

## MEMORIA

### Experiencia Candidata

#### 1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

**Abordaje de la Cronicidad:** Abordaje del dolor crónico

#### 2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

**Programa de intervención enfermera grupal en pacientes con dolor crónico no oncológico.**

#### 3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Andalucía
- **Nombre de la entidad:** Agencia Sanitaria Costa del Sol. (ASCS)
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Autovía A-7 KM 187 29603 Marbella, Málaga.
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
  - Nombre y apellidos: José Carlos Canca Sánchez
  - E-mail: jccanca@hcs.es
  - Teléfonos: 670944784
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura<sup>1</sup>:**
  - Nombre y apellidos: Ángeles Morales Fernández
  - E-mail: mamfdez@hcs.es
  - Teléfonos: 637893285/671597031

#### 4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Manuel Vergara Romero	manuelvr@hcs.es		Responsable Enfermería	ASCS
Gabriel Moreno Martín	gabimoren@hotmail.com	671569636	Enfermero Unidad del dolor	ASCS
Cristina Castillo Portillo	cristinacastillo78@gmail.com		Enfermero Unidad del dolor	ASCS
Maria Isabel Gómez Ortigosa	salveli@hotmail.com	650738529	Enfermero Unidad del dolor	ASCS

<sup>1</sup> Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.



Amelia González Ronda	megonr@hotmail.com	620321794	Enfermero Unidad del dolor	ASCS
Manuel Sánchez del Águila	sandelaguila@hotmail.com		Anestesiólogo Unidad del Dolor	ASCS

## 5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

## 6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Junio del 2014
- **Actualmente en activo:** Si
- **Prevista su finalización:** No hay prevista finalización

## 7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) <sup>1</sup>	Abordaje de la Cronicidad: Abordaje del Dolor
	Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas:  Abordaje de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas



## 8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Se estima que uno de cada seis españoles sufren dolor crónico alcanzando un 17% de la población y uno de cada cinco europeos(1–4).

El dolor incrementa el riesgo de enfermedades psicológicas, presentando depresión en el 47% de ellos e incluso el suicidio (5). Estas repercusiones se manifiestan desde trastornos del estado de ánimo, creencias erróneas, catastrofismo, hipervigilancia, conductas de miedo-evitación, etc.

Tiene un efecto devastador en muchos aspectos de la vida, ya que no sólo disminuye la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) al repercutir en su salud física y mental, sino que también tiene efectos adversos en ámbitos relacionados con la vida social y familiar, disminuyendo a su vez la capacidad laboral (1). El dolor incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes directos e indirectos (6,7).

Un abordaje terapéutico centrado exclusivamente en el manejo farmacológico resulta insuficiente para cubrir las necesidades tan complejas de este tipo de pacientes (8), por lo que los enfoques multidimensionales en el manejo del dolor crónico son imprescindibles debido al papel que juegan las variables psicosociales. Pero, la accesibilidad a estos abordajes integrales en el manejo del dolor no siempre está garantizada, debido a la fragmentación asistencial y el modo en que están organizados los servicios (9).

Nuestro sistema sanitario aún no se encuentra impregnado del cambio de modelo que precisa el abordaje del dolor crónico, careciendo de una visión integradora y global de la complejidad de la enfermedad.

La terapia cognitivo conductual ha mostrado resultados positivos como intervención complementaria en el manejo del dolor crónico en abordaje de todas las dimensiones afectadas (10–12). Varios estudios previos han mostrado cómo la intervención con enfermeras especializadas en el manejo del dolor crónico con enfoques integrales han tenido impacto en la intensidad del dolor, la funcionalidad, el estrés psicológico, el uso de estrategias de afrontamiento, la autoeficacia y la disminución del uso de fármacos (8) junto con la mejora en la calidad de vida (13).

En la ASCS, está vigente el documento marco de la política del dolor, donde se recoge que la entidad apoya el derecho del paciente a no sufrir dolor durante su estancia hospitalaria, tras el alta y en ámbito extrahospitalario de su atención ambulatoria. Teniendo en cuenta estas premisas y la necesidad de dar respuesta, se inician en la ASCS, concretamente en el Hospital Costa del Sol, en Junio del 2014, grupos de terapia educativa lideradas por el personal de enfermería para dar respuesta al reto que supone el dolor crónico en los servicios de salud actualmente. Se diseñó e implantó un programa para abordar temas habitualmente poco tratados en el devenir de la



atención que reciben estos enfermos, como pueden ser los estilos de vida, recursos para el afrontamiento, hábitos saludables que repercuten en su calidad de vida (14). La terapia de grupo ofrece un beneficio adicional a las terapias individuales. Además del elemento terapéutico en sí mismo del grupo, se optimiza el tiempo y los recursos del sistema sanitario (15).

## 9. OBJETIVOS

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

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor crónico no oncológico.

Objetivos específicos: -Mejorar el estado de ánimo, favoreciendo el manejo activo y positivo de la enfermedad, alcanzando una persona con recursos y competente para aplicarlos.

-Disminuir la percepción de la intensidad de dolor padecido.

-Alcanzar óptimos niveles de satisfacción en relación al abordaje multimodal a través de la participación grupal y de apoyo mutuo entre iguales.

## 10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Esta intervención se lleva a cabo en la ASCS, centro dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, concretamente en el Hospital Costa del Sol.

El ámbito del Hospital está delimitado por los municipios: Benahavís, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas y Ojén.

Los pacientes son usuarios de la unidad de dolor crónico del Hospital Costa del Sol y dependiente del servicio de Anestesiología. Fueron pacientes derivados a la unidad desde la atención especializada al no tener controlado su dolor crónico. Hasta el momento, recibían exclusivamente tratamiento de carácter unidisciplinar, limitado a actuaciones farmacológicas e intervencionistas por parte de nuestro centro.

## 11. METODOLOGÍA

Desde la consulta médica se deriva el paciente al personal de enfermería, haciéndolos coincidir en acto único, donde se ofrece toda la información en referencia al programa grupal ofreciéndoles la posibilidad de participar en el mismo.



A partir de aquí se realiza la valoración inicial y se administra el cuestionario de CVRS SF-36, la escala numérica verbal para la intensidad del dolor, GAD 7 para la ansiedad y PHQ 9 para la depresión.

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

Para valorar el impacto producido por el programa de intervención enfermera CALIDO, se llevó a cabo un ensayo clínico. En este momento se firman los consentimientos informados.

Tras las evaluaciones basales, se lleva a cabo el primer seguimiento a los 3 meses desde el inicio de inclusión en el programa, que coincidirán con la finalización de la intervención grupal aproximadamente. Con posterioridad se realizan evaluaciones de seguimiento a los 6 meses y 9 meses para conocer el impacto de las intervenciones mantenido en el tiempo.

Para garantizar la eficacia de la intervención, ésta fue desarrollada en base a la evidencia científica actual. Castillo-Bueno en su revisión sistemática de intervenciones de enfermería para pacientes adultos que sufren dolor crónico recomiendan con un grado B, recomendación moderada, que sugiere que se considere su aplicación, la terapia cognitivo conductual llevada a cabo por enfermeros (16). En la guía para programas de manejo del dolor en adultos de The British Pain Society se contempla la participación de enfermería en este tipo de programas y la TCC con un grado de recomendación A y C para el uso de la terapia grupal (17). Se revisaron los contenidos de experiencias similares publicadas, en especial aquellos que habían mostrado eficacia con resultados significativos en estudios experimentales (8,13,18,19).

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



Los principales componentes de nuestro programa consisten en el diálogo terapéutico y la educación en salud. El enfoque de este programa va mucho más allá que la mera implementación de un conjunto de habilidades que se deben adquirir, tratándose mayormente en una forma de incentivar a los pacientes a cambiar su punto de vista en relación a un tipo de afrontamiento pasivo y su situación actual en relación a la experiencia dolorosa y la repercusión en su vida. Además, hay que añadir un enfoque esencial dirigido al trabajo de las emociones como una parte integral de la experiencia del dolor (13).

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

CALIDO-CR, nombre que se le asignó al programa (acrónimo de CALIdad de vida y DOLor CRónico) es un programa estructurado, diseñado para llevarse a cabo en grupo, que pretender dotar a los participantes de herramientas para mejorar su calidad de vida en relación a su proceso doloroso haciendo un uso adecuado de los servicios sanitarios y mejorando su accesibilidad a través de la enfermera referente de la unidad de dolor (14).

A continuación se describen los contenidos del programa diseñado:

**Sesión preliminar individual:** Este primer contacto persigue principalmente ser una herramienta motivadora que les refuerce su voluntad en querer formar parte de este programa. Es importante clarificar los objetivos que persigue para no crear falsas expectativas y frustración en el paciente estableciendo unas metas iniciales y se realiza la valoración inicial.

**1ª sesión de grupo:** Se inicia con la acogida de los participantes por el equipo de enfermería se trabaja la aclaración de conceptos; dolor como mecanismo de defensa, qué es el dolor crónico, dolor crónico como enfermedad en sí misma, porqué se produce el dolor crónico, etc...

A continuación se le presenta dos elementos centrales del programa como son el círculo vicioso, para trabajar la identificación con el proceso de enfermedad y la afectación multidimensional y la caja de herramientas; que deben de ir haciendo crecer introduciendo aquellas herramientas que vayan adquiriendo en la terapia grupal. En todas las sesiones se les invita a llevar a cabo tareas de trabajo.

**2ª sesión de grupo:** Esta sesión versa fundamentalmente sobre el tratamiento farmacológico. Recordando la multidimensionalidad del dolor crónico y la importancia de simultanear varios tipos de tratamientos, si fueran precisos, farmacológicos y no farmacológicos. La medicación no es la única vía terapéutica para el abordaje del dolor crónico, si bien la trabajamos en primer lugar por ser más utilizada por los pacientes dentro de nuestra cultura sanitaria medicalizada y la que



mayores dudas les plantea. Entendemos que al exponer un tema interesante para ellos estaremos facilitando la adherencia terapéutica al programa grupal del manejo del dolor crónico. Trabajamos también en que los participantes sepan diferenciar qué tipo de fármacos consumen, para así darles, posteriormente a conocer los posibles efectos adversos, como prevenirlos o gestionarlos y la administración segura de cada uno de ellos en relación al manejo de dosis, rotación de opioides, medicación de rescate, etc. Profundizamos sobre los mitos y creencias en relación a la medicación, especialmente sobre los estupefacientes. Aclaremos las dudas referentes a los conceptos de adicción y tolerancia. Ya en otro ámbito se plantea la cuestión de la diferencia entre dolor y sufrimiento y se hace hincapié en que han de formularse objetivos pequeños y alcanzables y a no muy largo plazo.

**3ª sesión de grupo:** Avanzando a lo largo del programa analizamos los moduladores físicos, de pensamiento, emocionales y sociales que interfieren en la enfermedad. Se les desvela el papel importante que juega la atención en la modulación del sistema nervioso central en la experiencia dolorosa, justificando la importancia del abordaje multidimensional del dolor crónico. Otro bloque que se aborda es el relacionado con las alteraciones del sueño, por lo que trabajamos la fisiología normal del sueño, recomendaciones de higiene del sueño y su relación con dolor.

**4ª sesión de grupo:** En la cuarta sesión se profundiza sobre las creencias, pensamientos y conductas relacionadas con el dolor crónico; como pueden ser la hipervigilancia, pensamientos catastróficos, la evitación de ciertos comportamientos, estrategias de afrontamiento pasivas, el aislamiento social.

Otro de los aspectos importantes de este bloque es el análisis de los beneficios y la importancia de tener una vida activa, para ello se trabaja la promoción de la actividad física y la higiene postural. Se propone establecer un plan de acción realista, dosificado y adaptado a su realidad.

**5ª sesión de grupo:** En esta sesión se les invita a la planificación de objetivos que sean favorecedores para alcanzar la ruptura del círculo vicioso del dolor crónico. Los profesionales de enfermería prestan su apoyo en la toma de decisiones. Se aborda también en esta sesión el impacto del aumento de peso corporal en el dolor crónico, por lo que se les proporciona asesoramiento nutricional.

Otro aspecto a volver a remarcar es la promoción de la iniciación de actividades agradables y placenteras para la liberación de endorfinas y desviación de la atención.

**6ª sesión de grupo:** En la última sesión se trabaja la técnica de resolución de problemas y la organización del tiempo. Se fomenta la socialización identificando parte de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad, como pueden ser las asociaciones, actividades deportivas, espirituales, etc, animando así a todos los miembros del grupo a que faciliten aquellos recursos que cada uno conoce en su entorno. También se les invita incluso a que formen parte de ellas como voluntarios, se ha contactado previamente con la plataforma de voluntariado de la zona. Es



importante trabajar el aspecto de que **aún pueden** realizar muchas cosas y sentirse útiles aportando a esta sociedad aquello para lo que tiene habilidad.

En esta sesión es el momento también de abordar el tema de las recaídas, con la seguridad de que será muy probable su aparición.

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

Todos los encuentros grupales concluyen con una breve sesión de relajación para que adquieran habilidad en esta técnica. Se redujeron el número de sesiones en relación a las recomendaciones en otros programas similares y se aumento el tiempo por sesión (90-120 min) para favorecer la accesibilidad ya que nuestra población diana se encuentra diseminada.

## 12. EVALUACIÓN

### • INDICADORES.

Se miden indicadores de calidad de vida relacionada con la salud que se evalúa con el cuestionario SF- 36 (20), la intensidad del dolor con la escala numérica verbal (21), la ansiedad con la escala GAD 7 (22) y la depresión con el PHQ 9 (23) a nivel basal, post intervención y de seguimiento. Se solicita también al final de la intervención grupal un cuestionario de satisfacción (8).

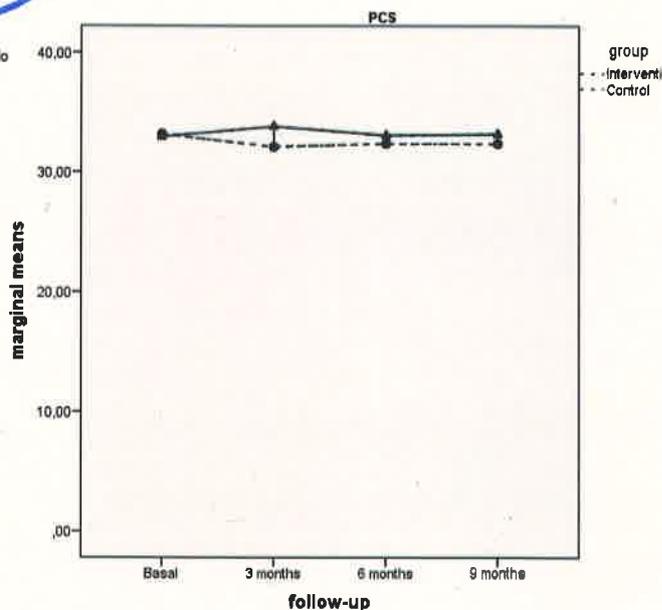
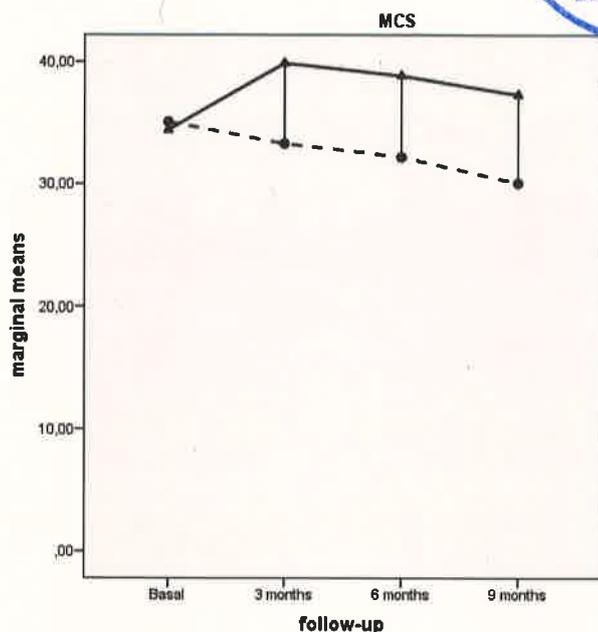
Los resultados expuestos a continuación corresponden al análisis de la puesta en marcha de 14 grupos llevados a cabo desde Junio del 2014 a 2016. Si bien en la actualidad se continua con el programa de intervención grupal.



• RESULTADOS.

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

		Intervención (n= 174)	Control (n=105)	Total (n = 279)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de Cohen
Basal	FUNCION FISICA (0-100)	42,24 (18,05)	42,43 (21,19)	0,97	-0,01
	ROL FÍSICO (0-100)	8,33 (28,66)	7,62 (25,97)	0,64	0,03
	SALUD GENERAL (0-100)	44,17 (22,76)	46,91 (24,58)	0,32	-0,12
	DOLOR CORPORAL (0-100)	24,21 (14,72)	26,04 (15,07)	0,21	-0,12
	VITALIDAD (0-100)	52,24 (7,16)	51,62 (8,78)	0,46	0,08
	FUNCION SOCIAL (0-100)	38,29 (25,47)	39,76 (27,45)	0,85	-0,06
	ROL EMOCIONAL (0-100)	28,74 (44,81)	33,33 (46,23)	0,33	-0,10
	SALUD MENTAL (0-100)	42,02 (22,28)	41,79 (22,59)	0,93	0,01
	CSF	32,96 (6,60)	33,16 (6,88)	0,58	-0,03
	CSM	34,39 (12,18)	35,07 (12,52)	0,51	-0,05
3 meses	FUNCION FISICA (0-100)	47,24 (17,92)	41,14 (22,05)	0,01	0,30
	ROL FÍSICO (0-100)	21,07 (29,4)	6,19 (21,71)	0,00	0,58
	SALUD GENERAL (0-100)	47,57 (16,66)	39,79 (20,91)	0,00	0,41
	DOLOR CORPORAL (0-100)	30,64 (15,07)	23,62 (16,83)	0,00	0,44
	VITALIDAD (0-100)	53,56 (5,89)	51,29 (3,71)	0,00	0,46
	FUNCION SOCIAL (0-100)	47,01 (22,29)	32,61 (29,45)	0,00	0,55
	ROL EMOCIONAL (0-100)	50,15 (36,76)	30,09 (43,87)	0,00	0,50
	SALUD MENTAL (0-100)	49,95 (17,47)	38,59 (22,29)	0,00	0,57
	CSF	33,81 (6,39)	32,11 (6,68)	0,04	0,26
	CSM	39,88 (9,82)	33,29 (12,74)	0,00	0,58
6 meses	FUNCION FISICA (0-100)	48,95 (18,92)	40,57 (22,24)	0,01	0,31
	ROL FÍSICO (0-100)	14,29 (24,09)	6,12 (19,49)	0,00	0,37
	SALUD GENERAL (0-100)	45,41 (16,53)	40,05 (18,99)	0,00	0,30
	DOLOR CORPORAL (0-100)	29,5 (15,88)	21,58 (16,18)	0,00	0,49
	VITALIDAD (0-100)	52,44 (3,99)	51,61 (3,06)	0,03	0,23
	FUNCION SOCIAL (0-100)	44,02 (24,79)	32,33 (28,17)	0,00	0,44
	ROL EMOCIONAL (0-100)	47,94 (36,4)	26,46 (41,55)	0,00	0,55
	SALUD MENTAL (0-100)	47,51 (18,4)	36,22 (21,13)	0,00	0,57
	CSF	33,05 (6,64)	32,37 (6,25)	0,39	0,11
	CSM	38,84 (10,66)	32,18 (11,9)	0,00	0,59
9 meses	FUNCION FISICA (0-100)	46,96 (18,42)	39,56 (23,01)	0,00	0,35
	ROL FÍSICO (0-100)	13,11 (22,02)	5,2 (19,13)	0,00	0,38
	SALUD GENERAL (0-100)	43,13 (16,79)	37,42 (19,91)	0,00	0,31
	DOLOR CORPORAL (0-100)	28,75 (16,11)	20,17 (18,19)	0,00	0,50
	VITALIDAD (0-100)	51,65 (3,88)	51,39 (2,9)	0,02	0,07
	FUNCION SOCIAL (0-100)	42,35 (24,4)	28 (27,6)	0,00	0,56
	ROL EMOCIONAL (0-100)	41,52 (37,31)	22,92 (39,07)	0,00	0,49
	SALUD MENTAL (0-100)	46,33 (20,46)	31,6 (22,13)	0,00	0,69
	CSF	33,16 (5,67)	32,36 (6,09)	0,03	0,14
	CSM	37,31 (11,4)	30,09 (11,54)	0,00	0,63

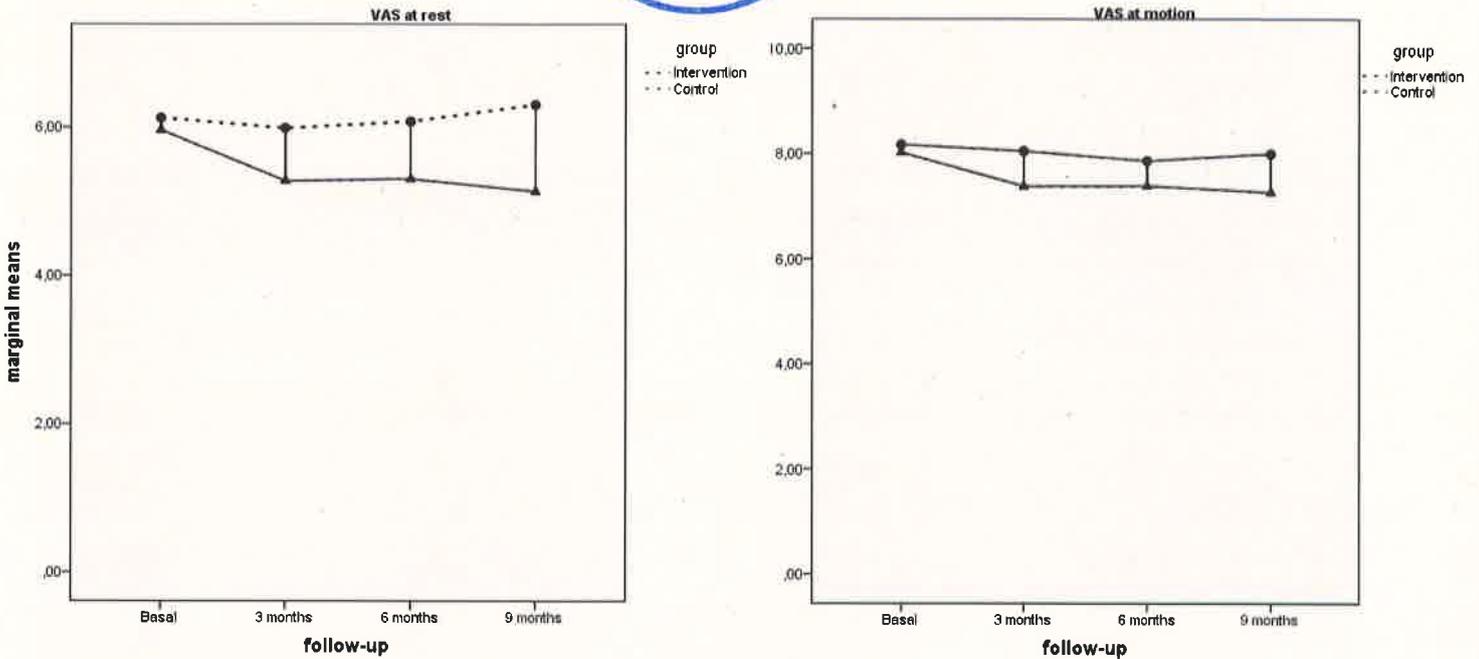


Gráficas de evolución de ambos grupos en relación a la CVRS medido con el SF - 36, Componente de salud mental (1) y salud física (2).

En relación a analizar el impacto del programa grupal de manejo del dolor crónico en la percepción de la intensidad del dolor en reposo y en movimiento valorado a partir de la escala numérica verbal en los pacientes participantes.

En este caso los resultados muestran diferencias significativas, tanto en la medición del dolor en reposo como en movimiento y en la valoración a los 3 meses/posttratamiento como a los 6 y 9 meses.

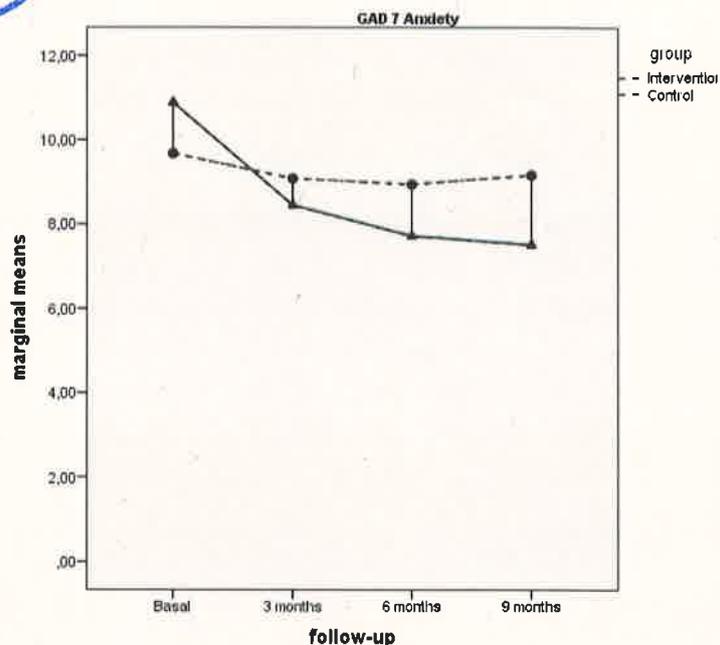
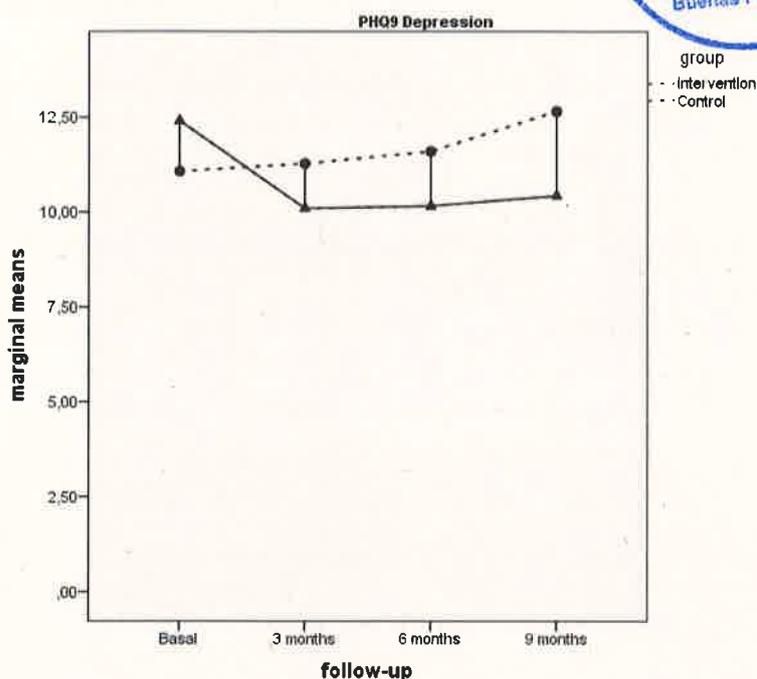
		Intervención (n= 174)	Control (n=105)	Total (n = 279)	
		Media (DS)	Media (DS)	p	d de Cohen
Basal	Dolor en reposo	5,96 (2,67)	6,12 (2,81)	0,41	-0,06
	Dolor en movimiento	8,02 (2,01)	8,17 (2,07)	0,36	-0,07
3 meses	Dolor en reposo	5,2 (2,66)	6,1 (2,57)	0,02	-0,35
	Dolor en movimiento	7,31 (2,28)	8,07 (2,18)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



Graficas de evolución de ambos grupos en relación a la intensidad de dolor medido con la escala numérica visual, en reposo (1) y en movimiento (2).

En relación a analizar el impacto del programa grupal de manejo del dolor crónico en la salud mental de los participantes, concretamente en depresión valorada por el cuestionario PHQ 9 y la ansiedad por el cuestionario GAD 7 los resultados muestran diferencias significativas en el grupo intervención frente al grupo control en el análisis por intención a tratar, tanto en la depresión como en la ansiedad a los 6 y 9 meses de seguimiento. No presentándose esta diferencia significativa en la valoración realizada a los 3 meses/posttratamiento, en la depresión ( $p=0,16$ ) y en la ansiedad ( $p=0,39$ ).

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



Graficas de evolución de ambos grupos en relación al estado de ánimo, depresión medido con el PHQ 9 (1) depresión medido con el GAD 7 (2).

En relación al nivel de satisfacción, destacar que todos los ítems obtienen una valoración por encima de 8.5 puntos en una escala de rango 0 – 10.

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

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

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



La iniciativa fue seleccionada en 2013 para obtener financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria pública de investigación. Cód.: 0158-2013.

### 13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Como conclusiones a partir de los resultados obtenidos podemos establecer:

1. Se ha evidenciado una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de pacientes que ha participado de la intervención grupal.
2. El programa de intervenciones enfermeras diseñado y puesto en marcha en nuestra unidad ha mostrado una mejor eficacia en el componente de la calidad de vida de salud mental por lo que se requerirá complementar con intervenciones dirigidas a la mejora del componente de salud física.
3. Se ha evidenciado una mejora en los niveles percibidos de intensidad del dolor, tanto en reposo como en movimiento.
4. Los resultados han mostrado una mejora en la salud emocional y en los niveles de ansiedad y depresión.
5. Las enfermeras por su formación basada en la persona desde un modelo biopsicosocial, pueden abordar eficazmente la patología de dolor crónico, que posee un componente multifactorial.
6. Uno de los hallazgos más relevantes es el mantenimiento del efecto de la intervención durante el tiempo de seguimiento que se ha llevado a cabo, incluso mejorando los resultados, al haber promocionado habilidades que el paciente es capaz de poner en marcha y mejorar.
7. Los pacientes manifiestan la necesidad de un abordaje biopsicosocial de su patología desde un enfoque holístico, tal como se lleva a cabo en el programa CALIDO.
8. Los pacientes que concluyen el programa de manejo del dolor crónico manifiestan estar muy satisfechos con los beneficios obtenidos en relación a la terapia grupal y con la participación del personal de enfermería liderando su desarrollo.



## Bibliografía

1. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):16–22.
2. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin*. 1 de febrero de 2011;27(2):449-62.
3. Weiser KS. Epidemiology of Chronic Non-malignant Pain in Spain. *Fundación Grünenthal*; 2011. 179 p.
4. Mansfield KE, Sim J, Jordan JL, Jordan KP. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*. enero de 2016;157(1):55-64.
5. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. mayo de 2006;36(5):575-86.
6. Correa G. Dolor crónico y trauma músculo esquelético: discapacidad e impacto económico. *Rev Iberoam Dolor*. 2007;2(4):10-8.
7. Gereau RW, Sluka KA, Maixner W, Savage SR, Price TJ, Murinson BB, et al. A Pain Research Agenda for the 21st Century. *J Pain*. diciembre de 2014;15(12):1203-14.
8. Broderick JE, Keefe FJ, Bruckenthal P, Junghaenel DU, Schneider S, Schwartz JE, et al. Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial. *Pain*. septiembre de 2014;155(9):1743-54.
9. Cheatle MD. Biopsychosocial Approach to Assessing and Managing Patients with Chronic Pain. *Med Clin North Am*. enero de 2016;100(1):43-53.
10. Eccleston C, Morley SJ, Williams AC de C. Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *Br J Anaesth*. 1 de julio de 2013;111(1):59-63.
11. Eccleston C, Hearn L, Williams AC de C. Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [citado 24 de abril de 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011259.pub2/abstract>
12. Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. Cognitive Behavioral Therapy, Self-Efficacy, and Depression in Persons with Chronic Pain. *Pain Manag Nurs*. diciembre de 2013;14(4):e236-43.
13. Dysvik E, Kvaløy JT, Natvig GK. The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6-and 12-month follow-up study. *J Adv Nurs*. 2012;68(5):1061–1072.
14. Morales-Fernandez A, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Moreno-Martin G, Vergara-Romero M, Group for pain management Hospital Costa del Sol Members. Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol. *J Adv Nurs*. mayo de 2016;72(5):1182-90.
15. Fernández Liria FL, Rodríguez Vega B, Muñoz A, Cebolla S. Psicoterapia en el ámbito de la sanidad pública: factores comunes y psicoterapia de grupo. En: *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2012.
16. Castillo-Bueno MD, Moreno-Pina JP, Martínez-Puente MV, Ariles-Suarez MM, others. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JBI Libr Syst Rev*. 2010;8(28):1112–1168.



17. *The British Pain Society. Guidelines for pain management programmes for adults. The British Pain Society; 2012.*
18. *LeFort SM, Gray-Donald K, Rowat KM, Jeans ME. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. Pain. 1998;74(2):297-306.*
19. *Salvetti M de G, Cobelo A, Vernalha P de M, Vianna CI de A, Canarezi LCCCC, Calegare RGL. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2012;20(5):896-902.*
20. *Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clínica. 2008;130(19):726-735.*
21. *Downie Wn RV, Leatham PA. Studies with pain rating scales. Ann Reum Dis. 1979;37:378-81.*
22. *Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. Psychosom Med. agosto de 2001;63(4):679-86.*
23. *García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health Qual Life Outcomes. 2010;8:8.*

---

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*