



Impacto de la intervención psicológica grupal en los pacientes tributarios de radiofrecuencia convencional

Impact of group psychological intervention on conventional radiofrequency tributary patients

A. Harutyunyan Karapetyan¹, V. Monsalve Dolz², J. Soriano Pastor³ y J. de Andrés Ibáñez^{1,3}

¹Fundación Valenciana para el Tratamiento del Dolor, FUNDOLOR. Valencia, España. ²Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España. ³Universitat de València, España

ABSTRACT

Introduction: Conventional radiofrequency (RF) is one of the most widely used invasive techniques for treating various pain syndromes. However, some studies reflect the need for a more comprehensive approach to achieve overall patient recovery. In the field of psychology, multi-component treatments, that integrate different techniques to cover the entire pain experience, have been proposed. This project submits a group psychological intervention, of cognitive-behavioral nature, directed to patients with lumbar pathology, candidates for conventional RF, in order to increase the therapeutic benefit of this technique.

Objective: The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of the proposed intervention by assessing the variables addressed in it.

Material and method: This is a quasi-experimental design, with a control group, with a final sample of 30 patients. The two groups were formed by self-selection. After the baseline evaluation, the experimental group was assigned a schedule of sessions. However, the control group was informed that a new psychometric evaluation would be carried out two months after the first one, coinciding with the end of the psychological intervention and the second evaluation of the experimental group. One month after the radio frequency, both groups were re-evaluated.

Results: Pain intensity in both groups increased within 2 months of being proposed for radiofrequency and decreased significantly after 1 month of it. Both the

RESUMEN

Introducción: La radiofrecuencia (RF) convencional es una de las técnicas invasivas más utilizadas para tratar diversos síndromes de dolor. Sin embargo, algunos estudios reflejan la necesidad de un abordaje más amplio para conseguir una recuperación global del paciente. En el ámbito de la psicología se han propuesto tratamientos multicomponentes que integran distintas técnicas para abarcar la experiencia dolorosa en su totalidad. Desde este proyecto se propone una intervención psicológica grupal, de corte cognitivo conductual, dirigida a pacientes con patología lumbar propuestos para una RF convencional con el objetivo de incrementar el beneficio terapéutico de esta técnica.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es evaluar la eficacia de la intervención propuesta mediante la evaluación de las variables tratadas en la misma.

Material y método: Se trata de un diseño cuasiexperimental con grupo control en la que la muestra final está formada por 30 pacientes. Se formaron los dos grupos por autoselección. Tras la evaluación basal, al grupo experimental se le asignó un horario de las sesiones. Mientras que al grupo control se le informó que se realizaría una nueva evaluación psicométrica a los dos meses de la primera, coincidiendo con el final de la intervención psicológica y la segunda evaluación del grupo experimental. Tras un mes de la radiofrecuencia se volvió a evaluar a ambos grupos.

Resultados: La intensidad del dolor, en ambos grupos aumentó a los dos meses de ser propuestos para radio-

importance of pain and the level of disability decreased significantly in the group participating in the intervention after the intervention and after the RF. However, in the control group there was no such decrease even after RF.

The percentage of quality of life dimensions increased in the patients of the experimental group, being in all cases higher after RF than in the baseline measurement. This is not the case in the control group, where a significant decrease is observed, up to three times in the case of "physical role" or relative maintenance of some scores. Moreover, except in general health, vitality and mental health, in the rest of the dimensions of the questionnaire the score obtained after RF is lower than the baseline.

The experimental group reflected a higher level of active coping after psychological intervention and after RF. In addition, the scores of this group in Resilience remained stable during the assessment period.

Conclusions: Patients who participated in the psychological intervention prior to the RF obtained higher therapeutic benefit. The effectiveness of RF in reducing pain intensity has been proven, but it does not appear to improve the level of disability or quality of life compared to baseline measurement. This shows the need to create valid and real protocols of multidisciplinary intervention for this pathology.

Key words: Chronic back pain, radiofrequency, psychology, psychological intervention, cognitive behavioral therapy.

frecuencia y disminuyó de forma significativa después de un mes tras la misma. Tanto la importancia del dolor como el nivel de discapacidad disminuyeron de forma significativa en el grupo que participó en la intervención tras la misma y tras la RF. Sin embargo, en el grupo control no se dio esta disminución ni siquiera tras la RF.

En el grupo experimental la calidad de vida aumentó en todas sus dimensiones respecto a la medición basal tanto tras la intervención como tras la RF. No ocurre así en el grupo control, en el que se observa disminución significativa, hasta el triple en el caso de "rol físico" o mantenimiento relativo de algunas puntuaciones. Es más, excepto en salud general, vitalidad y salud mental, en el resto de las dimensiones del cuestionario la puntuación obtenida tras la RF es menor que la basal.

El grupo experimental reflejó mayor nivel de afrontamiento activo tras la intervención psicológica y tras la RF. Además, las puntuaciones de este grupo en Resiliencia se mantuvieron estables durante el periodo de evaluación.

Conclusiones: Los pacientes que participaron en la intervención psicológica previa a la RF obtuvieron un mayor beneficio terapéutico. Estando comprobada la eficacia de la RF para la reducción de la intensidad del dolor, no parece mejorar ni el nivel de discapacidad ni la calidad de vida respecto a la medición basal. Poniendo de manifiesto la necesidad de crear protocolos válidos y reales de intervención multidisciplinar para esta patología.

Palabras clave: Dolor crónico lumbar, radiofrecuencia, psicología, intervención psicológica, terapia cognitivo conductual.

INTRODUCCIÓN

El 22 % de la población española sufre dolor crónico, de los cuales el 35 % ha vivido con este dolor durante toda su vida. Las más afectadas son las mujeres y las personas mayores de 60 años, con un porcentaje por encima del 50 % en cualquier franja de edad (1). Actualmente, predomina un abordaje médico para el tratamiento del dolor crónico en la mayoría de las unidades de dolor de España (2), aunque un enfoque multidisciplinar sería más adecuado (3). Una de las técnicas más utilizadas para distintos tipos de dolor (articulaciones posteriores, nervios periféricos o ganglio dorsal, etc.) es la radiofrecuencia (RF) (2). Esta técnica se aplica a los pacientes con dolor rebelde, con presencia de efectos secundarios intolerables a los fármacos o resistencia a los mismos. Se estima la eficacia de la RF convencional en un 75 % para el tratamiento del dolor lumbar crónico tras el primer mes postratamiento (4). Se describe esta eficacia de la RF convencional como la disminución de la intensidad del dolor crónico lumbar comparada con otras técnicas invasivas (5), simulación

de cirugía (6), el placebo (7) o con la medicación convencional (8). Sin embargo, a pesar de la disminución significativa de la intensidad del dolor, la calidad de vida (SF36) de los pacientes tratados por RF convencional no aumentó en este último estudio. Los autores plantearon la necesidad de combinar el tratamiento con otros programas de rehabilitación para poder mejorar también este aspecto (8). En un metanálisis reciente sobre la eficacia de esta técnica en dolor crónico lumbar se reafirma la eficacia del tratamiento sobre los procedimientos controles como el placebo o el bloqueo epidural en un seguimiento de 1 año (9). En este metanálisis se describe además la disminución paulatina de la eficacia del tratamiento a lo largo de los 12 meses posteriores. Un dato relevante es que algunos de los estudios en los que se evaluó el índice de discapacidad de Oswestry (ODI), no mostraron diferencias significativas en las distintas mediciones (9). Estos hallazgos reflejan la necesidad de un abordaje más amplio para conseguir una recuperación global del paciente.

Por otra parte, desde el ámbito de la psicología se han propuesto tratamientos multicomponentes que

integran distintas técnicas para abarcar la experiencia dolorosa en su totalidad. Donde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se considera de elección (gold standard) (10) y es la más recomendada por distintos autores (11-15). Estudios recientes reflejan que los programas de intervención grupal multicomponentes son eficaces para disminuir la percepción del dolor, aumentar la calidad de vida, mejorar la autoeficacia y la calidad y alteraciones del sueño (10). Estos programas suelen estar formados por elementos cognitivos, conductuales y emocionales que permiten incluir recursos eficaces en el tratamiento del dolor. En general, dichas intervenciones muestran resultados prometedores para distintas etiologías de dolor crónico. Así, en el caso de la fibromialgia, un estudio que combina técnicas interoceptivas, propioceptivas y psicológicas refleja mejoras del dolor, de síntomas psicológicos y aumenta la calidad de vida (salud mental SF12) en los pacientes que participaron en la intervención en comparación con su grupo control, facilitando además una implicación más activa de los pacientes en su dolor (15). Un estudio más con este tipo de dolor (16) hace referencia a un taller grupal psicoeducativo, con técnicas de psicología positiva propiciando la reflexión vivencial en 14 sesiones. Tras la participación en este programa, se describe una disminución significativa en ansiedad rasgo, intensidad del dolor y depresión. Además, se observó un aumento significativo en felicidad total y satisfacción con la vida (16). En otro estudio, los pacientes con dolor lumbar y un nivel de discapacidad leve que siguieron un TCC grupal de 6 sesiones obtuvieron una disminución significativa en el nivel de discapacidad (Roland Morris), escala de dolor, creencias desadaptativas acerca de su físico, el trabajo y de las estrategias de afrontamiento desadaptativas (13). Los pacientes con un dolor de más de 6 meses con distintos diagnósticos, entre los cuales predominó la patología lumbar, que fueron tratados con TCC grupal, con énfasis en realizar ejercicio físico, también mostraron mejoría. Tras el tratamiento la intensidad del dolor, la discapacidad, los pensamientos catastróficos mostraron mejorías significativas al igual que las dimensiones relacionadas con el ejercicio y la salud física (12). Por último, en una investigación llevada a cabo durante 10 años (14), los pacientes con dolor crónico participaron en un tratamiento grupal para el manejo del dolor (PMG: TCC y ejercicio físico). Tras este tratamiento en el que las sesiones consistieron en educación, habilidades cognitivas y conductuales, ejercicio y autocontrol, los resultados mostraron mejorías significativas antes y después del tratamiento en experiencia sensorial y afectiva, intensidad del dolor, depresión, ansiedad, discapacidad, estilos de afrontamiento y funcionamiento general de la salud independientemente del diagnóstico (14).

Teniendo en cuenta los estudios mencionados, algunos autores refieren que el tamaño de efecto que produce el tratamiento psicológico cognitivo-conductual es igual de eficaz al tratamiento farmacológico, con la diferencia de que las terapias psicológicas pueden mantener a un paciente estable hasta dos años (17). Sin embargo, la evidencia empírica indica una mayor efectividad en la reducción del dolor, mejoría en la calidad de sueño y percepción de autoeficacia con la TCC combinada con fármacos (3). Los estudios sobre técni-

cas cognitivo-conductuales, que comparan la evolución de un grupo de pacientes tratados con este tipo de técnicas y tratamientos médicos habituales con otro grupo de pacientes tratados exclusivamente con técnicas médicas, reflejan el efecto adicional que las técnicas cognitivo-conductuales obtienen como coadyuvante de los procedimientos médicos. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos (18). Concretamente en dolor lumbar la combinación de tratamiento fisiológico y psicológico (TCC) se ha mostrado efectiva (19), observándose mejorías tanto a nivel físico como mental (20).

Por ello, desde este proyecto se propone una intervención psicológica grupal, de corte cognitivo conductual, dirigida a pacientes con patología lumbar propuestos para una RF. El objetivo de esta propuesta de intervención es incrementar el beneficio terapéutico de la RF realizando una intervención psicológica previa a la misma. De esta forma, se integra este tratamiento médico dentro de las sesiones de intervención psicológica para dotar al paciente de herramientas que le ayuden antes, durante y después del mismo, empoderándole en el manejo de su dolor. Por lo tanto, el **objetivo principal** de este estudio es evaluar la eficacia de la intervención propuesta mediante la evaluación de las variables tratadas en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación

Se trata de un diseño cuasiexperimental con grupo control.

Los análisis estadísticos se han llevado a cabo mediante el programa SPSS 23. En el apartado de resultados se presentan estadísticos descriptivos, comparaciones de medias intergrupo (pruebas t) e intragrupo (medidas repetidas).

Participantes

La muestra final está formada por 30 pacientes (hombres 46,7 %; n = 14) con media de edad de 51,59 (\pm 9,06), de los cuales el 73,1 % está casado (n = 20) y el 38,5 % en activo (n = 10). La formación académica de los participantes se sitúa en su mayoría entre la secundaria (30,8 %), estudios medios (38,5 %) y estudios superiores (23,1 %). En la Tabla I se muestran las características de los dos grupos.

Los criterios de inclusión y exclusión en el estudio fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:

- Los pacientes que presentan dolor de más de 6 meses de duración.
- Intensidad del dolor (EVA basal \geq 5).
- Propuesto para una técnica de radiofrecuencia lumbar.
- Pacientes con lumbalgia o lumbociotalgia.
- Bajo consumo de analgésicos y fármacos adyuvantes.

- Edad < 65 años.
- Firma de consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Presencia de enfermedades físicas o mentales crónicas graves asociadas.
 - Trastorno de adicciones activo.

La muestra total del estudio se dividió en dos grupos: el grupo experimental y el grupo control. En ambos grupos, los pacientes presentaban un diagnóstico de lumbalgia o lumociotalgia que, tras la pertinente revisión del equipo médico, fueron tributarios de una radiofrecuencia convencional para los nervios periféricos o articulaciones vertebrales, siendo en su mayoría bilaterales (70 %). En la Tabla I se refleja la descripción de variables sociodemográficas por grupos.

Procedimiento

En nuestra unidad se atiende a un gran número de pacientes con dolor crónico a los que se les proponen distintas técnicas de tratamiento. Antes de realizarse cualquier técnica quirúrgica se realiza una **valoración psicológica y psicométrica**. Durante esta valoración se informa brevemente al paciente cuál es la técnica de intervención propuesta por el equipo médico y se realiza una revisión psicométrica. Superada esta valoración, los pacientes entran en una lista de espera que suele ser de varios meses. Aprovechando la cita para la valo-

ración psicológica se pidió a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión en el estudio su participación voluntaria. La asignación a los grupos fue autoselectiva es decir, los pacientes eligieron entre participar en el tratamiento o formar parte del grupo control. Por lo tanto, la selección de participantes que forman cada grupo ha dependido de los propios pacientes y no ha sido manipulado por el administrador del tratamiento (21). Aquellos que decidieron participar en la **intervención grupal** se les asignó un horario de las sesiones dependiendo de su disponibilidad. Para mayor comodidad de trabajo y horario para los pacientes, se dividió este grupo experimental en tres de cinco personas cada uno a los que se les aplicó la misma intervención.

Los que formaron parte del grupo control se les informó de que se realizaría un nueva **evaluación psicométrica a los dos meses** de la primera, coincidiendo con el final de la intervención psicológica y la evaluación del grupo experimental. **Tras un mes la radiofrecuencia** se volvió a evaluar a ambos grupos, el grupo experimental en la sesión 7 y el grupo control de forma telefónica. Durante ese periodo normalmente se espera que los pacientes ya hayan notado los efectos de la técnica. Es decir, el estudio tuvo una duración total de 10 meses incluyendo los cinco meses de preparación de la intervención. Desde que los pacientes fueron propuestos para radiofrecuencia hasta que se la hicieron pasaron cuatro meses de los cuales, dos fueron de intervención para los pacientes del grupo experimental (espera sin intervención del grupo control). Finalmente, se hizo la última evaluación a todos los pacientes (grupo control y grupo experimental) tras un mes de la RF.

TABLA I
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
POR GRUPOS

| | <i>Grupo experimental</i> | <i>Grupo control</i> |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <i>Edad</i> | 52,93 (± 7,85) | 49,92 (± 10,50) |
| <i>Sexo</i> | H: 56,3 % (n = 9) | H: 35,7 % (n = 5) |
| <i>Estado civil</i> | Soltero: 6,7 % | Soltero: 36,4 % |
| | Casado: 80 % | Casado: 63,6 % |
| | Separado: 13,3 % | Separado: - |
| <i>Nivel de estudios</i> | Sin estudios: 6,7 % | Sin estudios: - |
| | Primaria: 6,7 % | Primaria: - |
| | Secundaria: 33,3 % | Secundaria: 27,3 % |
| | Estudios medios: 33,3 % | Estudios medios: 45,5 % |
| <i>Situación laboral</i> | Estudios superiores: 20 % | Estudios superiores: 27,3 % |
| | Activo: 46,7 % | Activo: 27,7 % |
| | Parado: 6,7 % | Parado: 27,7 % |
| | Jubilado: 20 % | Jubilado: 27,7 % |
| | Incapacitado: 26,7 % | Incapacitado: 18,2 % |
| <i>n</i> | 16 | 14 |

Evaluación

La batería de evaluación estuvo formada por la escala visual analógica (EVA: 0-10) (22), importancia del dolor en la vida del paciente (0-10), nivel de discapacidad (WHODAS 2.0) (23), cuestionario de calidad de vida (SF36) (24), cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD-R) (25), resiliencia (CDRISC-10) (26).

Tanto la escala visual analógica como la importancia del dolor consisten en una línea horizontal 10 cm de longitud dispuesta entre 2 puntos donde figuran las expresiones "no dolor" (0) y "máximo dolor imaginable" (10).

El nivel de discapacidad, en el cuestionario WHODAS 2.0 se mide mediante porcentajes de las distintas dimensiones, por lo tanto a mayor puntuación más discapacidad. Además, la **escala H** del cuestionario de Discapacidad (WHODAS 2.0) está formada por tres ítems que en adelante se denominarán H1 (días que ha tenido dificultades), H2 (días que no pudo realizar sus actividades) y H3 (días que tuvo que recortar o reducir actividades) para mayor comodidad del lector. Estos tres ítems representan el número de días al mes que se han tenido las dificultades que en ellos se mencionan.

Las dimensiones del SF36 muestran porcentaje de calidad de vida en cada una de ellas, por lo que a mayor puntuación mejor calidad de vida. El cuestionario CADR mide el afrontamiento en seis dimensiones de primer orden (distracción, búsqueda de información, religión, catarsis, autoafirmación y autocontrol mental) que se agrupan en dos de segundo orden (afrontamiento activo y pasivo).

Por último, el CD RISC 10 mide el nivel de resiliencia. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 40, donde a mayor puntuación más resiliencia. Además, se pueden clasificar en resilientes (> 25) y no resilientes (≤ 25).

En el **grupo experimental** se evaluaron cada una de las sesiones y se hizo una valoración general de la intervención en cuanto a la relevancia y la utilidad de las mismas en escala Likert (nada-mucho). Se les pidió a los pacientes que valorase las sesiones y la intervención de 0 a 10 y también que indicasen las propuestas de mejora que podrían tener.

Estructura y técnicas de la propuesta de intervención psicológica

La propuesta de intervención psicológica está formada por siete sesiones grupales de una hora de duración y tres evaluaciones de 30 minutos. La duración total del tratamiento fue de cuatro meses.

Las sesiones constan de psicoeducación, activación conductual, intervención cognitiva y relajación:

1. **Psicoeducación** acerca de las variables psicológicas implicadas en el dolor crónico y su mantenimiento. Se informa en qué consiste la técnica de radiofrecuencia, cómo suele ser la experiencia para el paciente y cuáles son los posibles resultados, tanto positivos como negativos.
2. **Activación conductual** en cinco áreas: ejercicio físico y alimentación, sueño y pautas de higiene de sueño, higiene y cuidado postura, relaciones sociales y familia, y actividades agradables. En cada una de las sesiones se dieron recomendaciones de cómo mejorar estas áreas. Los pacientes debían trabajar en las recomendaciones dadas durante las sesiones, en la siguiente sesión se comentaron en el grupo qué actividades había hecho cada uno y cuáles no. Cada uno se valora del 5 al 10 el esfuerzo que ha supuesto para el realizar estas actividades. Se anima a las personas con mayores puntuaciones a dar estrategias a sus compañeros sobre cómo mejorar las áreas propuestas. Antes de la radiofrecuencia (sesión 6) los componentes del grupo firmaron un contrato simbólico comprometiéndose a realizar los ejercicios de relajación y seguir esforzándose en las áreas propuestas durante la intervención hasta el momento de la radiofrecuencia. Al final de la intervención (sesión 7) se dio una hoja informativa con las recomendaciones dadas durante las sesiones y la media del valor del esfuerzo realizado por cada paciente durante las sesiones para animarles a mantener el esfuerzo realizado durante las mismas.
3. **Intervención cognitiva** basada en la visualización y las discusiones cognitivas.
 - Las *visualizaciones* se realizan al final de las sesiones uno, tres y siete (El jardín, Los balones y Escenario de vida). La primera es una metáfora acerca de cuidar las distintas áreas de la vida. La segunda, hace referencia a aceptar el sufrimiento o aquello que resulta molesto, en este caso el dolor, e intentar seguir disfrutando a pesar de ello. Y la última, es para dar valor a

la vida y aquello que ha construido el paciente a lo largo de ella.

- En las *discusiones cognitivas* los pacientes a partir de las premisas que se les da deben llegar a las conclusiones deseadas mediante un debate en grupo. En concreto, se plantean dos discusiones grupales: la primera tiene que ver con la inactividad que muestran estos pacientes. Se trata de una de las ideas irracionales de Ellis reformulada para estos pacientes: "La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido" (Ellis, 1962). Se pretende que los pacientes se den cuenta de que la inactividad y la pasividad no son el camino para tener menos dolor, sino que un afrontamiento más activo puede ser más adecuado.

La segunda discusión cognitiva se realiza al explicar las técnicas de afrontamiento y se pregunta a los pacientes cuáles son las que utilizan ellos. Con ello afloraron las distintas estrategias que usa cada uno de ellos para afrontar el dolor.

4. **Las técnicas de relajación:** en primer lugar se enseñan los ejercicios de respiración que favorecen un patrón de respiración rítmico y la relajación. Estos ejercicios se realizarán en la primera sesión para favorecer posteriormente las visualizaciones y el entrenamiento en la relajación muscular progresiva.

- *Relajación muscular progresiva:* supone el entrenamiento de los pacientes para que logren detectar y reconocer niveles de tensión muscular, pudiendo realizar estos ejercicios para evitar las consecuencias negativas del estrés. Se explicaron la parte superior e inferior por separado practicándolas durante las sesiones. Los pacientes tuvieron como tarea practicar los ejercicios en casa.

RESULTADOS

Valoración de la intervención psicológica al grupo experimental

La valoración general de la intervención fue de 8,71 en una escala de 0 a 10 puntos. Tanto el porcentaje de asistencia como la utilidad y relevancia de las sesiones para los pacientes estuvieron fueron altos tal y como se indica en la Figura 1.

Intensidad del dolor

En el grupo experimental se observan diferencias significativas en la intensidad del dolor ($F_2 = 6,112$; $p = 0,006$), en concreto un aumento tras finalizar la intervención psicológica ($t_{15} = -2,987$; $p = 0,009$; $d = -0,68$) con respecto a la medición basal; aun así esta puntuación disminuye por debajo de la basal de forma significativa tras la RF ($t_{15} = 1,192$; $p = 0,007$; $d = 0,89$). En el grupo control, sin embargo, no se produce ningún tipo de cambio significativo a lo largo de las tres mediciones ($F_2 = 2,315$; $p = 0,119$). No

se observan diferencias significativas entre los grupos ni en la medición basal ($t_{28} = -0,314$; $p = 0,756$; $d = -0,11$), ni tras la intervención, ($t_{28} = 0,748$; $p = 0,461$; $d = 0,27$), ni tras la RF ($t_{28} = -0,735$; $p = 0,469$; $d = -0,27$).

Importancia del dolor

En el grupo experimental, se dan disminuciones significativas en la importancia del dolor en la vida del pacien-

te ($F_2 = 4,678$; $p = 0,017$). De forma que tras la intervención psicológica ($t_{15} = 3,03$; $p = 0,008$; $d = 0,45$) y tras la RF ($t_{15} = 2,46$; $p = 0,026$; $d = 0,84$) disminuye de forma significativa con respecto a la medición basal. En el grupo control no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones ($F_2 = 1,67$; $p = 0,208$). En la comparación entre grupos no se observan diferencias significativas en ninguna de las mediciones.

En la Figura 2 se reflejan las puntuaciones de estas dos medidas.

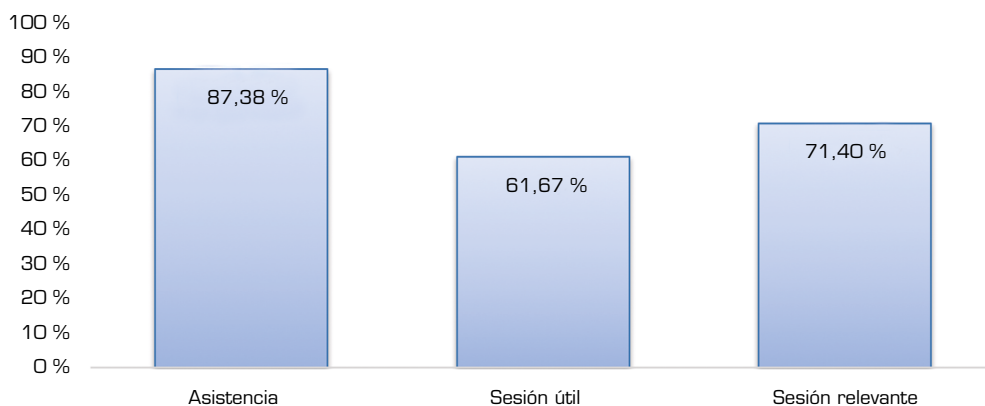


Fig. 1. Asistencia y valoración general de las sesiones.

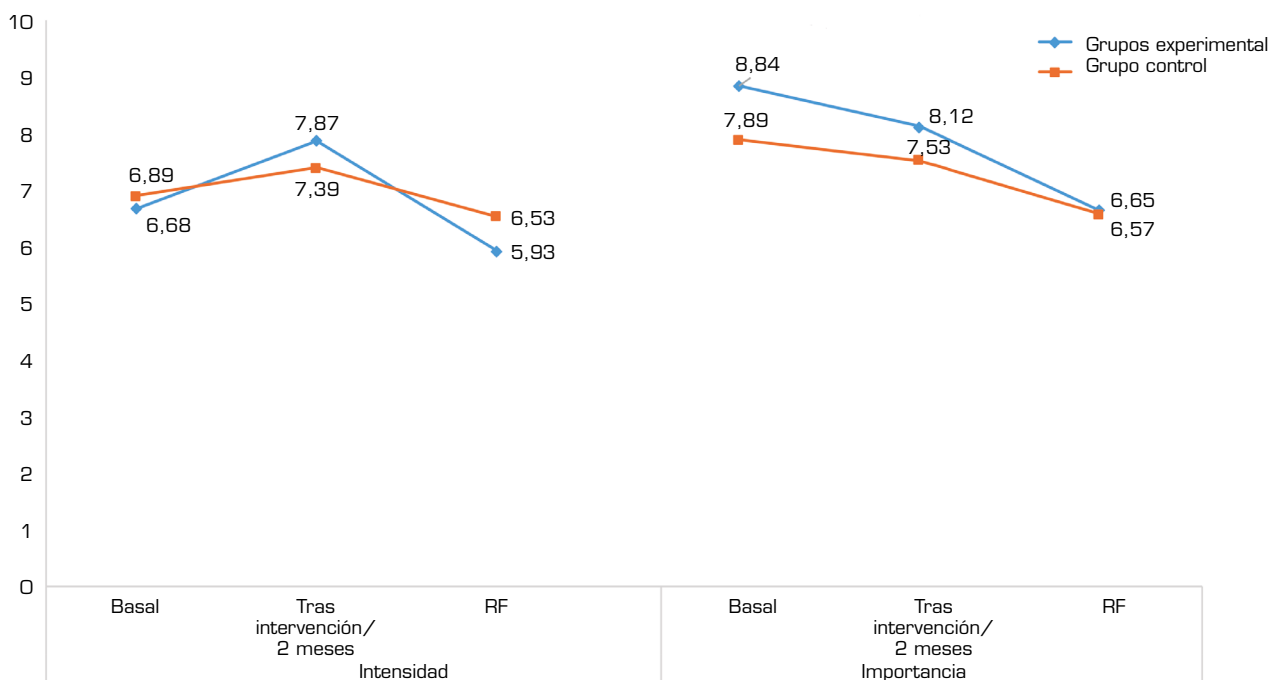


Fig. 2. Intensidad e importancia del dolor.

Nivel de discapacidad

El nivel de discapacidad aumentó en el grupo experimental tras la evaluación de los dos meses de tratamiento y después de la radiofrecuencia disminuyó de forma significativa en la mayoría de las dimensiones de este cuestionario. En cambio, en el grupo control se produce un aumento paulatino del nivel de discapacidad de los pacientes desde la medición basal hasta después de la radiofrecuencia. Es decir, en este grupo a pesar del tratamiento con RF no disminuye en ningún caso el nivel de discapacidad.

Las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos se dan en la evaluación tras la RF en las dimensiones de cognición ($t_{28} = -3,23$; $p = 0,003$; $d = -1,16$), cuidado personal ($t_{28} = -2,67$; $p = 0,012$; $d = -0,98$), relaciones ($t_{28} = -3,66$; $p = 0,001$; $d = -1,31$), AVD ($t_{28} = -2,728$; $p = 0,011$; $d = -1,00$), participación ($t_{28} = -2,106$; $p = 0,044$; $d = -0,76$) y nivel de discapacidad en general ($t_{28} = -3,164$; $p = 0,004$; $d = -1,14$).

Por otra parte, el nivel de actividad reflejado en la escala H muestra diferencias reseñables en H2 tras la intervención psicológica ($t_{28} = 2,156$; $p = 0,040$;

$d = 0,79$), donde el grupo experimental refiere tener más días en los que no puedo realizar ninguna de sus actividades ($\mu = 13,62 \pm 10,91$) en comparación con el grupo control ($\mu = 5,64 \pm 9,11$). Aun así, esta puntuación dentro del grupo control tiene un aumento estadísticamente significativo ($F_2 = 3,44$; $p = 0,047$), cosa que no ocurre en el grupo experimental ($F_2 = 2,53$; $p = 0,098$).

La Tabla II muestra las puntuaciones por dimensiones del nivel de discapacidad.

Calidad de vida

En general, el porcentaje de calidad de vida muestra un aumento mayor en el grupo experimental que el grupo control tras la RF. Estas diferencias se dan de forma estadísticamente significativa en rol físico ($t_{28} = 2,24$; $p = 0,033$; $d = 0,84$), dolor corporal ($t_{28} = 2,21$; $p = 0,043$; $d = 0,77$) y vitalidad ($t_{28} = 2,10$; $p = 0,045$; $d = 0,78$).

La Tabla III y la Figura 3 muestran las puntuaciones por dimensiones de calidad de vida.

TABLA II
PUNTUACIONES POR DIMENSIONES WHODAS 2.0

| | <i>Tiempo evaluación</i> | <i>Grupo experimental</i> | <i>Grupo control</i> |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------|
| <i>Cognición</i> | Basal | 40,62 (± 23,04) | 33,03 (± 27,56) |
| | Tras intervención psicológica | 43,75 (± 29,22)* | 49,10 (± 25,22) |
| | Tras RF | 23,43 (± 19,83)* | 54,46 (± 32,00) |
| <i>Movilidad</i> | Basal | 61,71 (± 14,78) | 50 (± 22,46) |
| | Tras intervención psicológica | 60,93 (± 18,75) | 63,39 (± 20,48) |
| | Tras RF | 49,21 (± 22,57)* | 64,28 (± 23,44) |
| <i>Cuidado personal</i> | Basal | 29,68 (± 17,00) | 38,39 (± 31,94) |
| | Tras intervención psicológica | 36,71 (± 17,95)* | 47,32 (± 28,66) |
| | Tras RF | 28,90 (± 20,77) | 49,11 (± 20,5) |
| <i>Relaciones</i> | Basal | 14,06 (± 22,30) | 17,85 (± 26,75)** |
| | Tras intervención psicológica | 18,75 (± 23,71) | 27,67 (± 28,24)** |
| | Tras RF | 11,71 (± 15,45) | 46,42 (± 34,11)** |
| <i>AVD</i> | Basal | 57,81 (± 23,66) | 57,14 (± 21,76) |
| | Tras intervención psicológica | 57,03 (± 23,25) | 69,64 (± 17,48) |
| | Tras RF | 44,53 (± 27,37)* | 68,75 (± 20,06) |
| <i>Participación</i> | Basal | 51,56 (± 18,75) | 51,78 (± 24,44) |
| | Tras intervención psicológica | 53,12 (± 22,59) | 62,50 (± 24,01) |
| | Tras RF | 46,09 (± 23,14) | 67,85 (± 33,15) |
| <i>Discapacidad</i> | Basal | 42,57 (± 13,39) | 41,37 (± 19,05)** |
| | Tras intervención psicológica | 45,05 (± 17,65)* | 53,27 (± 17,13) |
| | Tras RF | 33,98 (± 17,98)* | 58,48 (± 24,31)** |

*Disminución. **Aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

TABLE III
PUNTUACIONES POR DIMENSIONES SF36

| | <i>Tiempo evaluación</i> | <i>Grupo experimental</i> | <i>Grupo control</i> |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------|
| <i>Rol físico</i> | Basal | 4,68 (± 18,75) | 10,71 (± 18,89) |
| | Tras intervención psicológica | 16,40 (± 31,19) | 7,14 (± 15,28) |
| | Tras RF | 28,90 (± 40,23)** | 3,57 (± 13,36) |
| <i>Función física</i> | Basal | 42,37 (± 21,92) | 44,28 (± 18,48) |
| | Tras intervención psicológica | 39,37 (± 23,72) | 34,28 (± 18,48) |
| | Tras RF | 53,12 (± 28,80)** | 36,43 (± 18,44) |
| <i>Dolor corporal</i> | Basal | 26,56 (± 19,28) | 31,43 (± 14,73) |
| | Tras intervención psicológica | 23,43 (± 16,04)* | 24,82 (± 15,64) |
| | Tras RF | 44,53 (± 27,75)** | 25,17 (± 23,94) |
| <i>Salud general</i> | Basal | 42,25 (± 18,15) | 45 (± 18,18) |
| | Tras intervención psicológica | 48,12 (± 18,33)** | 38,92 (± 17,34) |
| | Tras RF | 54,68 (± 21,48)** | 45,35 (± 18,85) |
| <i>Vitalidad</i> | Basal | 40,31 (± 21,64) | 37,85 (± 17,61) |
| | Tras intervención psicológica | 41,56 (± 19,55)** | 31,07 (± 20,86) |
| | Tras RF | 51,56 (± 15,99)** | 41,42 (± 8,86) |
| <i>Función social</i> | Basal | 46,87 (± 16,13) | 43,75 (± 18,18) |
| | Tras intervención psicológica | 45,31 (± 8,98) | 41,96 (± 14,38) |
| | Tras RF | 46,09 (± 10,91) | 42,85 (± 10,64) |
| <i>Rol emocional</i> | Basal | 41,67 (± 44,72) | 45,23 (± 46,42) |
| | Tras intervención psicológica | 50 (± 43,88) | 33,33 (± 45,29) |
| | Tras RF | 62,50 (± 38,24) | 40,47 (± 43,71) |
| <i>Salud mental</i> | Basal | 52,25 (± 23,88) | 45,71 (± 17,66) |
| | Tras intervención psicológica | 53,25 (± 23,21) | 45,42 (± 20,06) |
| | Tras RF | 59,25 (± 22,87) | 47,42 (± 20,14) |

*Disminución. **Aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Afrontamiento

En el grupo experimental se observa en general puntuaciones mayores en el afrontamiento al dolor. La Figura 4 muestra los cambios en las dimensiones de afrontamiento para ambos grupos. Se observa en ella puntuaciones más altas en el grupo experimental en todas las dimensiones en la medición realizada tras la intervención psicológica que la basal y la realizada tras la RF, aunque estos cambios de puntuación no son estadísticamente significativos en ninguno de los casos excepto en Afrontamiento activo ($F_2 = 4,09$; $p = 0,027$). Este aumento se da tras la intervención psicológica ($t_{15} = -2,71$; $p = 0,016$, $d = -0,41$) y tras la RF ($t_{15} = -2,36$; $p = 0,032$, $d = -0,24$). No ocurre así con el grupo control en este grupo las oscilaciones que se observan no son significativas y en su mayoría, excepto Búsqueda de información y Religión, las puntuaciones disminuyen o se mantienen estables.

Resiliencia

Las puntuaciones en resiliencia se mantienen estables en el grupo experimental en las 3 mediciones (> 25). Sin embargo, en el grupo control estas puntuaciones disminuyen de forma paulatina pasando de una puntuación de 26,78 (± 7,29) (Resiliente) en la medición basal a una puntuación de 22,92 (± 9,75) (vulnerable). Aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($Z = -1,92$; $p = 0,054$), el tamaño del efecto observado es alto ($D = 0,88$). Estas puntuaciones se reflejan en la Figura 5.

DISCUSIÓN

La RF convencional es una técnica de intervención con una eficacia alta demostrada en distintos estudios. Sin embargo, esta eficacia se da únicamente en

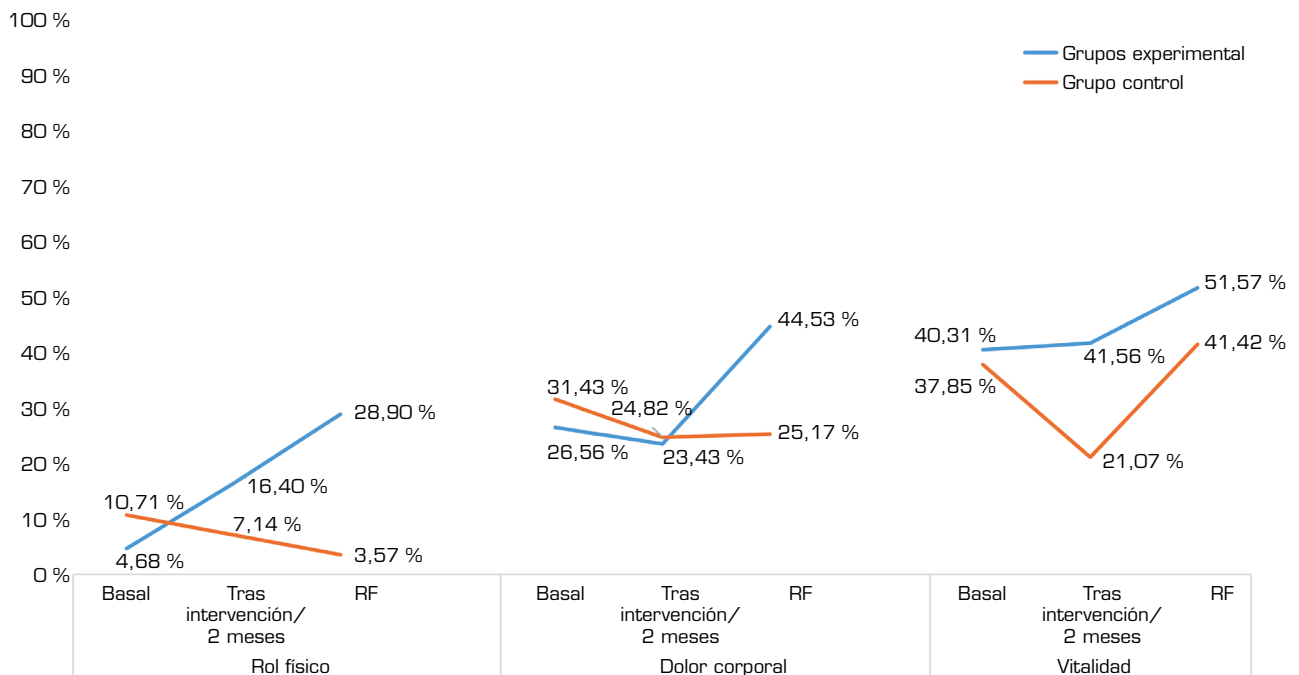


Fig. 3. Puntuaciones por dimensiones SF36.

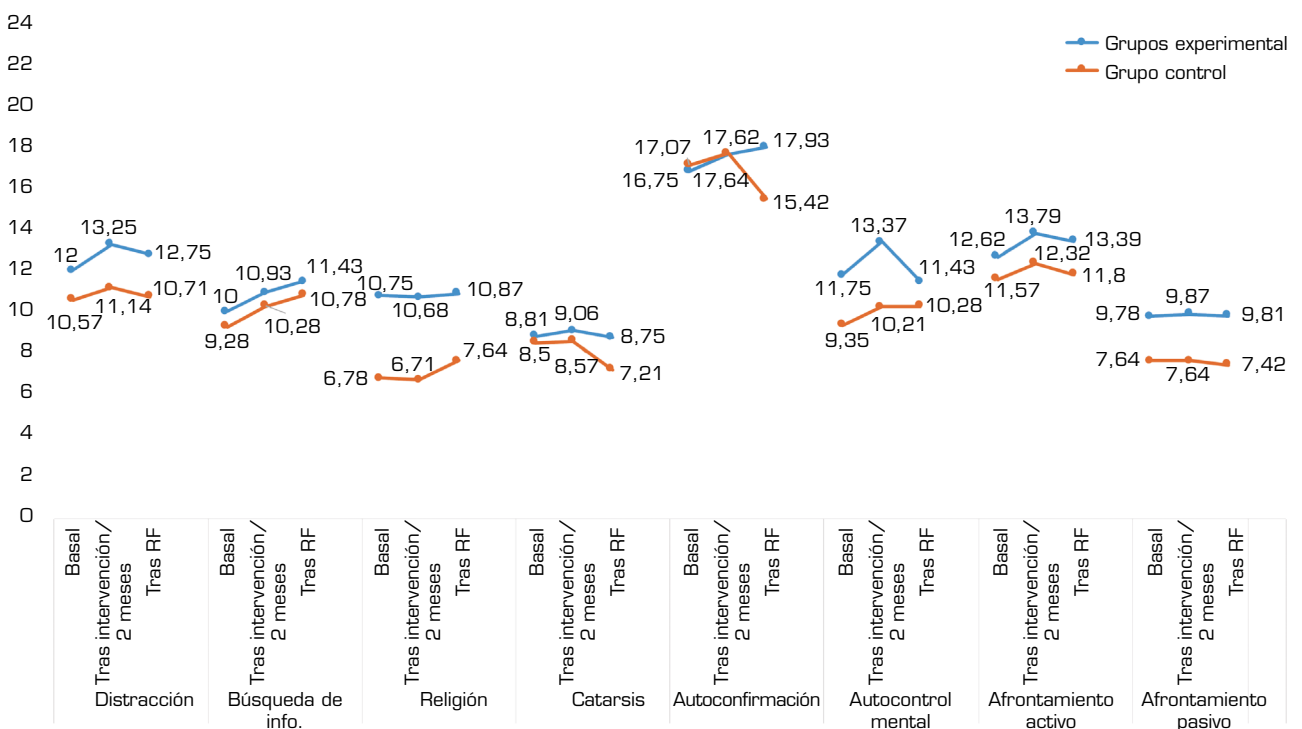


Fig. 4. Puntuaciones por dimensiones CAD-R.

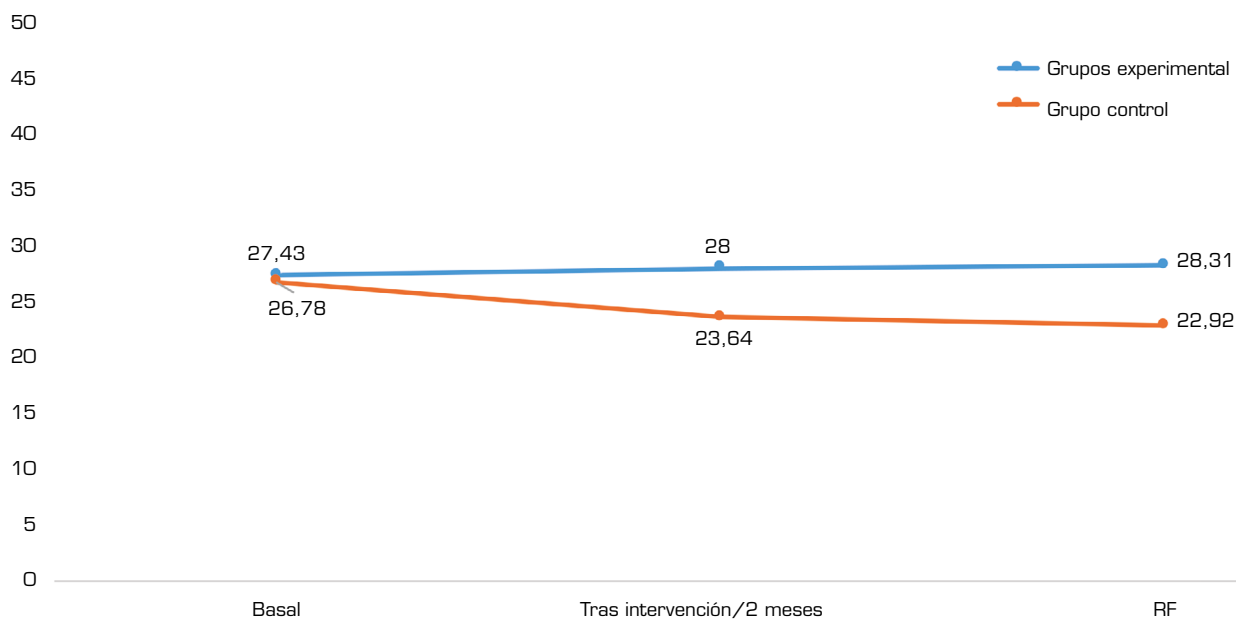


Fig. 5. Niveles de resiliencia, CD RISC 10.

la disminución de la intensidad del dolor en los distintos estudios mencionados. Otras áreas como la mejora en la calidad de vida o el nivel de discapacidad no parecen tener estos resultados tan firmes. Algunos autores incluso sugieren la necesidad de combinación de otras técnicas con la RF para mejorar su eficacia. Por ello desde esta investigación se ha propuesto una intervención psicológica grupal basada en las técnicas descritas como eficaces para el tratamiento psicológico en pacientes con dolor crónico. Así, el objetivo de esta propuesta de intervención fue incrementar el beneficio terapéutico de la RF realizando una intervención psicológica previa a la misma. Se esperaba que añadiendo una intervención psicológica al funcionamiento médico habitual podría beneficiar en mayor medida a los pacientes tal y como reflejan estudios mencionados anteriormente. La propuesta de intervención tiene unas características únicas que la diferencian del resto de intervenciones mencionadas. En primer lugar, la preparación a los pacientes para la RF, no se contempla en el resto de intervenciones. Es decir, desde esta propuesta se prepara la paciente para una intervención médica que por sí sola genera estrés e incertidumbre, pero es necesaria para aliviar su dolor. Además, se trabaja la parte psicológica implicada en el dolor crónico de forma amplia y mediante distintos tipos de ejercicios (activación conductual, relajación, estrategias de afrontamiento, intervención cognitiva, etc.). Se contempla el cuidado de las relaciones sociales y del entorno del paciente (relaciones familiares, amistades, tiempo libre, etc.), lo que hace que esta propuesta de intervención intente abarcar las tres dimensiones propuestas por la teoría biopsicosocial (27). La estructura de las sesiones y el tratamiento de las distintas áreas es algo que le confiere también un carácter único. Esta propuesta de intervención ha tenido una buena acogida por parte de

los pacientes que se refleja en la asistencia y valoración de la misma. La alta asistencia de los pacientes y sus valoraciones positivas confieren significación clínica a la propuesta de intervención. Un aspecto a destacar de las sesiones fue el ambiente creado entre los pacientes, muchos agradecieron tener un foro donde poder hablar libremente sabiendo que las personas allí presentes estaban pasando o habían pasado por situaciones similares. Las sesiones pudieron servir como desahogo emocional para los pacientes que posteriormente comentaron como uno de los aspectos más importantes para ellos.

Respecto a los resultados obtenidos de las evaluaciones, la intensidad del dolor, en ambos grupos sigue el mismo patrón de oscilación. En los dos aumenta a los dos meses de ser propuestos para radiofrecuencia y disminuye un mes tras la misma de forma estadísticamente significativa. Aunque algunos de los estudios mencionados anteriormente reflejan una disminución significativa del dolor tras la intervención psicológica, en este caso se observa el descenso significativo de la intensidad del dolor tras la radiofrecuencia. Un resultado que coincide con otras investigaciones.

En cuanto a la importancia del dolor, disminuye de forma significativa en el grupo que participó en la intervención tras la misma y tras la RF. Esto podría deberse a que estos pacientes tras la intervención psicológica dieron mayor importancia a otros aspectos de su vida que al dolor algo, que no ocurrió con el grupo control. Se podría concluir que los pacientes del grupo experimental tras la radiofrecuencia y la intervención psicológica abandonaron el rol de enfermo adquiriendo mayor autonomía en su vida, atendiendo así el resto de áreas de la misma mientras que, el grupo control siguió anclado a este rol dándole mayor importancia al dolor.

En cuanto al nivel de discapacidad, se refleja una disminución progresiva del mismo en los pacientes del grupo experimental de hasta el 50 % en algunos casos tras la RF. Sin embargo, en el grupo control no se da esta disminución ni siquiera tras la RF. En este grupo, en todos los casos estos pacientes refieren un nivel de discapacidad mayor tras la RF que en el momento basal, siendo hasta más del doble en la dimensión de "Relaciones". Además, el porcentaje de calidad de vida en todas sus dimensiones aumenta en los pacientes del grupo experimental, siendo en todos los casos mayor tras la RF que en la medición basal. No ocurre así en el grupo control, en el que se observa disminución significativa, hasta el triple en el caso de "rol físico" o mantenimiento relativo de algunas puntuaciones. Es más, excepto en salud general, vitalidad y salud mental, en el resto de las dimensiones del cuestionario la puntuación obtenida tras la RF es menor que la basal. Estos datos reflejan que aun estando comprobada la eficacia de la RF para la reducción de la intensidad del dolor, no parece mejorar ni el nivel de discapacidad ni la calidad de vida respecto a la medición basal, sino que en este caso, la empeora. Resultados que coinciden con los obtenidos por algunos estudios mencionados (8 y 9). Es más, el grupo experimental reflejó mayor nivel de afrontamiento activo tras la intervención psicológica y tras la RF, lo que le da un valor añadido a esta intervención. Además, las puntuaciones de este grupo en Resiliencia se mantuvieron estables durante el periodo de evaluación. En cambio, en el grupo control se pasó de una medida considerada como "Resiliente" en la evaluación basal, a una puntuación media de "vulnerable" tras la RF.

Nuestros datos reflejan el beneficio terapéutico obtenido por los pacientes que participaron en la intervención psicológica previa a la RF, aunque hay que tener en cuenta que la muestra analizada es muy pequeña. Se pone de manifiesto por una parte, que las intervenciones aisladas, ya sean médicas o psicológicas, no son suficientes por sí solas para el manejo total de la experiencia de dolor crónico. Y por otra, la necesidad de crear protocolos válidos y reales de intervención multidisciplinar para esta patología.

LIMITACIONES

Se trata de un estudio preliminar cuyos resultados pueden verse afectados por el tamaño muestral. Por lo tanto, los resultados obtenidos deberían ser replicados con muestras mayores, en diferentes hospitales y por distintos profesionales para verificar su consistencia.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de la Unidad del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y a los pacientes que se presentaron voluntarios para participar en el estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores tiene relaciones financieras o personales que puedan suponer un conflicto de intere-

ses. No se encuentran empresas o personas que hayan podido sesgar los resultados mencionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española del Dolor. Dolor crónico. La mayor enfermedad para la calidad de vida a nivel mundial. XVI Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Folleto informativo SED. Zaragoza; 2019.
2. González-Escalada JR, Camba A, Sánchez I. Censo de las Unidades de dolor en España. Análisis de la estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(3):149-61. DOI: 10.4321/S1134-80462014000300006.
3. Vallejo MA. Manual de terapia de conducta. España. Madrid: Dykinson. Psicología; 2016.
4. Ramírez I, Moreno A, Santana MM, Rodríguez F. Eficacia de la radiofrecuencia convencional de geniculados para el tratamiento del dolor en gonartrosis moderada-severa. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(4):22-18. DOI: 10.4321/S1134-80462014000400005.
5. Civelek E, Cansever T, Kabatas S, Kircelli A, Yilmaz C, Musluman M, et al. Comparison of effectiveness of facet joint injection and radiofrequency denervation in chronic low back pain. *Turk Neurosurg*. 2012;22(2):200-6. DOI: 10.5137/1019-5149.JTN.5207-11.1.
6. Nath S, Nath CA, Pettersson K. Percutaneous lumbar zygapophysial (Facet) joint neurotomy using radiofrequency current, in the management of chronic low back pain: a randomized double-blind trial. *Spine*. 2008;33(12):1291-8. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31817329f0.
7. Geurts JW, Van Wijk RM, Stolker RJ, Groen GJ. Efficacy of radiofrequency procedures for the treatment of spinal pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Reg Anesth Pain Med*. 2001;26(5):394-400. DOI: 10.1053/rapm.2001.23673.
8. Van Wijk RM, Geurts JW, Wynne HJ, Hammink E, Buskens E, Lousberg R, et al. Radiofrequency denervation of lumbar facet joints in the treatment of chronic low back pain: a randomized, double-blind, sham lesion-controlled trial. *Clin J Pain*. 2005;21(4):335-44. DOI: 10.1097/O1.aip.0000120792.69705.c9.
9. Lee CH, Chung CK, Kim CH. The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Spine J*. 2017;17(11):1770-80. DOI: 10.1016/j.spinee.2017.05.006.
10. Merayo Alonso L. Eficacia comparada de la terapia cognitivo-conductual y la gestión personal en pacientes con fibromialgia. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2008.
11. Van -Der Hofstadt CJ, Leal-Costa C, Alonso J, Rodríguez J. Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*. 2017;16(3):1-9. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy16-3.cven.
12. Pachón FC, García A, Peña FR, Peralta DSC. Programa de rehabilitación integral: En pacientes con dolor crónico de espalda: Un estudio de caso. *Rev Col Reh*. 2014;13:96-104.
13. Inoue M, Inoue S, Ikemoto T, Arai YC, Nakata M, Miyazaki A, et al. The efficacy of multidisciplinary group program for patients with refractory chronic pain. *Pain Res and Manag*. 2014;19(6):302-8. DOI: 10.1155/2014/728063.

14. Del Río E, Herrero R, Enrique A, Peñalver L, García-Palacios A, Botella C, et al. Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio Piloto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2014;20(3):231-8.
15. Boschen KA, Robinson E, Campbell KA, Muir S, Oey E, Janes K, et al. Results from 10 years of CBT Pain Self-Management Outpatient Program for Complex Chronic Conditions. *Pain research and Management*. 2016;2016:4678083. DOI: 10.1155/2016/4678083.
16. Cantero-Braojos MA, Cabrera-León A, López-González MA y Saúl LA. Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Aten Primaria*. 2018;51(3):162-71. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.07.006.
17. León VS. Eficacia de un programa de intervención psico-social en mujeres con fibromialgia. *Psicología y Salud*. 2018;28(2):207-22.
18. Glombiewsky JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*. 2010;151(2):280-95. DOI: 10.1016/j.pain.2010.06.011.
19. Moix J, Casado MI. Terapias Psicológicas para el tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*. 2011;22(1):41-50.
20. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnovo E, Wither E, Nichols V, et al. Group cognitive behavioral treatment for low back pain in primary care: a randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2010;375(9718):916-23. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)62164-4.
21. Frías-Navarro D. Técnica estadística y diseño de investigación. Valencia: Palmero Ediciones; 2011. p. 98.
22. Tryon WW, Orr DA, Blumenfeld M. Psychometric equivalency of an electronic visual-analog (EVA), a conventional visual-analog, and a likert rating scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1996;6(3):123-7.
23. OMS. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment Schedule WHODAS 2.0; 2015.
24. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS36 item short form the health survey (SF36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
25. Soriano JF, Monsalve V. CAD-R. Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico: análisis factorial confirmatorio. ¿Hay diferencias individuales en sexo, edad y tipo de dolor? *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(5):224-33. DOI: 10.20986/resed.2017.3558/2016.
26. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. DOI: 10.1002/da.10113.
27. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. DOI: 10.1126/science.847460.