

PAF y CAPF, se han desarrollado y utilizado en los estudios evaluados en la presente revisión y parecen ser válidas.

#### Bibliografía:

1. Webster LR, Slevin KA, Narayana A, Earl CQ, Yang R. Fentanyl buccal tablet compared with immediate-release oxycodone for the management of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with chronic cancer and noncancer pain: A randomized, double-blind, crossover study followed by a 12-week open-label phase to evaluate patient outcomes. *Pain Med.* 2013;4:1332-45.
2. Passik S, Earl CQ, Yang R. Aberrant drug-related behavior observed during a 12-week open-label study involving patients taking chronic opioid therapy for persistent pain and fentanyl buccal tablet or traditional short-acting opioid for breakthrough pain. Presentado en: PAINWeek 2011 National Conference; Las Vegas, NV; September 7-10, 2011. *Pain Med.* 2014;15(8):1365-72.

## PSICOLOGÍA

### P-193 ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ: ¿ES IMPORTANTE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO?

A. Castel, J. Recasens, R. Perriñán, A. Padrol, P. Alfaro, S. Boada

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona

**Palabras clave:** *entrenamiento autógeno de Schultz, psicología, terapia cognitivo-conductual, fibromialgia, terapia psicológica grupal.*

**Introducción:** El entrenamiento autógeno de Schultz (EAS) es una técnica que permite la regularización del sistema nervioso autónomo. Su práctica ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de patologías funcionales y concretamente, como adyuvante en dolor crónico (1). Sin embargo, desconocemos la existencia de estudios que valoren si las diferencias en los niveles de práctica de la técnica influyen en la mejoría clínica del paciente con fibromialgia, cuando su práctica se ha integrado en programas de tratamiento psicológico cognitivo-conductual en formato grupo.

**Objetivo:** Determinar si la frecuencia en la realización de los ejercicios del EAS está relacionada con la mejoría clínica en síntomas claves de la fibromialgia.

**Material y método:** *Sujetos:* 43 pacientes consecutivos diagnosticados de fibromialgia (criterio American College of Rheumatology), que completaron un programa de terapia psicológica cognitivo-conductual en formato grupo, entre cuyos componentes terapéuticos se encontraba la práctica del EAS (Tabla I).

TABLA I.  
DATOS DEMOGRÁFICOS

Variables	Valores
<i>Edad</i>	51 años ± 8
<i>Sexo</i>	
Hombres	9,3 %
Mujeres	90,7 %
<i>Estado civil</i>	
Soltero/a	14 %
Casado/a	65 %
Separado/a	14 %
Viudo/a	7 %
<i>Estudios</i>	
Primarios	69,8 %
Medios	18,6 %
Superiores	11,6 %
<i>Situación laboral</i>	
Trabajador/a	42,9 %
Empleado/a doméstico	21,4 %
Parado/a	21,4 %
Jubilado/a	14,3 %

*Instrumentos de medida:* las variables clínicas de estudio fueron evaluadas mediante inventarios. *Funcionalidad* con el Cuestionario Impacto Fibromialgia (FIQ), *Distrés Psicológico* con la Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HADS), *Catastrofismo* mediante la Escala Catastrofización ante el Dolor (PCS), *Fatiga* con la Escala Impacto de la Fatiga (D-FIS) e *Índice Problemas de Sueño* mediante el Módulo de Sueño (MOS). La frecuencia con la que los pacientes practicaron los ejercicios de EAS se determinó mediante una escala tipo Lickert de 5 valores, cuyos extremos eran 1: *diariamente o casi diariamente* y 5: *una vez al mes o incluso menos*.

*Procedimiento:* Al inicio del programa se aplicaron los instrumentos de medida. El programa de tratamiento incluyó: información, EAS, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, terapia del insomnio y planificación de actividades. Se realizaron en doce sesiones de 2 h de duración cada una y frecuencia semanal. Tras la finalización del mismo, se volvieron aplicar los instrumentos iniciales y la escala de práctica tipo Lickert de 5 valores. Se consideraron tres grupos en función del nivel de práctica: EAS1: *diariamente o casi diariamente*; EAS2: 3-4 veces a la semana y EAS3: 1-2 veces a la semana.

**Análisis estadístico:** Se determinó la existencia de diferencias previas al tratamiento entre cada uno de los grupos experimentales. Seguidamente se estimó la significación de las diferencias entre los valores pre-postratamiento

para cada una de las condiciones. En ambos casos, en el análisis se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Por último, para determinar las diferencias en el grado de mejoría entre las diferentes condiciones experimentales, se compararon las diferencias pre-postratamiento mediante la prueba de Mann-Whitney.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas ni en variables demográficas, ni en valores clínicos previos al tratamiento, siendo los tres grupos homogéneos. Al comparar los resultados pre-postratamiento, en el grupo EAS-1 se obtuvo mejoría significativa en todas las variables estudiadas. En el grupo EAS-2 se obtuvo mejoría significativa en funcionalidad y problemas de sueño. En el grupo EAS-3 no se obtuvieron diferencias de significación (Tabla II).

Al comparar las diferencias de las puntuaciones pre-postratamiento entre los tres grupos, fueron significativas entre EAS1-EAS2 en *Índice de Problemas de Sueño* ( $p < 0,05$ ) y entre EAS1-EAS3 en *distrés psicológico* ( $p < 0,01$ ) y *catastrofismo* ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** 1) Se ha demostrado que la frecuencia en la práctica del EAS es un factor a considerar en la mejoría de síntomas claves del paciente con fibromialgia. 2) Los datos indicarían que una práctica inferior a 2 veces/semanales no posibilita una mejoría significativa.

**Discusión:** Estos resultados aportan evidencias sobre la importancia de la adherencia a un tratamiento psicológico en la mejoría clínica del paciente con fibromialgia. Aunque los datos son esclarecedores al comparar los resultados intragrupo, se precisa aumentar el tamaño de la muestra para confirmar las posibles diferencias intergrupos y los datos en general. Esto permitiría refutar o confirmar estos resultados preliminares.

**Agradecimientos:** Agradecemos a todos los participantes su colaboración, sin la que no hubiese sido posible realizar este trabajo.

**TABLA II.**  
VALORES PRE-POSTRATAMIENTO  
PARA CADA UNO DE LOS GRUPOS

Variables	EAS 1 (n = 26)			EAS 2 (n = 13)
	pre	post	p	pre
Funcionalidad	76,7	60,3	0,001	71,7
Distrés psicológico	25,0	19,0	0,001	24,3
Catastrofismo	29,5	22,8	0,002	27,8
Fatiga	25,7	20,7	0,003	26,4
Índice Problemas Sueño*	25,3	35,2	0,001	26,9

\* El resultado del índice de problemas de sueño se interpreta de forma inversa. A mayor valor, menor número de problemas de sueño.

#### Bibliografía:

1. Abuín MR. *Clínica y Salud*. 2016;33:133-45.

#### P-195 CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON UN SISTEMA DE NEUROESTIMULACIÓN PARA EL DOLOR

A. Mateos González<sup>1</sup>, D. Abejón González<sup>2</sup>, J. F. Paz Solís<sup>3</sup>, E. García Perea<sup>4</sup>, A. Pedraz Marcos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicología PositivaMente Psicólogos, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Quirónsalud Madrid. Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo, Hospital Quirón San José. Unidad de Tratamiento del Dolor, Madrid; <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>4</sup>Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

**Palabras clave:** neuroestimulación, psicología, afectiva, cognitiva, percepción.

**Introducción:** La definición del dolor incluye tres dimensiones (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva, cognitiva-evaluativa) que determinan la percepción del dolor. Son muchos los estudios que demuestran la eficacia de la neuroestimulación (EEM) en determinada tipología de pacientes con dolor, fundamentalmente neuropático. La disminución de la intensidad varía de unos estudios a otros, de media entre el 33 y 90 % (1).

Otros tantos estudios han demostrado la importancia de la influencia de factores moduladores, como factores psicológicos, en la eficacia de la terapia (2).

Identificar cómo cambian las dimensiones del dolor tras el implante ayudará a conocer qué aspectos del dolor necesitan un trabajo adicional a la EEM, o qué aspectos hay que añadir en la evaluación previa al implante, de cara a reforzar la disminución del dolor de los pacientes con el implante de EEM.

**Objetivos:** Evaluar los cambios en las dimensiones del dolor tras el implante de un sistema de neuroestimulación, al mes, a los 3, 6 y 12 meses del implante.

**Material y método:** Estudio cuasiexperimental, longitudinal, pretest/postest sin grupo control, de ámbito clínico multicéntrico, en un hospital de gestión pública y otro de gestión privada, de 12 meses de observación, con una muestra de 70 pacientes portadores de un sistema de EEM para el dolor, seleccionados de forma consecutiva entre los años 2013 y 2016. La valoración global del dolor y sus tres dimensiones se realiza mediante el cuestionario de dolor de McGill (MPQ).

**Resultados:** Se halló una mejoría significativa, con un intervalo de confianza del 95 %, ( $p < 0,001$ ) en la valoración del dolor medido con el MPQ. El 51,43 % de los pacientes