



Entrenamiento en habilidades de automanejo en personas con enfermedades crónicas: un estudio cuasi-experimental

Self-management skills training in people with chronic diseases: a quasi-experimental study

Cristina Caballo, Universidad de Salamanca, INICO, crisca@usal.es

Ana Pascual, Universidad de Salamanca, anapascual@usal.es

Resumen:

Objetivos: dada la necesidad de intervenciones que faciliten unos resultados óptimos en funcionamiento y calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas, en el presente estudio se diseñó y aplicó un programa que pretendía promover el automanejo de la enfermedad. *Metodología:* mediante un diseño cuasiexperimental comparativo antes-después se valoró su efectividad en un grupo en el que participaron 8 personas (4 hombres y 4 mujeres) con enfermedades crónicas. *Resultados:* los análisis realizados sugieren que el grupo que participó en el programa obtiene mejoras significativas después de la intervención en depresión, en estrategias de afrontamiento como uso de conductas distractoras y reinterpretar el dolor, y en algunas dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud como funcionamiento físico, salud general, salud mental y componente físico estandarizado de calidad de vida. El tamaño del efecto resultó ser medio en la variable conductas distractoras ($d=0.43$) y grande en el resto de variables ($d=0.69-0.99$). No se encontraron diferencias en el resto de las variables. *Conclusiones:* el programa de automanejo propuesto parece ser efectivo, produciendo efectos beneficiosos para el bienestar de las personas con condiciones de salud crónicas. Los resultados obtenidos son acordes a los encontrados en estudios previos. Es preciso seguir investigando con muestras más amplias y replicar el estudio con más grupos.

Palabras clave: enfermedad crónica, intervención, automanejo, calidad de vida relacionada con la salud

Abstract:

Objectives: due to the need of interventions that facilitate optimal results in functioning and quality of life in people with chronic diseases, in the present study a program intended to promote self-management of the disease was designed and implemented. *Methodology:* the effectiveness was assessed after the intervention by using a comparative pre-post quasi-experimental design in a group formed by 8 people (4 men and 4 women) with chronic diseases. *Results:* the analysis suggest that the group that participated in the program obtained significant improvements after the intervention in depression, coping strategies such as use of distracting behaviors and reinterpret pain, and in dimensions of health-related quality of life as physical functioning, general health, mental health and physical component of quality of life. The effect size was medium in the distracting behaviors variable ($d=0.43$) and large in other variables ($d=0.69-0.99$). No differences in other variables were found. *Conclusions:* the proposed self-management program appears to be effective, producing beneficial effects on the welfare of people with chronic health conditions. The results are consistent with others found in previous studies. Further research is needed with larger samples as well as replicate the study with more groups.

Keywords: chronic disease, intervention, self-management, health-related quality of life

1.- Introducción

En las últimas décadas se ha producido un importante cambio en la clase de patologías más comunes. Hemos pasado de una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas a la situación actual, en la que las enfermedades crónicas son las responsables del 59% de las muertes y del 46% de la carga de enfermedad en todo el mundo (Fortin et al., 2013), y las previsiones apuntan a que estas cifras aumentarán. Cuando hablamos de condiciones físicas crónicas, nos referimos a un término que abarca las llamadas *enfermedades no transmisibles* (como el asma, artritis, diabetes, cardiopatía isquémica, etc.) y algunas *enfermedades transmisibles* (como el VIH/SIDA) (OMS, 2002). Este tipo de condiciones persisten a lo largo de la vida, a diferencia de las patologías de carácter agudo. Si al incremento de la esperanza de vida le añadimos el estilo de vida sedentario, el consumo de alcohol y tabaco, y en definitiva los hábitos inadecuados, se incrementa la relevancia del problema. Es decir, las condiciones físicas crónicas son un problema de salud cada vez más notorio en nuestra sociedad, que tiene múltiples consecuencias en las distintas áreas de la vida de la persona, más allá del impacto físico, con repercusiones a nivel cognitivo, emocional y conductual. A su vez, la forma en que los afectados responden a estos cambios repercute en la salud, tanto física como mental. Provocan deterioro en el funcionamiento de quienes las padecen, lo cual puede repercutir en su autocuidado, en las actividades de la vida diaria y en su tiempo de ocio. También pueden suponer consecuencias a nivel laboral, aumentando la cantidad de bajas en el trabajo e incluso de jubilaciones por incapacidad. En España, Araña-Suárez (2011) señala que los trastornos músculo-esqueléticos suponen una de las tres primeras causas de baja laboral, y el problema más común asociado a la incapacidad laboral temporal. Asimismo, por ejemplo en el caso de la diabetes en nuestro país, en 2011 se produjeron 2567 procesos de incapacidad temporal debidos a la enfermedad (Vicente-Herrero, Terradillos, Capdevila, Ramírez Iñiguez, & López-González, 2013). Debido a esta situación, los costes económicos derivados de este tipo de condiciones suponen una fuerte presión para el sistema sanitario, que se incrementa con las complicaciones psicológicas asociadas a las mismas. El impacto que esto supone es muy fuerte a nivel de recursos humanos y materiales, y parece que continuará aumentando.

Adicionalmente, las condiciones crónicas tienen repercusiones fundamentales a nivel emocional, siendo muy comunes los síntomas de ansiedad y depresión. Por otro lado, el impacto económico de estas enfermedades no sólo se hace notar en el sistema sanitario, sino también en los propios pacientes, que ven como una parte de sus recursos ha de ser destinada a las necesidades asociadas a la enfermedad. Asimismo, las consecuencias a nivel familiar y social tienen una importancia fundamental, ya que la falta de comprensión de los demás y la tendencia al aislamiento social, entre otros, repercuten de forma negativa en la calidad de vida de las personas. En este sentido, tomando como punto de referencia las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SF-36 se puede ver como se da una importante afectación negativa en la calidad de vida de personas con diagnósticos diversos como espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, síndrome de Sjögren y fibromialgia (Freire et al., 2011; Hincapié, Suárez, Pineda, & Anaya, 2009).

Lo expuesto previamente evidencia la necesidad de utilizar el modelo biopsicosocial de comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la calidad de vida en personas con condiciones crónicas. Este modelo considera que los factores fisiológicos y biológicos propios de la enfermedad no se producen aislados sino que interactúan de forma compleja con factores psicológicos (emocionales, cognitivos y conductuales) y sociales. Por ello, se estaría adoptando una visión excesivamente reduccionista cuando únicamente se tienen en cuenta los factores físicos, dado que resultan insuficientes para una comprensión adecuada de la calidad de vida de los pacientes. Y es que, en efecto, a lo largo de los últimos años, han ido surgiendo cada vez más estudios que resaltan el papel de las variables psicosociales en las enfermedades crónicas. Los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales están asociados a este tipo de problemas hasta el punto de que pueden suponer algunas de las complicaciones más comunes en estas condiciones, repercutiendo negativamente en la calidad de vida, las habilidades de automanejo de la enfermedad y la comunicación con los profesionales de la salud. A esto hay que añadir que las repercusiones psicosociales de la enfermedad intensifican el dolor, la fatiga y el aislamiento social, entre otros (Winters, Cudney, & Sullivan, 2010). Es decir, los síntomas asociados a la enfermedad se ven afectados, dándose una relación bidireccional entre salud mental y física que, si bien es aplicable no solo a este tipo de condiciones, cobra aún mayor relevancia en las mismas. Sin embargo, a pesar de la importancia que tienen las variables psicosociales en este ámbito, no se les suele prestar la atención que requieren, con las consiguientes complicaciones asociadas a la ausencia de un abordaje apropiado.

Como señalan Ehde, Dillworth, & Turner (2014), es preciso fomentar las intervenciones psicológicas para diversos tipos de enfermedades crónicas. Si bien a medio plazo los costes económicos de la atención psicológica a este tipo de condiciones pueden parecer un obstáculo, a largo plazo ocurre lo contrario. Los resultados del estudio de Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs (2001) muestran que este tipo de programas mejoran la fatiga, el dolor, las limitaciones en el funcionamiento social, la autoeficacia y los síntomas depresivos, entre otros. Además, los programas de entrenamiento en habilidades de automanejo disminuyen las visitas al hospital en personas con distintas enfermedades crónicas, como la diabetes, la enfermedad pulmonar o la enfermedades cardíacas (Adepoju et al., 2014; Ahn et al., 2013). En consecuencia, este tipo de programas no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que disminuyen la sobrecarga de los recursos que el sistema sanitario ha de destinar a su atención.

Manejar eficazmente la propia enfermedad implica tomar un papel activo en el control del problema de salud así como de sus factores asociados, en lugar de adoptar una actitud pasiva en la cual los sujetos se comportan como si tuviesen una condición aguda en lugar de crónica. Los pacientes que ponen en práctica habilidades de automanejo se marcan metas, elaborando planes de acción (Creer et al., 2004; Schreurs, Colland, Kuijter, de Ridder y Van Elderen, 2003, citados en Swendeman, Ingram, & Rotheram-Borus, 2009), por lo que la resolución de problemas toma un papel fundamental en el abordaje de este tipo de condiciones. Por otro lado, dada la existencia de “círculos viciosos” que se dan entre síntomas como la fatiga, el dolor, las emociones, etc., es fundamental que aprendan cómo identificar esos patrones disfuncionales en sus pensamientos, emociones y conductas, y que empiecen a tomar el control del manejo de su enfermedad. Por otra parte, aunque las investigaciones

tienden a ser específicas de enfermedades concretas (enfermedad pulmonar, enfermedad renal, etc.), la revisión de la literatura realizada por Swendeman et al. (2009) pone de manifiesto que distintas condiciones parecen tener elementos comunes de cara al manejo de la enfermedad. Esto tiene implicaciones importantes, pues contribuye al hecho de que al realizar programas de automanejo los grupos puedan estar compuestos de personas con distintos diagnósticos de enfermedad crónica.

Partiendo del marco conceptual previo, nos propusimos diseñar, aplicar y comprobar la efectividad de un programa de intervención para promover el desarrollo y puesta en práctica de estrategias de autogestión que les ayuden a mejorar sus emociones y repercutan de forma positiva en la calidad de vida.

2.- Metodología

2.1 - Participantes

Participaron un total de 8 personas, 4 hombres y 4 mujeres, de edades comprendidas entre 43 y 66 años ($M=53.63$, $DT=8.73$), con los siguientes diagnósticos: 3 pacientes con lupus, 2 con esclerosis múltiple, 1 con colitis ulcerosa, 1 con artritis reumatoide y 1 con discrasia autoinmune. El tiempo de diagnóstico medio era de 13.38 años ($DT=9.71$).

2.2 - Variables, instrumentos de evaluación y materiales

Se evaluaron las siguientes variables de interés: calidad de vida relacionada con la salud, depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo, estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes y ante situaciones específicas de dolor y autoeficacia percibida para controlar la enfermedad y sus repercusiones. Dichas variables se consideraron variables dependientes en el estudio, cuya variable independiente fue el programa de intervención aplicado. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- *Inventario de depresión de Beck* et al. (1961) (BDI). Consta de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos por medio de 4 opciones de respuesta que identifican la gravedad del síntoma. Los puntos de corte para valorar la intensidad o severidad de la depresión son: estado no depresivo (0-9 puntos); depresión leve (10-18 puntos); depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (30 o más puntos). La consistencia interna de la escala ha sido ampliamente estudiada, mostrando coeficientes alfa de cronbach de entre 0.76 y 0.95.

- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999). Compuesto por 40 ítems, con 4 opciones de respuesta (desde "nada" a "mucho"). Consta de 2 escalas: ansiedad rasgo (20 ítems), que evalúa cómo de ansioso suele sentirse el sujeto en la mayoría de las ocasiones, y ansiedad estado (20 ítems), que evalúa la ansiedad que siente el sujeto en ese momento. Presenta un índice de consistencia interna $\alpha=0.89$ para ansiedad rasgo y $\alpha=0.91$ para ansiedad estado.

- *Cuestionario SF-36*. Validado al castellano por Alonso, Prieto y Antó (1995). Se trata de una escala de amplio uso clínico sobre el estado de salud, y puede aplicarse a diferentes tipos de pacientes y poblaciones para obtener una medida de la calidad de

vida relacionada con la salud. Consta de 36 ítems que evalúan 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. A partir de las subescalas anteriores se obtiene un índice de salud física y otro de salud mental. Para cada una de las dimensiones, los ítems se transforman en una escala que va de 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) a 100 (el mejor estado de salud). Tiene un índice de consistencia interna de alrededor de $\alpha=0.7$ para el test en conjunto y $\alpha \geq 0.9$ para las escalas de función física, rol físico y rol emocional.

- *Escala de autoeficacia percibida para enfermedad crónica (CDSES)* validada al castellano por Lorig, Ritter y Gonzalez (2003). Se trata de un instrumento unidimensional, que consta de 4 ítems que evalúan en qué medida (en una escala del 1 a 10) se percibe el sujeto capaz de afrontar las opciones que se le plantean en relación con su enfermedad. A mayor puntuación, más eficaz se percibe el sujeto para manejar esas situaciones. Tiene una consistencia interna de $\alpha=0.933$.

- *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)*, adaptado a población española por Cano, Rodríguez, & García (2007). Fue diseñado para la evaluación del uso de estrategias de afrontamiento de un individuo ante una gran variedad de situaciones. Consta de 40 ítems que evalúan la frecuencia de utilización de esas estrategias, en una escala tipo Likert de 5 puntos (0="Nada" a 4="Siempre"). Está compuesto por 8 dimensiones: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, retirada social. Al final de la escala se contesta a un ítem adicional que evalúa la autoeficacia percibida del afrontamiento. En cuanto a su interpretación, a mayor puntuación, mayor uso de las estrategias de afrontamiento. Este instrumento muestra un índice de consistencia interna α de entre 0,63 y 0,89.

- *Cuestionario de afrontamiento del dolor crónico (CAD)*, de Soriano & Monsalve (2002): consta de 31 ítems relacionados con lo que el paciente hace cuando tiene dolor. Se le pide que marque la opción con la que se identifique más según una escala tipo Likert de 5 puntos (De 1="Totalmente en desacuerdo" a 5="Totalmente de acuerdo"), teniendo en cuenta el grado en que hace uso de esas estrategias. En el CAD podemos encontrar 6 subescalas, todas ellas con un índice de consistencia interna elevado, lo cual demuestra la fiabilidad de cada una de las subescalas: religión ($\alpha=0.944$), catarsis (búsqueda de apoyo social emocional, $\alpha=0.886$), distracción ($\alpha=0.826$), autocontrol mental ($\alpha=0.817$), autoafirmación ($\alpha=0.791$) y búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental, $\alpha=0.777$).

- *Cuestionario de estrategias de afrontamiento del dolor (CSQ)* adaptado al castellano por Rodríguez, Cano y Blanco (2004). Incluye 39 ítems que evalúan en qué medida se utilizan distintas estrategias ante el dolor (de 0="Nada" a 6="Siempre"). Está formado por 8 subescalas: catastrofización, conductas distractoras, autoinstrucciones, ignorar el dolor, reinterpretar el dolor, esperanza, fe y plegarias, y distracción cognitiva. Su fiabilidad oscila entre $\alpha=0,68$ y $\alpha=0,89$.

El *programa de intervención utilizado* se desarrolló a partir de otros programas de automanejo de la enfermedad crónica y el dolor crónico (Philips, 1991; Lorig y cols., 2006; Moix y M. Kovacs, 2009), y tiene como meta promover el desarrollo de distintas estrategias de automanejo de la enfermedad. Consta de un total de 8 sesiones, de 2

horas cada una en las que se enseña a los participantes las siguientes estrategias: respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, focalización de la atención, realización de planes de acción, promoción del ejercicio físico y uso de la economía de fichas. Para ello se utilizan técnicas como la exposición y justificación, la discusión, el modelado, la solicitud de tareas para casa, feedback y refuerzo.

2.3 - Diseño y procedimiento

En primer lugar se contactó con los responsables del área de promoción de la Salud del Ayto. de Salamanca y se ofertó desde dicho servicio un programa psicoeducativo de automanejo de la enfermedad crónica mediante un anuncio informativo dirigido a las Asociaciones de personas con enfermedades crónicas. A continuación se procedió a citar en los locales de la Casa de las Asociaciones de ayuda mutua a las personas interesadas y a todas aquellas que voluntariamente quisieran colaborar en el estudio. Un total de 20 personas cumplieron, previo consentimiento informado, los distintos instrumentos de evaluación, además de un cuestionario sociodemográfico. Un segundo grupo de 6 manifestaron dificultades de horario en las fechas establecidas, a pesar de su interés en participar, de modo que quedó en lista de espera para posteriores ediciones del programa. Comenzaron el programa de intervención un total de 14 personas que conformaron el grupo de intervención y quedaron en espera un total de 6 personas que conformaron el grupo control. Para valorar la efectividad del programa de intervención aplicado se utilizó un diseño cuasi-experimental comparativo antes-después. Destacar que finalmente para los análisis de comparación antes-después en el grupo intervención sólo se tuvieron en cuenta los datos de 8 personas ya que 4 personas que comenzaron el programa no asistieron a un mínimo del 70% de las sesiones, y 2 que realizaron el programa completo no pudieron ser evaluadas al finalizar el mismo por problemas médicos sobrevenidos.

Una vez finalizado el programa se realizó una segunda evaluación de las variables de interés en el grupo intervención, que está previsto realizar próximamente en el grupo control. Asimismo, aunque al cierre de este trabajo aún no había pasado el periodo de tiempo necesario, están programados dos seguimientos: una evaluación a los 6 meses y otra a los 12, para ver si los resultados se mantienen.

2.4 - Análisis estadísticos

Los análisis se realizaron con el programa de análisis de datos SPSS (versión 21). Para evaluar la efectividad de la intervención se utilizó una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas entre las puntuaciones pre y post del grupo que participó en la intervención. Cuando se disponga de los datos, se realizará la misma prueba de comparación pre-post en el grupo control y una prueba t de diferencia de medias post para muestras independientes entre el grupo con intervención y el grupo control (lista de espera). Finalmente, se llevará a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) entre las puntuaciones de ambos grupos del pre, el post, el primer seguimiento y el segundo seguimiento, para ver si se mantienen los cambios.

3.- Resultados

En cuanto al segundo estudio, y como se puede observar en las tablas 1 y 2, los resultados de la prueba t de comparación pre-post en el grupo de tratamiento, indican la existencia de diferencias significativas, a favor de la evaluación post, para las variables depresión, estrategias de afrontamiento como uso de conductas distractoras y reinterpretar el dolor, y algunas dimensiones de calidad de vida como funcionamiento físico, salud general, salud mental y componente físico estandarizado de calidad de vida. El tamaño del efecto resultó ser medio en la variable conductas distractoras ($d=0.43$) y grande en depresión ($d=0.83$), reinterpretar el dolor ($d=0.99$), funcionamiento físico ($d=0.81$), salud general ($d=0.94$), salud mental ($d=0.95$) y componente físico de calidad de vida ($d=0,69$). No se encontraron diferencias en el resto de las variables. Como se ha indicado previamente, estamos pendientes de realizar las mismas pruebas con el grupo control, así como comparaciones post entre ambos grupos.

	N	M (DT)	t
DEPRESIÓN PRE	8	11.00(6.93)	*4.277
DEPRESIÓN POST	8	6.50(6.97)	
ANSIEDAD ESTADO PRE	8	19.88(11.21)	-1.303
ANSIEDAD ESTADO POST	8	26.00(3.78)	
ANSIEDAD RASGO PRE	8	28.38(7.82)	.039
ANSIEDAD RASGO POST	8	28.25(5.04)	
AUTOEFICACIA PERCIBIDA PRE	8	21.75(7.70)	-1.609
AUTOEFICACIA PERCIBIDA POST	8	25.63(6.61)	
SF-36 FUNCIONAMIENTO FÍSICO PRE	7	47.14(27.82)	*-4.666
SF-36 FUNCIONAMIENTO FÍSICO POST	7	68.57(25.45)	
SF-36 ROL FÍSICO PRE	8	40.63(49.89)	-1.433
SF-36 ROL FÍSICO POST	8	62.50(46.29)	
SF-36 DOLOR CORPORAL PRE	8	56.13(28.84)	-1.346
SF-36 DOLOR CORPORAL POST	8	62.50(35.11)	
SF-36 SALUD GENERAL PRE	8	31.38(18.60)	*-3.227
SF-36 SALUD GENERAL POST	8	52.25(26.71)	
SF-36 VITALIDAD PRE	8	55.00(21.38)	-1.926
SF-36 VITALIDAD POST	8	63.13(25.77)	
SF-36 FUNCIONAMIENTO SOCIAL PRE	8	67.19(24.94)	-2,017
SF-36 FUNCIONAMIENTO SOCIAL POST	8	82.81(21.06)	
SF-36 ROL EMOCIONAL PRE	8	79.17(24.80)	-.314
SF-36 ROL EMOCIONAL POST	8	83.33(35.63)	
SF-36 SALUD MENTAL PRE	8	69.50(17.36)	*-2,826
SF-36 SALUD MENTAL POST	8	83.00(12.78)	
SF-36 COMPONENTE FÍSICO ESTANDARIZADO PRE	7	32.01(11.63)	*-5.285
SF-36 COMPONENTE FÍSICO ESTANDARIZADO POST	7	40.18(12.66)	
SF-36 COMPONENTE MENTAL ESTANDARIZADO PRE	7	49.76(9.74)	-1.334
SF-36 COMPONENTE MENTAL ESTANDARIZADO POST	7	53.11(6.96)	

* $p<.05$

Tabla 1. Diferencias de medias antes y después de la intervención para variables emocionales, autoeficacia y calidad de vida

	N	M(DT)	t
CATASTROFISMO PRE	8	11.63(4.93)	1.403
CATASTROFISMO POST	8	10.13(6.03)	
CONDUCTAS DISTRACTORAS PRE	8	17.63(7.41)	*-2.806
CONDUCTAS DISTRACTORAS POST	8	20.63(7.71)	
AUTOINSTRUCCIONES PRE	6	15.33(6.71)	-1.823
AUTOINSTRUCCIONES POST	6	19.00(6.96)	
IGNORAR EL DOLOR PRE	8	19.50(7.69)	-1.116
IGNORAR EL DOLOR POST	8	21.75(6.18)	
REINTERPRETAR EL DOLOR PRE	7	13.71(5.41)	*-3.182
REINTERPRETAR EL DOLOR POST	7	19.43(7.02)	
ESPERANZA PRE	8	8.13(4.05)	-2.195
ESPERANZA POST	8	10.00(4.11)	
FE Y PLEGARIAS PRE	8	5.38(6.78)	-.196
FE Y PLEGARIAS POST	8	5.63(6.59)	
DISTRACCIÓN COGNITIVA PRE	8	10.38(3.38)	-.798
DISTRACCIÓN COGNITIVA POST	8	10.88(3.14)	
RELIGIÓN PRE	8	18.88(8.46)	-.071
RELIGIÓN POST	8	19.00(7.69)	
CATARSIS PRE	8	16.25(4.68)	.119
CATARSIS POST	8	16.00(4.63)	
DISTRACCIÓN CAD PRE	8	16.50(6.95)	2.284
DISTRACCIÓN CAD POST	8	13.38(4.87)	
AUTOCONTROL MENTAL PRE	8	15.75(3.80)	1.343
AUTOCONTROL MENTAL POST	8	13.25(4.65)	
AUTOAFIRMACIÓN PRE	8	10.75(3.41)	.798
AUTOAFIRMACIÓN POST	8	10.00(2.83)	
BÚSQUEDA INFORMACIÓN (APOYO SOCIAL INSTRUMENTAL) PRE	8	11.25(3.45)	-1.178
BÚSQUEDA INFORMACIÓN (APOYO SOCIAL INSTRUMENTAL) POST	8	12.13(2.47)	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PRE	8	11.63(3.50)	-.215
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS POST	8	11.88(4.05)	
AUTOCRÍTICA PRE	8	7.63(5.07)	1.240
AUTOCRÍTICA POST	8	5.88(5.49)	
EXPRESIÓN EMOCIONAL PRE	8	9.00(3.02)	1.512
EXPRESIÓN EMOCIONAL POST	8	7.00(1.60)	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO PRE	8	12.75(4.17)	1.627
PENSAMIENTO DESIDERATIVO POST	8	11.13(4.52)	
APOYO SOCIAL PRE	7	9.43(4.24)	.810
APOYO SOCIAL POST	7	8.43(3.31)	
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PRE	8	10.38(4.69)	.598
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA POST	8	11.13(4.91)	
EVITACIÓN DE PROBLEMAS PRE	8	9.75(3.85)	.221
EVITACIÓN DE PROBLEMAS POST	8	9.50(3.25)	
RETIRADA SOCIAL PRE	8	10.00(3.54)	1.256
RETIRADA SOCIAL POST	8	8.75(3.01)	

*p<.05

Tabla 2. Diferencias de medias antes y después de la intervención para estrategias de afrontamiento

4.- Discusión y conclusiones

Como hemos expuesto previamente, se observa una mejoría significativa en los síntomas depresivos, algunas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y algunas estrategias de afrontamiento después de la intervención. Si bien debemos ser cautos al interpretar estos datos, al no disponer de los resultados obtenidos por el grupo control, la dirección de los mismos apunta la importancia de este tipo de intervenciones en las personas con enfermedad crónica. Las mejoras en la calidad de vida percibida son consistentes con las encontradas en otras investigaciones, como el de Coleman et al. (2012), en el que se ven incrementadas las puntuaciones en distintas dimensiones del SF-36. Asimismo, la disminución de los síntomas depresivos también ha sido encontrada en otros estudios utilizando este tipo de intervenciones como es el caso de Park et al. (2013). En cuanto a las diferencias en estrategias de afrontamiento, no ha llegado a nuestro conocimiento ninguna intervención de estas características que refleje diferencias en la dimensión reinterpretar el dolor, efecto que sí se dan en nuestro estudio y que puede ser de gran importancia teniendo en cuenta el gran deterioro en el funcionamiento que supone el dolor crónico en este tipo de pacientes. No obstante, sí que es cierto que otros investigadores, como es el caso de Jiang & He (2012) sí que muestran al igual que en nuestro caso, cambios en conductas distractoras, al tiempo que logran otras mejoras como la de disminuir el catastrofismo.

No obstante, llaman la atención algunos resultados inesperados como la ausencia de diferencias significativas en ansiedad, autoeficacia percibida o catastrofismo antes y después de la intervención. Esto difiere de los resultados de otros estudios (Lorig et al., 2001; Zimmermann et al., 2014) que obtienen claros beneficios en autoeficacia en este tipo de intervenciones, así como con otros que producen mejoras en los niveles de ansiedad (Park et al., 2013) o catastrofismo (Jiang et al., 2012). Sugerimos que el hecho de que en esta ocasión no haya sido así puede deberse a dos cosas: al reducido tamaño de la muestra y al poco tiempo transcurrido entre la primera y la segunda evaluación, ya que en dos meses no han tenido tiempo suficiente para consolidar la práctica de todas las habilidades aprendidas y sentirse capaces de llevarlas a cabo con total seguridad.

Dadas las limitaciones que tienen los estudios, como son el reducido número de muestra y la ausencia de datos en este momento del grupo control, estos resultados han de ser tomados con cautela. En futuras investigaciones deberán utilizarse tamaños muestrales más amplios, así como disponer de datos de grupo control lista de espera para poder atribuir los cambios observados a la intervención. Además, dado que la recogida de datos en ambos estudios ha sido realizada únicamente con miembros de asociaciones de enfermedades crónicas, sería recomendable que futuros estudios se realizasen con más muestras con este tipo de patologías (como por ejemplo, en contextos hospitalarios o de atención primaria).

Es importante destacar que si se desea saber por qué funcionan este tipo de programas, futuros estudios podrán, recurriendo al desmantelamiento de las distintas estrategias del tratamiento (aplicando el programa eliminando estrategias para comparar los efectos que tiene con y sin su uso), analizar qué elementos de la intervención son necesarios, suficientes o facilitadores del cambio. Por otro lado, dado

el auge de las nuevas tecnologías y sus beneficios a la hora de facilitar diversas actividades y estrategias, podría valorarse la inclusión de este tipo de recursos como apoyo a este tipo de intervenciones, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona.

Debido a la prevalencia de las enfermedades crónicas en la actualidad y sus repercusiones, así como la utilidad de este tipo de programas en diversos aspectos relevantes de los pacientes, es recomendable fomentar el uso de los mismos. La intervención que se propone parece aportar efectos beneficiosos para el bienestar de las personas con condiciones de salud crónicas, por lo que su aplicación es recomendable en contextos socio-sanitarios. En definitiva, y basándonos en lo expuesto previamente, las implicaciones de este estudio merecen ser tomadas en consideración dada la importancia de este tipo de enfermedades y del impacto de los aspectos estudiados a nivel no solo personal, sino también familiar, económico y social.

Bibliografía

- Adepoju, O. E., Bolin, J. N., Phillips, C. D., Zhao, H., Ohsfeldt, R. L., McMaughan, D. K., Helduser, J.W., Forjuoh, S. N. (2014). Effects of diabetes self-management programs on time-to-hospitalization among patients with type 2 diabetes: A survival analysis model. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 111–117. doi:10.1016/j.pec.2014.01.001
- Ahn, S., Basu, R., Smith, M. L., Jiang, L., Lorig, K., Whitelaw, N., & Ory, M. G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*, 13(1), 1141.
- Alonso J., Prieto L., Antó J. M. La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de salud SF36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *MedClin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
- Araña-Suárez, S. (2011) Trastornos musculoesqueléticos, psicopatología y dolor. Programa Nacional de I+D+i, FIPROS 2009/38, Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC; Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Gobierno de España. Madrid. Recuperado el 19 de mayo de 2014, de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143942.pdf>
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cano, F. J., Rodríguez Franco, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(1), 29–39.
- Coleman, S., Briffa, N. K., Carroll, G., Inderjeeth, C., Cook, N., & McQuade, J. (2012). A randomised controlled trial of a self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered by health care professionals. *Arthritis Res Ther*, 14(1), R21. doi: 10.1186/ar3703

- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, *69*(2), 153–166. doi:10.1037/a0035747
- Fortin, M., Chouinard, M. C., Bouhali, T., Dubois, M., Gagnon, C., & Bélanger, M. (2013). Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Services Research*, *13*(1), 132.
- Freire, M., Rodríguez, J., Möller, I., Valcárcel, A., Tornero, C., Díaz, G., Armendazáriz, Y., & Paredes, S. (2011). Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatología Clínica*, *7*(1), 20–26. doi:10.1016/j.reuma.2010.03.003
- Hincapié, M. E., Suárez, J. C., Pineda, R., & Anaya, J. M. (2009). Calidad de vida en esclerosis múltiple y otras enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes. *Revista de Neurología*, *48*(5). Recuperado el 8 de marzo de 2014, de http://www.coloquiodiscapacidad.com/investigaciones/phocadownload/Salud-vida-y-funcionamiento-humano/hincapie_otros_2009.pdf
- Jiang, X., & He, G. (2012). Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression, and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Research in Nursing & Health*, *35*(4), 409–418. doi:10.1002/nur.21483
- Lorig, K.R., & Harrison, P. (Eds.) (2006). Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. (3rd ed.) *Boulder: Bull Publishing Company*.
- Lorig, K. R., Ritter, P.L., Gonzalez, V.M (2003). Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs Res*, *52*: 361–9.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, *4*(6), 256–262.
- Moix, J., & M. Kovacs, F. (2009). Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico Ed. Paidós
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. *Ginebra: OMS*.
- Park, M. J., Green, J., Ishikawa, H., Yamazaki, Y., Kitagawa, A., Ono, M., Yakusata, F., Kiuchi, T., Laks, J. (2013). Decay of Impact after Self-Management Education for People with Chronic Illnesses: Changes in Anxiety and Depression over One Year. *PLoS ONE*, *8*(6), e65316. doi:10.1371/journal.pone.0065316
- Philips, H. Clare (1991). El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide
- Rodríguez, L., Cano, F. J., Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*(2), 82-91.

- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 9(1), 13–22.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1999). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA, Ediciones. (Trabajo original publicado en 1970)
- Swendeman, D., Ingram, B. L., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. *AIDS Care*, 21(10), 1321–1334. doi:10.1080/09540120902803158
- Vicente-Herrero, M. T., Terradillos, M. J., Capdevila, L. M., Ramírez Iñiguez, M., & López-González, Á. A. (2013). Costs of temporary disability in Spain related to diabetes mellitus and its complications. *Endocrinología Y Nutrición (English Edition)*, 60(8), 447–455.
- Winters, C. A., Cudney, S., & Sullivan, T. (2010). Expressions of depression in rural women with chronic illness. *Rural & Remote Health*, 10(4). Recuperado el 23 de marzo de 2014, de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=14456354&AN=57827873&h=HmuQpIMNemQkOfu6iCkjVTBpEq4CeHQ93hVbY4C%2F0gbp6pMKSOvKV4KfjD4Gn8xSjYdY8BOq1dCxI5xxe5%2B8A%3D%3D&crl=c>
- Zimmermann, T., Puschmann, E., Ebersbach, M., Daubmann, A., Steinmann, S., & Scherer, M. (2014). Effectiveness of a primary care based complex intervention to promote self-management in patients presenting psychiatric symptoms: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 2.