



Programa de intervención psicológica para potenciar el afrontamiento activo en pacientes con dolor crónico de la espalda

Psychological intervention program to promoted active coping in patients with chronic back pain

A. J. Pomares Avalos¹, D. F. Zaldívar Pérez² y R. López Fernández³

¹Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba. ²Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba. ³Universidad Metropolitana de Ecuador. Universidad Carlos Rafael Rodríguez. Cienfuegos, Cuba

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de intervención psicológica para potenciar al afrontamiento activo en pacientes con dolor crónico de la espalda.

Material y método: Es una investigación de desarrollo tecnológico que parte de la metodología establecida para el diseño y evaluación de programas. Se llevó a cabo un diseño cuasi-experimental de comparación de grupos, pre-test y posttest con grupo de estudio y testigo. El estudio se realizó en el Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia de Cienfuegos, Cuba, de julio a noviembre de 2020. Se utilizó un muestreo intencional, no probabilístico casual o a conveniencia de participantes voluntarios, quedando conformada la muestra por 60 pacientes. Las variables estudiadas fueron las estrategias de afrontamiento, el autocuidado, las alteraciones emocionales y la discapacidad funcional. El análisis estadístico de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS. Se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas y la prueba de Mann-Whitney para realizar comparación de muestras independientes intergrupos (diferencias entre Grupo Estudio y Grupo Testigo después de la intervención). Se establece un error α de tipo 1 = 0,05. Para ello se trabajó con hipótesis nula.

Resultados: Los resultados permiten afirmar que los indicadores más favorecidos por el programa de intervención fueron las estrategias de afrontamiento, el autocuidado y la discapacidad funcional, mientras que

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of a psychological intervention program to promote active coping in patients with chronic back pain.

Material and method: It is a research of technological development that starts from the methodology established for the design and evaluation of programs. A quasi-experimental design of comparison of groups, pre-test and post-test with study and control group was carried out. The study was conducted at the Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" from the province of Cienfuegos, Cuba, from July to November 2020. Intentional, non-probabilistic casual sampling or at the convenience of volunteer participants was used, the sample being made up of 60 patients. The variables studied were coping strategies, self-care, emotional disturbances and functional disability. The statistical analysis of the information was carried out in the statistical package SPSS. The Wilcoxon signed rank test was used for related samples and the Mann-Whitney test to compare independent samples between groups (differences between the Study Group and the Control Group after the intervention). An error α of type 1 = 0.05 is established. For this, the null hypothesis was used.

Results: The results allow us to affirm that the indicators most favored by the intervention program were coping strategies, self-care and functional disability, while emotional disturbances decreased less frequently.

las alteraciones emocionales disminuyeron en menor frecuencia.

Conclusiones: El programa de intervención psicológica implementado demostró ser efectivo para potenciar el afrontamiento activo en los pacientes con dolor crónico de la espalda, en tanto logró promover el uso de estrategias activas, estimular el autocuidado de la salud, disminuir las alteraciones emocionales y favorecer la capacidad funcional del paciente en las distintas esferas de la vida cotidiana.

Palabras clave: Intervención psicológica, dolor de espalda, dolor crónico, afrontamiento, lumbalgia.

Conclusions: The implemented psychological intervention program proved to be effective in promoting active coping in patients with chronic back pain, as it was able to promote the use of active strategies, stimulate self-care of health, reduce emotional disturbances and favor recovery functional capacity of the patient in the different spheres of daily life.

Key words: Psychological intervention, coping, back pain, chronic pain, low back pain.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico de la espalda está considerado como un grave problema de salud, no solo por su alta prevalencia en la población, la cual se estima entre el 5 % y el 40 % [1], sino también por las múltiples alteraciones funcionales que genera [2,3].

Algunos resultados investigativos demuestran que las personas que padecen este tipo de dolor sufren reiterados fracasos terapéuticos, que conducen a la depresión, frustración, ira y ansiedad [4,5], por lo que es posible señalar que el dolor crónico de la espalda supone una fuente considerable de estrés que afecta el bienestar físico y psicológico del individuo y que disminuye la capacidad de elegir de manera óptima cómo salir adelante. [6].

Por tanto, el proceso de afrontamiento cobra vital importancia, ya que a través de este, la persona intenta manejar las discrepancia entre las demandas que impone el dolor y los recursos de los que dispone; valora y pone en marcha una serie de acciones cognitivas, afectivas y conductuales, con el fin de reducir o evitar el incremento del estrés [7].

Sin embargo, no todas las estrategias que pone en marcha el individuo son exitosas. En este sentido, la literatura científica reconoce el papel del afrontamiento activo en la adaptación al dolor [8]. Esta forma de afrontar se distingue por la implicación activa del sujeto, su capacidad de regular y autorregular el comportamiento en función de transformar su realidad.

En Cienfuegos se han llevado a cabo diversos estudios en pacientes con dolor crónico de la espalda [5,9], sin embargo, la mayor parte de estas investigaciones se limitan a describir el fenómeno y no a intervenir sobre este, por lo que se impone la necesidad de implementar un programa que muestre su efectividad y que permita al individuo redimensionarse como un ente activo en el cuidado de su salud, la prevención del dolor o el alivio de los síntomas asociados al mismo.

Partiendo de estos supuestos surge la siguiente investigación que persigue como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención psicológica para potenciar al afrontamiento activo en pacientes

con dolor crónico de la espalda que son atendidos en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", de la provincia de Cienfuegos.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio y contexto

Es una investigación de desarrollo tecnológico que parte de la metodología establecida para el diseño y evaluación de programas propuesto por Fernández-Ballesteros [10]. Se llevó a cabo un diseño cuasi-experimental de comparación de grupos, pretest y posttest con grupo de estudio y testigo. El estudio se realizó en el Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia de Cienfuegos, Cuba, de julio a noviembre de 2020.

Muestra: se utilizó un muestreo intencional, no probabilístico casual o a conveniencia de participantes voluntarios, a partir de los siguientes criterios de inclusión: pacientes atendidos previamente por especialistas de Ortopedia y/o Medicina Física y Rehabilitación, con diagnóstico de dolor crónico de la espalda, con 6 meses como mínimo de evolución del dolor; en edades comprendidas entre 30 y 65 años, que se brindaron su consentimiento informado.

La muestra quedó conformada por un total de 60 pacientes, distribuidos de forma intencional en dos grupos. El primer grupo, Grupo de Estudio (GE), conformado por 30 pacientes divididos en 3 subgrupos de 10 pacientes, fueron expuestos al Programa de intervención. El segundo grupo integrado por los 30 pacientes restantes conformó el Grupo Testigo (GT). Este grupo no recibió el tratamiento psicoterapéutico entre el periodo pre y postevaluación, aunque sí se le aplicó un tratamiento convencional.

Variables de estudio

Estrategias de afrontamiento (pueden ser: activas, parcialmente activas y pasivas), autocuidado (pueden ser: adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado),

alteraciones emocionales (pueden ser: alta, media y baja) y la discapacidad funcional (pueden ser: grave, moderada y leve).

Instrumentos en la recogida de la información

Se realizó una entrevista semiestructurada con el objetivo de evaluar el autocuidado (conocimientos sobre el dolor crónico y su cuidado, acciones de autocuidado y distribución del tiempo) y profundizar en las estrategias de afrontamientos, las alteraciones emocionales y la discapacidad funcional.

- *Cuestionario reducido de afrontamiento del dolor*: se empleó con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico.
- *Inventario de ansiedad rasgo y estado (IDARE)*: fue empleada con el objetivo de evaluar dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad estado.
- *Inventario de depresión como rasgo y estado (IDERE)*: se emplea en la presente investigación con el objetivo de evaluar la depresión como rasgo.
- *Autoescala de depresión de Zung y Conde*: se utiliza en este estudio con el objetivo de evaluar la depresión como estado.
- *Inventario de Expresión Ira Estado-Rasgo (Staxi-2)*: se emplea en esta investigación con el objetivo de determinar la presencia de manifestaciones de ira/hostilidad.
- *Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry*: se aplicó con el objetivo de evaluar la discapacidad funcional producida por el dolor crónico de la espalda.

Diseño metodológico del programa

Se concibe un programa que parte de un modelo integrador, donde se implementan un conjunto de técnicas informativas, reflexivo-vivenciales, cognitivas y de desactivación psicofisiológica, que persigue como objetivo potenciar mediante el aprendizaje de técnicas y recursos psicológicos el afrontamiento activo en pacientes con dolor crónico de la espalda. Se asume una intervención psicológica basada en la psicoeducación y la modalidad grupal.

El programa se sustenta en la idea de potenciar el afrontamiento activo al dolor crónico de la espalda, en tanto que se promueva el uso de estrategias de afrontamiento activas, se estimule un mayor autocuidado de la salud, se reduzcan las alteraciones emocionales y se favorezca la capacidad funcional del paciente en las distintas esferas de la vida cotidiana.

Contenidos de las sesiones

- *Primera sesión*: propiciar el conocimiento entre los miembros del grupo y los especialistas encargados de implementar el programa, así como establecer el contrato terapéutico e identificar las expectativas de los pacientes con respecto al programa.

- *Segunda sesión*: proporcionar información necesaria sobre el dolor crónico de la espalda e iniciar el proceso de concientización de asumir un rol activo en el control del dolor.
- *Tercera sesión*: estimular el autocuidado como un recurso para el control del dolor y demostrar algunas acciones de autocuidado necesarias.
- *Cuarta sesión*: resaltar los beneficios de la adecuada organización del tiempo como forma de reforzar el autocuidado e identificar las principales dificultades para la adecuada organización del tiempo.
- *Quinta sesión*: reflexionar acerca de la influencia de los pensamientos y emociones en la percepción del dolor crónico de la espalda, así como identificar los pensamientos y emociones negativas.
- *Sexta sesión*: entrenar a los pacientes en la Estrategia de Relajación Combinada (FRI) como un recurso para la desactivación psicofisiológica y como forma de potenciar el autocontrol emocional.
- *Séptima sesión*: resaltar el papel de las estrategias de afrontamiento activas en la experiencia de dolor e identificar las estrategias de afrontamiento más empleadas.
- *Octava sesión*: reflexionar sobre los resultados alcanzados por el paciente en el control y manejo del dolor crónico de la espalda y retroalimentar la evaluación que hace el grupo del programa psicoterapéutico.

Procedimiento

El programa se desarrolló en tres etapas. La primera etapa tuvo como objetivo el diagnóstico del afrontamiento en los pacientes. Esto se llevó a cabo en dos sesiones de trabajo y se utilizaron los instrumentos diagnósticos señalados anteriormente. La segunda etapa fue la implementación del programa, el cual se aplicó de manera grupal (10 pacientes cada grupo), en 4 semanas distribuidas en 8 sesiones, con dos frecuencias semanales de 90 minutos de duración cada una. La tercera etapa comprendió la evaluación de resultados, la misma se llevó a cabo al finalizar la intervención para evaluar el impacto psicológico del programa, para lo cual se utilizó una batería de pruebas similar a la empleada en la fase inicial.

Procedimiento estadístico

El análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas con el fin de determinar si existieron diferencias significativas intragrupo en el Grupo de Estudio en relación con las variables de estudio antes-después de aplicado el programa de intervención. Igualmente, se empleó la prueba de Mann-Whitney para realizar comparación de muestras independientes intergrupos (diferencias entre Grupo Estudio y Grupo Testigo después de la intervención).

Aspectos éticos

Se tomaron en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki, que se establecen en Cuba. Se utilizó el consentimiento informado de los pacientes y de la institución para la realización de la investigación y para la consiguiente aplicación de los instrumentos seleccionados para estos fines.

RESULTADOS

El Grupo Estudio lo componen 30 pacientes. Prevalen el grupo de edad de 41-60 años (60 %), del sexo femenino (80 %), con un alto nivel escolar, representados por los técnicos medios y universitario, ambos con 33,3 %, que realizan esfuerzo físico frecuente 56,7 %. Predomina el diagnóstico etiológico de causa inespecífica (50 %), prevalecen los pacientes con más de 5 años de evolución del dolor (46,7 %) y que han utilizado el tratamiento exclusivamente médico para el alivio del dolor (90 %).

La Tabla I muestra los valores de la prueba de Mann-Whitney y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en cuanto a las estrategias de afrontamiento en el Grupo Estudio y Testigo, antes y después de aplicar el programa. Se puede observar que después de aplicada la intervención psicológica en el Grupo Estudio, los datos muestran diferencias estadísticamente significativas en las estrategias: Distracción ($p = 0,041$), Búsqueda de Información ($p = 0,073$), Catarsis ($p = 0,023$) y Autoafirmación ($p = 0,020$), así como diferencias en cuanto a las estrategias activas (aumento de la actividad física) y pasivas (reposo) reportadas en la entrevista ($p = 0,002$). Estos resultados posibilitaron que el indicador Estrategias de Afrontamiento mostrara modificaciones con un valor de significación estadística ($p = 0,001$). Se obtienen, además, diferencias estadísticamente

significativas con respecto al Grupo Testigo en todas dimensiones del afrontamiento excepto la Religión ($U = 409$; $p = 0,541$), incluyendo el indicador Estrategias de Afrontamiento ($U = 245$; $p = 0,001$).

La Tabla II muestra los valores de la prueba de Mann-Whitney y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en cuanto al autocuidado en el Grupo Estudio y Testigo, antes y después de aplicar el programa. Una vez aplicada la intervención en el Grupo Estudio, se obtienen transformaciones estadísticamente significativas en el indicador Autocuidado ($p = 0,001$). Asimismo, al comparar los resultados después de aplicada la intervención entre el Grupo Estudio y el Grupo Testigo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el indicador Autocuidado ($U = 168$; $p = 0,001$).

La Tabla III muestra los valores de la prueba de Mann-Whitney y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en cuanto a las alteraciones emocionales en el Grupo Estudio y Testigo, antes y después de aplicar el programa. Se puede observar que después de aplicada la intervención psicológica en el Grupo Estudio, los datos muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la Ansiedad estado ($p = 0,004$), Ansiedad rasgo ($p = 0,001$), Depresión estado ($p = 0,002$), Depresión rasgo ($p = 0,002$), Ira estado ($p = 0,005$), Ira rasgo ($0,001$), así como Índice de expresión de la Ira ($p = 0,002$), resultados que posibilitaron que el indicador Alteraciones emocionales mostrara modificaciones con un valor de significación estadística ($p = 0,001$). Se obtiene, además, diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de estudio con respecto al Grupo Testigo, incluyendo el indicador Alteraciones emocionales con un valor estadístico de ($U = 182$; $p = 0,001$).

La Tabla IV muestra los valores de la prueba de Mann-Whitney y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en cuanto a las esferas de la vida cotidiana afectadas por la discapacidad en el Grupo Estudio y Testigo, antes y después de aplicar el programa.

TABLA I
VALORES DE LA PRUEBA DE MANN WHITNEY Y LA PRUEBA DE LOS RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON EN CUANTO A LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL GRUPO ESTUDIO Y TESTIGO, ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA

Estrategias de afrontamientos	G. Estudio	G. Testigo	Estudio vs. Testigo. (Mann-Whitney U) Statistic (p)	
	Antes/Después. Wilcoxon W Statistic (p)	Antes/Después. Wilcoxon W Statistic (p)	Antes	Después
Distracción	31,50 (0,041*)	10,50 (1,000)	450 (1,000)	331 (0,070*)
Búsqueda de información	24 (0,073*)	5 (1,000)	449 (0,988)	277 (0,009*)
Religión	45 (0,618)	25 (0,790)	447 (0,963)	409 (0,541)
Catarsis	5 (0,023*)	72 (0,458)	425 (0,701)	315 (0,042*)
Autocontrol mental	0,00 (0,149)	2 (0,773)	378 (0,270)	261 (0,003*)
Autoafirmación	133 (0,020*)	18 (1,000)	447 (0,969)	257 (0,002*)
Estrategias de afrontamiento	47,50 (0,001*)	94,5 (0,695)	405 (0,519)	245 (0,001*)

* Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: Entrevista semiestructurada y (CAD-R).

TABLA II
VALORES DE LA PRUEBA DE MANN-WHITNEY Y LA PRUEBA DE LOS RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON EN CUANTO AL AUTOCUIDADO EN EL GRUPO ESTUDIO Y TESTIGO, ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA

Autocuidado	G. Estudio Antes/Después. Wilcoxon W Statistic (p)	G. Testigo Antes/Después. Wilcoxon W Statistic (p)	Estudio vs. Testigo (Mann-Whitney U) Statistic (p)	
			Antes	Después
Dieta	200 (<0,001*)	0,00 (NaN)	420 (0,601)	210 (<0,001*)
Ejercicios físicos que debe realizar	312 (<0,001*)	1 (1,000)	405 (0,357)	165 (<0,001*)
Riesgo de realizar esfuerzos físicos	210 (<0,001*)	0,00 (NaN)	420 (0,601)	195 (<0,001*)
Sobre cómo realizar los ejercicios físicos	288 (<0,001*)	0,00 (NaN)	360 (0,071*)	210 (<0,001*)
Normas de higiene postural	210 (<0,001*)	1 (1,000)	405 (0,399)	210 (<0,001*)
Influencia del estrés y emociones negativas	242 (<0,001*)	1 (1,000)	450 (1,000)	165 (<0,001*)
Cómo relajarse	135 (<0,001*)	1 (1,000)	405 (0,399)	240 (<0,001*)
Normas para la higiene del sueño	128 (<0,001*)	0,00 (NaN)	435 (0,784)	240 (<0,001*)
Priorizar las actividades cotidianas	189 (<0,001*)	0,00 (NaN)	345 (0,062*)	315 (0,018*)
Actividades más favorables para la salud	220 (<0,001*)	1 (1,000)	375 (0,183)	255 (<0,001*)
Realiza ejercicios físicos de manera regular	117 (0,031*)	0,00 (1,000)	450 (1,000)	300 (0,005*)
Evita realizar grandes esfuerzos físicos	82,5 (0,036*)	2 (0,773)	390 (0,281)	375 (0,201)
Evita emociones fuertes y estrés	96 (0,022*)	0,00 (1,000)	375 (0,183)	375 (0,203)
Evita movimientos bruscos y posturas prolongadas	126 (0,008*)	0,00 (NaN)	435 (0,775)	315 (0,021*)
Realizan cambios posturales con frecuencia	142 (0,005*)	1 (1,000)	435 (0,764)	300 (0,010*)
Controla el peso sistemáticamente	119 (0,003*)	1 (1,000)	420 (0,569)	315 (0,022*)
Expresa sentimientos y preocupaciones	176 (0,017*)	0,00 (NaN)	390 (0,268)	360 (0,127)
Se mantiene activo la mayor parte del día	136 (<,001*)	0,00 (NaN)	360 (0,025*)	300 (0,009*)
Realiza actividades recreativas con frecuencia	108 (0,095*)	3 (0,233)	435 (0,790)	315 (0,018*)
Jerarquizan las tareas del día	161 (0,207)	2,50 (0,424)	420 (0,593)	360 (0,119)
Organizan el trabajo que permitan pausar de 5-10 minutos por cada dos horas de trabajo	160 (0,003*)	2 (0,773)	420 (0,552)	270 (0,002*)
Programan el tiempo de trabajo	104 (0,005*)	1,50 (1,000)	420 (0,459)	315 (0,014*)
Programan el tiempo libre	144 (<0,001*)	5 (1,000)	405 (0,357)	270 (0,002*)
Dedican parte del tiempo al cuidado de su salud	58,5 (0,091*)	12 (0,777)	435 (0,795)	345 (0,073*)
Indicador Autocuidado	6 (<0,001*)	75 (0,117)	435 (0,802)	168 (<,001*)

* Diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Entrevista semiestructurada.

Se pueden observar en el Grupo Estudio transformaciones importantes que posibilitaron que el indicador Discapacidad funcional mostrara un valor de significación estadística ($p = 0,036$). Asimismo, al comparar los resultados después de aplicada la intervención entre el Grupo de Estudio y el Grupo Testigo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el indicador Discapacidad ($U = 263$; $p = 0,003$).

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan que el programa de intervención psicológica propició información necesaria para el manejo y control del dolor crónico de la espalda, modificando de esta manera el déficit de conocimiento en los pacientes de estudio. Estos resultados coinciden con otro autor que considera que los pacientes que-

TABLA III
VALORES DE LA PRUEBA DE MANN WHITNEY Y LA PRUEBA DE LOS RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON EN CUANTO A LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL GRUPO ESTUDIO Y TESTIGO, ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA

Alteraciones emocionales	G. Estudio Antes/Después. Wilconson W Statistic (p)	G. Testigo Antes/Después. Wilconson W Statistic (p)	Estudio vs. Testigo. (Mann-Whitney U) Statistic (p)	
			Antes	Después
Ansiedad estado	180 (0,004*)	65,5 (0,215)	430 (0,749)	224 (0,001*)
Ansiedad rasgo	189 (0,001*)	63 (0,488)	436 (0,813)	270 (0,004*)
Depresión estado	235 (0,002*)	115,5 (0,725)	443 (0,912)	236 (0,001*)
Depresión rasgo	236 (0,002*)	97 (0,498)	427 (0,721)	221 (0,001*)
Ira estado	105 (0,005*)	85 (1,000)	436 (0,811)	284 (0,001*)
Ira rasgo	288 (0,001*)	174 (0,716)	415 (0,593)	140 (0,001*)
Índice Expresión Ira	169 (0,002*)	95 (1,000)	384 (0,306)	314 (0,025*)
Indicador Alteraciones emocionales	14 (0,001*)	47,5 (0,914)	419 (0,554)	182 (0,001*)

* Diferencia estadísticamente significativa.

Fuentes: Entrevista semiestructurada, Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), Inventario de Depresión como Rasgo y Estado (IDERE), Autoescala de Depresión de Zung y Conde, Inventario de Expresión Ira Estado-Rasgo (Staxi-2).

TABLA IV
VALORES DE LA PRUEBA DE MANN WHITNEY Y LA PRUEBA DE LOS RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON EN CUANTO A LAS ESFERAS DE LA VIDA COTIDIANA AFECTADAS POR LA DISCAPACIDAD EN EL GRUPO ESTUDIO Y TESTIGO, ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA

Variables	G. Estudio Antes/Después. Wilconson W Statistic (p)	G. Testigo Antes/Después. Wilconson W Statistic (p)	Estudio vs. Testigo. (Mann-Whitney U) Statistic (p)	
			Antes	Después
Intensidad del dolor	84 (0,003*)	1,50 (1,000)	450 (1,000)	285 (0,001*)
Cuidados personales	90 (0,008*)	6 (0,766)	450 (1,000)	285 (0,002*)
Levantar peso	21 (0,020*)	1,50 (1,000)	435 (0,334)	375 (0,048*)
Andar	168 (0,008*)	42 (0,812)	420 (0,583)	285 (0,005*)
Estar sentado	90 (0,008*)	1,50 (1,000)	435 (0,570)	285 (0,001*)
Estar pie	66 (0,001*)	0,00 (NaN)	435 (0,334)	270 (0,001*)
Dormir	100 (0,836)	32,5 (0,594)	405 (0,447)	360 (0,127)
Actividad sexual	135 (0,002*)	30 (0,802)	405 (0,287)	285 (0,003*)
Vida social	135 (0,002*)	1,50 (1,000)	420 (0,313)	225 (0,001*)
Viajar	135 (0,002*)	1,50 (1,000)	435 (0,654)	240 (0,001*)
Indicador Discapacidad funcional	71 (0,036*)	88,5 (0,553)	450 (1,000)	263 (0,003*)

*Diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry.

ren conocer sobre el dolor y su cuidado, pero muchas veces este conocimiento no se les ofrece, en ocasiones motivado por la falta de preparación del personal médico y en otras por dejadez y mala praxis [11].

Los conocimientos aportados permiten al paciente asumir un rol activo y mayor autorresponsabilidad ante su padecimiento. De esta forma se estimuló el autocuidado como expresión del afrontamiento activo, lo

que implicó el desarrollo de habilidades para prevenir o aliviar los síntomas del dolor crónico de la espalda.

Como resultado de la experiencia grupal se logró incorporar nuevas acciones de autocuidado que antes apenas se realizaban, lo que indica que en la medida que los pacientes aumentaban el nivel de conocimiento, se modificaban los comportamientos no saludables. El trabajo con las principales dificultades en la organización del tiempo y las estrategias para modificar esta problemática, permitieron que el paciente implementara actividades placenteras a su rutina diaria, tales como el ejercicio físico y las actividades de ocio, favoreciéndose la integración social, el desarrollo como individuo, la diversificación de los intereses, el crecimiento personal, espiritual y el esparcimiento saludable.

Lo anterior es importante, ya que el desarrollo de las actividades lúdicas permite al paciente reducir los pensamientos que perjudican su salud mental y vuelve a integrarse progresivamente a sus círculos sociales o laborales; además ayuda a sobrellevar el dolor. En otras palabras, no se erradica la sensación de dolor crónico; sin embargo, sí aumenta el rendimiento del individuo al realizar sus actividades cotidianas [12].

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se aprecian relevantes transformaciones, ya que gracias al programa se estimulan estrategias como la búsqueda de información, la distracción y la actividad física. Si bien es cierto que la modificación cognitiva no es suficiente por sí sola para modificar la actitud del paciente hacia el manejo del dolor y el cuidado de su salud, sí representa el primer paso en el proceso de transformación de su realidad. Además, este recurso de afrontamiento se asocia a la búsqueda de apoyo profesional, lo que facilita mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo, favoreciendo el control percibido de la situación [13].

Con respecto a la distracción, algunos autores la ubican dentro de las más adaptativas, ya que muestra un efecto inhibitorio y ayuda a la modulación del dolor, permitiendo que la vida de la persona no gire alrededor del mismo, y aunque este no desaparezca puede verse más manejable y menos amenazante [14,8].

Dentro de los mayores beneficios de la experiencia grupal se encuentra el aumento de la actividad física, la cual está relacionada directamente con una reducción de la intensidad del dolor y una mejoría de la capacidad funcional a corto y largo plazo [15]. Es innegable que la salud física y la energía están directamente asociadas a la salud emocional y mental. Una persona cansada, enferma o débil tiene menos energía para aportar al proceso de afrontamiento que otra persona saludable y robusta. En el caso del dolor crónico de la espalda, en la medida que el paciente comienza a realizar un mayor número de actividades diarias mejoran los patrones adaptativos del individuo [16].

Los elementos anteriores evidencian la extrapolación de los conocimientos aprendidos durante las sesiones terapéuticas en las diferentes esferas de la vida cotidiana. El hecho de que los pacientes de estudio utilicen con mayor frecuencia la actividad física, les permite decidir y hacerse responsable de sus propias actividades a realizar, aspecto que favorece la capacidad funcional. Estos resultados coinciden con investigaciones recientes que pone de manifiesto la utilidad de las Técnicas Cognitivo Conductuales en el

aumento de la actividad física en pacientes con dolor crónico [17,18].

La técnica de desactivación psicofisiológica y de reestructuración cognitiva en conjunto favorecieron el estado emocional del paciente, a la vez que aumentaba el nivel de conocimiento. Se constataron en cada sesión los avances respecto al conocimiento de sí mismo y de nuevas representaciones sobre su vida emocional. Se propició una reorganización interna de las mismas a partir del proceso de aprendizaje, que se evidencia en la extrapolación de los conocimientos aprendidos a las diferentes esferas de la vida cotidiana. Este proceso de comunicación e interacción de aspectos cognoscitivos y emocionales posibilitó la conformación de vivencias, que se encuentran en la base del sentido que la información adquiere para el sujeto.

La reestructuración cognitiva permitió la modificación de creencias erróneas sobre el dolor y la fragilidad de la columna y permitió la reorientación de metas poco realistas, como la búsqueda constante y obsesiva de la extinción total y para siempre del dolor. Además, se indujeron pensamientos que permitieron reconocer la importancia de la expresión emocional de sentimientos desagradables, ya que su inhibición reduce el impacto emocional negativo a coste biológico elevado porque se asocia con rigidez y contención del sistema miofascial, así como aumento de la activación simpática del sistema cardiovascular, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca [19].

Por otra parte, mediante la Estrategia de Relajación Combinada se logró la desactivación psicofisiológica, la cual influye en el control del dolor y el alivio de los síntomas acompañantes. La literatura científica describe que esta técnica permite la liberación de tensión muscular, disminuyendo los impulsos interoceptivos y propioceptivos que fortalecen las respuestas emocionales intensas, debido a que, cuando los músculos se encuentran relajados, el cerebro se libera de la excitación excesiva que bloquea las funciones de razonamiento y de toma de decisiones, y que eleva los estados emocionales intensos, tales como la ira y la ansiedad [20].

Al comparar los niveles de discapacidad funcional antes-después de desarrollada la intervención, se puede observar importantes transformaciones en el Grupo de Estudio, ya que al inicio del programa prevalecieron los pacientes con discapacidad funcional moderada y, una vez concluida la intervención psicológica, el mayor número de pacientes presentaron discapacidad funcional leve.

De igual forma, al analizar las actividades de la vida cotidiana se obtienen importantes mejorías en la intensidad del dolor, estar de pie y sentado y los cuidados personales. Es necesario destacar que la intensidad del dolor es de las características clínicas que genera mayor discapacidad y contribuye a la cronicidad del dolor; a la vez que se relaciona con la presencia de emociones negativas [21].

Otro de los aspectos a destacar son los resultados obtenidos en los cuidados personales, actividad que suele estar asociada a un adecuado nivel de funcionamiento, independencia y autonomía y que genera en el individuo bienestar, felicidad y satisfacción por la vida. Lo anterior pone de manifiesto la efectividad de las técnicas y procedimientos utilizados para favorecer la capacidad funcional del paciente en las diferentes esferas de la vida cotidiana; además estos resultados

están en plena correspondencia con otras investigaciones donde se han obtenido resultados similares (22).

A partir de todo este complejo proceso psicológico se logró que la mayoría de los pacientes se implicara activamente en el cuidado de su salud, lo que influyó en la capacidad para organizar alternativas diversas de comportamientos ante situaciones nuevas o ambiguas, a través del empleo de estrategias de afrontamiento que le permitieran al sujeto manejar, superar y disminuir las demandas psicológicas impuestas por el dolor crónico de la espalda.

En la medida que el programa de intervención avanzaba, el afrontamiento se transformaba en un proceso verdaderamente activo, en el cual el sujeto asumía un rol consciente, orientado, que participaba en la regulación y autorregulación del comportamiento en función de transformar su realidad.

Se puede concluir diciendo que el programa de intervención psicológica implementado demostró ser efectivo para potenciar el afrontamiento activo en los pacientes con dolor crónico de la espalda, en cuanto logró promover el uso de estrategias activas, estimular el autocuidado de la salud, disminuir las alteraciones emocionales y favorecer la capacidad funcional del paciente en las distintas esferas de la vida cotidiana.

El autor reconoce como limitación del estudio el empleo un muestreo intencional, no probabilístico casual o a conveniencia, ya que no se contaba con registros estadísticos que reflejaran las cifras reales de pacientes con dolor crónico de la espalda, lo que dificulta cualquier posible cálculo muestral e impidió además que se trabajara con una muestra representativa, aspecto este que debe considerarse para investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

- Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatol Int*. 2019;39(4):619-26. DOI: 10.1007/s00296-019-04273-0.
- Santiago Bazán C, Pérez Domínguez KJ, Castro Reyes NL. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un Hospital de Rehabilitación. *Rev Cient Cienc Méd*. 2018;2(21):13-20.
- Nima Bermejo KJ, Ruíz Juárez SA. Relación entre discapacidad funcional por dolor lumbar crónico y alteración del ritmo lumbo-pélvico en el personal de enfermería de la clínica internacional sede Lima, 2018 [Tesis doctoral]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2019.
- Konietzny K, Suchan B, Kreddig N, Hasenbring MI, Chehadi O. Emotionsregulation und Schmerzen: Behaviorale und neuronale Korrelate – ein transdiagnostischer Ansatz. *Schmerz*. 2016;30(5):412-20. DOI: 10.1007/s00482-016-0162-1.
- Pomares Ávalos AJ; Rodríguez Rodríguez T, Pomares Alfonso JA. Factores de riesgos emocionales en pacientes que sufren dolor crónico de espalda. *Rev Finlay*. 2018;8(4):310-20.
- León González AV. Ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2019.
- Cantero MA. Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Aten Primaria*. 2019;51(3):162-71. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.07.006.
- Pascual Sánchez A, Caballo Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enferm Glob*. 2017;16(46):281-94. DOI: 10.6018/eglobal.16.2.243031.
- Pomares Ávalos AJ, Zaldívar Pérez DF, Vázquez Núñez MA. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con dolor crónico de espalda, Cienfuegos 2019. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(4):240-6. DOI: 10.20986/resed.2020.3798/2020.
- Ballesteros, RF. Ciencia, ideología y política en evaluación de programas. *Revista de psicología social*. 1987; 2(1-2): 190-216. DOI: 10.20986/resed.2020.3798/2020. DOI: 10.20986/resed.2020.3798/2020.
- Monleón Just M. El autocuidado analgésico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(1):63-4. DOI: 10.20986/resed.2019.3719/2018. DOI: 10.20986/resed.2019.3719/2018.
- Knoerl R, Lavoie Smith EM, Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2016;38(5):596-628. DOI: 10.1177/0193945915615869.
- Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(6):338-44. DOI: 10.4321/S1134-80462014000600007. DOI: 10.4321/S1134-80462014000600007.
- Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(7):27-34.
- Torres EX. Relación entre actividad física y lumbalgia en pacientes entre 20 a 64 años que acuden a la Consulta del Servicio de Fisiatría entre junio y julio del 2019 en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17228/TESIS%20Relacion%20actividad%20f%C3%adsica%20y%20lumbalgia%20Erik%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soriano, J; Monsalve, V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología*. 2005;84:91-107.
- Thorn BE, Eyer JC, Van Dyke BP, Torres CA, Burns JW, Kim M, et al. Literacy-Adapted Cognitive Behavioral Therapy Versus Education for Chronic Pain at Low-Income Clinics: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2018;168(7):471-80. DOI: 10.7326/M17-0972.
- Fernández Martín L, Fombellida Velasco C, Montero Fernández C, Fernández Lázaro CI, Miro Canelo JA. Caso de aplicación de un protocolo cognitivo-conductual para el manejo del dolor. *Rev Arg Clín Psicol*. 2019;28(4):356.
- Portilla Flores O, Crispín Huamani L, Aguirre Siancas E, Seclén Ubillús Y, Ruiz Ramírez E, Alarcón Velásquez L, et al. Influencia del estrés crónico y de la masticación sobre el dolor. *Rev Ecuat Neurol*. 2019;28(2):13-8.
- Moix J, Casado MA. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 2011;22(1):41-50. DOI: 10.5093/cl2011v22n1a3.
- Pineda Álvarez DM, Lafabre Carrasco F, Morales Sanmartín J, Álvarez Pesantez KR. Prevalencia de dolor musculoesquelético y factores asociados en odontólogos de la ciudad de Cuenca, Ecuador, 2016. *Acta Odontológica Colombiana*. 2019;9(1):24-36. DOI: 10.15446/aoc.v9n1.73029.
- Ortega López RM, Aguirre González ME, Pérez Vega ME, Aguilera Pérez P, Sánchez Castellanos MD, Arteaga Torres J. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *CienciaUAT*. 2018;12(2):29-39. DOI: 10.29059/cienciauat.v12i2.887.