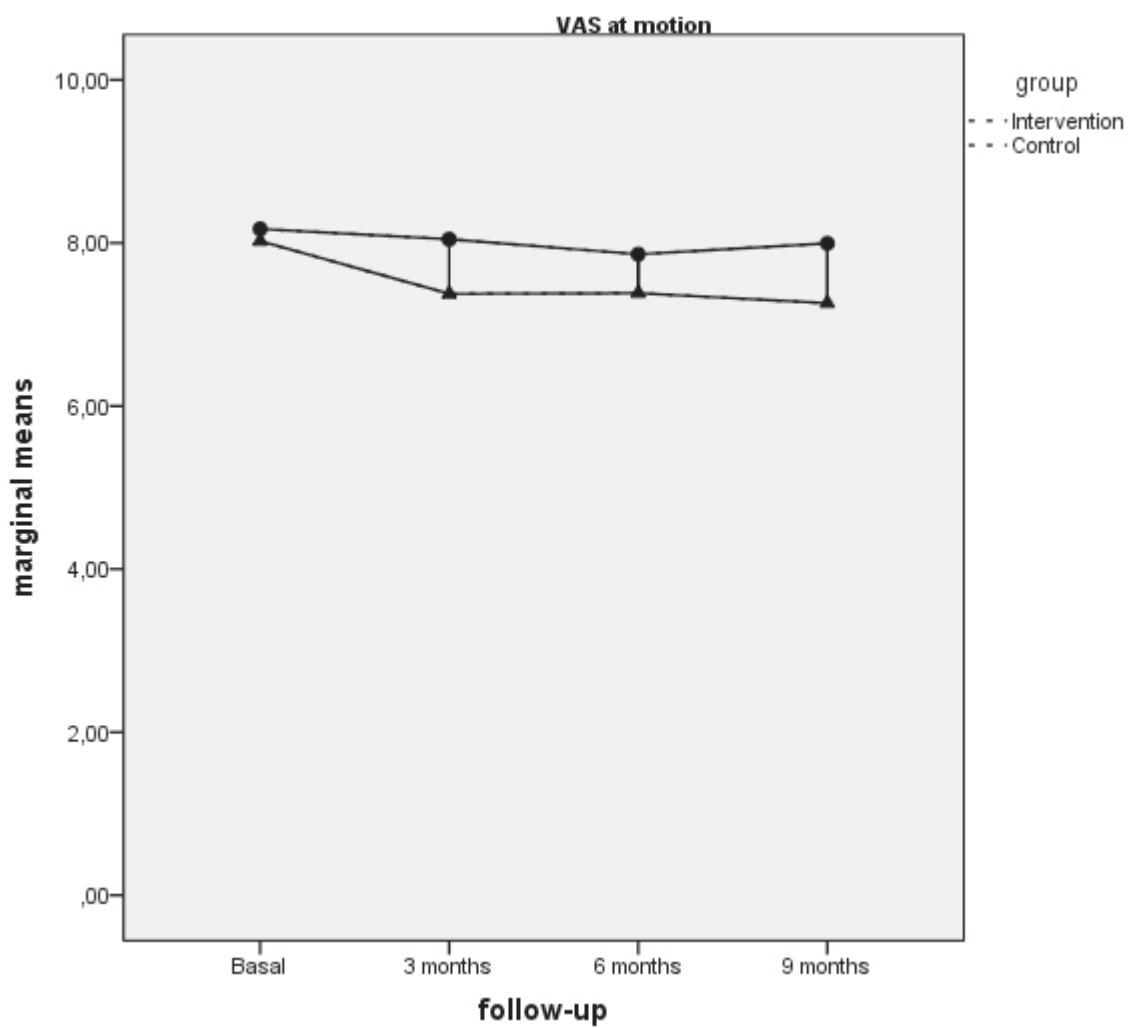


Figura 16: Evolución del dolor en movimiento en ambos grupos.

Objetivo 3: Conocer la prevalencia y evolución de ansiedad y depresión en la población de estudio durante el seguimiento programado.

Este objetivo específico pretende analizar el impacto del programa grupal de manejo del dolor crónico en la salud mental de los participantes, concretamente en depresión valorada por el cuestionario PHQ 9 y la ansiedad por el cuestionario GAD 7.

En este caso los resultados muestran diferencias significativas en el grupo intervención frente al grupo control en el análisis por intención a tratar, tanto en la depresión como en la ansiedad a los 6 y 9 meses de seguimiento. No presentándose esta diferencia significativa en la valoración realizada a los 3 meses/postratamiento, en la depresión ($p=0,16$) y en la ansiedad ($p=0,39$).

		Intervención	Control	Total	
		(n= 116)	(n=103)	(n = 219)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de Cohen
Basal	Depresión	12,41 (5,92)	11,08 (6,25)	0,07	0,22
	Ansiedad	10,89 (5,23)	9,68 (5,39)	0,06	0,23
3 meses	Depresión	10,06 (5)	11,31 (6,19)	0,16	-0,22
	Ansiedad	8,43 (4,76)	9,1 (5,31)	0,39	-0,13
6 meses	Depresión	10,16 (5,11)	11,61 (5,81)	0,03	-0,26
	Ansiedad	7,72 (4,73)	8,95 (4,92)	0,03	-0,25
9 meses	Depresión	10,43 (5,29)	12,66 (5,99)	<0,01	-0,39
	Ansiedad	7,51 (4,77)	9,16 (4,7)	<0,01	-0,35

Tabla 13: Diferencias en ansiedad y depresión durante el seguimiento, análisis por intención de tratar.

En el análisis por protocolo se hallaron diferencias significativas, tanto en la depresión como en la ansiedad a los 6 y 9 meses de seguimiento, al igual que en el análisis por intención a tratar. En cambio, a diferencia de éste, en el análisis por protocolo si hubo diferencias significativas en la depresión, mientras que la ansiedad permaneció sin diferencias significativas.



		Intervención	Control	Total	
		(n= 116)	(n=103)	(n = 219)	
		Media (DS)	Media (DS)	P	d de Cohen
Basal	Depresión	12,23 (5,67)	10,88 (6,13)	0,09	0,23
3 meses	Ansiedad	11,1 (5,39)	9,55 (5,34)	0,04	0,29
	Depresión	9,16 (5,26)	11,26 (6,24)	0,01	-0,37
6 meses	Ansiedad	7,78 (4,76)	9,19 (5,38)	0,06	-0,28
	Depresión	9,38 (5,4)	11,74 (5,79)	0,01	-0,42
9 meses	Ansiedad	7,03 (4,48)	9,03 (4,92)	0,01	-0,42
	Depresión	9,74 (5,75)	12,6 (6,03)	<0,001	-0,49
	Ansiedad	6,75 (4,42)	9,09 (4,7)	<0,001	-0,51

Tabla 14: Diferencias en ansiedad y depresión durante el seguimiento, análisis por protocolo.

En el tamaño del efecto que nos muestran los resultados podemos observar como la d de Cohen para la ansiedad y la depresión se encuentran en la mayoría de los valores por encima de $d > 0,20$. Resaltar el comportamiento de la ansiedad que presenta el valor más bajo, siendo el tamaño del efecto de $d = 0,13$ a los 3 meses/postratamiento. Destacar que en los valores a los 9 meses de seguimiento ambas variables se sitúan en $d \geq 0,35$.

El análisis post-hoc de la potencia se realizó con los resultados del seguimiento a los 9 meses de inicio del estudio encontrándose una potencia estadística de 81% para la ansiedad y 89,9% para la depresión.

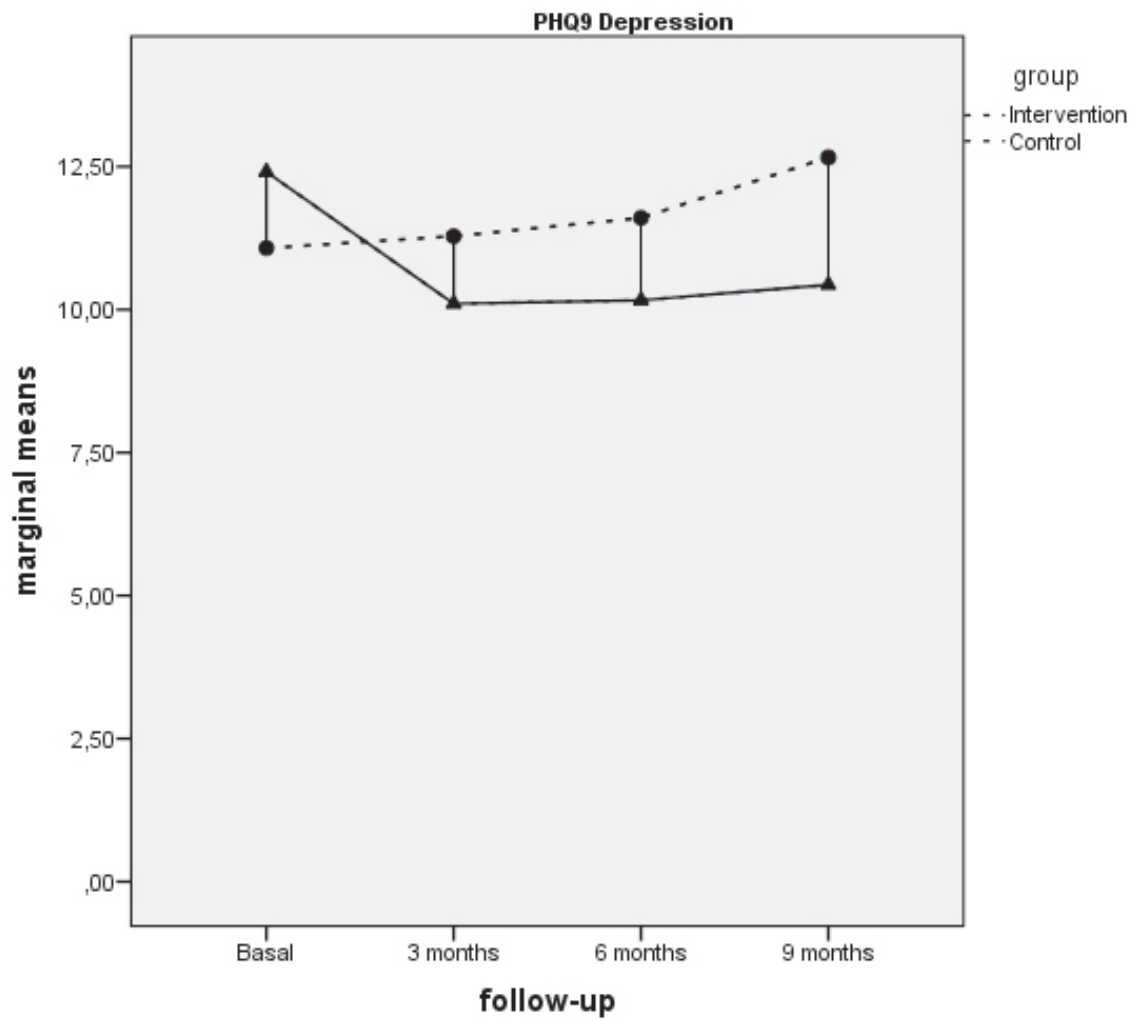


Figura 17: Evolución de la depresión en ambos grupos.

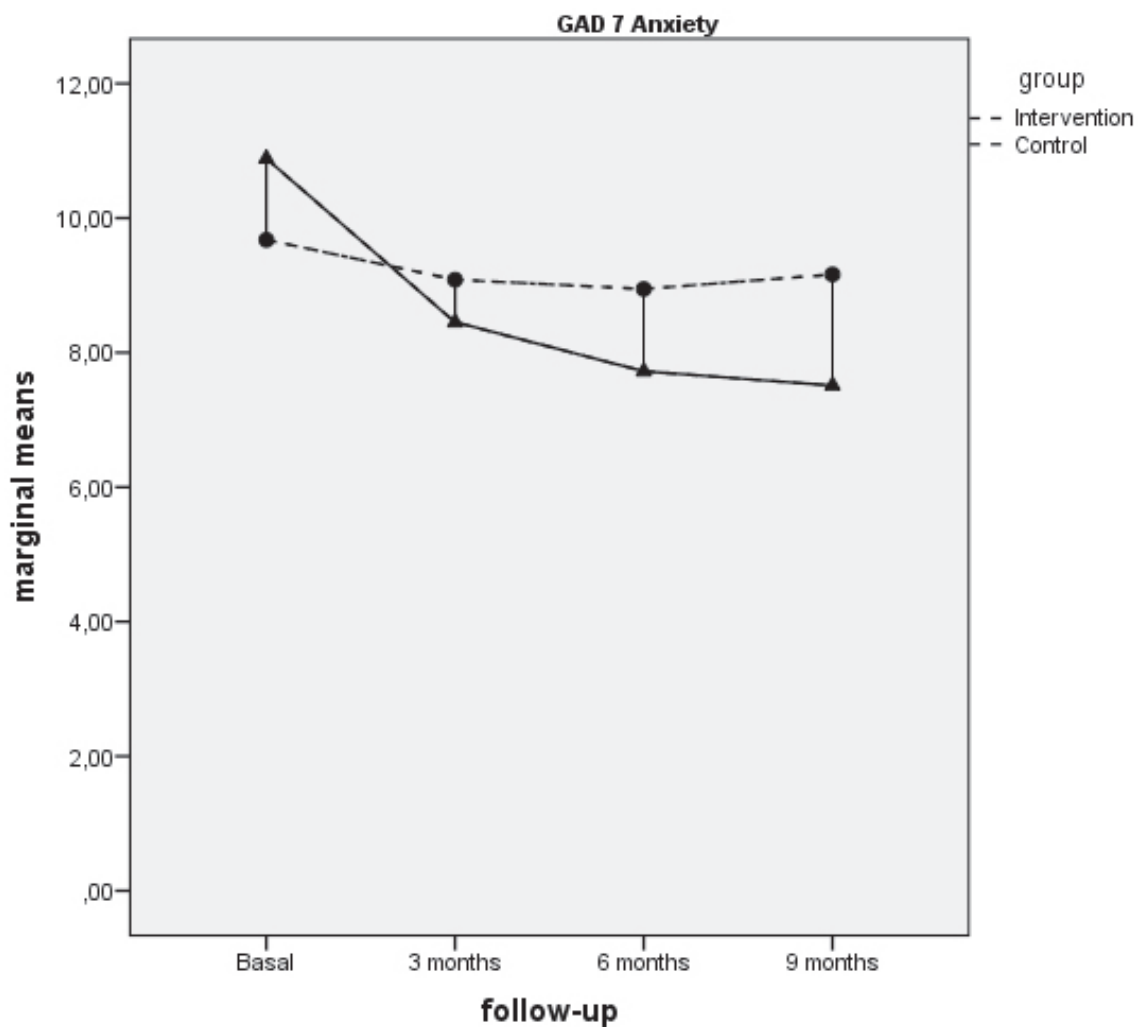


Figura 18: Evolución de la ansiedad en ambos grupos.

Objetivo 4: Evaluar la satisfacción de los usuarios con el nuevo modelo

En relación a este objetivo, destacar que todos los ítems obtienen una valoración por encima de 8.5 puntos en una escala de rango 0 – 10.

El ítem con mayor puntuación obtenida fue en el reconocimiento de la utilidad de la participación y liderazgo de los profesionales de enfermería en el programa de manejo del dolor. Por el contrario, el ítem con la menor puntuación obtenida es el vinculado a la mejora de la salud física de los usuarios.

El 100% de los participantes que concluyen el programa recomendaría la participación a algún conocido o familiar que padezca una condición similar de dolor crónico.

	Intervención (n=116)	
	Media	DS
Considera necesario un abordaje de su problema de dolor crónico tal como se plantea en el programa?	9,29	1,28
¿Le ha ayudado a adquirir herramientas para manejar por usted mismo su dolor crónico?	8,82	1,59
¿Usted piensa que este programa le está ayudando a controlar su dolor?	8,82	1,64
¿Considera útil la participación de los profesionales de enfermería en el programa de dolor crónico?	9,78	0,67
¿Qué efecto cree usted que este programa tiene en su salud física?	8,55	1,8
¿Qué efecto cree usted que este programa tiene en su salud emocional?	9,2	1,22
En general, ¿cómo calificaría usted el valor del programa?	9,72	0,74
¿Recomendarías este programa de tratamiento a un conocido que tenga dolor crónico?	100,00%	

Tabla 15: Satisfacción de los usuarios del grupo intervención.



Discusión

Este estudio controlado aleatorizado perseguía conocer el impacto de un programa de intervenciones enfermeras grupal dirigidas a pacientes con dolor crónico no oncológico.

La población del periodo de reclutamiento estaba compuesta por 1.084 pacientes de los cuales tras ser valorados por los criterios de exclusión disminuyeron a 392 sujetos, que en su mayoría fueron excluidos a causa de superar los 70 años de edad y/o padecer un proceso oncológico en tratamiento. De estos 392 pacientes, rechazaron participar en el estudio 113 sujetos, un 28,8%. Estudios como el llevado a cabo por Broderick presentaron una negativa de participación del 38,7% (207). En diversos estudios se recoge también, que la frecuencia de pérdidas en el desarrollo de este tipo de programas son habituales (209,213).

Nuestra muestra está mayoritariamente formada por mujeres, llegando a dos terceras partes. Si bien, parece que esta diferencia de proporción es inferior a estudios anteriores que presentan datos entre el 75% y 88%. (208,213), aumentando la incidencia en los hombres en estudios más recientes (214). En la bibliografía previa se muestra cómo el género constituye un elemento que debe guiar la valoración y manejo de este tipo de pacientes, situando a las mujeres con mayor prevalencia de dolor crónico, el dolor generalizado como localización más frecuente y mayor intensidad en la percepción del dolor (215). Aunque el dolor crónico afecta a individuos de todas las edades, razas y género, lo hace de manera diferencial a los miembros de grupos vulnerables de la población. De hecho, las mujeres tienen un riesgo sustancialmente mayor para múltiples trastornos de dolor crónico en comparación con los hombres (114).

En relación a la edad, la media de nuestra muestra, situada por encima de los 50 años, es superior a otros estudios con población participante en programas de manejo al dolor crónico no oncológico, centrándose en un intervalo de edad de 40 a 50 años de media, principalmente en estudios llevados a cabo con población adulta hasta los 65-70 años en los criterios de inclusión, similar al de nuestro estudio (190,191,208,213,216,217). Esto nos indica que el dolor crónico no oncológico afecta a gente adulta, lo cual conlleva mayores repercusiones en su vida, ya que a estas edades se está laboralmente activo e incluso pueden



tener cargas familiares (172).

Estudios como el de Lena y Lundman recogen que un alto grado de resiliencia ha sido descrito como un punto de vista positivo a pesar de las circunstancias difíciles durante el proceso de envejecimiento. Los ancianos pueden experimentar la integración y el bienestar. Las diferencias de edad en los recursos personales para afrontar la enfermedad y la satisfacción con la vida en la vejez pueden ser vistos como un momento de resistencia y fortaleza (51). Tener mayores expectativas en base al estado de salud en la población joven y la falta de aceptación de la cronicidad de la enfermedad producen aumento del estrés disminuyendo la percepción de la CVRS.

Los pacientes de nuestra muestra llevaban una media de más de 7 años con dolor crónico, similares a otros estudios que llevan ya un largo periodo de desarrollo de la enfermedad (208,209,216). Esto es un dato importante a tener en cuenta a la hora de las expectativas que los profesionales y pacientes podemos generar ante el impacto de estas intervenciones. No es realista esperar que estos pacientes puedan hacer grandes mejoras después de vivir con dolor crónico durante varios años sin un correcto abordaje (133) pero si pueden ir adquiriendo habilidades que les faciliten un mejor afrontamiento con una mejora en su calidad de vida tal como persigue este programa.

En relación a la asociación significativa de acontecimientos vitales la literatura recoge que los eventos estresantes de la vida se asocian con un aumento de la intensidad del dolor y la cronicidad. Sin embargo, el mecanismo implícito de esta relación sigue siendo controvertido. Los resultados preliminares de un reciente estudio sugieren que los factores estresantes de la vida pueden facilitar el procesamiento del dolor mediante la mejora de la sensibilización central (72).

En relación a la ocupación de los pacientes, poco más de un tercio de la muestra, se encuentra en activo, a pesar de tener una edad media de 53 años, aún así se sitúa por encima de la población activa encontrada en otras muestras de pacientes, oscilando estas sobre un 15%-19% (213,218). Una revisión sistemática recoge que el alcance y la complejidad de los problemas que afectan al trabajo necesitan una intervención adicional más allá de la intervención psicológica grupal estándar (219). Al igual que el coste de los recursos sanitarios utilizados en el abordaje del dolor crónico, los costes derivados de la incapacidad laboral y la disminución de oferta laboral para las personas con esta enfermedad preocupan y están sujetos a temas de estudio. Existen programas específicos dirigidos a la reincorporación

laboral que sugieren buenos resultados para este fin (220–222).

Existe una heterogeneidad de la muestra en relación al tipo de dolor según su procedencia y su localización, al igual que ocurre en otros estudios (208) aunque una gran parte pertenece a miembros inferiores con un 58,8%, correspondiendo su mayoría a lumbalgia con afectación de los mismos, por lo que también esto explica que el tipo de dolor se presente mayoritariamente de tipo mixto con un 61,6 %. Dysvik argumenta que este tipo de población heterogénea para la investigación es útil, ya que los pacientes pueden tener más en común en otros aspectos que los que tienen un diagnóstico similar (191) y podría existir mayor ganancia en los participantes en los programas de manejo del dolor al abrirse el abanico en las distintas experiencias de las personas que los componen.

Casi el 40 % de la muestra manifestaban tener antecedentes familiares de dolor crónico. Existen estudios, en seno de la neurociencia, que examinan las variantes genéticas que han sido implicadas en las condiciones de dolor crónico con resultados de asociación genética. Revelan que en pacientes con migraña y el dolor musculoesquelético, que son los trastornos de dolor crónico más investigados, se identifican alteradas las vías de neurotransmisión de la experiencia dolorosa en casi la mitad de las variaciones genéticas encontradas (78).

Un equipo de científicos del Kings College de Londres, estudió a más de 8000 pares de gemelos y encontró que las dolencias crónicas eran comunes en las personas que comparten el mismo ADN. Para los pacientes con dolor crónico se halló correlación dentro de los pares de gemelos monocigóticos, siendo mayor que en pares dicigóticos, lo que sugiere un componente hereditario, que justificaría la búsqueda de variantes genéticas subyacentes (77).

Objetivo 1: Determinar el efecto del programa de intervención en pacientes con dolor crónico no oncológico no controlado, sobre la Calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida es una percepción subjetiva influenciada por experiencias, creencias y expectativas de cada individuo, la cual se puede modificar de acuerdo a los estados de la enfermedad, de la deficiencia o incapacidad sin dejar de lado la influencia del entorno social, político, económico y cultural (223). Es importante reseñar que las personas con dolor crónico tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades crónicas

(90,224).

Muchos estudios han identificado cómo las personas que experimentan dolor crónico sufren cambios fisiológicos, (225) sleep disturbances, and decision-making abnormalities (Apkarian et al., 2004a, cognitivos, conductuales (226) y sociales (227), que terminan repercutiendo en su calidad de vida. Pacientes con dolor heterogéneo, en relación al tipo y localización como en nuestra muestra, informaron de baja calidad de vida a cada dominio (217). En relación a esto destacar un estudio de cohortes de más de 1.000 pacientes, que mostró que tras el seguimiento de pacientes con dolor crónico lumbar la CVRS disminuía los niveles a los 6 meses, esto nos informa que la tendencia de la enfermedad es a ofrecer niveles cada vez más bajos (95) .

Es importante destacar la escasez de estudios de este tipo analizando la CVRS en servicios especializados en el abordaje del dolor. Esta población posee unas características especiales ya que por desgracia, suelen tener acceso a ellos en etapas avanzadas del proceso doloroso con tratamientos con una alta frecuencia de fracaso terapéutico en múltiples etapas y niveles asistenciales previos a su llegada a las unidades de tratamiento del dolor (172).

La particularidad más destacada de los CSF y CSM presentados respecto a las dimensiones originales del SF-36, reside en que están estandarizados y en que su interpretación está basada en normas. Esto ofrece la ventaja de aportar una interpretación directa de las puntuaciones en relación con la población general española, que tiene una media de 50 y una DE de 10 (197). De forma global en nuestro estudio, hemos encontrado valores basales de calidad de vida percibida por debajo de valores poblacionales de referencia, cercanos a los 20 puntos de diferencia en los CSF y CSM.

En nuestro estudio la mayor parte de las dimensiones del cuestionario SF-36 a nivel basal están por debajo de la media de la población de referencia, a excepción de la vitalidad. Destacar las dimensiones de dolor corporal y del rol emocional que se sitúan por debajo de los 30 puntos y la del rol físico inferior a los 10 puntos. Patrones similares se reportan en otros estudios llevados a cabo con población con dolor crónico no oncológico, situándose dichas dimensiones con las menores puntuaciones (208,223,228).

Los resultados del ensayo clínico nos informan del impacto que introduce en la mejora de la CVRS respecto al grupo control, existiendo significancia estadística.

En nuestros resultados se evidencia una mejora predominante en el componente de salud mental, al contrario de lo que recoge Mann en su revisión (175), señalando que existe una mejora dominante en las dimensiones físicas. Los contenidos del programa CALIDO están más dirigidos a propiciar el cambio de cultura en el abordaje del dolor, en el enfoque del empoderamiento del paciente en relación a su estado de salud, a trabajar el afrontamiento activo y la aceptación del estado de salud, con consecuente efecto en el estado de ánimo, emociones y pensamientos que se ha visto reflejado en los resultados obtenidos.

En estudios en cuyos contenidos del programa cobran mayor peso la terapia física, se obtienen mejores resultados en el CSF con significación estadística (229), es por ello que debemos contemplar este aspecto para complementar el programa con intervenciones de este tipo.

Las mejoras percibidas por los usuarios que fueron mantenidas a largo plazo fueron precedidas por una ganancia aún mayor en la evaluación a los 3 meses/ postratamiento, por lo tanto el proceso a través del cual se produce una mejora en la percepción de la CVRS se lleva a cabo en el momento de desarrollo y entrega de la intervención al igual que ocurre en estudios similares (172,175).

Debido a que el dolor crónico se considera una condición de por vida, en función del tiempo subyacen distintos procesos de enfermedad, es natural suponer que la salud de algunos de los pacientes se reducirá. Esto es apoyado, al encontrar participantes que informaron en el seguimiento de 9 meses que su percepción de salud general había empeorado, a pesar de que informaron que experimentan los beneficios del programa (172).

El análisis de potencia post-hoc se realizó con los resultados del seguimiento a los 9 meses del inicio del estudio, encontrándose una potencia estadística para el CSF del 19,6%, y para el CSM del 99,9%. Serían necesarios estudios con mayor tamaño muestral para detectar diferencias no sujetas a posible error tipo II para el CSF.

En relación al tamaño del efecto, en el estudio de Broderick, la intervención educativa individualizada no tuvo efecto en la calidad de vida de los pacientes, a diferencia de nuestro estudio donde se halló un impacto positivo en la mejora del componente mental (207).

Objetivo 2: Determinar el efecto del programa de intervención en pacientes con dolor crónico no oncológico no controlado, sobre nivel de dolor percibido.

El dolor es el resultado más comúnmente medido en este tipo de intervenciones y se lleva a cabo generalmente como intensidad del dolor, aunque también lo podemos encontrar como discapacidad del dolor y/o la interferencia del dolor (175).

Existe una amplia variedad de instrumentos de medida del dolor. En función de su finalidad, su contenido, su método de administración, sus propiedades psicométricas, etc, son recomendadas para su uso (202). La variabilidad de instrumentos utilizados en la medición del dolor crónico dificulta la comparación de resultados de los distintos estudios de investigación.

De forma global en nuestro estudio, hemos encontrado valores basales de intensidad de dolor en movimiento de 8 puntos en la escala NRS, similares a otras poblaciones de estudio con dolor crónico no oncológico (172,209,228), manteniéndose los resultados en el tiempo de seguimiento del ensayo.

En los estudios revisados con intervenciones de automanejo del dolor crónico encontramos resultados estadísticamente significativos obtenidos inmediatamente tras la finalización de la intervención que mantienen las mejoras en el tiempo de seguimiento en un intervalo de 3 a 12 meses, al igual que los nuestros (207,230–235). Si bien, se exponen diferencias de puntuaciones algo superiores a las de nuestro estudio alrededor de los 1,1 puntos frente a los 0,8/0,7 (175).

Encontramos en la literatura científica estudios que recogen tamaños del efecto de reducción del dolor la intensidad entre $d = 0,27$ y $d = 0,50$ (236) (175). Nuestros resultados se encuentran dentro de este intervalo.

En el estudio de Broderick 2014, la intervención educativa individualizada tuvo un impacto leve-moderado en la mejora de la intensidad del dolor a 6 ($d=0,12$) y 12 meses ($d=0,21$), resultados algo inferiores a nuestro estudio.

Existe una revisión sistemática cuyo propósito fue estudiar la relación entre la intensidad del dolor y la calidad de vida y cómo se comportaban en relación a estas variables cuando se intervenía con la finalidad de mejorar algunas de ellas. Se muestra una reducción estadísticamente significativa en la disminución de la percepción del dolor y un aumento significativo en la calidad de vida existiendo una fuerte correlación (99).

Por otra parte, algunos autores han identificado cómo la intensidad del dolor puede contribuir a la aparición o agravamiento de síntomas de depresión y ansiedad (237).

Según Dworkin, el tratamiento que tanto alivia el dolor como mejora la CVRS, es de mayor valor que aquellos centrados exclusivamente en la reducción del dolor (238). Los usuarios realzan la importancia de vivir una vida plena a pesar de tener dolor.

Objetivo 3: Conocer la prevalencia y evolución de ansiedad y depresión en la población de estudio durante el seguimiento programado.

Las variables vinculadas a la salud mental son las segundas más comunes en frecuencia como resultados de la investigación en intervenciones que persiguen el automanejo de la enfermedad de dolor crónico, incluyendo las intervenciones grupales e individuales. Estas variables incluyen el catastrofismo, la depresión y la ansiedad (175).

En una revisión sistemática de estudios cualitativos encontramos que las enfermedades crónicas en relación a la ansiedad o la depresión pueden ser procesos independientes o estar relacionados entre sí. Los pacientes pueden ser reacios a reconocer la depresión o la ansiedad como una condición previa o independiente separada de la experiencia dolorosa(109).

En estudios recientes encontramos que la depresión y la ansiedad se asociaron con la intensidad del dolor (239) y con un aumento de probabilidades de absentismo laboral, menor aceptación del dolor, y dolor de tipo generalizado (240).

De forma global, en nuestro estudio hemos encontrado valores basales cuyas medias, según los cuestionarios PHQ9 y GAD7, identifican la presencia de ansiedad y depresión moderada en nuestra población de estudio, presentando valores similares a otros estudios que han utilizado los mismos cuestionarios (216,240). Estos son recomendados en la Guía de Evaluación y manejo del dolor crónico del “Institute for Clinical Systems Improvement” (ICSI) (241).

Existe evidencia en la literatura científica de que este tipo de atención consigue disminuir los niveles de ansiedad y depresión (190,209,232,234,236) (242) (207), tal como podemos observar en nuestros resultados, y mantenerse su efecto en



el tiempo. Si bien, también existen trabajos donde no se encuentran resultados significativos para la mejora de la depresión (243).

Nuestros resultados muestran que durante el seguimiento los niveles de depresión mantienen prácticamente el efecto. En cambio, la ansiedad va disminuyendo los niveles conforme va pasando el tiempo, lo que nos puede indicar que una puesta en marcha de las herramientas facilitadas crean una tendencia positiva de mejoría (175). Lo mismo ocurre en otros estudios, a diferencia de nuestros resultados, este fenómeno se da en las dos variables (190,209,216).

En relación al tamaño del efecto, en el estudio de Dear, la intervención educativa dirigida a través de internet tuvo un efecto moderado-alto en los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes, a diferencia de nuestro estudio donde se halló un impacto positivo aunque con menor tamaño del efecto (216).

Bair en su trabajo recoge que la presencia de ansiedad y depresión como comorbilidades deben ser consideradas en la evaluación y tratamiento de los pacientes con dolor musculoesquelético como un factor que puede adversamente afectar la respuesta al tratamiento (244). Aunque podemos pensar que las personas con depresión pueden estar menos capacitadas para los cambios actitudinales que presenta este tipo de programas en la gestión del dolor, Glombiewski, nos refiere que tener depresión previa al tratamiento no predice la falta de eficacia de las intervenciones en la intensidad del dolor ni la discapacidad (242).

Tal como comentamos anteriormente, existe un nuevo planteamiento que nos dirige al estudio en profundidad de los procesos psicológicos esperables en la experiencia dolorosa, lo que ha llamado Eccleston “la psicología normal del dolor”, en un intento de entender también su impacto y el abanico de adaptaciones posteriores que las personas hacen como resultado de los retos que se plantean (177,245,246).

Objetivo 4: Evaluar la satisfacción de los usuarios con el nuevo modelo

La valoración del nivel de satisfacción de los usuarios va acompañada del interés por conocer la significación clínica percibida por los pacientes. Hechler comenta que, aunque es necesaria una prueba de significación estadística, ésta puede no tener ninguna relevancia directa para el cuidado del paciente. Por lo tanto, se sugiere que los estudios de intervención deben informar tanto de los

resultados estadísticos, como de la importancia clínica de los resultados (247). En la revisión Cochrane titulada terapias psicológicas para el manejo del dolor crónico (excluidas las cefaleas) en el adulto nos presenta la relevancia de la “Efectividad clínica” como el producto de la eficacia, la tolerabilidad, utilidad, y el costo a tener en cuenta en la gestión de cuidados dirigidos a los pacientes con dolor (130).

En primer lugar, para completar la discusión de este punto, abordaremos la satisfacción de los usuarios con el nuevo enfoque de tratamiento multidimensional. En segundo lugar, la pertinencia percibida por los pacientes de la terapia grupal y, en tercer lugar, la capacidad terapéutica del personal de enfermería en favorecer la calidad de vida de los participantes con sus intervenciones.

El modelo de encuesta de satisfacción con el nuevo programa, es similar al publicado por Broderick en una terapia dirigida también por enfermeros a pacientes con dolor crónico, aunque en este caso no era grupal (207).

En relación a nuestros resultados, en general nuestros usuarios presentan un alto nivel de satisfacción, ya que todos los ítems supera los 8,5 puntos. Este alto de nivel de satisfacción se repite en otros estudios en los que se ha evaluado esta variable en intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo por el personal de enfermería (173,176,207).

En uno de los estudios llevado a cabo por Dysvik, destaca la importancia de la significación clínica, ya que el 81% de las personas informaron de que habían experimentado un cambio positivo después del curso, y que este cambio se percibía como importantes para ellos (191).

Un estudio cualitativo, llevado a cabo a los seis meses de la participación en un programa psicoeducativo guiado por enfermeras, recoge como resultados la importancia de la obtención de una nueva visión en el manejo de la experiencia dolorosa y la importancia de la comunidad y del apoyo del grupo. Los resultados apuntan claramente al hecho de que varios participantes se dieron cuenta de que el cambio dependía de sus propios esfuerzos y de tener un papel activo; la capacidad de las personas para ayudarse a sí mismos y modificar sus propios pensamientos, sentimientos y comportamientos. Los pacientes son guiados por los terapeutas para descubrir las cosas por sí mismos. Las creencias de la persona sobre sus propias capacidades no reflejan necesariamente sus capacidades “verdaderas”, y esto lo remarcan como importante para mejorar



las creencias positivas de las personas y habilidades de afrontamiento. La relación de ayuda enfermera más el diálogo en el grupo parecía ayudar a los participantes a reflexionar en sus pensamientos, sentimientos y comportamiento. Los hallazgos indicaron también que la asistencia del grupo implicaba cohesión. Sentimientos de confianza, pertenencia, y la unión se describen con claridad en el estudio. Aprender unos de otros, puede conducir a producir cambios en el comportamiento. Los participantes en el programa indicaron que la entrada del grupo les dio esperanza, incluyendo un mayor valor para mejorar sus vidas. El papel del optimismo y del pensamiento positivo que se trasmite en el grupo puede crear esperanza (173). Sugerimos que esto puede ser la base para que la situación mejore a pesar de la corta duración de este tipo de intervenciones.

En otro estudio cualitativo cuyo fin era poder ofrecer directrices para los terapeutas enfermeros que trabajan con grupos de terapia educativa de pacientes con dolor crónico, se resaltaba cómo los profesionales deben entender el concepto de dolor y estar familiarizados con el marco cognitivo conductual y los procesos de grupo principalmente (171).

Una revisión de revisiones Cochrane en relación al automanejo muestra que ayudar a los pacientes a ser más conocedores de su estado de salud, les proporciona las habilidades básicas para gestionar su enfermedad en el día a día, pudiendo aportar beneficios físicos y psicológicos a los pacientes, y en algunos casos reducir su dependencia del uso de los servicios de salud. Las enfermeras están contribuyendo claramente con intervenciones educativas de la enfermedad crónica en la entrega de programas de forma independiente y junto a otros profesionales (248).

El liderazgo en los grupos de tratamiento del dolor crónico se describe como vehiculización de los cuidados de enfermería y los diferentes roles de liderazgo (190,249).

Al cierre de la discusión de los resultados obtenidos en este estudio, reseñar que hace ya casi 40 años desde que tuvo lugar el consenso de la definición de dolor por la IASP, que estableció la subjetividad del dolor desde la experiencia sensorial y emocional pero a día de hoy, apenas ha sido abordada esta última dimensión desde los entornos sanitarios públicos ni privados de las unidades especializadas en el tratamiento del dolor. Esta intervención grupal es un buen método para iniciar el tratamiento a esos aspectos no acometidos hasta el momento. Esta contempla e integra las características favorecedoras de la terapia

grupal ya descritas como el aprendizaje entre iguales y la costo-efectividad, al poder dar respuesta a varios usuarios al mismo tiempo. A la hora de extender esta intervención a otros centros sanitarios incluso a otros niveles asistenciales como la atención primaria, tras los resultados prometedores obtenidos, habría que contemplar principalmente la adquisición competencial de los enfermeros que la desarrollen. Estructuralmente no requiere de especiales condiciones por lo que puede resultar sencillo ponerlo en marcha tras la formación oportuna de los enfermeros. Los posibles obstáculos a la hora de poner en marcha la terapia podrían venir de la mano de la falta de cultura y estigmas relacionados con la terapia de grupo y por parte del propio colectivo enfermero que no se sitúe como personal capacitado para llevar este tipo de intervenciones.

Limitaciones

Es necesario considerar una serie de limitaciones importantes de este estudio.

En primer lugar, en nuestro proyecto se producen pérdidas del 21,5% del total de la muestra, 58 en el grupo intervención (33,3%) y 2 en el control (2%). Varios son los factores que se relacionan con este problema, por lo que parece de gran interés conocer las potenciales estrategias existentes para abordar el problema del incumplimiento y las evidencias existentes sobre las mismas.

Por un lado, existen factores personales, del sistema, de la enfermedad y del tratamiento, como la falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc. La depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados de falta de adherencia que se alcanzan en las enfermedades crónicas (250). Existen estudios que proponen el uso de herramientas/motivacionales, encuestas, etc (251), en el abordaje de pacientes con dolor para mejorar la adherencia terapéutica.

Otras de las limitaciones para nuestro estudio fue que la población de referencia se encuentra diseminada, por lo que nos planteamos reducir el número de sesiones ampliando el tiempo de duración para disminuir el número de desplazamientos. Este tema de los desplazamientos, en referencia a los costes, combinaciones de transporte público y distancia, fue frecuentemente referido por los pacientes, como motivo ante la negativa de participación en el estudio.

En un primer momento, nos planteamos como variable de estudio el valorar el impacto sobre la disminución del consumo de fármacos, pero no pudimos llegar a controlar los posibles sesgos existentes. Los pacientes en muchas ocasiones



no eran capaces de informarnos de la medicación que estaban tomando con claridad y tampoco lo podíamos verificar certeramente a través de la historia clínica ya que encontrábamos abundantes casos de automedicación y por contra, falta de adherencia a la prescripción farmacológica. Por otro lado, en una de las sesiones, tal como queda recogido en este documento, abordábamos toda la problemática que surge alrededor de los mitos y creencias de los estupefactos, control de efectos secundarios, etc, esto nos lleva a pensar que el objetivo no debería ir dirigido a la disminución del consumo de fármacos, sino a lograr un manejo efectivo del régimen terapéutico. Aún así existen indicios en la literatura científica, que a través de intervenciones enfermeras en el ámbito de la atención primaria, se puede reducir la dependencia de los AINEs sin que se produzca un aumento en el dolor (252).

Otro de los aspectos que planteamos para su valoración y análisis, fueron los relacionados con el consumo de recursos sanitarios. Estos resultados no mostraron ser fiables en relación al cambio de gestión de citas y procedimiento de revisiones de la unidad. Además, el periodo de estudio lo consideramos breve, ya que muchas de las citas a las que acudieron los pacientes fueron emitidas previamente al inicio del programa grupal. Aún así, existen estudios que nos hablan de la reducción del uso de los servicios de salud tras la atención enfermera en el dolor músculo esquelético (253) y es un aspecto que deberá evaluarse en futuros estudios.

Prospectiva

A partir del desarrollo del proyecto han ido surgiendo preguntas que serían interesantes de ser respondidas en un futuro a través de la investigación científica.

Sería interesante poder aclarar algunas incertidumbres sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal en su mantenimiento del efecto en el tiempo, para establecer si fuera preciso sesiones de recuerdo, ya sean grupales o individuales y su periodicidad. Ya que como podemos observar en nuestro estudio, la percepción de la CVRS va descendiendo su puntuación.

Es cierto que encontramos una diversidad de formatos a la hora de entregar una terapia bajo un enfoque cognitivo-conductual, desde las sesiones individuales presenciales (207), seguimientos telefónicos (254) o los múltiples estudios en entornos web (216,255–257), video-conferencias (258) incluso juegos de

realidad virtual que muestran ser efectivos en el manejo del dolor (259), o el envío de breves mensajes automatizados tipo SMS que fomentan la práctica de habilidades adquiridas en programas de entornos web (260). Muchos de estos están llevados a cabo por personal de enfermería con lo cual se abren nuevos ámbitos de estudio.

Otro aspecto interesante para profundizar, incluso con esta muestra, sería conocer el perfil de aquellos usuarios que obtienen mayor beneficio de este tipo de terapias, en relación a las múltiples variables existentes, tal como plantea Broderick en uno de sus estudios llevados a cabo también por personal de enfermería (261).

Este proyecto ha arrojado preguntas en referencia a la cuestión de cómo se evalúa y valida la adquisición de competencias y capacitación terapéutica de las enfermeras para llevar a cabo este tipo de intervenciones. No hemos encontrado mucha información al respecto en relación al abordaje del dolor crónico. Existe algún estudio que establece algunas recomendaciones que los terapeutas enfermeros deben de tener en cuenta a la hora de llevar a desarrollar esta actividad (176) y algún estudio donde intentan validar sus competencias realizando grabaciones y analizando los discurso de la propia terapia (207), pero aún así, es un tema poco abordado que merece la pena profundizar en su análisis.

Una de las cuestiones que nos preocupan es la obtención de la adherencia a los programas grupales para garantizar el desarrollo completo, es interesante profundizar en las razones del abandono para poder mejorar resultados en un futuro.

Existen estudios, como el Dysvik, que nos muestra que tras participar en un programa grupal llevado a cabo por personal de enfermería dirigido a personas con dolor crónico, se evidencia una mejora en la puntuación en la evaluación de la motivación al cambio medido con la herramienta “*The Pain Stages of Change Questionnaire*” (PSOCQ) (251,262) concretamente, en la fase de precontemplación, lo que sugiere que este tipo de tratamiento en sí mismo puede llegar a ser un elemento motivador indicando que el interés por el cambio se ha incrementado (191).

Herramientas como la entrevista motivacional han sido valoradas en población de dolor crónico para mejorar la adherencia terapéutica. Alperstein en su reciente



revisión sistemática recoge que ha mostrado efectividad en dicha población de estudio con tamaños del efecto de leve a moderado sugiriendo nuevos estudios para confirmar su eficacia (263). Encontramos también en la literatura científica ensayos clínicos que evidencian la efectividad de esta herramienta puesta en marcha por personal de enfermería en la mismo tipo de población (264). Por lo que este aspecto sería otro ámbito a analizar y trabajar para intentar adquirir mejores resultados de adherencia y participación.

De la mano de este aspecto de la motivación, existe otro a tener en cuenta, que sería: ¿Cuándo es el momento concreto para recibir este tipo de terapia?. En relación a ello, ¿habría que esperar a que el usuario se encontrara en el estadio de precontemplación?. Según Eccleston, habría que abordar desde un primer momento atendiendo al concepto de “psicología normal del dolor”. Según Mann, los individuos deben aceptar la naturaleza crónica de su dolor, para así estar preparados para escuchar y participar de los programa de automanejo del dolor (175).

Tal como se ha mencionado en el desarrollo de esta tesis, es importante tener en cuenta, además de la significación estadística, la relevancia clínica de los resultados. Para estudiar en profundidad este ámbito y las percepciones de los pacientes en relación a lo aportado a sus vidas en este tipo de intervenciones se precisan de estudios desde la óptica de la investigación cualitativa. Esta nos permitirá enriquecer el estudio y complementar las dificultades presentadas desde la investigación cuantitativa (163) por lo que se abre así otra línea de exploración de resultados.

Conclusiones

1. Se ha evidenciado una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo intervención respecto de los pacientes que no han participado del programa grupal.
2. El programa de intervenciones enfermeras diseñado y puesto en marcha en nuestra unidad ha mostrado una mejor eficacia en el componente de salud mental por lo que se requerirá complementar con intervenciones dirigidas a la mejora del componente de salud física.
3. Se ha evidenciado una mejora en los niveles percibidos de intensidad del dolor, tanto en reposo como en movimiento.
4. Los resultados han mostrado una mejora en la salud emocional y en los niveles de ansiedad y depresión.
5. Las enfermeras por su formación basada en la persona desde un modelo biopsicosocial, pueden abordar eficazmente la patología de dolor crónico, que posee un componente multifactorial.
6. Uno de los hallazgos más relevantes es el mantenimiento del efecto de la intervención durante el tiempo de seguimiento que se ha llevado a cabo durante la duración del estudio, incluso mejorando los resultados, al haber promocionado habilidades que el paciente es capaz de poner en marcha y mejorar.
7. Los pacientes manifiestan la necesidad de un abordaje biopsicosocial de su patología desde un enfoque holístico, tal como se lleva a cabo en el programa CALIDO.
8. Los pacientes que concluyen el programa de manejo del dolor crónico manifiestan estar muy satisfechos con los beneficios obtenidos en relación a la terapia grupal y con la participación del personal de enfermería liderando su desarrollo.



Bibliografía

1. de Andrés J. Tratamiento del dolor. Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. Bol Psicol. 2005;(84):11–22.
2. Frailes Huertas R. Atlas histórico-médico del dolor. Tres Cantos, Madrid:You & us S.A.; 2013.
3. Fernández-Torres B, Marquez C, de las Mulas M. Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración. Rev Soc Esp Dolor. 1 de julio de 1999;6(4).
4. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev Soc Esp Dolor. 2005;12(6):373–384.
5. Fernández-Torres B, Márquez-Espinós C, de las Mulas M. Dolor y enfermedad: evolución histórica. II. Del siglo XIX a la actualidad. Rev Soc Esp Dolor. 1 de agosto de 1999;6(5).
6. Leriche R. What is pain?. Minerva Chir. 15 de abril de 1955;10(7):280-4.
7. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 19 de noviembre de 1965;150(3699):971-9.
8. Melzack R, Wall PD. Evolution of pain theories. Int Anesthesiol Clin. 1970;8(1):3-34.
9. Moscoso J. El dolor en la historia. Rev Estud Soc. 1 de septiembre de 2013;47:157-68.
10. World Health Organization. Cancer pain relief : with a guide to opioid availability. [monografía en Internet] *. 2nd edición. Ginebra: World Health Organization; 1996 [citado 22 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/37896>



11. Jefatura del estado. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986.
12. Junta de Andalucía. Estatuto de autonomía para Andalucía: Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del estatuto de autonomía para Andalucía. Sevilla: Parlamento de Andalucía; 2007.
13. Societal Impact of Pain (SIP) [Internet].Europe: Societal Impact of Pain (SIP); 2010 [citado 22 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.sip-platform.eu/>
14. Álvarez González J, Ayuso Fernández A, Caba Barrientos F, Caraballo Daza M, Cosano Prieto I, Criado de Reyna JS, et al. Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010-2013. Sevilla: junta de Andalucía; 2010 [citado 16 de agosto de 2016]; Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/881>
15. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Centros contra el dolor [Internet]. Sevilla: Consejería de salud, Junta de Andalucía; 2012 [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/contraeldolor/>
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e, Igualdad. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad; 2014. [citado 15 de octubre de 2016] Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
17. nternational Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington: IASP; 1979 [citado 6 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/>
18. PerezHernandezC. Manual de consulta aula del dolor musculoesquelético [monografía en Internet]. Madrid; 2012 [citado 27 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.auladedolor.com/>
19. Fishman S, Ballantyne J, Rathmell JP. Bonica's Management of Pain. 4^a ed. EEUU: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
20. Heather Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros 2015-17: Definición y clasificación Nanda Internacional. 10^a ed. Madrid: S.A.

Elservier España; 2015.

21. Merskey H, Bogduk N, International Association for the Study of Pain, editores. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
22. Morrison J. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno; 2015.
23. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington: American Psychiatric Pub; 2008.
24. Fillingim RB, Bruehl S, Dworkin RH, Dworkin SF, Loeser JD, Turk DC, et al. The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): An Evidence-Based and Multidimensional Approach to Classifying Chronic Pain Conditions. *J Pain*. marzo de 2014;15(3):241-9.
25. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana; 1995.
26. Romera E, Perena MJ, Perena MF, Rodrigo MD. Neurofisiología del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7(Supl II):11–17.
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sistema de Información Sanitaria: Encuesta Nacional de Salud de España [Internet]. Madrid: Portal Estadístico del SNS; 2012 [citado 30 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
28. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clínica*. enero de 2014;24(1):23-34.
29. Baron R, Hans G, Dickenson AH. Peripheral input and its importance for central sensitization. *Ann Neurol*. noviembre de 2013;74(5):630-6.
30. Serra J. Tratado de dolor neuropático. Ed. Médica Panamericana; 2006.
31. Aronoff GM. What Do We Know About the Pathophysiology of Chronic

Pain? Med Clin North Am. enero de 2016;100(1):31-42.

32. Price TJ, Inyang KE. Commonalities between pain and memory mechanisms and their meaning for understanding chronic pain. *Progr Mol Biol Transl Sci.* 2015 ; 131: 409–434.
33. Sirianni J, Ibrahim M, Patwardhan A. Chronic Pain Syndromes, Mechanisms, and Current Treatments. En: *Progress in Molecular Biology and Translational Science.* Elsevier; 2015. p. 565-611.
34. Descalzi G, Ikegami D, Ushijima T, Nestler EJ, Zachariou V, Narita M. Epigenetic mechanisms of chronic pain. *Trends Neurosci.* abril de 2015;38(4):237-46.
35. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* julio de 2007;133(4):581-624.
36. Turk DC, Gatchel RJ. *Psychological Approaches to Pain Management, Second Edition: A Practitioner's Handbook.* Guilford Publications; 2013. 610 p.
37. Moretti L. Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Rev Argent Cienc Comport.* 2010;2(3):21-9.
38. Ossipov MH, Morimura K, Porreca F. Descending pain modulation and chronification of pain. *Curr Opin Support Palliat Care.* junio de 2014;8(2):143-51.
39. Denk F, McMahon SB, Tracey I. Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nat Neurosci.* febrero de 2014;17(2):192-200.
40. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet.* 13 de mayo de 2006;367(9522):1618-25.
41. Kehlet H, Roumen RM, Reinpold W, Miserez M. Invited commentary: Persistent pain after inguinal hernia repair: what do we know and what do we need to know? *Hernia.* junio de 2013;17(3):293-7.
42. Andersen KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *J Pain Off J Am Pain Soc.* julio de 2011;12(7):725-46.

43. Borsook D, Edwards R, Elman I, Becerra L, Levine J. Pain and analgesia: the value of salience circuits. *Prog Neurobiol.* mayo de 2013;104:93-105.
44. Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic pain and suicide: understanding the association. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(8):435.
45. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet Lond Engl.* 4 de febrero de 2012;379(9814):482-91.
46. Dysvik E, Lindstrøm TC, Eikeland O-J, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs.* junio de 2004;5(2):66-74.
47. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception – Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men?: *Pain.* marzo de 2012;153(3):619-35.
48. Ramírez-Maestre C, Esteve R. The Role of Sex/Gender in the Experience of Pain: Resilience, Fear, and Acceptance as Central Variables in the Adjustment of Men and Women With Chronic Pain. *J Pain.* junio de 2014;15(6):608-618.e1.
49. El-Shormilisy N, Strong J, Meredith PJ. Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: A systematic review. *Pain Res Manag.* 2015;20(1):48–55.
50. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ.* 13 de febrero de 2015;350:h532.
51. Hamarat E, Thompson D, Aysan F, Steele D, Matheny K, Simons C. Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *J Genet Psychol.* septiembre de 2002;163(3):360-7.
52. Vallejo Pareja MA. emociones y dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7(1):3-5.
53. Truyols MM, Perez J, Medinas MM, Palmer A, Sesé A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica Salud.* 2008;19(3):295-320.
54. Moix Queraltó JM. Análisis de los factores psicológicos moduladores del

dolor crónico benigno. *Anu Psicol UB J Psychol*. 2005;36(1):37–60.

55. Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán G, Vazquez Arreola L. Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio: Gestión de enfermería. Madrid: Editorial El Manual Moderno; 2015.
56. Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*. febrero de 2000;84(2-3):347-52.
57. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
58. Peñarroya Baulíes A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011;18(2):77–83.
59. Litt MD, Tennen H. What are the Most Effective Coping Strategies for Managing Chronic Pain? *Pain Manag*. 2015;5(6):403-6.
60. Camacho Martel L, Anarte MT. Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*. 2003;15(3):464–470.
61. García Garrido AB. Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria [Tesis docotoral]. Santander: Universidad de Cantabria; 2014.
62. Cormier S, Lavigne GL, Choinière M, Rainville P. Expectations predict chronic pain treatment outcomes. *Pain*. febrero de 2016;157(2):329-38.
63. Visdómine-Lozano JC, Luciano C. Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6:729-51.
64. urk DC. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Reg Anesth Pain Med*. diciembre de 2003;28(6):573-9.
65. Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. *Br J Anaesth*. 1 de julio de 2013;111(1):89-94.

66. Gignac MAM, Backman CL, Davis AM, Lacaille D, Mattison CA, Montie P, et al. Understanding social role participation: what matters to people with arthritis? *J Rheumatol.* agosto de 2008;35(8):1655-63.
67. Ortega-López RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad : percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades.* 2006;(19):63-72.
68. Sharp TJ. Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behav Res Ther.* julio de 2001;39(7):787-800.
69. Sturgeon JA, Dixon EA, Darnall BD, Mackey SC. Contributions of physical function and satisfaction with social roles to emotional distress in chronic pain: a Collaborative Health Outcomes Information Registry (CHOIR) study. *PAIN.* diciembre de 2015;156(12):2627-33.
70. Infante Vargas P. Estudio de variables psicológicas en Pacientes con dolor crónico. [tesis doctoral]. Barcelona: universidad autónoma de Barcelona, facultad de psicología; 2002.
71. Wang S-M, Fortier MA, Cheng DY, Perret D, Hata J, Tan ET, et al. The impact of major life events on the use of complementary and alternative medicine among individuals with chronic pain: a cross-sectional study. *Adv Mind Body Med.* 2013;27(3):7-13.
72. You DS, Creech SK, Meagher MW. Enhanced Area of Secondary Hyperalgesia in Women with Multiple Stressful Life Events: A Pilot Study. *Pain Med.* 2016 Oct;17(10):1859-1864
73. Zeng F, Sun X, Yang B, Fu X. Life events, anxiety, social support, personality, and alexithymia in female patients with chronic pain: A path analysis. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr.* marzo de 2016;8(1):44-50.
74. Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth.* julio de 2008;101(1):111-20.
75. Prieto Vicente JP. Dolor cronico. Aspectos psicoevolutivos en la edad adulta. Valencia: Editorial Promolibro; 1999.
76. Lier R, Nilsen TIL, Mork PJ. Parental chronic pain in relation to chronic

pain in their adult offspring: family-linkage within the HUNT Study, Norway. BMC Public Health. 5 de agosto de 2014;14:797.

77. Vehof J, Zavos HMS, Lachance G, Hammond CJ, Williams FMK. Shared genetic factors underlie chronic pain syndromes. Pain. agosto de 2014;155(8):1562-8.
78. Zorina-Lichtenwalter K, Meloto CB, Khoury S, Diatchenko L. Genetic predictors of human chronic pain conditions. Neuroscience. 2016 Dec 3;338:36-62
79. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. Curr Med Res Opin. 1 de febrero de 2011;27(2):449-62.
80. Ohayon MM. Relationship between chronic painful physical condition and insomnia. J Psychiatr Res. marzo de 2005;39(2):151-9.
81. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. J Affect Disord. junio de 2006;92(2-3):185-93.
82. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. mayo de 2006;10(4):287-287.
83. Weiser KS, Sola I, Aromatis E, Torneo J, Pérez C, Margarit C, Kleijnen J. Epidemiology of Chronic Non-malignant Pain in Spain. Fundación Grüenthal; 2011.
84. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. Rev Soc Esp Dolor. 2004;11(5):260–269.
85. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública. 2010;84(2):169–184.
86. Andrew FM, Withey SB. Social Indicators of well-being. American's perceptions of lifequality. Michigan: Plenum Press; 1976.

87. Kuyken W, WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403–1409.
88. Schwartzmann L. Health-related quality of life: conceptual aspects. *Cienc Enferm.* diciembre de 2003;9(2):09-21.
89. Shumaker SA, Berzon RA. *The International Assessment of Health-related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis.* New York: rapid communication; 1995.
90. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 2004;13(2):283–298.
91. Tan Z, Liang Y, Liu S, Cao W, Tu H, Guo L, et al. Health-Related Quality of Life as Measured with EQ-5D among Populations with and without Specific Chronic Conditions: A Population-Based Survey in Shaanxi Province, China. *PLoS ONE.* 2 de julio de 2013;8(7):e65958.
92. Björnsdóttir SV, Jónsson SH, Valdimarsdóttir UA. Mental health indicators and quality of life among individuals with musculoskeletal chronic pain: a nationwide study in Iceland. *Scand J Rheumatol.* 2014;43(5):419-23.
93. Gross DP, Algarni FS, Niemeläinen R. Reference Values for the SF-36 in Canadian Injured Workers Undergoing Rehabilitation. *J Occup Rehabil.* marzo de 2015;25(1):116-26.
94. Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M, Arai Y-CP, Ikemoto T, Kawai T, et al. Chronic pain in the Japanese community—prevalence, characteristics and impact on quality of life. *PloS One.* 2015;10(6):e0129262.
95. Nolet PS, Kristman VL, Côté P, Carroll LJ, Cassidy JD. Is low back pain associated with worse health-related quality of life 6 months later? *Eur Spine J.* marzo de 2015;24(3):458-66.
96. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Med Clin.* 1997;108:458-9.
97. Jonsdottir T, Aspelund T, Jonsdottir H, Gunnarsdottir S. The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health-related

quality of life in a nationwide community sample. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. septiembre de 2014;15(3):641-51.

98. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*. septiembre de 2006;43(7):891-901.
99. Leadley RM, Armstrong N, Reid KJ, Allen A, Misso KV, Kleijnen J. Healthy Aging in Relation to Chronic Pain and Quality of Life in Europe. *Pain Pract*. julio de 2014;14(6):547-58.
100. Roizenblatt S, Souza AL, Palombini L, Godoy LM, Tufik S, Bittencourt LRA. Musculoskeletal Pain as a Marker of Health Quality. Findings from the Epidemiological Sleep Study among the Adult Population of São Paulo City. *PloS One*. 2015;10(11):e0142726.
101. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. *Basic Clin Neurosci*. 2013;4(2):117–124.
102. Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M, Husberg M, Levin L-Å. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden—impact on costs and quality of life: PAIN. marzo de 2015;156(3):521-7.
103. Velázquez Rivera I, García Escobar M, Moya Riera JJ, Del Saz de la Torre JM, Fenollosa Vázquez P, González Mesa JM, et al. Changes in Quality of Life after 3 months of Usual Care in a Large Sample of Patients with Noncancer Pain: The «QOOL: Quality of Life and Pain» Study. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. septiembre de 2015;15(7):633-42.
104. Chumbler NR, Kroenke K, Outcalt S, Bair MJ, Krebs E, Wu J, et al. Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(1):1.
105. Wong WS, Lam HMJ, Chow YF, Chen PP, Lim HS, Wong S, et al. The effects of anxiety sensitivity, pain hypervigilance, and pain catastrophizing on quality of life outcomes of patients with chronic pain: a preliminary, cross-sectional analysis. *Qual Life Res*. octubre de 2014;23(8):2333-41.
106. Torrance N, Lawson KD, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM,

- et al. Estimating the burden of disease in chronic pain with and without neuropathic characteristics: Does the choice between the EQ-5D and SF-6D matter?: *Pain*. octubre de 2014;155(10):1996-2004.
107. Smith D, Wilkie R, Uthman O, Jordan JL, McBeth J. Chronic pain and mortality: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(6):e99048.
108. Vasquez Peri P, Madesha C. Centro de Medicina Física y Rehabilitación para trastornos motores [tesis doctoral]. Peru: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2010.
109. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(16):1–33.
110. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch Intern Med*. 10 de noviembre de 2003;163(20):2433-45.
111. Patel AS, Farquharson R, Carroll D, Moore A, Phillips CJ, Taylor RS, et al. The Impact and Burden of Chronic Pain in the Workplace: A Qualitative Systematic Review: Systematic review of chronic pain in work or employment. *Pain Pract*. septiembre de 2012;12(7):578-89.
112. Kalso E. The Vicious Circle in chronic pain management: balancing efficacy and adverse effects. *Curr Med Res Opin*. octubre de 2011;27(10):2069-71.
113. Correa G. Dolor crónico y trauma músculo esquelético: discapacidad e impacto económico. *Rev Iberoam Dolor*. 2007;2(4):10-8.
114. Gereau RW, Sluka KA, Maixner W, Savage SR, Price TJ, Murinson BB, et al. A Pain Research Agenda for the 21st Century. *J Pain*. diciembre de 2014;15(12):1203-14.
115. Saenz de Buruaga JA. Validez de la escalera analgésica de la OMS en reumatología. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2006;7(3):121–127.
116. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vázquez J, Micó JA. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9(5):289–90.
117. Romero J, Gálvez R, Ruiz S. ¿ Se sostiene la Escalera Analgésica de la

OMS? Rev Soc Esp Dolor. 2008;15(1):1-4.

118. Cerdá-Olmedo G, Monsalve V, Mínguez A, Valía JC, De Andrés JA. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: una propuesta necesaria (I). Rev Soc Esp Dolor. 2000;7(4):225-33.
119. Manchikanti L, Pampati V, Hirsch JA. Utilization of Interventional Techniques in Managing Chronic Pain In Medicare Population from 2000 to 2014: An Analysis of Patterns of Utilization. Pain Physician. mayo de 2016;19(4):E531-546.
120. Kermen R. Botulinum toxin for chronic pain conditions. Disease-a-Month. septiembre de 2016;62(9):353-7.
121. Aliaga Font L, de Leon Casasola O, Nebreda Calvo CL, Vallejo Salamanca R. Técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor crónico. Barcelona : Editorial Glosa, S.L.; 2011.
122. Arranz Álvarez AB, Tricas Moreno JM, Lucha Lopez MO, Jimenez Lasanta AI, Dominguez Oliván P, Garcia Rivas B. Tratamiento del dolor. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 1999;167-80.
123. Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. Best Pract Res Clin Rheumatol. febrero de 2015;29(1):120-30.
124. Nnoaham KE, Kumbang J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 10 de julio de 2014 [citado 1 de noviembre de 2016]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003222.pub3>
125. Robaina FJ. Aspectos neuroquirúrgicos del tratamiento del dolor crónico en el tercer milenio. Las unidades multidisciplinarias del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2003;10:481-507.
126. Micheli F, Nogués MA, Asconapé JJ, Fernández Pardal MM. Tratado de neurología clínica. Madrid. Ed. Médica Panamericana; 2002.
127. Morley S, Williams A. New developments in the psychological management of chronic pain. Can J Psychiatry. 2015;60(4):168-175.
128. Fordyce WE. Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness. Saint Louis: Mosby; 1976.

129. Jensen MP. Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework. *Pain*. abril de 2011;152(4):717-25.
130. Williams AC de C, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]; 2012 [citado 24 de abril de 2016]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
131. Anarte MTA, Esteve R, López A, Ramírez C, Martel LC. El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de las creencias en pacientes con dolor crónico. *Rev Esp Neuropsicol*. 2001;3(4):46-62.
132. McCracken LM, Yang SY. The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*. julio de 2006;123(1-2):137-45.
133. Turk DC, Burwinkle TM. Cognitive-Behavioral Perspective on Chronic Pain Patients. *Crit Rev Phys Rehabil Med*. 2006;18(1):1-38.
134. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 de septiembre de 2013;(9):CD009796.
135. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. enero de 2007;26(1):1-9.
136. Vlaeyen JWS, Morley S, Linton S. Pain-related fear: exposurebased treatment of chronic pain. *IASP [International Association for the Study of Pain]*. 2012;
137. Luciano Soriano MC, Valdivia Salas MS. La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Psicólogo*. 2006;27(2):79–91.
138. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Terapia de aceptación y compromiso : proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.; 2014. 576 p.
139. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A systematic Review and Meta-analyses. *Clin J Pain*. 2017 Jun;33(6):552-568.



140. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. abril de 1982;4(1):33-47.
141. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2017 Apr;51(2):199-213.
142. Eli I. Hypnosis as a Treatment Modality for Chronic Pain Management: Level of Evidence. *J Oral Facial Pain Headache*. 2016;30(2):85-6.
143. Lewandowski W, Jacobson A, Palmieri PA, Alexander T, Zeller R. Biological mechanisms related to the effectiveness of guided imagery for chronic pain. *Biol Res Nurs*. octubre de 2011;13(4):364-75.
144. Diezemann A. Relaxation techniques for chronic pain. *Schmerz Berl Ger*. agosto de 2011;25(4):445-53.
145. Coeytaux RR, Garland E. Acupuncture for the treatment or management of chronic pain. *N C Med J*. junio de 2013;74(3):221-5.
146. Simpson CA. Complementary medicine in chronic pain treatment. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. mayo de 2015;26(2):321-47.
147. Oltean H, Robbins C, Van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C, Gagnier JJ. Herbal medicine for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [citado 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004504.pub4/abstract>
148. Bradt J, Norris M, Shim M, Gracely EJ, Gerrity P. Vocal Music Therapy for Chronic Pain Management in Inner-City African Americans: A Mixed Methods Feasibility Study. *J Music Ther*. 2016;53(2):178-206.
149. Schröter T. Medicine needs music! Music therapy for chronic pain. *Rev Médicale Suisse*. 29 de enero de 2014;10(415):286.
150. Dain AS, Bradley EH, Hurzeler R, Aldridge MD. Massage, Music, and Art Therapy in Hospice: Results of a National Survey. *J Pain Symptom Manage*. junio de 2015;49(6):1035-41.
151. Müller-Busch HC. Art therapy in chronic pain. *Schmerz Berl Ger*.

- septiembre de 1991;5(3):115-21.
152. Pielech M, Sieberg CB, Simons LE. Connecting parents of children with chronic pain through art therapy. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 1 de septiembre de 2013;1(3):214-26.
 153. Furrer S. Reiki to relieve chronic pain. *Krankenpfl Soins Infirm*. 2015;108(12):74-6.
 154. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurses*. diciembre de 2014;15(4):897-908.
 155. Åkerblom S, Perrin S, Rivano Fischer M, McCracken LM. The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *J Pain*. julio de 2015;16(7):606-15.
 156. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. WITHDRAWN: Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(2):CD000963.
 157. Inoue M, Inoue S, Ikemoto T, Arai Y-CP, Nakata M, Miyazaki A, et al. The efficacy of a multidisciplinary group program for patients with refractory chronic pain. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. diciembre de 2014;19(6):302-8.
 158. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo R, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 2;(9):CD000963.
 159. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatol Oxf Engl*. mayo de 2008;47(5):670-8.
 160. Pain Clinic Guidelines - IASP [Internet]. Europe: IASP;[citado 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/education/content.aspx?itemnumber=1471>
 161. Fashler SR, Cooper LK, Oosenbrug ED, Burns LC, Razavi S, Goldberg L, et al. Systematic Review of Multidisciplinary Chronic Pain Treatment Facilities. *Pain Res Manag*. 2016;2016:5960987.

162. Vinogradov S, Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós; 1996.
163. Sanz Amador M. Terapia grupal: Manual para la acción. Madrid: Editorial Grupo 5; 2016.
164. Yalom ID. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona: Paidós; 2000.
165. Cahué Gamó M. Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo (1986), de Irvin D. Yalom. Clínica Contemp. 2014;5(1):91-3.
166. Fernández Liria FL, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes y psicoterapia de grupo. En: Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2012.
167. Chiang K-J, Chen T-H, Hsieh H-T, Tsai J-C, Ou K-L, Chou K-R. One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients' Depression: A Randomized, Single-Blinded, Controlled Study. Sci World J. 2015;2015:1-11.
168. Feng C-Y, Chu H, Chen C-H, Chang Y-S, Chen T-H, Chou Y-H, et al. The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000-2010. Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. febrero de 2012;9(1):2-17.
169. Linden M, Scherbe S, Cicholas B. Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients. J Back Musculoskelet Rehabil. 2014;27(4):563-8.
170. Ziaaddini H, Ebrahim-Nejad B, Nakhaee N. The Effectiveness of Group Therapy on the Family Functioning of Individuals under Methadone Treatment: A Clinical Trial. Addict Health. Winter-Spring de 2013;5(1-2):1-6.
171. Dysvik E, Stephens P. Conducting rehabilitation groups for people suffering from chronic pain: Conducting rehabilitation groups. Int J Nurs Pract. junio de 2010;16(3):233-40.
172. Dysvik E, Kvaløy JT, Natvig GK. The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6-and 12-month follow-

- up study. *J Adv Nurs*. 2012;68(5):1061–1072.
173. Furnes B, Natvig GK, Dysvik E. Therapeutic elements in a self-management approach: experiences from group participation among people suffering from chronic pain. *Patient Prefer Adherence*. agosto de 2014;1085.
174. Keefe FJ, Beaupré P, Gil K, Rumble M, Aspnes A. group therapy for patients with chronic pain. En: *Psychological Approaches to Pain Management A Practitioner's Handbook*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 234-55.
175. Mann EG, LeFort S, VanDenKerkhof EG. Self-management interventions for chronic pain. *Pain Manag*. mayo de 2013;3(3):211-22.
176. Dysvik E, Furnes B. Nursing leadership in a chronic pain management group approach: Nursing leadership in chronic pain management. *J Nurs Manag*. marzo de 2012;20(2):187-95.
177. Eccleston C, Morley SJ, Williams AC d. C. Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *Br J Anaesth*. 1 de julio de 2013;111(1):59-63.
178. Shaw RJ, McDuffie JR, Hendrix CC, Edie A, Lindsey-Davis L, Nagi A, et al. Effects of Nurse-Managed Protocols in the Outpatient Management of Adults With Chronic Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 15 de julio de 2014;161(2):113.
179. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 6 de abril de 2002;324(7341):819-23.
180. Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jimenez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria*. 2005;1:35-42.
181. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 19 de agosto de 2009;302(7):741-9.
182. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C.

Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. agosto de 2011;67(8):1811-6.

183. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. noviembre de 2015;47(6):529-35.
184. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):50–58.
185. Greenstreet W. The concept of total pain: a focused patient care study. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 25 de noviembre de 2001;10(19):1248-55.
186. McCaffery M. Understanding your patient's pain. *Nursing*. septiembre de 1980;10(9):26-31.
187. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guideline assessment and Management of pain.(3a Edición). Ontario: RNAO; 2013.
188. Castillo-Bueno MD, Moreno-Pina JP, Martínez-Puente MV, Artilés-Suarez MM, Company Sancho MC, García Andrés MC. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JBI Libr Syst Rev*. 2010;8(28):1112–1168.
189. Courtenay M, Carey N. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature: Nurse-led care in pain management. *J Clin Nurs*. agosto de 2008;17(15):2001-13.
190. Wells-Federman C, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Manag Nurse*. diciembre de 2002;3(4):131-40.
191. Dysvik E, Kvaløy JT, Stokkeland R, Natvig GK. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related quality of life and stages of change—A non-randomized controlled study. *Int J Nurs Stud*. julio de 2010;47(7):826-35.

192. McCabe C, Deaton C, Baillie L, Lowes L, Norton C, Tod A, et al. How can the nursing profession alleviate the burden of chronic pain? *Br J Nurs*. 2015;24(9).
193. Dunn KS. Toward a Middle-Range Theory of Adaptation to Chronic Pain. *Nurs Sci Q*. 1 de enero de 2004;17(1):78-84.
194. Dunn KS. Testing a Middle-Range Theoretical Model of Adaptation to Chronic Pain. *Nurs Sci Q*. 1 de abril de 2005;18(2):146-56.
195. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. mayo de 2006;36(5):575-86.
196. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa « Pain Proposal». *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):16–22.
197. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clínica*. 2008;130(19):726–735.
198. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. agosto de 2001;63(4):679-86.
199. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. agosto de 2010;32(4):345-59.
200. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8.
201. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Reum Dis*. 1979;37:378-81.
202. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill

Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. Arthritis Care Res. noviembre de 2011;63(S11):S240-52.

203. The British Pain Society. Guidelines for pain management programmes for adults. The British Pain Society; 2012.
204. Almendro Marín MT, Clariana Martín SM, Hernández Cofiño S, Rodríguez Campos C, Camarero Miguel B, Río Martín T del. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. junio de 2011;31(2):213-27.
205. Moix Queraltó JM. Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico. Barcelona: Grupo Planeta; 2009.
206. Philips C. El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide; 1991.
207. Broderick JE, Keefe FJ, Bruckenthal P, Junghaenel DU, Schneider S, Schwartz JE, et al. Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial: Pain. septiembre de 2014;155(9):1743-54.
208. LeFort SM, Gray-Donald K, Rowat KM, Jeans ME. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. Pain. 1998;74(2):297-306.
209. Salvetti MG, Cobelo A, Vernalha PM, Vianna CI, Canarezi LC, Calegare RG. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2012;20(5):896-902.
210. Morales-Fernandez A, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Moreno-Martin G, Vergara-Romero M, Group for pain management Hospital Costa del Sol Members. Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol. J Adv Nurs. mayo de 2016;72(5):1182-90.
211. InstMundiPharma. Rebelate Contra el Dolor, un testimonio real-version larga [Internet]. 2013 [citado 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Ib-glAstDbs>

212. InstMundiPharma. SPOT Rebélate Contra el Dolor (Versión larga) [Internet]. 2014 [citado 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Ff-wpKPIpak>
213. Dysvik E, Natvig GK, Eikeland OJ, Brattberg G. Results of a multidisciplinary pain management program: a 6- and 12-month follow-up study. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses*. octubre de 2005;30(5):198-206.
214. Lukewich J, Mann E, VanDenKerkhof E, Tranmer J. Self-management support for chronic pain in primary care: a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *J Adv Nurs*. noviembre de 2015;71(11):2551-62.
215. Deeny MC, Al Hamdan E, Ross EL, Edwards RR, Huang CC, Jamison RN. Chronic Pain, Comorbid Medical Conditions, and Associated Risk Factors in Kuwait: Gender and Nationality Differences. *Pain Med*. 2015;16(11):2204–2211.
216. Dear BF, Titov N, Perry KN, Johnston L, Wootton BM, Terides MD, et al. The Pain Course: A randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being: *Pain*. junio de 2013;154(6):942-50.
217. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef MV, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. febrero de 2005;9(1):15-24.
218. Morley S. Psychology of pain. *Br J Anaesth*. 19 de abril de 2008;101(1):25-31.
219. Pike A, Hearn L, Williams AC. Effectiveness of psychological interventions for chronic pain on health care use and work absence: systematic review and meta-analysis. *PAIN*. abril de 2016;157(4):777-85.
220. Andersen LN, Juul-Kristensen B, Sørensen TL, Herborg LG, Roessler KK, Søgård K. Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: A 3-month randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2015;43(7):694–703.
221. Hamer H, Gandhi R, Wong S, Mahomed NN. Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder. *Occup Med*. 1 de junio de

2013;63(4):253-9.

222. Wainwright E, Wainwright D, Keogh E, Eccleston C. Return to work with chronic pain: employers' and employees' views. *Occup Med*. 1 de octubre de 2013;63(7):501-6.
223. López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14(1):9–19.
224. Wittink H, Turk DC, Carr DB, Sukiennik A, Rogers W. Comparison of the redundancy, reliability, and responsiveness to change among SF-36, Oswestry Disability Index, and Multidimensional Pain Inventory. *Clin J Pain*. 2004;20(3):133–142.
225. Baliki MN, Geha PY, Apkarian AV, Chialvo DR. Beyond Feeling: Chronic Pain Hurts the Brain, Disrupting the Default-Mode Network Dynamics. *J Neurosci*. 2 de junio de 2008;28(6):1398-403.
226. Jensen MP, Ehde DM, Day MA. The Behavioral Activation and Inhibition Systems: Implications for Understanding and Treating Chronic Pain. *J Pain*. 2016 May;17(5):529.e1-529.e18.
227. Vervoort T, Trost Z. The interpersonal function of pain: conserving multiple resources. *Pain*. abril de 2016;157(4):773-4.
228. Jensen HI, Plesner K, Kvorning N, Krogh BL, Kimper-Karl A. Associations between demographics and health-related quality of life for chronic non-malignant pain patients treated at a multidisciplinary pain centre: a cohort study. *Int J Qual Health Care*. febrero de 2016;28(1):86-91.
229. Zhang Y, Wan L, Wang X. The effect of health education in patients with chronic low back pain. *J Int Med Res*. 1 de junio de 2014;42(3):815-20.
230. Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology*. 13 de agosto de 2008;47(11):1712-8.
231. Hansen Z, Daykin A, Lamb SE. A cognitive-behavioural programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the Back Skills Training Trial (BeST; ISRCTN 54717854). *Physiotherapy*. junio de 2010;96(2):87-94.

232. McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain*. abril de 2007;11(3):314-22.
233. Osborne RH, Wilson T, Lorig KR, McColl GJ. Does self-management lead to sustainable health benefits in people with arthritis? A 2-year transition study of 452 Australians. *J Rheumatol*. mayo de 2007;34(5):1112-7.
234. Thorsell J, Finnes A, Dahl J, Lundgren T, Gybrant M, Gordh T, et al. A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clin J Pain*. 2011;27(8):716–723.
235. Wu SFV, Kao MJ, Wu MP, Tsai MW, Chang WW. Effects of an osteoarthritis self-management programme: Effects of an osteoarthritis self-management programme. *J Adv Nurs*. julio de 2011;67(7):1491-501.
236. Morley S, Williams A, Hussain S. Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: Evaluation of a CBT informed pain management programme: *Pain*. julio de 2008;137(3):670-80.
237. Wade JB, Riddle DL, Price DD, Dumenci L. Role of pain catastrophizing during pain processing in a cohort of patients with chronic and severe arthritic knee pain: *Pain*. febrero de 2011;152(2):314-9.
238. Dworkin R, Nagasako E., Hetzel R., Farrar J. Assessment of pain and pain-related quality of life in clinical trial. En: *Handbook of pain assessment*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001. p. 659-92.
239. Costa ECV, Vale S, Sobral M, Graça Pereira M. Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychol Health Med*. 18 de mayo de 2016;21(4):483-95.
240. Rayner L, Hotopf M, Petkova H, Matcham F, Simpson A, McCracken L. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on healthcare costs. *Pain*. marzo de 2016;1.
241. Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Assessment and management of chronic pain. *Inst Clin Syst Improv*. 2013;106.



242. Glombiewski JA, Hartwich-Tersek J, Rief W. Depression in chronic back pain patients: prediction of pain intensity and pain disability in cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*. abril de 2010;51(2):130-6.
243. Thorn BE, Day MA, Burns J, Kuhajda MC, Gaskins SW, Sweeney K, et al. Randomized trial of group cognitive behavioral therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain. *Pain*. diciembre de 2011;152(12):2710-20.
244. Bair MJ, Poleshuck EL, Wu J, Krebs EK, Damush TM, Tu W, et al. Anxiety but Not Social Stressors Predict 12-Month Depression and Pain Severity: *Clin J Pain*. febrero de 2013;29(2):95-101.
245. Eccleston C. Interview: A normal psychology of pain. *Pain Manag*. septiembre de 2011;1(5):399-403.
246. Morley S, Williams A, Eccleston C. Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: Time for a paradigm shift? *Pain*. octubre de 2013;154(10):1929-31.
247. Hechler T, Dobe M, Kosfelder J, Damschen U, Hübner B, Blankenburg M, et al. Effectiveness of a 3-week multimodal inpatient pain treatment for adolescents suffering from chronic pain: statistical and clinical significance. *Clin J Pain*. febrero de 2009;25(2):156-66.
248. Coster S, Norman I. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *Int J Nurs Stud*. abril de 2009;46(4):508-28.
249. Brown CA, Richardson C. Nurses' in the multi-professional pain team: A study of attitudes, beliefs and treatment endorsements. *Eur J Pain*. enero de 2006;10(1):13-13.
250. Ortiz PM, Ortiz PE. Health psychology: A key to understand therapeutic adherence. *Rev Médica Chile*. mayo de 2007;135(5):647-52.
251. Kerns RD, Wagner J, Rosenberg R, Haythornthwaite J, Caudill-Slosberg M. Identification of subgroups of persons with chronic pain based on profiles on the pain stages of change questionnaire: *Pain*. agosto de 2005;116(3):302-10.
252. Mazzuca SA, Brandt KD, Katz BP, Ragozzino LR, G'sell PM. Can a

- Nurse-Directed Intervention Reduce the Exposure of Patients With Knee Osteoarthritis to Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs?: JCR J Clin Rheumatol. diciembre de 2004;10(6):315-22.
253. Ryan S, Packham JC, T Dawes P, Jordan KP. The Impact of a Nurse-Led Chronic Musculoskeletal Pain Clinic on Healthcare Utilization: Reducing Health Care Utilization. Musculoskeletal Care. diciembre de 2012;10(4):196-201.
254. Ikemoto K, Yamagata Y, Ikemoto T, Kawai T, Aono S, Arai YC. Telephone Consultation Partially Based on a Cognitive-Behavioral Approach Decreases Pain and Improves Quality of Life in Patients With Chronic Pain. Anesthesiol Pain Med [Internet]. 5 de diciembre de 2015 [citado 10 de abril de 2016];5(6). Disponible en: http://www.anesthpain.com/?page=article&article_id=32140
255. Buhrman M, Syk M, Burvall O, Hartig T, Gordh T, Andersson G. Individualized Guided Internet-delivered Cognitive-Behavior Therapy for Chronic Pain Patients With Comorbid Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. Clin J Pain. junio de 2015;31(6):504-16.
256. Jelin E, Granum V, Eide H. Experiences of a Web-Based Nursing Intervention—Interviews with Women with Chronic Musculoskeletal Pain. Pain Manag Nurs. marzo de 2012;13(1):2-10.
257. 257. Macea DD, Gajos K, Daglia Calil YA, Fregni F. The Efficacy of Web-Based Cognitive Behavioral Interventions for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain. octubre de 2010;11(10):917-29.
258. Palyo SA, Schopmeyer KA, McQuaid JR. Tele-pain management: Use of videoconferencing technology in the delivery of an integrated cognitive-behavioral and physical therapy group intervention. Psychol Serv. 2012;9(2):200-2.
259. Jin W, Choo A, Gromala D, Shaw C, Squire P. A Virtual Reality Game for Chronic Pain Management: A Randomized, Controlled Clinical Study. Stud Health Technol Inform. 2016;220:154-60.
260. Gandy M, Fogliati VJ, Terides MD, Johnston L, Nicholson Perry K, Newall C, et al. Short message service prompts for skills practice in Internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic pain - are they feasible

and effective? Eur J Pain Lond Engl. 13 de abril de 2016;

261. Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, Junghaenel DU, Bruckenthal P, Schwartz JE, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? Pain. 25 de mayo de 2016;
262. Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). Pain. 1997;72(1):227–234.
263. Alperstein D, Sharpe L. The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review. J Pain. abril de 2016;17(4):393-403.
264. Mertens V-C, Goossens MEJB, Verbunt JA, Köke AJ, Smeets RJEM. Effects of nurse-led motivational interviewing of patients with chronic musculoskeletal pain in preparation of rehabilitation treatment (PREPARE) on societal participation, attendance level, and cost-effectiveness: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013;14:90.



Anexos

FRANCISCO RIVAS RUIZ COMO SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN COSTA DEL SOL

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado y ponderado de forma **FAVORABLE** en Sesión Extraordinaria celebrada el 28 de Octubre de 2013 el estudio de investigación titulado:

TÍTULO ESTUDIO: Impacto en la calidad de vida de un programa de intervención enfermera en pacientes con dolor crónico no oncológico. Estudio controlado aleatorizado abierto paralelo. (Proyecto CALIDO-CR); con código interno 002_CS - 0251.

siendo investigadora principal Ángeles Morales Fernández, Supervisora de Enfermería del Bloque Quirúrgico y Unidad del Dolor del Hospital Costa del Sol,

Los miembros del CEI CS presentes: Luis Baró Rodríguez, Elisabeth Pérez Ruiz, Enrique Caso Peláez, Francisco Rivas Ruiz

consideran que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.
- Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.


Lo que firmo en Marbella, a seis de noviembre de dos mil trece

Fdo. Francisco Rivas Ruiz

Secretario del CEI Costa del Sol



ISRCTN registry

Search  [Advanced Search](#)

[View all studies](#) | [Why register?](#) | [Register your study](#) | [Login](#) | [Sign up](#)

Refine your search

Trial Status

[Completed](#) (1)

Condition Category

[Signs and Symptoms](#) (1)

Recruitment Country

1 results [Morales-Fernandez](#)

Show Results Sort by [Date](#) / [Relevance](#) 1 of 1

ISRCTN95299159 : Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain Date assigned
15/09/2014

Overall trial status: [Completed](#) Recruitment status: [No longer recruiting](#)

The Regional Health Ministry of Andalusia.(Spain). Who is the main contact? Angeles [Morales-Fernandez](#) alaimf@yahoo.es

Show Results Sort by [Date](#) / [Relevance](#) 1 of 1

Anexo 2: Registro del ensayo clínico en el ISRCTN

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA SOLICITUD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

1. Mediante este documento, se le solicita su consentimiento para participar en un estudio de investigación que se está desarrollando en la unidad de Dolor Crónico del hospital Costa del Sol.
2. Antes de formalizar su consentimiento, se le explica **en qué consiste** el estudio y **qué supone para usted** participar en él.
3. En cualquier momento, si cree que necesita más información, puede llamar al investigador principal del estudio:

Ángeles Morales Fernández

Supervisora Bloque Quirúrgico

Tel:671597031

PREGUNTAS QUE LE PUEDEN SURGIR ANTES DE DECIDIRSE A DAR SU CONSENTIMIENTO

1. ¿QUIÉN HACE EL ESTUDIO?

✓ El estudio para el que se les solicita su colaboración es una investigación que se está llevando a cabo en el Hospital Costa del Sol, concretamente en la unidad del dolor crónico.

✓ Se encuadra dentro de las directrices marcadas por el Plan Andaluz de atención a las personas con dolor.

2. ¿POR QUÉ SE HACE ESTE ESTUDIO?

- ✓ Actualmente, nuestro país -al igual que otros países desarrollados- sufre un alto porcentaje de personas que sufre dolor crónico.
- ✓ Las personas con dolor crónico tienen necesidades de distinto tipo y de distintos ámbitos, como las que afectan a su estado emocional, funcional y social.
- ✓ Investigar sobre cuál es la mejor manera de prestar atención sanitaria a este tipo de personas resulta crucial en estos momentos, ya que nuestro Sistema Sanitario tiene que ser capaz de dar respuesta a sus necesidades.
- ✓ Esta investigación pretende conocer **las claves** que debe tener el **sistema de atención a personas con dolor crónico**, para que **sea capaz de satisfacer sus necesidades**. Para ello, queremos saber cuál ha sido **su vivencia con la enfermedad** desde que comenzó con ella hasta hoy, **estrictamente desde su punto de vista**.
- ✓ Esto, nos ayudará a valorar el modelo de atención y a diseñar en un futuro un modelo de atención más específico para intentar dar respuesta a las situaciones que detectemos en esta investigación.

3. ¿CÓMO SE HACE ESTE ESTUDIO?

- ✓ El estudio consiste en entrevistas y tratamiento no farmacológico realizado por enfermeros a personas como usted, con dolor crónico, a lo largo de varias sesiones, además de continuar con el tratamiento médico habitual que reciben los pacientes de la unidad de dolor crónico.
- ✓ La entrevista y el tratamiento será realizada por un profesional del equipo investigador del estudio. En la entrevista usted deberá responder a

varios cuestionarios para conocer cual es la situación de los pacientes que tienen dolor crónico. No existen respuestas verdaderas ni falsas, les pedimos que sean sinceros, nos interesa conocer su situación actual. La persona del equipo investigador le irá ayudando a lo largo de la entrevista. Cualquier duda que le surga no dude en consultarlo.

4. ¿QUÉ BENEFICIOS PUEDE APORTAR ESTE ESTUDIO?

- ✓ Con la información que vayamos recogiendo de los distintos pacientes, podremos conocer desde su propia experiencia, cuál es la situación actual de los pacientes con dolor crónico, el beneficio que aporta la atención sanitaria diseñada y cuales son sus necesidades.

5. ¿ME PUEDO RETIRAR DEL ESTUDIO UNA VEZ QUE HAYA ACEPTADO?

- ✓ **En cualquier momento, sin que tengan que consultarlo** con el personal que les atiende y, si es su deseo, pueden retirarse del estudio, sin que ello suponga **ninguna modificación** en la atención sanitaria habitual.

6. ¿MIS DATOS CÓMO VAN A SER MANEJADOS?

- ✓ Toda la información recabada de su caso, será utilizada con fines exclusivamente asistenciales y para el estudio de investigación. En ningún momento los datos van a ser difundidos o tratados por personas ajenas al equipo investigador. Además, el equipo investigador se compromete a mantener en todo momento un tratamiento de sus datos acorde con la legislación vigente en materia de confidencialidad de la información clínica.

7. ¿CUÁNTO DURARÁ EL ESTUDIO?

- ✓ Las previsiones realizadas por el equipo investigador han estimado una duración total del estudio de unos 3 años.
-

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA

Título del estudio: Impacto en la calidad de vida de un programa de intervenciones enfermeras en pacientes con dolor crónico no oncológico.
Ensayo clínico. (Proyecto CALIDO-CR)

Yo,.....,

He leído la hoja de información que se me ha entregado,

He podido hacer preguntas sobre el estudio,

He recibido suficiente información sobre el estudio,

He hablado con:.....
...

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria,

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.

3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sanitaria.

Por consiguiente, doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma de la persona

Firma del miembro del equipo investigador

Ena de de 20

Anexo 3: Modelo de consentimiento y hoja informativa para los pacientes

CUESTIONARIOS PROYECTO CALIDO - CR

Nombre : _____

NHC: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nacionalidad _____ Meses con dolor: _____

Etiología del dolor: _____ Meses tto en U.D.C _____

Fármacos escalon pre consulta: _____

Adherencia tto farmc.: _____ nº de fármacos _____

Fármacos escalon post consulta: _____

EVA en reposo: _____ EVA en movimiento: _____

Factores que lo aumentan _____

Factores que lo disminuyen _____

¿Qué hace cuando tiene dolor? _____

Recursos utilizados: _____

Ttº ansiedad/depresión: _____ previo al dolor _____
(psiquiatra/medico familia)

Antecedentes familiares (dolor crónico/ psicopatologicos) _____

Acontecimientos vitales precedentes al dolor: _____

Rol familiar: _____ Cuidador principal: _____

Ocupacion _____ Nivel de estudios _____

Cuestionario de salud SF-36.versión español

1.- En general, usted diría que su **salud** es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS
QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL**

Su salud actual, le limita para hacer:	Si, me limita mucho	Si,me limita un poco	No me limita nada
3. esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores			
4. esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
5. coger o llevar la bolsa de la compra			
6. subir varios piso por la escalera			
7. subir un solo piso por la escalera			
8. agacharse o arrodillarse			
9. caminar un kilómetro o más			
10. caminar mas de 500metros			
11. caminar unos 100 metros			
12. bañarse o vestirse por sí mismo			

Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 4 últimas semanas, tuvo que:		SI	NO
POR CAUSA DE SALUD FISICA	13. reducir el tiempo dedicado		
	14. hizo menos de lo que hubiera querido		
	15. dejar de hacer algunas tareas		
	16. tuvo dificultad para hacer su trabajo, le costó más de lo normal		
POR CAUSA EMOCIONAL	17. reducir el tiempo dedicado		
	18. hizo menos de lo que hubiera querido		
	19. No pude hacerlo tan cuidadosamente		

20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado **sus actividades sociales** habituales

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21.¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió:	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
23. lleno de vitalidad						
24. Muy nervioso						
25. bajo de moral						
26. calmado y tranquilo						
27. cansado						
28. desanimado y triste						
29. agotado						
30. feliz						
31. mucha energía						

32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus **actividades sociales** (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
 2 Casi siempre
 3 Algunas veces
 4 Sólo alguna vez
 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

VERDADERA O FALSA	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy tan sano como cualquiera.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					

Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos



PHQ 9 - Depresion	Nunca	Varios días	Mas de la mitad	Todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sintiéndose triste , decaído(a), o sin esperanzas				
Dificultad para dormir , o dormir demasiado				
Sintiéndose cansado o teniendo poca energía				
Pobre de apetito o comer en exceso				
Sintiéndose mal con usted mismo o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo o con su familia				
Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión				
Moviéndose o hablando tan lento, O muy inquieto(a) o agitado				
Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)				

Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos

GAD-7 - Ansiedad	Nunca	Varios días	Mas de la mitad	Todos los días
Sentirse nervioso , ansioso o tener los nervios de punta.				
No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones .				
Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.				
Tener problemas para relajarse .				
Estar tan desasogado que le resulta difícil para quieto				
Enfadarse o irritarse con facilidad.				
Estar asustado como si fuese a pasar algo terrible.				

Encuesta Satisfacción programa Dolor Crónico

Considera necesario un abordaje de su problema de dolor crónico tal como se plantea en el programa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le ha ayudado a adquirir herramientas para manejar por usted mismo su dolor crónico?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Usted piensa que este programa le está ayudando a controlar su dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Considera útil la participación de los profesionales de **enfermería** en el programa de dolor crónico?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué efecto cree usted que este programa tiene en su **salud física**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué efecto cree usted que este programa tiene en su **salud emocional**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En general, ¿cómo calificaría usted el valor del programa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Recomendarías este programa de tratamiento a un conocido que tenga dolor crónico?

SI NO

Comentario:

Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos

JUNTA DE ANDALUCÍA

MEMORIA CIENTÍFICO-TÉCNICA Y ECONÓMICA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

**SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y EN
CIENCIAS DE LA SALUD EN ANDALUCÍA**

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

MEMORIA CIENTÍFICO-TÉCNICA Y ECONÓMICA

Orden de 22 de Mayo de 2012 (BOJA nº 77 de fecha 22 Abril 2013.)

INVESTIGADOR PRINCIPAL	
APELLIDOS MORALES FERNANDEZ	NOMBRE ANGELES
TÍTULO DEL PROYECTO	
Impacto en la calidad de vida de un programa de intervención enfermera en pacientes con dolor crónico no oncológico. Estudio controlado aleatorizado abierto paralelo. (Proyecto CALIDO-CR)	
PALABRAS CLAVE	
Dolor crónico, calidad de vida relacionada con la salud, investigación clínica enfermera, intervenciones no farmacológicas, educación del paciente.	
RESUMEN	
(Máximo 250 palabras)	
<p>Introducción: El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un problema de salud de prevalencia muy elevada, en Europa se sitúa en el 19% y 11% en el territorio nacional. Estamos ante un problema insuficientemente controlado y con importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas. Las enfermeras pueden asumir un papel fundamental en el manejo del dolor utilizando el conocimiento y buenas prácticas en la valoración y el manejo del DCNO bajo el desarrollo de una propuesta holística que incluya intervenciones no farmacológicas y donde el paciente sea un elemento proactivo en su proceso de enfermedad. Las mejoras en calidad de vida, la disminución de la discapacidad, la aceptación del estado de salud, el afrontamiento, la disposición de cambio y ruptura del círculo vicioso de dolor deben ser objetivos de la gestión de cuidados de nuestro programa de atención del DCNO.</p> <p>Objetivos: Determinar el efecto de un programa de intervención enfermera en pacientes con dolor crónico no oncológico.</p> <p>Diseño: Estudio controlado aleatorizado abierto paralelo</p> <p>Análisis de Datos: Análisis exploratorio con estadística descriptiva, tendencia central y dispersión o porcentajes. Normalidad de la distribución mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado si se distribuyen normalmente. En caso contrario, test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney. Se empleará ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas. Como descriptores se calcularán las distribuciones conjuntas y marginales, con la media, desviación típica, medidas de efecto e intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se realizarán por intención de tratar.</p>	

Página 1 de 37

Anexo 5: Memoria de solicitud de financiación a la Consejería de Salud

I JORNADA CONTRA EL DOLOR DE LA COSTA DEL SOL

24 octubre 2014, SALON DE ACTOS HOSPITAL COSTA DEL SOL



10:00-10:10 INAUGURACIÓN

10:10-12:00 SESIÓN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

- Área de Traumatología. D. Antonio Jiménez. Facultativo
- Área de Rehabilitación. D^a. Natalia Gómez. Facultativa
- Unidad de Dolor D. Jesús Velasco. Facultativo

PROGRAMA DE MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO PARA PACIENTES. D^a Ángeles Morales. Enfermera

AFRONTAR EL DOLOR CON OPTIMISMO. D^a Rosa Esteve. Psicóloga

¿COMPAÑERO INSEPARABLE?. D^a Paloma Gómez. Paciente

TODO ESTÁ EN TI. D^a María Bernal. Paciente

COLOQUIO.

12:00-13:30 PROGRAMA DE TALLERES

**TALLER DE YOGA – D^a. Francisca Ramírez
TALLER DE TAI CHI – D. Marcelo A. González**

**TALLER DE TONO – D^a. Benilda Mena
TALLER DE PILATES – D^a. Benilda Mena**

La participación en todas las actividades de la jornada es gratuita.
El acceso a la sesión de participación ciudadana es libre.

Las plazas para los talleres son limitadas. Reversa tu plaza en alguno de los siguientes enlaces:

<http://www.hcs.es/>

Jornada contra el dolor

Formulario

<http://goo.gl/forms/53bTB9Nf33>

Correo electrónico

jornadacontraeldolor@gmail.com

Organiza:



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Comisión de Participación Ciudadana
Línea Proceso Bloque Quirúrgico
Hospital Costa del Sol

Colaboran:





9th Congress of the
**EUROPEAN PAIN
FEDERATION EFIC®**

VIENNA, AUSTRIA, 2-5 SEPTEMBER 2015

www.efic.org

24 September 2015

To whom it may concern:

RE: POSTER PRESENTATION AT EFIC 2015

We hereby confirm that the following poster was presented at the 9th Congress of the European Pain Federation EFIC®, which took place in Vienna, Austria, 2 – 5 September 2015.

Poster board number: P0327

Date: Friday, 4 September 2015

Title: ANXIETY, DEPRESSION AND INEFFECTIVE HEALTH MAINTENANCE AMONG PATIENTS TREATED IN A PAIN UNIT FOR CHRONIC NONCANCER PAIN

Authors participating in this work were listed as: A. Morales-Fernandez, G. Moreno Martin, A. Mora Bandera, M.I. Gomez Ortigosa, C. Castillo Portillo, J.M. Jimenez Martin, M. Vergara Romero, J.C. Canca Sanchez

Yours sincerely,

Mrs. Iris Ben-Zeev
Senior Project Manager
EFIC 2015 Congress Secretariat
c/o Kenes International

EFIC Grensstraat 7, mailbox 3, 1831 Diegem / Belgium E-mail: secretary@efic.org www.efic.org
SECRETARIAT AND CONGRESS ORGANIZERS:

Anexo 6: Comunicaciones a Congresos y Ponencias invitadas con resultados del estudio



POSTER CERTIFICATE

This certificate indicates that the e-poster

Nº: P.31

Title: "IMPACT ON QUALITY OF LIFE OF A NURSING INTERVENTION PROGRAMME FOR PATIENTS IN A UNIT PAIN."

Authors: A. Morales-Fernández, MI Gomez-Ortigosa, C Castillo Portillo, G Moreno Martin, JM Jimenez Muñoz, A Gonzalez Ronda, JM Morales Asencio

has been presented by A. Morales-Fernández at the 1st EFIC Topical Symposium 2016 on Acute and Chronic Joint Pain

21-23 September 2016, Dubrovnik, Croatia

The Organizing Secretariat
AIM Group International

Anexo 6: Comunicaciones a Congresos y Ponencias invitadas con resultados del estudio

V JORNADAS DE TUTELAJE CLINICO

10 de noviembre 2016 | 9.00- 18.00h

Facultad de Ciencias de la Salud (Ampliación Campus de Teatinos)

PROGRAMA

9.00: RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN.

9.30: **INAUGURACIÓN DE LAS JORNADAS.**

Yolanda García. Vicerrectora de Personal Docente e Investigador de la UMA.

Isabel Baena. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

M^a Teresa Labajos Manzanares. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UMA.

10.15: **EL PRACTICUM CLÍNICO: SITUACIÓN ACTUAL, RESULTADOS DEL CURSO 2015-16 Y PRESENTACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS**

José Miguel Morales. Director del Departamento de Enfermería de la UMA.

11.30: DESCANSO.

12.00-14.00: **TUTORES CLÍNICOS-INVESTIGADORES: GENERANDO CONOCIMIENTO JUNTO A LOS PACIENTES**

*Intervención en la fatiga en mujeres con cáncer de mama. Antonio Zamudio- Supervisor Oncología Hospital Regional Universitario

*Uso de terapias alternativas en pacientes oncológicos. Rosa Raga-Enfermera de oncología ginecológica. Hospital Regional Universitario

*Caídas en pacientes hospitalizados e institucionalizados (Estudio STRATIFY). Marta Aranda- Supervisora de Medicina Interna. Agencia Sanitaria Costa del Sol

*Cuidadores de personas con Insuficiencia Cardíaca (Estudio ECCUPENIC). Eva Timonet- Supervisora de Cardiología. Agencia Sanitaria Costa del Sol

*Intervención en personas con dolor crónico (Estudio CALIDO). Angelines Morales- Supervisora de Bloque Quirúrgico. Agencia Sanitaria Costa del Sol

*Un nuevo modelo de educación de pacientes con diabetes tipo II (Estudio EDEP-Ti). Jorge Caro- Coordinador de Cuidados CS El Limonar. DS Málaga-Valle del Guadalhorce

*Dificultades para la alimentación en personas con demencia (Estudio EdFED). Carmen Saucedo- Enfermera gestora de casos. DS Costa del Sol

Modera: Celia Martí. Profesora del Departamento de Enfermería.

Anexo 6: Comunicaciones a Congresos y Ponencias invitadas con resultados del estudio

3ª Jornada CONTRA EL DOLOR de la Costa del Sol



4
noviembre
2016

Salón de actos Hospital Costa del Sol, Marbella

10:00hs. INAUGURACIÓN

Autoridades

10:15hs CON EL DOLOR TAMBIEN SE PUEDE

RECURSOS SOCIALES

D^a. María Victoria Morales Ruiz, Concejala Delegada Derechos Sociales, Ayuntamiento de Marbella

GESTIÓN DE EMPLEO Y FORMACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

D. Miguel Cortes Martín, Coordinador servicios a empresas Andalucía Oriental, Inserta-Fundación ONCE

PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL. PROYECTO CALIDO

D^a Ángeles Morales, Enfermera Agencia Sanitaria Costa del Sol

11:15hs CONVIVIENDO EXITOSAMENTE CON EL DOLOR

Experiencias de éxito de pacientes con dolor crónico.

D. Jorge Merino, D. Diego Vázquez, D. Pablo Aragón, D^a Miriam Segura

Coloquio dinámico moderado por D^a Paloma Gómez

MÁS INFORMACIÓN

<http://www.hcs.es/>

jornadacontraeldolor@gmail.com

3 jornada contra el dolor

12:00hs CONOCE A LAS ASOCIACIONES

12:30hs. TALLERES de INICIACIÓN

YOGA. Paqui Ramírez., Profesora de Yoga Terapéutico

TAICHI. Prof. Javier Castro

EL PODER DE LA MENTE. Johanna Haavikko, Terapeuta en Medicina Energética

Entrada libre. Dirigido a familiares, pacientes y profesionales interesados

COLABORA

ORGANIZA

SHINE
center
SPAIN



yogashala
INSTITUTE
The Art and Science of Yoga

Comisión Participación Ciudadana
Línea Proceso Bloque Quirúrgico
Agencia Sanitaria Costa del Sol



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

Anexo 6: Comunicaciones a Congresos y Ponencias invitadas con resultados del estudio

Sesión de Mañana (Profesionales)

- 10 a 10:15h Presentación
 D. Torcuato Romero López Gerente HCS
 D. Mª Dolores Llamas del Castillo. Gerente DSCS
 10:15 a 10:45h **Presentación de la Estrategia de Cuidados de Andalucía**
 10:45 a 11:30h **Desarrollos realizados en el año 2015. Propuestas año 2016**
 11:30 a 11:45h **Presentación de la Red de Cuidados**
 11:30 a 11:45h **Presentación de la Red de Cuidados**
Ponente:
 Dña. Nieves Lafuente Robles
 11:45 a 12:15h **Ruegos y Preguntas**
 12:15 **Descanso**
 12:30 a 14:00h **Ágora de Cuidados: Se exponen las Buenas Prácticas identificadas en esta área por su implicación en la mejora del cuidado**
Ponentes (por orden de intervención)
Atención terapéutica grupal para pacientes con dolor crónico no oncológico. Dña. Angeles Morales Fernández. Supervisora Bloque Quirúrgico.

- Voluntad Vital Anticipada: cuidando al final.** Dña. María de la O Moreno Pérez. Responsable Atención Ciudadana DSCS.
Distintivo de Fotoprotección Escolar en el Hospital Costa del Sol 2014-18. Dr. Juan Carlos Toribio Montero. Responsable de Enfermería del servicio de Consultas Externas.
Competencias avanzadas en urgencias de Atención Primaria: Triage. Dña. Araceli Morales Rueda. Enfermera Unidad de Gestión Clínica. Las Albarizas
Enfermería de Prácticas Avanzadas en Urgencias. D. José Antonio Rodríguez Montalvo. Responsable de Enfermería del servicio de Urgencias del HCS.
Desarrollo del programa de tabaquismo en la UGC Torrequebrada. Dña. Mª Gálvez González. Enfermera UGC Torrequebrada.
Modelo de atención a pacientes institucionalizados: Unidad de residencias. D. Roberto Ramos Gil. Enfermero Unidad de Residencias
Atención a cuidadoras en urgencias y prácticas avanzadas en el Proceso Quirúrgico en el HARE. D. Pedro Reyes Molina. Coordinador de cuidados y responsable de Admisión y Atención Ciudadana del HARE

14:00h Despedida



Sesión de Tarde (Ciudadanía)

- 17h a 17:30h **Presentación de la Estrategia de cuidados y su relación con los resultados en salud de la ciudadanía.**
 Presentación de la Red de Cuidados
 Dña. Nieves Lafuente Robles
 17.30 a 18.30h **Análisis de necesidades y expectativas**
 Dña. Nieves Lafuente Robles
 18:30 a 19:00h **Conclusiones**
 19:00h **Despedida**

Presentación Estrategia de Cuidados de Andalucía

Martes 29 de Marzo del 2016

**Lugar: Salón de Actos Hospital Costa del Sol
 Marbella, Málaga**



PROTOCOL

Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol

Angeles Morales-Fernandez, Jose Miguel Morales-Asencio, Jose Carlos Canca-Sanchez, Gabriel Moreno-Martin, Manuel Vergara-Romero & Group for pain management Hospital Costa del Sol Members¹

Accepted for publication 19 November 2015

Correspondence to A. Morales-Fernandez;
e-mail: mamfdez@hcs.es

Trial registration. Doi: 10.1186/ISRCTN95299159.

¹See Appendix 1.

Angeles Morales-Fernandez MSc RN
Head Nurse Unit Pain
Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella,
Málaga, Spain

Jose Miguel Morales-Asencio BSc PhD RN
Professor
Faculty of Health Sciences, University of
Málaga, Spain

Jose Carlos Canca-Sanchez MSN PhD RN
Director of Nursing
Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella,
Málaga, Spain

Gabriel Moreno-Martin MSc RN
Unit Pain Nurse
Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella,
Málaga, Spain

Manuel Vergara-Romero MSc RN
Head Nurse
Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella,
Málaga, Spain

MORALES-FERNANDEZ A., MORALES-ASENCIO J.M., CANCA-SANCHEZ J.C., MORENO-MARTIN G. VERGARA-ROMERO M. & GROUP FOR PAIN MANAGEMENT HOSPITAL COSTA DEL SOL MEMBERS (2016) Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 72(5), 1182–1190. doi: 10.1111/jan.12908

Abstract

Aim. To determine the effect of a nurse-led intervention programme for patients with chronic non-cancer pain.

Background. Chronic non-cancer pain is a widespread health problem and one that is insufficiently controlled. Nurses can play a vital role in pain management, using best practices in the assessment and management of pain under a holistic approach where the patient plays a proactive role in addressing the disease process. Improving the quality of life, reducing disability, achieving acceptance of health status, coping and breaking the vicious circle of pain should be the prime objectives of our care management programme.

Design. Open randomized parallel controlled study.

Methods. The experimental group will undertake one single initial session, followed by six group sessions led by nurses, aimed at empowering patients for the self-management of pain. Healthy behaviours will be encouraged, such as sleep and postural hygiene, promotion of physical activity and healthy eating. Educational interventions on self-esteem, pain-awareness, communication and relaxing techniques will be carried out. As primary end points, quality of life, perceived level of pain, anxiety and depression will be evaluated. Secondary end points will be coping and satisfaction. Follow-up will be performed at 12 and 24 weeks. The study was approved by the Ethics and Research Committee Costa del Sol.

Discussion. If significant effects were detected, impact on quality of life through a nurse-led programme would offer a complementary service to existing pain clinics for a group of patients with frequent unmet needs.

continued on page 1183

1182

© 2016 John Wiley & Sons Ltd