

INFLUENCIA DEL ENTRENAMIENTO EN REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION TRAINING ON THE NEGATIVE EMOTIONS AND LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

Linna Hao*, Guihua Li*, Liu Yang*,
Lieying Yang* y Louyis Petridis**

Resumen

El presente trabajo estudió la influencia del entrenamiento en rehabilitación psicológica sobre las emociones negativas y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico. Población y métodos: fueron seleccionados 118 pacientes en base a haber sido diagnosticados con dolor crónico y haber sido hospitalizados, desde junio de 2014 a enero de 2015. La muestra fue dividida en dos grupos por medio del método de índice mínimo no balanceado. Los grupos de intervención y de control consistieron en 60 y 58 pacientes respectivamente. Al grupo de control se le administró un tratamiento de cuidados básicos. Al grupo de intervención se le administró entrenamiento en rehabilitación psicológica. Se compararon depresión, ansiedad y calidad de vida en ambos en el pre tratamiento, y tres meses después de concluida la intervención. Se calcularon la significación de las diferencias entre el pre y pos tratamiento. Resultados: El cambio en los puntajes para ansiedad, depresión y calidad de vida fue mayor en el grupo de tratamiento que en el de control. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (para ansiedad y depresión $p < 0,001$; y para los puntajes de calidad de vida $t=2,650$ y $p=0,009$). Conclusiones: el entrenamiento en rehabilitación psicológica puede reducir ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico y adicionalmente mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: rehabilitación psicológica, dolor crónico, emociones negativas, calidad de vida.

Abstract

Background: to discuss the influence of psychological rehabilitation training on the negative emotions and life quality of patients with chronic pain. Subjects and Methods: 118 patients were selected based on the criteria of having been diagnosed with chronic pain and having been hospitalized from June 2014 to January 2015. These research objects were divided into two groups via the minimum unbalanced index method. The intervention and control groups consisted of 60 and 58 patients. Basic treatment and nursing were provided for control group. Intervention group was provided with psychological rehabilitation training on the basis of control group. The depression and anxiety, as well as the life quality of patients in both groups were compared before treatment and three months after treatment (i.e., after treatment). The differences between the scores before and after treatment were calculated as well. Results: the shift in the scores for anxiety, depression and life quality were greater in the intervention group than in the control group. Moreover, the differences were statistically significant (for the anxiety and depression scores, $P < 0.001$; for the life quality scores, $t=2.650$ and $P=0.009$). Conclusions: psychological rehabilitation training can significantly reduce anxiety and depression in patients with chronic pain in addition to improving life quality.

Key words: psychological rehabilitation, chronic pain, negative emotion, life quality

Recibido: 10-12-15 | Aceptado: 11-02-16

* Linna Hao, Guihua Li, Liu Yang, Lieying Yang, Ophthalmology, Hongqi Hospital of Mudanjiang Medical College, Mudanjiang, Heilongjiang Province, P.R. China

** Louyis Petridis, Louyis Petridis, YONDONG Medical Rescue Center for IATTE Group, Wanchai, Hong Kong

E-Mail: yanglieying@126.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 99-106

© 2016 Fundación AIGLÉ.

Introducción

El dolor crónico generalmente se define como un dolor leve o intenso que se extiende por un mes o más o que se extiende más allá del período normal de curación de una lesión. Estos dolores son recurrentes y se mantienen por meses o años después del alivio. (Liu y Bi, 2013). La mayor parte de ellos son no orgánicos, tales como los de “miembros fantasma”, prosopalgia, y dolor periférico neuropático. Zheng, Hou, Lu, Gao, Yang, et al. (2010) reportaron que la probabilidad de inicio del dolor crónico entre pacientes internados es de aproximadamente 53%. Wong & Fielding (2012) condujeron una encuesta en 5.001 adultos en la región administrativa central de Hong Kong y hallaron que la proporción de pacientes con dolor crónico entre sus habitantes era de un 34,2%. Este porcentaje es más alto que en Alemania. Sin embargo, la tasa de prevalencia total de esta condición en la cual se superpone con fatiga y trastorno del sueño es de 5,6% (95% CI: 0.9–6.4); esta tasa se incrementa con la edad y es más alta en mujeres que en hombres, especialmente con bajo nivel económico y educativo. (Wong & Fielding, 2012). Las enfermedades crónicas están caracterizadas por una alta tasa de prevalencia, largo tiempo de inicio, síntomas continuos y baja inmunidad. Adicionalmente estas enfermedades pueden causar una serie de problemas psicológicos y de conducta en los pacientes y puede influir en la vida normal de sus familias y aun de la sociedad. Una investigación epidemiológica ha establecido que los pacientes con dolor crónico tienen alto riesgo de padecer depresión; la tasa de prevalencia de riesgo es de 52%. Esta tasa es considerablemente más alta que en pacientes con otras enfermedades. Sin embargo más del 65% de los pacientes con depresión experimentan dolor crónico (Currie y Wang, 2004).

La Calidad de Vida es definida como los sentimientos y experiencias de individuos de diferentes culturas respecto a estar alcanzando sus objetivos, expectativas personales y condiciones de vida (WHOQOL Group, 1994). Numerosos estudios en el mundo mostraron que el dolor crónico, (la queja principal, es disconfort con el cuerpo y disfunciones físicas), correlacionan negativa y positivamente con calidad de vida y dolor psíquico, respectivamente (Vickers, Cronin, Maschino, Lewith, MacPherson, et al., 2012; Bushnell, Čeko, & Low, 2013; Hunfeld, Perquin, Duivenvoorden, Hazebroek-Kampschreur, Passchier, et al. (2001) condujeron un examen de tres semanas sobre 28 jóvenes y hallaron que aquellos con un pobre estado físico, psicológico y bajo nivel de calidad de vida experimentaban frecuentes dolores. Por consiguiente, estos autores postulan que el dolor crónico no es causado completamente por enfermedades físicas; más bien, esta condición

está correlacionada negativamente con la calidad de vida tanto como con el soporte social y familiar. Li (2010) comparó 114 personas sanas con 139 pacientes y estableció que la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica es más baja que la de personas sanas. Además, las diferencias en el grado de dolor crónico y en las partes del cuerpo doloridas influyen en la calidad de vida. Insomnio y calidad de vida correlacionan negativamente; además, ellos están influidos por el nivel de depresión de los pacientes.

Al momento, los métodos principales de control del dolor crónico, incluyen fármacos, terapia física y cirugía. Como la conciencia del dolor se profundiza con un incremento de la atención se le ha prestado especial atención a las intervenciones psicológicas; como resultado más estudios se han focalizado sobre este tópico, incluyendo terapia cognitiva conductual, entrenamiento en relajación progresiva, bio feedback y entrenamiento en mindfulness (por ejemplo: meditación) (Cuijpers, Berking, Andersson, Quigley, Kleiboer y Dobson, 2013; Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte y Pistorello, 2013). Los tratamientos para el dolor crónico en China principalmente incluyen farmacoterapia (Moseley y Flor, 2012), especialmente respecto al manejo del dolor de la edad (Moseley y Flor, 2012; Yi, Li, y Yu, 2010); sin embargo este tratamiento tiene las desventajas de: pobres resultados, efectos secundarios adversos, tratamientos muy extendidos, altos costos y baja adherencia de los pacientes, entre otros. Por otra parte, los médicos olvidan los problemas de la relación cuerpo-mente de los pacientes, tales como las emociones, en el manejo del dolor crónico. El presente estudio observa la influencia del entrenamiento en rehabilitación psicológica sobre los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con dolor crónico y sobre su calidad de vida. Este trabajo también sirve como referencia para el tratamiento que alivie del dolor crónico.

Sujetos y métodos

Fueron seleccionados un total de 118 pacientes, entre 18 y 70 años de edad en base al criterio de haber sido diagnosticados con dolor crónico. Estos pacientes habían sido admitidos en el Segundo Hospital afiliado de la Harbin Medical University de enero de 2014 a enero de 2015; 72 varones y 46 mujeres. La media de edad fue de 41 ± 8 años. Los criterios de inclusión específicos fueron los siguientes:

(1) Los pacientes debían reunir el estándar diagnóstico internacional de dolor crónico tal como lo especifica la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (por ej. la duración del dolor excede los tres meses). Además la escala análoga visual (VAS) no es menor a 2 y los pacientes experimentan el do-

lor todos los días o casi todos. (2) El nivel educativo debía ser el de escuela superior junior; de modo de tener comprensión lectora y habilidades de expresión que les permitiera participar activamente en la investigación.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

(1) Que los pacientes tuvieran tumores malignos y/o sufrieran enfermedades serias, tales como las cardiovasculares, hepáticas, renales o del sistema nervioso. (2) Que la historia médica de los pacientes incluyera reunir los criterios para el diagnóstico de trastorno mental según el DSM-IV y problemas de conducta.

(3) Que los pacientes tuvieran debilidad mental.

Los 118 sujetos de investigación fueron divididos en un grupo de intervención y otro de control compuesto de 60 y 58 sujetos respectivamente, por medio del método de índice mínimo no balanceado. Género, edad y grado de dolor fueron considerados como bases para garantizar que las diferencias entre los dos grupos fueran minimizadas en términos de estas tres variables. Ambos grupos de pacientes y los miembros de sus familias participaron en la investigación voluntariamente y firmaron un consentimiento informado.

Instrumentos de medición: Cuestionario de datos generales, la escala de ansiedad auto descriptiva (SAS), la escala auto descriptiva de depresión forma abreviada (SDS), el cuestionario de dolor de McGill, (SF-MPQ) y la forma abreviada del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (SF-12). Los datos generales fueron obtenidos en la admisión hospitalaria y el SF-MPQ también fue completado en ese momento. SAS, SDS, y SF-MPQ fueron completados antes y después de la intervención.

(1) SDS y SAS: El SAS (Zung, 1971) y SDS (Zung, 1965) fueron validados por Zung en 1965 y 1971, respectivamente. Estos cuestionarios fueron traducidos al chino con alto grado de confiabilidad y validez por expertos de la World Health Organization. Las dos escalas tienen 20 ítems que puntúan hasta 4 puntos con un puntaje total de 20 a 80 puntos. Los puntajes totales crudos fueron convertidos a puntajes estandarizados. (standard score = raw score*1.25); un alto puntaje implica depresión y ansiedad severas. (Zung, 1971; Zung, 1965).

(2) SF-MPQ: El SF-MPQ (Melzack, 1987) fue simplificado en base al Cuestionario de dolor de McGill el cual está compuesto de descriptores del dolor sensoriales (11 factores) y emocionales (4 factores) y de su intensidad. Y la Escala análoga visual (VAS) Todos los descriptores fueron clasificados en cuatro niveles, (0-3) que corresponden a ausencia de do-

lor, dolor leve, dolor moderado, y dolor severo, Luo (1992) reportó que el Coeficiente α Cronbach's en China fue de 0,85–0,98 y que la máxima confiabilidad test-retest fue de 0,90.

(3) SF-12: El SF-12 fue usado para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Este cuestionario incluye dos sub escalas denominadas de salud física y mental cuyos puntajes varían de 0 a 100 de acuerdo a una fórmula específica. El puntaje es directamente proporcional al grado de salud (Ware, Kosinski y Keller, 1995). Han sido realizados unos pocos estudios en China sobre la escala SF-12.; la investigación mostró que esta escala se aplica a la población general de China. Se estudió su confiabilidad y validez para su utilización en la evaluación de la calidad de vida en sobrevivientes residentes en el área de terremotos (Zhang, 2005).

Diseño experimental

(1) Agrupamiento: los pacientes de ambos grupos recibieron la misma terapia convencional y cuidados para el dolor crónico. El plan de tratamiento del grupo de control fue exclusivamente el tratamiento convencional: de acuerdo a la enfermedad: drogas, descanso razonable, dieta científicamente establecida y así siguiendo. En el grupo de intervención, se aplicó, además del esquema de tratamiento convencional, el entrenamiento en rehabilitación psicológica. La duración del tratamiento para ambos grupos fue de 12 semanas, y cada curso se extendió por 4 semanas. El efecto fue evaluado luego de tres cursos continuados.

(2) Método de intervención: El entrenamiento en rehabilitación psicológica fue implementado por consultores psicológicos profesionales del departamento de Psiquiatría del Hospital. Estos especialistas establecieron un plan de rehabilitación psicológica de acuerdo a los diferentes estados de cada paciente evaluando su nivel de dolor; hicieron un listado de los objetivos esperados para los pacientes y registraron el grado en que fueron completados. Luego de algún tiempo realizaron un análisis dinámico sobre los pacientes simultáneamente y revisaron constantemente el plan de tratamiento. La duración de cada sesión de rehabilitación psicológica fue de 35 a 40 minutos y de una a tres veces por semana. El entrenamiento incluyó el establecimiento de una fuerte relación médico paciente, apoyo psicológico corrección de sesgos cognitivos y la extensión del apoyo familiar y social. Los métodos específicos se describen a continuación.

a) Terapia cognitiva: Se propone corregir las opiniones de los pacientes sobre el estado de su enfermedad para cambiar la comprensión errónea de su dolor y discomfort físico. Intenta modificar las conductas negativas de abandono para aprender y

Tabla 1. Comparación de las líneas de base en los dos grupos de pacientes

□	ITEM	GRUPO INTERVENCIÓN (n = 60)	GRUPO CONTROL (n = 58)	P
Género	Masculino	37 (61,7)	35 (60,3)	0,883
	Femenino	23 (38,3)	23 (39,7)	
Edad		41,7 ± 7	42,1 ± 9,0	0,788
Curso de la enfermedad (años)		5,2 ± 2,8	5,1 ± 3,5	0,864
Estatus Marital	Casado	53 (88,3)	51 (87,9)	0,46
	Divorciado, viudo	7 (11,7)	7 (12,1)	
Nivel educativo	Escuela primaria	13 (21,7)	12 (20,7)	0,907
	Escuela secundaria/ Escuela secundaria técnica	22 (36,7)	25 (43,1)	
	Licenciatura	14 (23,3)	12 (20,7)	
	Universitario y más	11 (18,3)	9 (15,5)	
Promedio de ingreso mensual	< 1000 Yuan chino	4 (6,7)	3 (5,2)	0,896
	1000–2999 Yuan Chino	15 (25,0)	17 (29,3)	
	3000–4999 Chinese Yuan	26 (43,3)	22 (37,9)	
	≥ 5000 Chinese Yuan	15 (25,0)	16 (27,6)	
SF-MPQ puntaje total		12,0 ± 8,3	11,7 ± 8,9	0,850
Puntaje total de dolor sensorial		8,4 ± 6,3	8,2 ± 6,1	0,861
Puntaje total de dolor emocional		3,6 ± 3,0	3,5 ± 2,7	0,850
Escala análoga visual (VAS)		58,4 ± 26,1	55,7 ± 24,3	0,562
Número de lugares doloridos		3,2 ± 2,3	2,9 ± 1,9	0,442
Frecuencia del dolor (veces por semana)		6,5 ± 2,8	6,7 ± 2,7	0,694
Duración del dolor (horas por día)		10,0 ± 8,3	11,0 ± 9,7	0,548

Tabla 2. Cambios en los niveles de depresión antes y después de la intervención (puntajes estándar)

GRUPOS	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN	DIFERENCIA DE VALORES	COMPARACIÓN INTRA-GRUPOS	COMPARACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE VALORES ENTRE GRUPOS
Grupo Intervención	58,2 ± 8,5	49,1 ± 8,1	9,1 ± 4,9	P < 0,001	t = 6,494 P < 0,001
Grupo Control	57,3 ± 9,2	55,2 ± 8,9	2,1 ± 6,7	P = 0,211	

restablecer perspectivas saludables y aceptar estrategias de afrontamientos así como para que coincidan sus cogniciones y conductas con las situaciones reales.

b) La terapia de apoyo intenta establecer una fuerte relación médico paciente para ganar su confianza, mostrar aceptación, respeto y atención al real discomfort físico de los pacientes. Mostrar una actitud seria, al tiempo que se muestra adaptativo, razonable y con conductas y filosofía positivas a los pacientes. Los terapeutas explican los problemas de salud reales y potenciales a pacientes y familiares de modo claro y de fácil comprensión, motivan a los miembros de la familia a participar positivamente en

el proceso de explicación y alientan a los miembros de la familia a ayudar al paciente a adaptarse a las presentes dificultades y proveer cuidados físicos y psicológicos.

c) Terapia de liberación emocional: Incluye la explicación de los problemas psicológicos (p.e.: ansiedad y depresión, impaciencia y miedo) a los pacientes y a los miembros de sus familias desde una perspectiva médica; disminuyendo su disposición a agregar al discomfort corporal, ansiedad, depresión e insomnio.

Provee aliento y apoyo, escucha y alienta a los pacientes para que puedan expresar sentimientos depresivos que alivien el estrés psicológico. La ex-

pericia de los terapeutas y las creencias racionales son claves para la implementación de este método.

d) Terapia de conducta: intenta ayudar a los pacientes a eliminar conductas negativas de una manera consciente y planeada con la ayuda de la tecnología de modificación de conducta y entrenamiento en relajación para establecer conjuntamente un correcto plan de entrenamiento de auto-ajuste con los pacientes y sus familiares en el establecimiento gradual de conductas positivas.

e) Terapia de grupo: Se le solicita a pacientes que han tenido una buena recuperación que guíen activamente a los otros; estos expacientes pueden ser fuente de inspiración y confianza en superar la enfermedad para pacientes actuales. Los pacientes con enfermedades no infecciosas pueden establecer fuertes relaciones durante la terapia y compartir su experiencia exitosa adicionalmente a la información relacionada con la salud.

Método de evaluación: El grado de depresión y ansiedad, puntaje de dolor y calidad de vida de los pacientes entre ambos grupos fueron comparados antes y tres meses después del tratamiento. También fueron comparadas las diferencias en los puntajes en cada grupo antes y después del tratamiento.

Análisis estadístico: Este análisis fue realizado con el soft estadístico SPSS 17.0. Los datos experimentales fueron expresados como ($\pm s$). A t-test fue calculado para comparar los dos grupos, mientras que una prueba t apareada fue realizada para contrastar los hallazgos antes y después de la terapia. Ambas medidas fueron sometidas a la normalidad y homogeneidad de la variancia $P < 0,05$ lo que indicaría que las diferencias son estadísticamente significativas.

Resultados

Información de la línea de base:

De acuerdo a la Tabla 1 la comparación entre el grupo de intervención y el grupo de control no muestra diferencias estadísticamente significativas en género, edad, curso de la enfermedad, estatus marital, ingreso promedio mensual, complicaciones y método terapéutico usado antes de la intervención ($P > 0,05$). Este resultado muestra la comparabilidad de la línea de base en ambos grupos.

Cambios en los puntajes de depresión de los pacientes pre y post intervención:

La diferencia en los puntajes de depresión en el grupo de intervención ($58,2 \pm 8,5$) y en el grupo de control ($57,3 \pm 9,2$) antes de la intervención fue estadísticamente no significativa ($t = 0,552$, $P = 0,582$). El puntaje de depresión del grupo de intervención ($49,1 \pm 8,1$) disminuyó considerablemente post inter-

vencción en relación al de pre intervención. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,001$). En contraste, el puntaje de depresión del grupo de control ($55,2 \pm 8,9$) disminuyó ligeramente en la post intervención en relación al de la pre intervención y esta variación no fue estadísticamente significativa ($P = 0,211$). Sin embargo, la diferencia en los puntajes de depresión entre ambos grupos antes y después de la intervención fueron estadísticamente significativas ($t = 6,494$, $P < 0,001$) (Ver Tabla 2).

Cambios en los puntajes de ansiedad de los pacientes pre y post intervención.

La diferencia en los puntajes de ansiedad del grupo de intervención ($63,5 \pm 9,9$) y el grupo de control ($64,9 \pm 10,7$) pre y post intervención fue estadísticamente no significativa ($t = 0,738$, $P = 0,462$). El puntaje de ansiedad del grupo de intervención ($51,3 \pm 8,1$) disminuyó considerablemente post intervención en relación al de pre intervención. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,001$). El puntaje de ansiedad en el grupo de control ($59,7 \pm 9,8$) disminuyó ligeramente en la post intervención en relación al de la pre intervención; similarmente, esta variación también fue estadísticamente significativa ($P = 0,011$). Sin embargo, el cambio en los puntajes del grupo de intervención pre y post fue más considerable, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($t = 8,265$, $P < 0,001$) (Ver Tabla 3).

Cambios en la calidad de vida de los pacientes pre y post intervención.

En términos de la sub escala de Salud física, la diferencia en el puntaje del grupo de intervención y del grupo de control antes de la intervención fue estadísticamente no significativa ($t = 0,981$, $P = 0,329$). El puntaje en salud física en ambos grupos se incrementó considerablemente en la post intervención en relación a la pre intervención; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,001$). Además, el cambio en los puntajes en el grupo de intervención en la pre y post intervención fue ligeramente superior que en el grupo de control, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($t = 1,681$, $P = 0,095$). Este resultado indica que el efecto del cuidado psicológico sobre la salud física de los pacientes es débil. En términos de la escala de salud mental, la diferencia en los puntajes de los grupos de intervención y de control en la pre intervención fueron estadísticamente no significativas ($t = 1,452$, $P = 0,149$). El puntaje del grupo de intervención se incrementó considerablemente en la post intervención en relación a la pre intervención, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P < 0,001$). El puntaje en el grupo de control se incrementó ligeramente en la post intervención en relación a la pre intervención; similarmente, esta diferencia fue estadísticamente significativa

Tabla 3. Cambios en el nivel de ansiedad antes y después de la intervención (puntajes estándar)

GRUPOS	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN	DIFERENCIA DE VALORES	COMPARACIÓN INTRA-GRUPO	COMPARACIÓN DE LA DIFERENCIA DE VALORES ENTRE GRUPOS
Grupo Intervención	63,5 ± 9,9	51,3 ± 8,1	12,2 ± 4,5	P < 0,001	t = 8,265
Grupo Control	64,9 ± 10,7	59,7 ± 9,8	5,2 ± 4,7	P = 0,011	P < 0,001

($P = 0,047$). Sin embargo, el cambio en los puntajes del grupo de intervención en la pre intervención en relación a la post intervención fue mayor que en el grupo de control y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($t = 3,948$, $P < 0,001$). Mientras tanto, la diferencia en el puntaje total del SF-12 de los grupos de intervención y de control antes de la intervención fue estadísticamente no significativa ($t = 1,200$, $P = 0,233$). Los puntajes de ambos grupos aumentaron en diferente grado en la post intervención y esta diferencia fue estadísticamente significativa en relación a la pre intervención ($P < 0,001$). Sin embargo, el cambio en los puntajes del grupo de intervención en la pre y post intervención fue mayor que en el grupo de control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($t = 2,650$, $P = 0,009$) (Ver Tabla 4).

Discusión

En este estudio, los pacientes recibieron rehabilitación psicológica en alusión a las tendencias depresivas, adicional a los cuidados básicos para el dolor. Luego de tres meses de entrenamiento en rehabilitación el cambio en los niveles de emociones negativas, como la ansiedad y la depresión y la mejoría en la calidad vida fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control. Este resultado indica que la combinación de la rehabilitación psicológica con la terapia convencional y cuidados básicos mejora significativamente el estado emocional negativo y la calidad de vida de los pacientes. La aplicación del entrenamiento en rehabilitación psicológica puede incrementar el manejo del dolor y la terapia de los pacientes con dolor crónico y mejorar todo el proceso terapéutico. Este entrenamiento puede también acortar el tiempo de tratamiento y aliviar el dolor más rápidamente. La medicina moderna considera que el dolor es una actividad fisiológica y psicológica complicada y uno de los síntomas más comunes de la clínica. Además, el dolor puede inducir una serie de respuestas emocionales negativas que se complementan recíprocamente. Las más prominentes son la ansiedad y la depresión que se consideran enfermedades psicosomáticas y reflejan la reacción del cuerpo al estrés. Por consiguiente, daños severos en la condición física y la calidad de vida pueden inducir tales emociones negativas. Cambios en las emociones y sentimientos del dolor pasan a través del mismo corredor biológico,

y sistema de neurotransmisión cerebral. El sistema límbico es el centro de regulación de varias emociones y es activado por los estímulos. El sentido del dolor es proyectado en el área límbica del cerebro y en el área sensorial del cuerpo a través del tálamo. La investigación clínica indica que las respuestas emocionales negativas a menudo acompañan al dolor físico, pueden existir simultáneamente y se influyen unas a otras (Ni y Du, 2013). En línea con este conocimiento, el presente estudio sugiere que la rehabilitación psicológica debería indicarse a los pacientes que experimentan dolor acompañado de emociones negativas. En la mayor parte de los hospitales de China, sin embargo, tales intervenciones son conducidas por médicos competentes y enfermeras más que por profesionales de la psiquiatría. Esas intervenciones psicológicas ordinarias no especializadas típicamente no ejercen un efecto fuerte sobre los pacientes (Wen y Xing, 2012).

La rehabilitación psicológica es definida como una intervención psicológica para posibles problemas de los pacientes. Este proceso está basado en el conocimiento profesional sistemático derivado de las perspectivas biológica y social. La rehabilitación psicológica se propone mejorar la salud mental de los pacientes (Du, Tian, y Han, 2011). En este estudio, el entrenamiento en rehabilitación psicológica aplicado incluyó terapia cognitiva, de apoyo, de liberación emocional, de conducta y de grupo. Tal entrenamiento puede estimular los recursos psicológicos potenciales de los pacientes y ayudarlos a afrontar sus crisis, manejar y superar sus dificultades o reverses con una perspectiva positiva y aumentar el sentido de seguridad psicológica. Este proceso también infunde esperanza en los pacientes y sus familias respecto a aliviar dificultades, capacita a los pacientes a maximizar su potencial y aumenta su confianza en la rehabilitación. Más aun, los pacientes pueden volverse activos, pueden ser fortalecidos en sus funciones a través de varios tipos de entrenamiento en la rehabilitación independientemente y pueden cooperar con los tratamientos y cuidados médicos. También pueden experimentar rehabilitación neurológica de sus funciones (Du et al. 2011). Este método de tratamiento puede aumentar el efecto del entrenamiento en rehabilitación.

Shan (2011) estudió pacientes que habían sufrido accidentes cerebrovasculares que realizaron rehabilitación en base a ejercicio combinado con

Tabla 4. Cambios en la calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención

INDICADORES	GRUPOS	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN	DIFERENCIA DE VALORES	COMPARACIÓN INTRA-GRUPO	COMPARACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE VALORES ENTRE GRUPOS
SF-12 Puntaje total	Grupo Intervención	46,5 ± 9,1	54,0 ± 8,6	7,5 ± 4,7	P < 0,001	t = 2,650 P = 0,009
	Grupo Control	44,5 ± 9,0	49,8 ± 8,9	5,3 ± 4,3	P = 0,002	
Sub escala Salud física	Grupo intervención	47,6 ± 8,5	56,3 ± 8,1	8,7 ± 5,5	P < 0,001	t = 1,681 P = 0,095
	Grupo control	46,1 ± 8,1	53,2 ± 7,6	7,1 ± 4,8	P < 0,001	
Sub escala Salud mental	Grupo Intervención	45,4 ± 9,2	51,7 ± 9,2	6,3 ± 3,9	P < 0,001	t = 3,948 P < 0,001
	Grupo control	42,9 ± 9,5	46,4 ± 9,4	3,5 ± 3,8	P = 0,047	

rehabilitación psicológica, notaron que esa combinación puede mejorar la función motora y las habilidades de la vida diaria de los pacientes, acelerando el proceso de rehabilitación y mejorando su calidad de vida mientras mejora su estado de ánimo. He y He (2013) combinaron la función límbica y la rehabilitación psicológica en un tratamiento clínico para pacientes con lesiones en la columna vertebral; estos investigadores establecieron que este tratamiento puede mejorar enormemente el estado depresivo, la calidad del sueño y las habilidades de la vida diaria. Los resultados del presente estudio son consistentes con los hallazgos de los investigadores antes mencionados. En este trabajo la rehabilitación psicológica sumada a los cuidados y esquemas terapéuticos básicos fue proporcionada a los pacientes en alusión a sus tendencias depresivas. Los siguientes tres meses al entrenamiento en rehabilitación psicológica el cambio en los niveles de emociones negativas tales como la ansiedad y la depresión y la calidad de vida fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control.

Las posibles razones para estos resultados son las siguientes:

Primero: Los pacientes que experimentan dolor acompañado por depresión generalmente exhiben distorsiones cognitivas. La manifestación clínica de tales distorsiones incluye una imaginación hiperactiva en consideración a la severidad de su enfermedad, una inferencia arbitraria sobre su desarrollo y una sobre estimación del estado de la enfermedad. Requerir que los pacientes identifiquen esas distorsiones directamente es difícil, por consiguiente, este estudio sirve de guía al paciente hacia el establecimiento de opiniones más ajustadas sobre su enfermedad, cediendo la expresión de conductas negativas cuando enfrentan los tratamientos médicos y afrontando el estrés psicológico y social a través de la terapia cognitiva. Esa terapia ha reducido algo la depresión y la ansiedad de los pacientes como consecuencia del dolor.

Segundo: La terapia social y de grupo puede asistir a los pacientes en el tratamiento de sus síntomas. Al mismo tiempo los miembros de sus familias son impulsados a participar en el proceso de rehabilitación médica. Se incrementa el sentido de seguridad de los pacientes, se elimina el miedo a la enfermedad inducido por el dolor, se alivian la ansiedad y la depresión. La terapia de grupo puede mejorar también el estado anti-social a largo plazo del dolor crónico, una consecuencia de su enfermedad. Tales individuos pueden ser inspirados a supervisar, impulsar y apoyarse unos a otros tanto como compartir información positiva sobre la salud. Esta terapia también puede volverse una oportunidad para liberar emociones negativas tales como la ansiedad; por consiguiente, el cumplimiento de los requerimientos de la terapia y el nivel de calidad de la supervivencia pueden ser aumentadas. Así, el entrenamiento en rehabilitación psicológica puede potenciar el manejo del dolor y la terapia de los pacientes con dolor crónico y mejorar efectos de todo el proceso. También puede acortar el tiempo de tratamiento y aliviar su dolor más rápidamente.

Sin embargo, este estudio tiene limitaciones:

Primero: la capacidad de la muestra es insuficiente, en términos de condiciones tales como la duración de la investigación. Este aspecto deberá ser mejorado en estudios subsecuentes y el tiempo de observación extendido, incluyendo un período de seguimiento.

Segundo: Puede estar presente la confusión de variables; sin embargo estas variables deberían principalmente ser identificadas de acuerdo al estado psicopatológico protopático, y a la farmacoterapia.

Finalmente: Este estudio se focaliza principalmente sobre la influencia del entrenamiento en rehabilitación psicológica sobre las emociones negativas y la calidad de vida de los pacientes con dolor

crónico; no determina el grado de esa influencia. Estudios subsecuentes estudiarán este tema.

Conclusiones

El estudio evaluó los efectos del entrenamiento en rehabilitación psicológica en pacientes con dolor crónico. Los resultados indican que este entrenamiento puede reducir significativamente la ansiedad y la depresión en esos pacientes y mejorar su calidad de vida. En relación a la condición física de los pacientes, los médicos y las enfermeras deberían tomar nota de su estado psicológico; solamente a través de una visión comprensiva, los resultados de un tratamiento pueden ser alcanzados. Esta sugerencia coincide con las modernas teorías que postulan que el dolor tiene múltiples dimensiones. Así, esta condición puede causar problemas fisiológicos y psicológicos, tanto como problemas familiares y sociales. Por lo tanto, el método de tratamiento más adecuado para el dolor es una intervención que incluya todos estos aspectos.

REFERENCIAS

- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry, 58*(7), 376-385.
- Bushnell, M. C., Čeko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience, 14*(7), 502-511.
- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian Population. *Pain, 107*(1-2), 54-60.
- Du, X. X., Tian, Z. R., & Han, J. (2011). Psychological rehabilitation nursing of patients with total laryngectomy in perioperative period. *Chinese Journal of Modern Nursing, 27*(2), 185-187.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-198.
- He, Y. G., & He, Z. Y. (2013). Influence of psychological rehabilitation on depressive symptom, sleep quality and daily living ability of patients with spinal cord injury. *Chinese Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 35*(4), 300-302.
- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W., & van der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of pediatric psychology, 26*(3), 145-153.
- Li, L. Z. (2010). *Study on life quality, relevant psychological and physiological factors of patients with chronic pain*. Changsha: Central South University.
- Liu, B. Y., & Bi, Z. R. (2013). Influence of self-management on life quality of patients with chronic pain. *Chinese Journal of Modern Nursing, 19*(15), 1797-1799.
- Luo, Y. J. (1992). Clinical application evaluation of Short-form McGill Pain Questionnaire. *Chinese Journal of Rehabilitation, 7*(4), 160-164.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain, 30*(2), 191-197.
- Moseley, G. L., & Flor, H. (2012). Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: a review. *Neurorehabilitation and neural repair, 26*(6), 646-652.
- Ni, X. J., & Du, D. P. (2013). Correlation between neuropathic pain and depression & anxiety. *Journal of Shanghai Jiaotong University Medical Science Edition, 33*(1), 67-70.
- Shan, G. M. (2011). Influence of psychological rehabilitation nursing on stroke patients. *Chinese Journal of Practical Nursing, 27*(21), 56-57.
- Vickers, A., J., Cronin, A. M., Maschino, A. C., Lewith, G., MacPherson, H., & Foster, N. E. (2012). Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Archives of internal medicine, 172*(19), 1444-1453.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care, 34*(3), 220-233.
- Wen, J. X., & Xing, G. G. (2012). Research progress of relationship between chronic pain and depression. *Chinese Journal of Pain Medicine, 18*(7), 436-440.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- Wong, W. S., & Fielding, R. (2012). The co-morbidity of chronic pain, insomnia, and fatigue in the general adult population of Hong Kong: Prevalence and associated factors. *Journal of Psychosomatic Research, 73*(1), 28-34.
- Yi, X. B., Li, S. Q., & Yu, P. L. (2010). Chronic pain treatment progress of old people. *Chinese Journal of Geriatrics, 29*(2), 89-92.
- Zhang, Z. J. (2005). *Manual of behavioral medicine scale*. Chinese Medical Multimedia Press, 229-292.
- Zheng, T. Y., Hou, J. C., Lu, J. L., Gao, F. Y., Yang, Y. H., Guo, H., Zhi, M. X. (2010). epidemiological investigation of chronic pain disease in Chaoyang District of Beijing. *Chinese Journal of Pain Medicine, 16*(6), 339-341.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*(1), 63-70.
- Zung, W. W. (1971). A Rating Instrument for Anxiety Disorders. *Psychosomatics, 12*(6), 371-379.