

Trabajo fin de Grado en Psicología



Evaluación e intervención psicológica en pacientes con lumbalgia crónica atendidos en el hospital Arnau de Vilanova (Valencia).

Jessica Gregori Coronado 20059330-H

Tutora: Azucena García Palacios

Convocatoria: Junio

Firma de la tutora:

Firma de la estudiante:

Índice

◇ Resumen/Abstract

◇ Introducción

- Concepto de dolor
- Dolor Crónico
- Lumbalgia Crónica
- *Definición, características clínicas y datos epidemiológicos*
- *Tratamiento multidisciplinar de la lumbalgia crónica*
- *Tratamiento psicológico de la lumbalgia crónica*

◇ Metodología

- Objetivos e hipótesis
- Participantes
- Instrumentos
- Programa de tratamiento
- Procedimiento
- Análisis estadístico

◇ Resultados

◇ Discusión

◇ Conclusiones

◇ Extended Summary

◇ Bibliografía

Resumen:

El dolor lumbar crónico, síndrome del dolor crónico más común en Europa, consiste en un dolor persistente de los músculos localizados en la zona lumbar que supera los tres meses de duración. Las intervenciones psicológicas son efectivas, solas o como parte de una intervención multidisciplinar, tanto para la lumbalgia crónica de etiología conocida como desconocida.

En esta investigación se puso a prueba de forma preliminar un programa de tratamiento cognitivo-conductual para determinar su eficacia en variables asociadas a la mejora de la calidad de vida de 12 pacientes con lumbalgia crónica, atendidos en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

Los resultados mostraron una mejora en la calidad de vida de los pacientes, principalmente en: aspectos sensoriales del dolor como la intensidad e incapacidad física, aspectos emocionales del dolor como los síntomas de ansiedad y depresión, y aspectos cognitivos como las creencias de miedo / evitación hacia el trabajo / actividad física y catastrofización.

Palabras clave: dolor crónico, lumbalgia crónica, intervención psicológica, tratamiento cognitivo-conductual.

Abstract:

Chronic low back pain, the most common chronic pain syndrome in Europe, consists of a persistent pain in the muscles located in the lower back that exceeds three months. Psychological interventions are effective, alone or as part of a multidisciplinary intervention, for chronic low back pain both of known and unknown etiology.

This research tested preliminary a cognitive behavioral therapy program to determine its efficacy in variables associated to improving the quality of life of 12 patients with chronic low back pain, treated at the Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

The results showed an improvement in the patients' quality of life, especially in: sensory aspects of pain such as intensity and disability, emotional aspects of pain such as symptoms of anxiety and depression, and cognitive aspects such as fear / avoidance beliefs towards work / physical activity and catastrophizing.

Keywords: chronic pain, chronic low back pain, psychological intervention, cognitive-behavioral therapy.

Introducción:

Concepto de Dolor

Aportaciones teóricas en el siglo XX revolucionaron la concepción científica del dolor, que pasó de ser considerado una mera sensación física a *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o potencial o descrita en términos de la misma”* (IASP, 1986).

Una de las aportaciones teóricas más importantes en el progreso de una concepción unidimensional a una concepción multidimensional del dolor es la Teoría de la Compuerta o *Gate Control Theory* (Melzack y Wall, 1965), en la que se reconoce el dolor como una experiencia perceptiva subjetiva resultante de la interacción factores biológicos, psicológicos y sociales.

Dicha teoría, con amplio apoyo empírico en la actualidad, representa un cambio en la concepción de los mecanismos implicados en el dolor al conceder importancia tanto al sistema periférico como al sistema central en la modulación del dolor. Según estos autores, ya no se podría hablar solamente de una relación entre la magnitud de la lesión y la experiencia de dolor, sino que sería necesario tener en cuenta la presencia de un mecanismo de modulación del dolor tanto a nivel medular como a nivel cerebral.

Por lo que esta teoría, propone una base biológica para explicar la influencia de los aspectos psicológicos en la experiencia de dolor y, de este modo, permite la aproximación psicológica a la comprensión y tratamiento del dolor.

Tradicionalmente, el dolor se ha clasificado en dolor agudo y dolor crónico:

El dolor agudo se produce por la lesión de un determinado tejido que altera los receptores nociceptivos correspondientes y sus conexiones con el sistema nervioso.

El dolor crónico puede estar también originado por una lesión, pero a diferencia del dolor agudo se mantiene debido a factores patogénicos y físicos muy alejados de la causa original (Turk y Okifuji, 2002).

Dolor crónico

Según la encuesta *Pain in Europe* (Breivik, 2006), en la cual se entrevistaron a 46.000 personas correspondientes a 16 países europeos, uno de cada cinco adultos sufre de dolor crónico (el 56 % de estos son mujeres) y en uno de cada tres hogares existe algún miembro de la familia que lo padece.

El dolor crónico se caracteriza por tener una duración permanente (como mínimo tres o seis meses), sin lesión tisular aparente o una vez esta ya haya desaparecido, y por ser resistente a la terapia médica convencional.

El dolor crónico constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la asistencia sanitaria debido a que se ven mermadas numerosas áreas (personal, social y laboral) de la vida del paciente y de sus familiares. Para estos pacientes el dolor se convierte en el centro de sus vidas y al igual que los familiares se sienten cada vez más desesperados y angustiados, tanto por los costes médicos como por las bajas laborales (Breivik, 2006).

Actualmente, existe suficiente evidencia empírica que demuestra que el dolor crónico puede ser tratado de forma adecuada. Los estudios ponen de manifiesto que una correcta valoración biopsicosocial (biológica, psicológica y social) y un plan terapéutico multidisciplinar mejoran el dolor crónico en lo que respecta a la disminución del dolor, pero sobre todo en lo referente a aspectos psicológicos y funcionales (Flor, Fydrich y Turk, 1992).

Por tanto, lo más adecuado es que el paciente que sufre este problema sea atendido por un equipo interdisciplinar de profesionales y reciba tanto tratamiento médico y fisioterapéutico como psicológico (Moix y Casado, 2011).

Pese a estas recomendaciones, en el año 2008 Carlos Barutell, director de la Sociedad Española del Dolor, afirmaba que son pocas las clínicas en las que participan profesionales de distintas disciplinas (sólo un 40% contaba con la colaboración de un psicólogo y en la gran mayoría de los casos este no trabajaba a tiempo completo).

Según Miró (2003), generalmente, los equipos interdisciplinares suelen llevar a cabo sus intervenciones en grupo y de forma programada. Sin embargo, el tratamiento en grupo es menos flexible y, por ello, se suelen hacer entrevistas para determinar si un paciente es un buen candidato para el tratamiento que ofrecen.

Este autor señala algunas de las razones que justifican la actividad grupal como técnica fundamental para ayudar a los pacientes con dolor:

1. Compartir problemas entre los pacientes.
2. Ahorrar recursos: tiempo, esfuerzo e impacto económico del tratamiento.
3. Compartir experiencias entre los pacientes.
4. Disminuir la sensación de aislamiento.
5. Trabajar con una perspectiva complementaria a la individual.

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico, representa el tratamiento principal para el alivio del dolor crónico. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) propone un plan terapéutico para el dolor crónico consistente en la utilización de analgésicos periféricos y opioides débiles o potentes. Además, se puede hacer uso de algunos fármacos que pueden comportarse como analgésicos (antidepresivos, anticonvulsivantes, corticoides, etc.).

Por lo que respecta al tratamiento psicológico, se centra no en eliminar el dolor sino en enseñar a los pacientes que pueden llevar una vida más satisfactoria a pesar de ello, proporcionándoles un sentido de autoeficacia y de autocontrol (Miró, 2003).

El tratamiento psicológico que ha demostrado más eficacia es el cognitivo-conductual, el cual se ha aplicado con éxito a los principales síndromes de dolor crónico: lumbalgia crónica, fibromialgia, dolor reumático y cefaleas crónicas (Eccleston, Williams, y Morley, 2009). Sin embargo, a pesar de su demostrada eficacia, todavía no se aplica de manera sistemática en las clínicas y hospitales de nuestro país.

Lumbalgia crónica

Este trabajo se centró en la lumbalgia crónica, que es el más común de los síndromes del dolor crónico en Europa (Breivik y cols., 2006). Sin embargo, su etiología es multicausal y es difícil obtener un diagnóstico preciso (Van Tulder y Koes, 2006).

Definición, características clínicas y datos epidemiológicos

La lumbalgia crónica es considerada un dolor persistente de los músculos que se encuentran en la parte baja de la espalda, específicamente en la zona lumbar, que supera los tres meses de duración y que en el 80% de los casos es de causa inespecífica. Es decir, los pacientes que la sufren no presentan patología adicional de la columna lumbar y si la ha habido ya se ha tratado de forma adecuada (Moix y cols., 2006.)

En la lumbalgia crónica, a diferencia de la lumbalgia aguda en la cual el dolor dura menos de tres meses y evoluciona favorablemente con tratamiento farmacológico, los factores cognitivos, emocionales, conductuales y sociales influyen de manera decisiva en el mantenimiento del dolor (Casado, Moix y Vidal, 2008).

La incidencia y prevalencia del dolor lumbar en la población general es muy elevada. Existen datos globales que indican que entre el 60-85% de la población ha padecido, por lo menos, un episodio de lumbalgia a lo largo de su vida. Además, indican que la mayoría de los episodios de lumbalgia ocurría entre los 35-55 años y que no parecía haber unas claras diferencias entre sexos (Muñoz-Gómez, 2003).

En Europa la prevalencia anual del dolor lumbar es del 25-45% terminando con dolor crónico entre el 2-7%. Además, es responsable de entre el 10-15% de bajas en el trabajo ya que a los seis meses la probabilidad de volver al trabajo es del 50%, al año es del 20% y a los dos años es prácticamente nula (Muñoz-Gómez, 2003). Este sentimiento de incapacidad en los pacientes que lo sufren hace que frecuentemente se asocie a trastornos de ansiedad y depresivos (Sullivan y cols., 1992).

El dolor lumbar es el segundo motivo de consulta médica, después de las infecciones del tracto respiratorio superior, la principal causa de discapacidad entre las personas menores de 45 años y la tercera causa de discapacidad entre las personas mayores de 45 años (Muñoz-Gómez, 2003).

En cuanto a la repercusión económica del dolor lumbar es muy elevada. El 80% del gasto sanitario por lumbalgia es consumido por un 10% de pacientes con lumbalgia crónica. En España los costes médicos asociados a la lumbalgia superan los 600 millones de euros/año (Ayats y cols., 2011).

Según Fayad (2004), la búsqueda de factores de riesgo que indica la posibilidad de sufrir una lumbalgia crónica, es uno de los temas de estudio más importantes, ya que permitiría la identificación precoz de los sujetos con riesgo y realizar un tratamiento preventivo sobre ellos que redujera su incapacidad. Todos los estudios confirman que el principal factor de riesgo de la cronificación es la presencia de episodios anteriores de lumbalgia. Además, confirman que los factores sociales, psicológicos y laborales son más importantes que los físicos.

Tratamiento multidisciplinar de la lumbalgia crónica

La evidencia empírica pone de manifiesto que para tratar la lumbalgia crónica se requiere un plan terapéutico multidisciplinar en el que se destaca la realización de ejercicio físico como complemento a la terapia médica convencional (Van Tulder y cols., 2002).

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico, está recomendado el uso en periodos cortos de AINE (antiinflamatorios no esteroideos) y en algunos casos opioides débiles. Existe menos evidencia en el uso de relajantes musculares y antidepresivos tricíclicos (Ayats y cols., 2011).

Actualmente, existen datos globales que indican que el 69% de los pacientes en asistencia primaria son tratados con AINE, el 35% con relajantes musculares, el 12% opioides débiles y el 20% no son medicados. Además, el uso de antidepresivos tricíclicos se considera tratamiento coadyuvante a otros fármacos (Ayats y cols., 2011).

Por lo que respecta a la realización de ejercicio físico, concretamente los ejercicios aeróbicos que son más eficaces que los de flexión lumbar, reduce el dolor e incapacidad a corto plazo y permite la reincorporación laboral en la mayoría de los casos. De hecho, para la prevención de recaídas, se aconseja a los pacientes que realicen ejercicios que les mantengan físicamente activos y que lleven el estilo de vida más normal que puedan (Ayats y cols., 2011).

En aquellos ámbitos en los que estén disponibles programas que combinen ejercicio y tratamiento cognitivo-conductual no se recomienda la cirugía, puesto que dichos programas obtienen resultados similares con menores riesgos y mayor eficiencia. No obstante si, a pesar de ello, persiste el dolor lumbar grave; se recomienda consultar con un especialista para que evalúe la pertinente o no opción quirúrgica (Ayats y cols., 2011).

Tratamiento psicológico de la lumbalgia crónica

Las intervenciones psicológicas, mediante tratamientos cognitivo-conductuales, para el tratamiento del dolor crónico son efectivos tanto en la lumbalgia como en otras condiciones que cursan con dolor músculo esquelético y requieren que el paciente participe activamente para su recuperación (Nelson y Weir, 2001).

En este sentido, el tratamiento cognitivo-conductual en grupo constituye el programa de tratamiento más adecuado para reducir el dolor y la discapacidad en pacientes con lumbalgia crónica (Nicholas y cols., 1992). Incluye fases de intervención con contenidos educativos, adquisición de habilidades, generalización y mantenimiento de los contenidos cognitivos-conductuales adquiridos. El objetivo de este tratamiento es el control del dolor y, de este modo, facilitar la realización de actividades ordinarias del paciente (laboral, social, física, etc.).

Un estudio efectuado por Hoffman y cols. (2007) con técnicas meta-analíticas mostró que las intervenciones psicológicas son efectivas, ya sean solas o como parte de una intervención multidisciplinar, para el dolor lumbar crónico de etiología conocida y desconocida.

Los resultados de dicho estudio proporcionan apoyo en la eficacia de tratamientos cognitivos-conductuales para la reducción de la intensidad y la interferencia del dolor, la depresión, la discapacidad y para el aumento de la calidad de vida en personas con lumbalgia crónica.

Un aspecto importante a tener en cuenta es el retorno del paciente al ámbito laboral ya que está considerado como el criterio de mejor efectividad en las intervenciones con pacientes que presentan lumbalgia crónica (Ozguler y cols., 2004).

Por lo que los enfoques multidisciplinarios que incluyen un componente psicológico muestran efectos positivos, en pacientes con dolor lumbar crónico, a corto plazo sobre la interferencia del dolor y a largo plazo sobre el retorno al trabajo (Hoffman y cols., 2007).

En este trabajo, para la intervención psicológica en pacientes con lumbalgia crónica se desarrolló un programa de tratamiento cognitivo-conductual con los siguientes componentes (se explicarán detalladamente en “Metodología”):

1. Psicoeducación sobre el dolor desde una perspectiva multidimensional,
2. Mindfulness: fomentar un foco de atención más amplio, no centrado únicamente en el dolor, y aceptar las experiencias presentes sin emitir juicios,
3. Terapia conductual: realización de actividades agradables y equilibrio descanso-actividad como táctica de aumento de emociones positivas,
4. Terapia cognitiva: decatastrofización de pensamientos negativos relacionados con el dolor,
5. Relajación: promover la relajación (respiración diafragmática, relajación autógena e imaginación guiada) como estrategia de afrontamiento del estrés,
6. Prevención de recaídas.

Metodología:

Objetivos:

El objetivo planteado es el siguiente:

- Poner a prueba de forma preliminar el programa de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado en esta investigación, para determinar su eficacia en variables asociadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia crónica atendidos en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

Variables:

Las variables de resultado utilizadas para esta investigación son las siguientes:

Primarias:

- Intensidad del dolor,
- Incapacidad física.

Secundarias:

- Sintomatología de ansiedad,
- Sintomatología depresiva,
- Creencias de miedo y evitación conductual,
- Catastrofización.

Hipótesis:

Las hipótesis a contrastar son las siguientes:

- La intervención psicológica producirá una reducción estadísticamente significativa en las variables de resultado primarias: intensidad del dolor e incapacidad física producida por la lumbalgia crónica.
- La intervención psicológica producirá una reducción estadísticamente significativa en las variables de resultado secundarias relacionadas con sintomatología de ansiedad y depresión en la lumbalgia crónica.
- La intervención psicológica producirá una reducción estadísticamente significativa en variables de resultado secundarias relacionadas con el aspecto cognitivo de la lumbalgia crónica: creencias de miedo y evitación conductual y catastrofización.

Participantes

La investigación se llevó a cabo con pacientes diagnosticados de lumbalgia crónica que acudían al Servicio de Rehabilitación del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

Para participar en el programa de tratamiento cognitivo-conductual se establecieron distintos criterios de inclusión y exclusión, los cuales se describen a continuación:

Inclusión:

- Personas diagnosticadas de lumbalgia crónica,
- Que presentasen una duración del dolor lumbar de, al menos, seis meses,
- Con edad comprendida entre 20-65 años,
- Remitidas desde atención primaria o especializada (consultas de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación),
- Que aceptaran participar en la investigación y se comprometiesen a acudir a las sesiones establecidas.

Exclusión:

- Personas con enfermedad mental grave,
- Con abuso o dependencia de sustancias,
- Que estuviesen incapacitados o sufrieran retraso mental/analfabetismo para comprender los contenidos de las sesiones y cumplimentar los cuestionarios,
- Con claudicación neurógena o déficit neurológico, antecedente de fractura vertebral, cirugía lumbar previa, espondilodiscitis, tumor en la columna vertebral o estructuras nerviosas,
- Que estuviesen bajo tratamientos psicológicos o psiquiátricos paralelos.

La muestra final incluyó 12 pacientes, de los cuales un 75% eran mujeres y un 25% hombres, con edades comprendidas entre 41-65 años (M=54,50 SD=6'57).

Respecto a los datos clínicos, todos los pacientes presentaban una duración del dolor comprendida entre 3-192 meses (M=61,75 SD=52,50). Sin embargo, diferían en el tratamiento farmacológico ya que un 66'7% tomaba AINEs (antiinflamatorios no esteroideo) de forma regular y un 25% de forma no regular; un 8'3% restante tomaba otro tipo de fármaco como la pregabalina (Lyrica).

En la Tabla 1 se pueden observar algunos datos sociodemográficos relevantes de estos pacientes:

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los pacientes

Nivel educativo	Sin estudios	16'7%
	Básicos	16'7%
	Medios	25%
	Superiores	41'7%
Situación familiar	Casado	50%
	Separado	8'3%
	Divorciado	25%
	Con pareja	16%
Profesión	Sin trabajo	33'3%
	Trabajo de oficina	25%
	Trabajo físico	24'9%
	Auxiliares	16'6%
Actividad física	Sedentario	8'3%
	Sedentario con deambulación	25%
	Esfuerzo físico ligero	41'7%
	Esfuerzo físico intenso	25%

Instrumentos

Para realizar las evaluaciones pre-tratamiento y pos-tratamiento se utilizaron los siguientes cuestionarios, inventarios y escalas:

- **Escala numérica (EN):** Escala numerada del 0-10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 la mayor intensidad de dolor. El paciente selecciona el número que describe mejor la intensidad de dolor en la última semana.
- **Cuestionario Roland-Morris, versión española (Kovacs, Llobera y Gil, 2002):** Cuestionario que contiene una lista de 24 frases que permite determinar el grado de incapacidad física (limitación en la realización de las actividades cotidianas) derivada del dolor. El paciente selecciona aquellas frases que describen mejor como se ha encontrado durante la última semana.

- ***Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (Zigmond y Snaith, 1983):*** Escala que contiene una lista de 14 ítems, integrada por dos subescalas (una de ansiedad y otra de depresión), que evalúan síntomas de depresión y ansiedad. El paciente selecciona, para cada ítem, la alternativa de respuesta que describe mejor como se ha sentido durante la última semana.
- ***Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire – FABQ (Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993):*** Cuestionario que contiene una lista de 16 ítems, integrado por dos subescalas (una de actividad física y otra de trabajo), que permite predecir aquellos pacientes con una conducta de evitación alta. El paciente selecciona, para cada ítem, el grado de acuerdo (0 es “totalmente desacuerdo” y 6 es “totalmente de acuerdo”) sobre como la actividad física y el trabajo afectan o afectarían a su dolor.
- ***Pain Catastrophizing Scale – PCS (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995):*** Escala de 13 ítems que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. El paciente selecciona, para cada ítem, el grado (0 es “nada” y 4 es “muchísimo”) en que tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

Para realizar las evaluaciones sobre la satisfacción con el tratamiento se utilizó la siguiente escala:

- ***Escala de satisfacción con el tratamiento:*** Escala de 8 ítems que describe la opinión de los pacientes sobre el tratamiento recibido una vez finalizado este.

En el Anexo 1 se pueden observar dichos cuestionarios y escalas.

Programa de tratamiento

El protocolo de intervención psicológica fue diseñado de acuerdo a las indicaciones de la literatura científica, incluyendo componentes que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la lumbalgia crónica (Hoffman y cols., 2007).

Los componentes del programa de tratamiento cognitivo-conductual nombrados en el apartado de “Introducción”, para su aplicación en grupos de pacientes con lumbalgia crónica con una duración de seis semanas (una sesión semanal de 2 horas), se explican detalladamente a continuación:

- **Psicoeducación:** Se explica que es el dolor crónico desde una perspectiva multidimensional, haciendo énfasis en el papel importante de los aspectos psicológicos (emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos).
- **Mindfulness:** Se explica que son las técnicas de toma de consciencia, haciendo énfasis en su papel importante en la experiencia de dolor.
La parte práctica consiste en realizar una serie de ejercicios donde los pacientes deben redireccionar su atención hacia estímulos externos y la inclusión de aquellos que más les convenga en su día a día.
- **Terapia conductual:** Se explica cómo un nivel de actividad inadecuado, debido a la experiencia de dolor, dificulta el acceso a situaciones satisfactorias y repercute emocionalmente incrementando las emociones negativas. Además, se transmite la necesidad de reservar espacios del día para realizar actividades agradables que incrementen las emociones positivas.
La parte práctica consiste en elaborar un listado de actividades agradables para cada paciente y un registro para la inclusión de éstas en su día a día.
- **Terapia cognitiva:** Se explica, mediante ejemplos, como las interpretaciones de los acontecimientos influyen en las emociones y conductas. Además, se enseña a identificar y reevaluar los pensamientos negativos por otros más realistas, haciendo énfasis en su importancia en la experiencia de dolor.
La parte práctica consiste en registrar los pensamientos automáticos que provocan emociones y conductas negativas en el día a día de cada paciente y en sustituirlos por otros más resilientes que provoquen emociones y conductas positivas.
- **Relajación:** Se explica los beneficios físicos y psicológicos que produce la relajación, haciendo énfasis en el círculo vicioso entre dolor y tensión, y se describen las condiciones óptimas para llevarla a cabo.
La parte práctica consiste en realizar una serie de estrategias de relajación y la inclusión de aquellas que más convenga a cada paciente en su día a día.

- **Prevención de recaídas:** Se explica de manera general las técnicas aprendidas y su utilidad. Además, se hace un recorrido por la evolución de cada paciente, haciendo énfasis en el progreso y reforzando el esfuerzo empleado.

Para finalizar, se resuelven dudas y se les anima a que sigan practicando las técnicas aprendidas.

En la primera sesión se llevan a cabo las siguientes tareas:

1. Presentación de los terapeutas y de los pacientes.
2. Descripción breve del programa de tratamiento.
3. Explicación de la estructura y normas de la terapia grupal.
4. Presentación de los registros de dolor y, posteriormente, de la agenda de la sesión.
5. Explicación teórica de la temática de la propia sesión con algunos ejercicios prácticos.
6. Propuesta de tareas para casa que pongan en práctica lo aprendido durante la sesión.

En las posteriores sesiones se llevan a cabo las siguientes tareas:

1. Introducción y presentación de la agenda de la sesión.
2. Revisión de tareas para casa para resolver las dudas que hayan podido surgir respecto a la sesión anterior.
3. Explicación teórica de la temática de la propia sesión, seguida de diferentes ejercicios prácticos.
4. Propuesta de tareas para casa que pongan en práctica lo aprendido durante la sesión.

Procedimiento

El procedimiento para poder llevar a cabo la investigación constó de varios pasos:

1. Información a los pacientes sobre el programa.
2. Realización de evaluación pretratamiento.
3. Tratamiento cognitivo-conductual durante seis semanas (una sesión por semana de 2 horas) con evaluaciones semanales.
4. Realización de evaluación postratamiento.

Los pacientes fueron seleccionados según los criterios de inclusión/exclusión descritos en el subapartado "Participantes". Los instrumentos utilizados en las evaluaciones pretratamiento y pos-tratamiento han sido detalladas en el subapartado "Instrumentos". Los componentes del programa de tratamiento cognitivo-conductual han sido detallados en el subapartado "Programa de tratamiento".

Análisis estadístico

Para poder llevar a cabo el análisis estadístico de los datos obtenidos se hizo uso del programa estadístico SPSS 19.0 para Windows.

Se optó por la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica para comparar la media de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Es decir, nos informa de la diferencia entre los resultados de la muestra de pacientes antes y después de la intervención psicológica.

Esta prueba se presenta como alternativa a la t de Student cuando el supuesto de normalidad no es asumible, debido a un tamaño pequeño de muestra.

Además, se optó por la prueba d de Cohen, que es una medida del tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizadas. Es decir, nos informa de cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de la muestra de pacientes antes y después de la intervención psicológica.

Para la interpretación de los resultados se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se considerará que el tratamiento cognitivo-conductual ha resultado exitoso cuando exista significación estadística inferior o igual a 0.05.
- Se considerará que el tratamiento cognitivo-conductual ha resultado exitoso cuando el tamaño efecto sea grande (d de Cohen igual o superior a 0'8).

Resultados:

En la Tabla 2 se puede observar los resultados obtenidos para todas las variables en la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon:

Tabla 2: Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

	Z	Significación (<i>p</i>)
Intensidad de dolor	-2'561	0'010
Incapacidad física	-2'727	0'006
Síntomatología de ansiedad	-2'364	0'018
Sintomatología depresiva	-2'848	0'004
FABQ Trabajo	-1'429	0'153
FABQ Actividad física	-0'475	0'635
Creencias miedo / evitación	-0'980	0'327
Catastrofización	-2'950	0'003

Nota: valores significativos $p < 0.05$; valores muy significativos $p < 0.01$; valores altamente significativos $p < 0.001$.

En la Tabla 3 se puede observar los resultados obtenidos para todas las variables en la prueba *d* de Cohen:

Tabla 3: Tamaño del efecto (*d*) de los resultados

	Pre-M (SD)	Post-M (SD)	<i>d</i> de Cohen
Intensidad de dolor	7'33 (0'89)	4'92 (1'83)	1'67
Incapacidad física	11'67 (3'99)	7'83 (4'65)	0'89
Síntomatología de ansiedad	8'91 (1'92)	6'36 (1'96)	1'31
Sintomatología depresiva	12'91 (2'88)	7'09 (2'17)	2'28
FABQ Trabajo	25'25 (14'26)	20'55 (14'73)	0'32
FABQ Actividad física	18'25 (4'99)	17 (5'40)	0'24
Creencias miedo / evitación	55'83 (23'63)	50'83 (27'26)	0'21
Catastrofización	15'67 (9'5)	6'82 (4'51)	1'19

Nota: Cohen (1988) define $d=0.2$ como tamaño efecto "pequeño", $d=0.5$ como "mediano" y $d=0.8$ como "grande".

A continuación se describen los resultados para cada una de las variables:

– **Intensidad del dolor:**

En la Figura 1 se puede observar como la intensidad del dolor de los pacientes se ve reducida tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

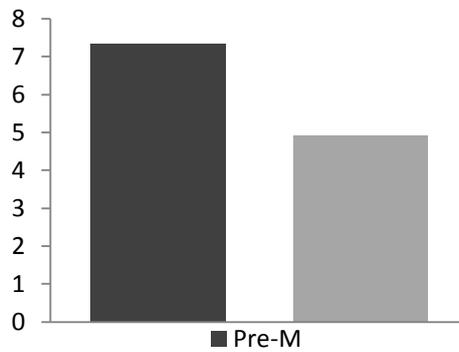


Figura 1: Intensidad del dolor

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados muy significativos para la intensidad de dolor. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto grande.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en la intensidad del dolor tras la intervención psicológica aplicada es muy significativo.

– **Incapacidad física:**

En la Figura 2 se puede observar como la incapacidad física (limitación en la realización de las actividades cotidianas) de los pacientes derivada del dolor se ve reducida tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

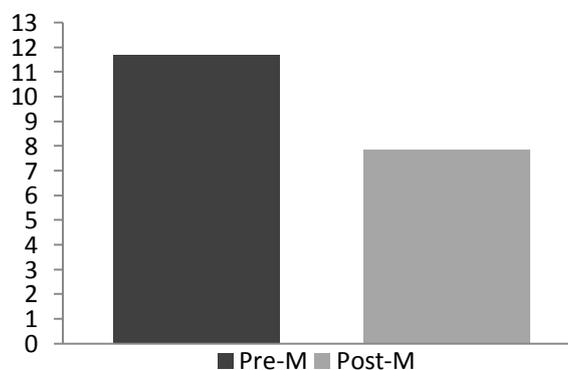


Figura 2: Incapacidad física

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados muy significativos para la incapacidad física. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto grande.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en la incapacidad física tras la intervención psicológica aplicada es muy significativo.

– **Sintomatología de ansiedad:**

En la Figura 3 se puede observar como los síntomas de ansiedad de los pacientes asociados con el dolor se ven reducidos tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

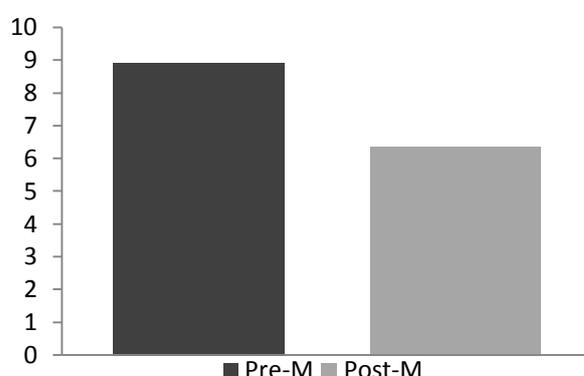


Figura 3: Sintomatología de ansiedad

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados significativos para los síntomas de ansiedad. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto grande.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en la sintomatología de ansiedad tras la intervención psicológica aplicada, sí es significativo.

– **Sintomatología depresiva:**

En la Figura 4 se puede observar como los síntomas depresivos de los pacientes asociados con el dolor se ven reducidos tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

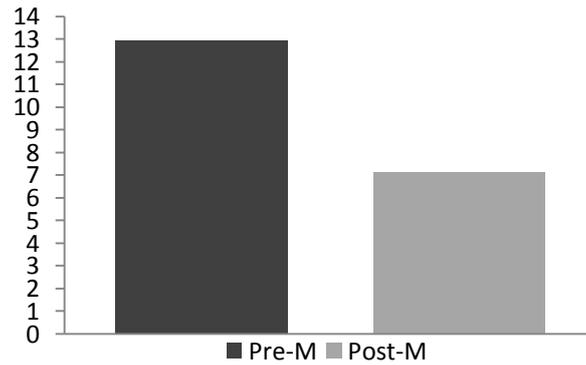


Figura 4: Sintomatología depresiva

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados muy significativos para los síntomas depresivos. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto grande.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en la sintomatología depresiva tras la intervención psicológica aplicada es muy significativo.

– **Creencias de miedo y evitación conductual:**

En la Figura 5 se puede observar como las creencias de los pacientes sobre como el trabajo afecta o afectaría a su dolor y la evitación conductual respecto al trabajo se ven reducidas tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

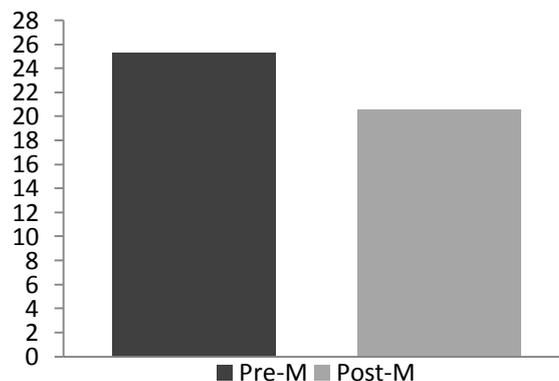


Figura 5: FABQ - Trabajo

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados no significativos para las creencias de miedo y evitación conductual respecto al trabajo. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto pequeño.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en las creencias de miedo y evitación conductual respecto al trabajo tras la intervención psicológica aplicada, no es significativo.

En la Figura 6 se puede observar como las creencias de los pacientes sobre como la actividad física afecta o afectaría a su dolor y la evitación conductual respecto a la realización de actividad física se ven reducidas tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

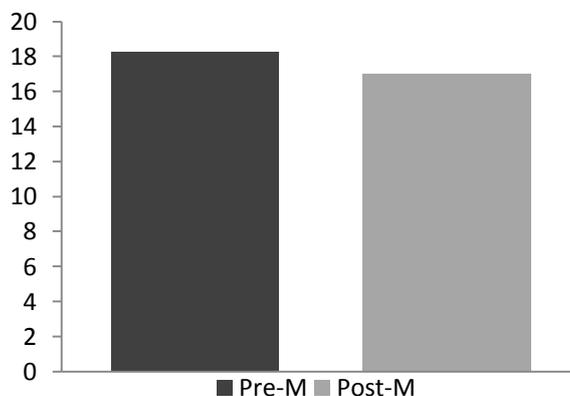


Figura 6: FABQ - Actividad física

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados no significativos para las creencias de miedo y evitación conductual respecto a la actividad física. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto pequeño.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en las creencias de miedo y evitación conductual respecto a la actividad física tras la intervención psicológica aplicada, no es significativo.

En la Figura 7 se puede observar como las creencias de miedo y evitación conductual, tanto para el trabajo como para la actividad física, de los pacientes se ven reducidas tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

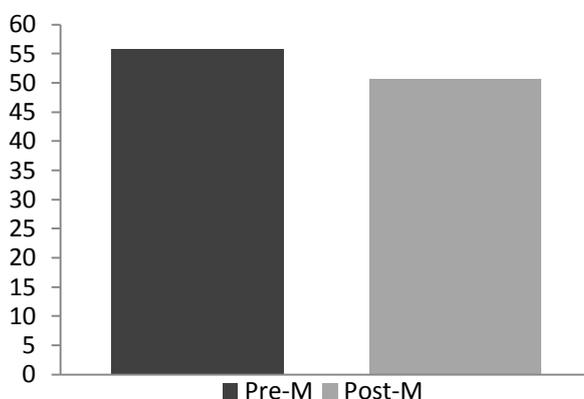


Figura 7: Creencias miedo / evitación

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados no significativos para las creencias de miedo y evitación conductual. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto pequeño.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en las creencias de miedo y evitación conductual tras la intervención psicológica aplicada, no es significativo.

– **Catastrofización:**

En la Figura 8 se puede observar como los pensamientos y sentimientos asociados al dolor de los pacientes se ven reducidos tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.

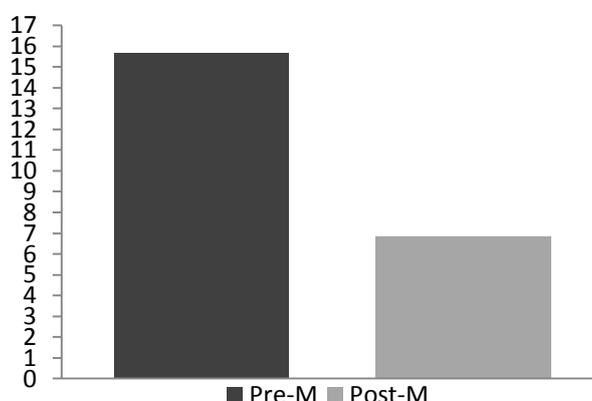


Figura 8: Catastrofización

Se aplicó la prueba de Wilcoxon obteniéndose resultados muy significativos para la catastrofización. Además, se aplicó la prueba *d* de Cohen obteniendo un tamaño efecto grande.

Por tanto, se concluye que el cambio que se produce en la catastrofización tras la intervención psicológica aplicada es muy significativo.

– **Satisfacción con el tratamiento:**

En la Figura 9 se puede observar que, en relación con el tratamiento cognitivo-conductual aplicado en esta investigación, los pacientes: lo consideran lógico (ítem 1), se han sentido satisfechos (ítem 2), lo recomendarían a un amigo o familiar que tuviera el mismo problema (ítem 3), lo consideran útil para tratar otros problemas psicológicos (ítem 4), lo consideran útil para su caso (ítem 5) y no les ha resultado nada aversivo (ítem 6).

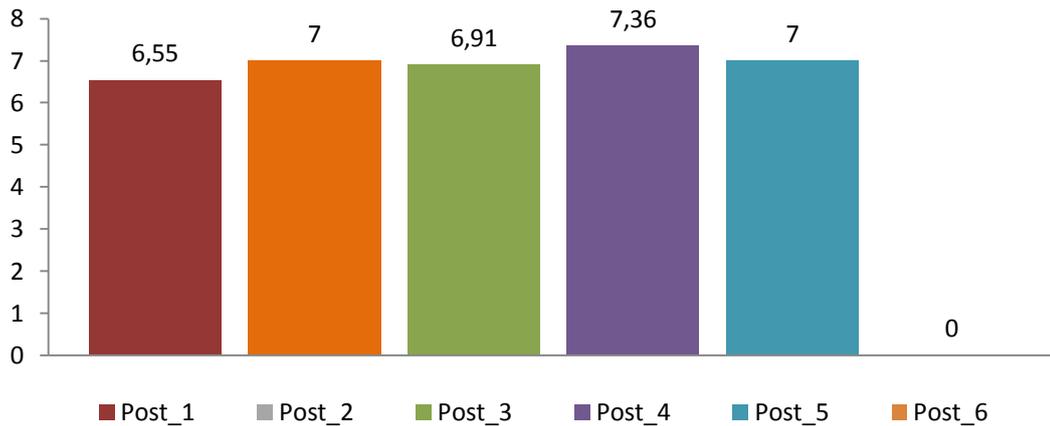


Figura 9: Satisfacción con el tratamiento

Discusión:

En esta investigación se estableció el objetivo de poner a prueba de forma preliminar la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual en lumbalgia crónica para mejorar la calidad de vida de pacientes atendidos en el Hospital Arnau de Vilanova en Valencia.

En relación con dicho objetivo, planteamos una serie de hipótesis que analizaremos a continuación:

- La intervención psicológica producirá una reducción estadísticamente significativa en las variables de resultado primarias: intensidad del dolor e incapacidad física producida por la lumbalgia crónica.

Los resultados obtenidos mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y la prueba d de Cohen, han revelado que se produce una reducción estadísticamente significativa en las variables de resultado primarias (intensidad del dolor e incapacidad física), por lo que se confirma la hipótesis.

El dolor se encuentra siempre presente, de forma permanente y cronificada, a pesar de sus manifestaciones de mayor o menor intensidad en ciertos momentos (Breivk y cols., 2006). Por lo que el tratamiento cognitivo-conductual es el programa de tratamiento más adecuado para reducir la intensidad del dolor y la incapacidad física en pacientes con lumbalgia crónica (Nicholas y cols., 1992).

Nuestros resultados apoyan estas conclusiones aportadas por la literatura científica ya que, los componentes que conforman el programa de tratamiento cognitivo-conductual realizado en esta investigación, han contribuido en la reducción la intensidad del dolor y la incapacidad física de los pacientes, permitiendo: ampliar su foco atencional mediante la inclusión de ejercicios en su día a día que redireccionen su atención hacia estímulos externos no centrados únicamente en el dolor; incrementar la realización de actividades, teniendo en cuenta el adecuado equilibrio entre descanso-actividad, y reducir su miedo a la realización de movimientos; favorecer su bienestar y afrontar el estrés incrementando la práctica de ejercicios de respiración y relajación; reducir la experiencia dolorosa mediante la decatastrofización de pensamientos negativos relacionados con el dolor.

- La intervención psicológica producirá una reducción estadísticamente significativa en las variables de resultado secundarias relacionadas con sintomatología de ansiedad y depresión en la lumbalgia crónica.

Los resultados obtenidos mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y la prueba d de Cohen, han revelado que se produce una reducción estadísticamente significativa en las variables de resultado secundarias (sintomatología de ansiedad y depresión), por lo que se confirma la hipótesis.

La ansiedad y la depresión se han relacionado con el origen, mantenimiento y potenciación del dolor en su aspecto psicológico y físico (Klenerman y cols., 1995).

Respecto a la presencia de ansiedad en pacientes con dolor, supone un incremento de la tensión muscular y de la percepción hacia los estímulos dolorosos. Esto tiene como consecuencia el mantenimiento a largo plazo de la sensación dolorosa, a pesar de que el estímulo nociceptivo cese (Linton y Göttestam, 1985).

Respecto a la presencia de depresión en pacientes con dolor, supone un incremento de las conductas manifiestas de dolor, de las cogniciones negativas respecto al dolor y una reducción del nivel de actividad de los pacientes (Haythornthwaite, Sieber y Kerns, 1991).

Nuestros resultados, en línea con estas conclusiones aportadas por la literatura científica, muestran que los componentes que conforman el programa de tratamiento cognitivo-conductual realizado en esta investigación, han contribuido en la reducción de la sintomatología de ansiedad de los pacientes, permitiendo: participar activamente de las experiencias presentes sin emitir juicios de valor, es decir, con una actitud de

aceptación hacia lo que siente y percibe en cada momento; romper el círculo vicioso entre dolor y tensión física/mental con la práctica e inclusión de una serie de estrategias de relajación en su día a día.

Del mismo modo, los componentes que conforman el programa de tratamiento cognitivo-conductual realizado en esta investigación, han contribuido en la reducción de la sintomatología de depresión de los pacientes, permitiendo: incrementar la inclusión y realización de actividades agradables en su día a día que lleven a situaciones satisfactorias y repercutan emocionalmente incrementando sus emociones positivas; incrementar sus emociones positivas mediante la aplicación en su día a día de técnicas que faciliten la identificación y evaluación de pensamientos negativos asociados al dolor y su posterior interpretación alternativa.

- La intervención psicológica producirá una reducción estadísticamente significativa en variables de resultado secundarias relacionadas con el aspecto cognitivo de la lumbalgia crónica: creencias de miedo / evitación conductual y catastrofización.

Los resultados obtenidos mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y la prueba d de Cohen, han revelado que se produce una reducción estadísticamente significativa en la variable de resultado secundaria “catastrofización”. Sin embargo, se produce una reducción aunque no es estadísticamente significativa en la variable de resultado secundaria “creencias de miedo / evitación conductual”, por lo que se cumple la hipótesis parcialmente.

El papel de las creencias erróneas relacionadas con el dolor, suelen asociarse a mayores niveles de dolor y a resultados más pobres en el tratamiento; al contrario de lo que ocurre con creencias relacionadas con mayor percepción de control (Crombez, 2002).

En esta investigación, los cambios más significativos se han dado en la catastrofización de pensamientos y sentimientos asociados al dolor. Los pacientes han aprendido correctamente a identificar y reevaluar los pensamientos negativos asociados al dolor, que provocan emociones y conductas negativas en su día a día, por otros más realistas que provoquen emociones y conductas positivas; lo cual ha permitido una reducción de la catastrofización de dichos pensamientos tras la intervención psicológica.

Sin embargo, los pacientes siguen presentando altas creencias de miedo y evitación conductual hacia el trabajo y la realización de actividades. Con relación a esto podemos decir que, a diferencia de otras enfermedades que se caracterizan por dolor musculoesquelético generalizado como la fibromialgia, en la lumbalgia crónica el dolor se encuentra localizado en la zona lumbar (parte baja de la espalda). Por tanto, consideramos necesario incidir más, durante la intervención psicológica, en creencias y conductas específicas de miedo de los pacientes respecto a la realización de movimientos.

Los resultados presentados van en la línea de varios meta-análisis, como el obtenido en un estudio con pacientes de dolor lumbar crónico en el cual los tratamientos cognitivos-conductuales y de autorregulación se encontraron eficaces, puesto que conllevan mejoras tanto a corto como a largo plazo en la calidad de vida (Hoffman y cols., 2007).

Conclusiones:

Actualmente, parece ejercer un papel clave la formación del psicólogo en el área del dolor crónico. Consideramos que empleando más recursos en ello, resultaría más adecuado para los pacientes que sufren esta problemática ya que se ampliaría el uso del tratamiento interdisciplinar en las clínicas y, con ello, la colaboración del psicólogo.

A continuación, se plantean de forma resumida las principales conclusiones de esta investigación:

De forma específica podemos decir que, tras la intervención psicológica realizada, se han reducido todas las variables asociadas al dolor crónico analizadas, tanto primarias (intensidad del dolor e incapacidad física) como secundarias (síntomatología de ansiedad y depresión, creencia de miedo / evitación conductual y catastrofización).

Por una parte, comentar que en las variables primarias “intensidad del dolor” e “incapacidad física” dicha reducción ha resultado relevante. Del mismo modo, en las variables secundarias “síntomatología de ansiedad y depresión” y “catastrofización” dicha reducción también ha resultado relevante.

Por otra parte, comentar que en la variable secundaria “creencias de miedo / evitación hacia el trabajo y hacia la actividad física”, dicha reducción no ha resultado relevante.

De forma general podemos decir que, tras la intervención psicológica realizada, han existido cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia crónica atendidos en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. De hecho, la alta satisfacción con el tratamiento que presentan los pacientes, indica que es posible proporcionar apoyo psicológico a personas con lumbalgia crónica desde un servicio de rehabilitación de un hospital público.

Para finalizar, planteamos algunas limitaciones que se observan en esta investigación:

Por lo que respecta al hecho de que sea el experimentador el que lleve a cabo las evaluaciones pre-tratamiento y pos-tratamiento, podría ser posible que los pacientes se dejaran llevar por la deseabilidad social queriendo quedar bien con el experimentador haciendo lo que se espera que haga.

Por lo que respecta a la muestra de pacientes con lumbalgia crónica, ha sido muy pequeña debido al bajo compromiso en asistir a las seis sesiones de intervención psicológica, sobre todo en aquellos casos en los que se pensaba que desde el ámbito psicológico no se podía abarcar su problema.

Sería aconsejable utilizar una muestra más grande en futuras investigaciones, de este modo, se obtendría una mayor representatividad y variabilidad de los datos. Además, aumentaría el número de personas que se beneficiarían de este programa terapéutico.

Enfatizar que esta investigación constituye un estudio piloto el cual servirá de guía para la realización de un próximo ensayo clínico controlado.

Agradecimientos:

Agradecimientos a la Universidad Jaume I, especialmente a mi tutora Azucena García Palacios por todo el apoyo ofrecido y por haber hecho posible mi participación en el programa de intervención psicológica en lumbalgia crónica.

Extended Summary:

“Pain consists of an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage and described in terms of the same (IASP, 1986)”

One of the most important theoretical contributions of the twentieth century, in the progress of a unidimensional concept to a multidimensional concept of pain, is *The Gate Control Theory* which considers pain as a subjective perceptual experience arising from the interaction biological, psychological and social factors (Melzack & Wall, 1965).

Traditionally, pain has been classified as acute or chronic according to their duration. In this research we focus on chronic low back pain (CLBP), the most common chronic pain condition in Europe. It consists of a persistent pain in the muscles located in the lower back (it exceeds three months) and resistant to conventional medical therapy. In 80% of cases is not possible to determine a specific cause, patients haven't apparent tissue injury of the lumbar spine and if there has been, it has been adequately treated (Moix et al., 2006).

The incidence and prevalence of low back pain in the general population is very high, it is the second most frequent reason for health care in consultation because it has an impact in many important areas (personal, social and professional) (Breivik, 2006).

Empirical evidence shows that a correct biopsychosocial assessment and multidisciplinary treatment (pharmacological, physiotherapy and psychological treatment) is effective in improving quality of life of patients with chronic low back pain (Moix & Casado, 2011).

A study with meta-analytic techniques provides support for the effectiveness of psychological interventions, such as cognitive-behavioral treatment, for reducing the severity and interference of pain, disability, depression and anxiety, and increasing the quality of life in patients with chronic low back pain both of known and unknown etiology (Hoffman et al., 2007).

In this research, the aim was testing preliminary a cognitive behavioral therapy program to determine its efficacy in variables associated to improvement of the quality of life of patients with chronic low back pain, treated at the Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

To participate in the treatment program different inclusion and exclusion criteria were established. The final sample included 12 patients (75% women and 25% men), with ages between 41-65 years ($M = 54'50$ $SD = 6'57$), who had a pain duration comprised between 3-192 months. Regarding the pharmacological treatment: 66.7% were taking NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory) regularly and 25% in a non-regular way; 8.3% took pregabalin (Lyrica).

The components of the cognitive-behavioral treatment, for application in group with a duration of six weeks (once weekly session of 2 hours), were:

1. Psychoeducation about pain from a multidimensional perspective,
2. Mindfulness: promote a broader focus in experiences beyond pain, and the acceptance of present experiences without judgment,
3. Behavioral therapy: performing pleasant activities and activity pacing as a strategy to increase positive emotions,
4. Cognitive Therapy: decatastrophizing of negative thoughts related to pain,
5. Relaxation: promote relaxation (diaphragmatic breathing, autogenic relaxation and guided imagery) as a strategy for stress coping,
6. Relapse Prevention.

To determine the efficacy of treatment program in variables associated to improving the patients' quality of life, pre-treatment and post-treatment instruments were used:

1. Numerical scale (EN): Evaluates the intensity of pain during the last week.
2. Roland-Morris questionnaire, Spanish version (Kovacs, Llobera and Gil, 2002): Evaluates the degree of disability arising from pain.
3. Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS (Zigmond and Snaith, 1983): Evaluates depression and anxiety symptoms.
4. Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire-FABQ (Waddell, Newton, Henderson, Somerville and Main, 1993): Evaluates beliefs of fear and avoidance behavior.
5. Catastrophizing Pain Scale-PCS (Sullivan, Bishop and Pivik, 1995): Evaluates different thoughts and feelings associated with pain.

The results obtained, through Wilcoxon signed ranks test and Cohen's d test, showed an improvement in the patients' quality of life, especially in: sensory aspects of pain such as intensity and disability, emotional aspects of pain such as symptoms of anxiety and depression, and cognitive aspects such as fear / avoidance beliefs towards work / physical activity and catastrophizing.

In addition, high satisfaction with treatment experienced by patients indicated that it is possible to provide psychological support to people with chronic low back pain in a rehabilitation service of a public hospital.

To conclude, we emphasize that this research is a pilot study that will guide the implementation of a future controlled clinical trial.

Bibliografía:

Ayats, E., Lastra, R., y Oliver, B. (2011). Enfoque diagnóstico y terapéutico de la lumbalgia crónica. *Dolor*, 26, 76-85.

Breivik, H. (2006a). The Pain in Europe Report. *PainEurope*, 1, 4-5.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006b). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.

Casado, M., Moix, J., y Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*, 19(3), 379-392.

Crombez, G. (2002). The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research and Management*, 7(1), 31-44.

Eccleston, C., Williams, A., & Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2, number CD007407.

Fayad, F. (2004). Chronicite, recidive et reprise du travail dans la lombalgie: facteurs communs de pronostic. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 47(4), 179-189.

Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D.C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49(2), 221-230.

Haythornwaite, J.A., Sieber, W.J., & Kerns, R.D. (1991). Depression and the chronic pain experience. *Pain*, 46(2), 177-184.

Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K., & Kerns, R.D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*, 26(1), 1-9.

IASP (1986). Clasificación de dolor crónico. Descripción de síndromes de dolor crónico y definición de términos de dolor. *Pain*, 3, 1-225.

Kovacs, F.M., Llobera, J., & Gil del Real, M.T. (2002). Validation of the Spanish version of the Roland-Morris questionnaire. *Spine*, 27, 538-542.

Klenerman, L., Slade, P.D., & Stanley, I.M. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute pain attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20(4), 478-484.

Linton, S.J., & Götestam, K.G. (1985). Relations between pain, anxiety, mood and muscle tension in chronic pain patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(2), 90-95.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1969). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.

Moix, J., Cano, A., y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B 13 de la Comisión Europea. (2006). Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 117-129.

Moix, J., y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Muñoz-Gómez, J. (2003). Epidemiología del dolor lumbar crónico. *Trauma*, 23(3), 23-28.

Nelson, W., and Weir, R. (2001). Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 114-127.

Nicholas, M.K., Wilson, P.H., & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48(3), 339-347.

Ozguler, A., Loisel, P., Boureau, F., & Leclerc, A. (2004). Efficacite des interventions s'adressant a des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail. *Revue Epidemiologie Sante Publique*, 52(2), 173-188.

Turk, D.C, & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 679-690.

Sullivan, K.L., Reesor, K., Mikail, S., & Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recomendations. *Pain*, 50, 5-13.

Sullivan, M.J.L., Bisho, S.R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.

Van Tulder M., & Koes, B. (2006). Chronic low back pain. *American Family Physician*, 74(9), 1577-9.

Van Tulder, M., & Koes, B. (2002). Low back pain. *Best Practice & Clinical Rheumatology*, 16(5), 761-775.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C.J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-168.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Anekos

FECHA:

MÉDICO INVESTIGADOR:

ETIQUETA DEL PACIENTE

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad	
Sexo	M F
Nivel Educativo	
Situación familiar	
Actividad deportiva (tipo y frecuencia semanal)	
Profesión	
Sedentario / Sedentario con deambulación / Esfuerzo físico ligero / Esfuerzo físico intenso	

DATOS CLÍNICOS

Peso	
Duración del dolor - meses -	
Tratamiento previo farmacológico (AINEs, analgésicos, relajantes musculares, corticoides tipo duración y posología)	
Fisioterapia (tipo y duración)	
Pruebas de imagen (Rx, TAC, RM, gammagrafía)	
Pruebas neurofisiológicas (EMG, ENG, PESS)	
Situación baja laboral (activo / baja / paro - días -)	

ESCALA NUMÉRICA (EN)

Esta escala nos va a informar a cerca de la intensidad de su dolor.

Teniendo en cuenta que 0 es nada de dolor y 10 el máximo dolor imaginable, elija la cifra que más se ajuste a la intensidad del dolor que usted ha padecido durante la ÚLTIMA SEMANA.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor

Máximo dolor

CUESTIONARIO ROLAND – MORRIS

Cuando su espalda le duele puede que le sea difícil hacer algunas de las cosas que habitualmente hace. Esta lista contiene algunas de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando le duele la espalda (o los riñones). Cuando lea la lista piense en cómo se ha encontrado usted durante la ÚLTIMA SEMANA. Si la frase no describe su estado durante la ÚLTIMA SEMANA, pase a la siguiente frase.

1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de espalda.
2. Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda.
3. Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal.
4. Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa.
5. Por mi espalda uso el pasamanos para subir la escalera.
6. A causa de mi espalda, debo acostarme más a menudo para descansar.
7. Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás.
8. Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas.
9. Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda.
10. A causa de mi espalda, sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo.
11. A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme.
12. Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda.
13. Me duele la espalda casi siempre.
14. Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda.
15. Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito.
16. Me cuesta ponerme los calcetines – o medias – por mi dolor de espalda.
17. Debido a mi dolor de espalda, tan sólo ando distancias cortas.
18. Duermo peor debido a mi espalda.
19. Por mi dolor de espalda deben ayudarme a vestirme.
20. Estoy casi todo el día sentado a causa de mi espalda.
21. Evito hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda.
22. Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor de lo normal.
23. A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal.
24. Me quedo casi constantemente en la cama por mi espalda.

HADS

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante LA ÚLTIMA SEMANA. No piense mucho las respuestas.

- 1. Me siento tenso o nervioso.**
 - Todos los días.
 - Muchas veces.
 - A veces.
 - Nunca.
- 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.**
 - Como siempre.
 - No lo bastante.
 - Sólo un poco.
 - Nada.
- 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.**
 - Definitivamente, y es muy fuerte.
 - Sí, pero no es muy fuerte.
 - Un poco, pero no me preocupa.
 - Nada.
- 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.**
 - Al igual que siempre.
 - No tanto como siempre.
 - Casi nunca.
 - Nunca.
- 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.**
 - La mayoría de las veces.
 - Con bastante frecuencia.
 - A veces, aunque no muy a menudo.
 - Sólo en ocasiones.
- 6. Me siento alegre.**
 - Nunca.
 - No muy a menudo.
 - A veces.
 - Casi siempre.
- 7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.**
 - Siempre.
 - Por lo general.
 - No muy a menudo.
 - Nunca.
- 8. Me siento como si cada día estuviera más lento.**
 - Por lo general en todo momento.
 - Muy a menudo.
 - A veces.
 - Nunca.
- 9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.**
 - Nunca.
 - En ciertas ocasiones.
 - Con bastante frecuencia.
 - Muy a menudo.
- 10. He perdido el interés en mi aspecto personal.**
 - Totalmente.
 - No me preocupo tanto como debería.
 - Podría tener un poco más de cuidado.
 - Me preocupo al igual que siempre.
- 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.**
 - Mucho.
 - Bastante.
 - No mucho.
 - Nada.
- 12. Me siento optimista respecto al futuro.**
 - Igual que siempre.
 - Menos de lo que acostumbraba.
 - Mucho menos de lo que acostumbraba.
 - Nada.
- 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.**
 - Muy frecuentemente.
 - Bastante a menudo.
 - No muy a menudo.
 - Nada.
- 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.**
 - A menudo.
 - A veces.
 - No muy a menudo.
 - Rara vez.

FABQ

Aquí están algunas cosas que otros pacientes nos han dicho sobre su dolor. Por favor, para cada afirmación haga un círculo en un número del 0 al 6 para indicar hasta qué punto las actividades físicas tales como inclinarse, levantar peso, caminar o conducir afectan o afectarían a su dolor de espalda.

	En total		Ni de acuerdo ni en			Completamente	
	desacuerdo		desacuerdo			de acuerdo	
1. Mi dolor fue causado por la actividad física	0	1	2	3	4	5	6
2. La actividad física hace que mi dolor empeore	0	1	2	3	4	5	6
3. La actividad física podría dañar mi espalda	0	1	2	3	4	5	6
4. No debería hacer las actividades físicas que empeoran mi dolor ni las que podrían empeorarlo	0	1	2	3	4	5	6
5. No puedo realizar las actividades físicas que empeoran mi dolor, ni las que podrían empeorarlo	0	1	2	3	4	5	6

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo su trabajo normal afecta o afectaría a su dolor de espalda.

	En total		Ni de acuerdo ni en			Completamente	
	desacuerdo		desacuerdo			de acuerdo	
6. Mi dolor se debe a mi trabajo, o a un accidente en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
7. Mi trabajo agravó mi dolor	0	1	2	3	4	5	6
8. Estoy recibiendo o tramitando algún tipo de compensación por mi dolor de espalda, como una baja laboral, una pensión o una indemnización de cualquier tipo	0	1	2	3	4	5	6
9. Mi trabajo es demasiado pesado para mí	0	1	2	3	4	5	6
10. Mi trabajo empeora mi dolor, o podría empeorarlo	0	1	2	3	4	5	6
11. Mi trabajo puede dañar mi espalda	0	1	2	3	4	5	6
12. Con mi dolor actual, no debería hacer mi trabajo normal	0	1	2	3	4	5	6
13. Con mi dolor actual, no puedo hacer mi trabajo normal	0	1	2	3	4	5	6
14. No podré hacer mi trabajo normal hasta que mi dolor haya sido tratado	0	1	2	3	4	5	6
15. No creo que pueda regresar a mi trabajo habitual en los próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
16. No creo que sea capaz de volver nunca a mi trabajo habitual	0	1	2	3	4	5	6

PCS

Con este cuestionario queremos saber lo que usted piensa y siente cuando le duele. Le voy a leer trece frases que describen varios pensamientos y sentimientos que pueden asociarse al dolor. Cada vez que yo le lea una frase, dígame, por favor, el grado en que Vd. Tiene esos pensamientos y sentimientos cuando le duele.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1. Estoy pensando todo el día si el dolor se me pasará	0	1	2	3	4
2. Siento que ya no puedo más	0	1	2	3	4
3. Es terrible. Creo que nunca me pondré mejor	0	1	2	3	4
4. Esto es horrible y puede conmigo	0	1	2	3	4
5. No puedo soportarlo más	0	1	2	3	4
6. Me temo que el dolor irá a peor	0	1	2	3	4
7. Siempre estoy pensando en cosas relacionadas	0	1	2	3	4
8. Deseo desesperadamente que se me pase el dolor	0	1	2	3	4
9. Tengo la sensación de que no puedo sacar el dolor de mí mente	0	1	2	3	4
10. Estoy todo el rato pensando en lo mucho que me duele	0	1	2	3	4
11. Estoy siempre pensando en las ganas que tengo de que el dolor termine	0	1	2	3	4
12. No puedo hacer nada para aliviar mi dolor	0	1	2	3	4
13. Tengo la impresión de que algo malo puede suceder	0	1	2	3	4

SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

(adaptado de Nau y Borkovec, 1972)

Una vez finalizado el tratamiento recibido, nos gustaría saber su opinión sobre el mismo. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

2. ¿En qué medida se ha sentido satisfecho con el tratamiento recibido?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

3. ¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo o familiar que tuviera el mismo problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

4. ¿En qué medida cree que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

5. ¿En qué medida cree que el tratamiento ha sido útil en su caso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

6. ¿En qué medida el tratamiento le ha resultado aversivo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

7. ¿Cuál o cuáles han sido los aspectos del tratamiento que más le han ayudado a superar el problema?

8. ¿De qué forma cree que podría mejorarse el tratamiento?