

Eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico

J. MOIX¹, M. CAÑELLAS², C. OSORIO, X. BEL³, F. GIRVENT⁴, A. MARTOS⁵
Y EQUIPO INTERDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE ESPALDA⁶.

RESUMEN

Los factores que generan e inciden en el dolor de espalda son variados (higiene postural, ansiedad, actividad laboral,...). Por este motivo, el tipo de programa que creemos más adecuado es el interdisciplinar donde colaboren especialistas médicos (anestesiólogos, traumatólogos,...), psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas. El objetivo del presente estudio ha consistido en diseñar un programa educativo interdisciplinar y comprobar su posible eficacia. Para ello, se ha escogido una muestra de 30 pacientes que se ha dividido en un grupo experimental, al que se le ha aplicado el tratamiento, y un grupo control. Los análisis estadísticos han mostrado diferencias significativas entre los dos grupos en la mayoría de las variables analizadas. El grupo de pacientes que han asistido al programa han conseguido disminuir su ansiedad, la repercusión del dolor sobre su vida cotidiana y la medicación; y al mismo tiempo, han aumentado la realización de actividades agradables y el control sobre sus vidas.

Palabras clave: Dolor crónico. Dolor de espalda. Programa interdisciplinar. Ansiedad. Psicología de la salud.

SUMMARY

There are various factors that generate and have a bearing on lumbar pain (postural hygiene, anxiety, work activity, etc.). For this reason, we believe that the most adequate type of treatment is interdisciplinary, involving the collaboration of medical specialists (anaesthetists, orthopaedic surgeons,...), psychologists, social workers and physiotherapists. The object of the current study lies in designing an interdisciplinary treatment and in assessing its possible effectiveness. To this end, a sample group of 30 patients was selected; this was then divided into an experimental group, to which the treatment was applied, and a control group. Statistical analyses have revealed significant differences between the two groups in most of the variables analysed. Members of the patient group that received treatment managed to achieve reductions in anxiety, in the effects that the pain had on their daily lives and in medication; at the same time, they achieved increased levels both of enjoyable activity and of control over their own lives.

Key Words: Chronic pain. Lumbar pain. Interdisciplinary treatment. Anxiety. Health psychology.

¹Profesora Titular. Grupo de investigación en estrés y salud (GIES). Área de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

²Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor. Hospital de Sabadell. CSPT (Corporación Sanitaria Parc Taulí).

³Unidad de Fisioterapia. Hospital de Sabadell (CSPT).

⁴Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital de Sabadell (CSPT).

⁵Unidad de Trabajo Social. Hospital de Sabadell (CSPT).

⁶Equipo interdisciplinar para el tratamiento del dolor de espalda: Martí Sola y Jordi Troy (Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor, CSPT); M^º Jesús Flaquer (Unidad de Fisioterapia, CSPT); Ángeles Sanjuan y Maria Tiscar-Galera (Servicio de Traumatología y Ortopedia, CSPT); Montserrat Carmona (Unidad de Trabajo Social, CSPT); Penélope Infante y Viviana Fiszson (Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona); Gemma García (Servicio de Psiquiatría, CSPT).

Dirección para correspondencia:

J. Moix
Grupo de investigación en estrés y salud (GIES)
Área de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)
08193 Bellaterra
e-mail: Jenny.moix@uab.es

El dolor de espalda es el más frecuente en las sociedades industrializadas. Un estudio realizado en Cataluña muestra que el dolor de espalda, junto con las cefaleas, son la causa principal de las quejas por dolor¹. De hecho, se estima que entre un 60 y un 80% de la población lo ha padecido alguna vez a lo largo de su vida². En España, el dolor de espalda causa el 11,4% de las bajas laborales y este absentismo cuesta aproximadamente 66,11 millones de euros al año³. Esta dolencia se lleva entre un 19 y un 25% del gasto global en compensaciones por incapacidad temporal³. Sin duda alguna, nos encontramos ante una enfermedad que no solamente representa un problema para multitud de individuos sino que indirectamente afecta a la sociedad en su conjunto.

Las causas del dolor de espalda son muy variadas: artrosis, osteoporosis, hernia discal, escoliosis, contracturas musculares, etc. Estas enfermedades orgánicas suelen ser la causa principal del dolor, pero no las únicas. De hecho, individuos con la misma "causa orgánica" presentan niveles muy diferenciados de dolor, ya que dentro de una misma enfermedad nos podemos encontrar personas que padecen un dolor casi paralizante y otras que pueden llevar una vida normal⁴. Tal como afirman Bravo y González-Durán⁵, una de las dificultades más comunes con la que se enfrentan los médicos que deben valorar a los pacientes con dolor de espalda es que no siempre se encuentra relación entre las lesiones observadas y el grado de dolor que manifiestan los pacientes.

Esta variación entre el dolor de distintas personas con la misma enfermedad "de base" se debe a que el dolor es una sensación subjetiva que está determinada por numerosas variables. Entre ellas, el estado psicológico es una de las más determinantes. Muchos estudios muestran que las personas que padecen ansiedad y depresión suelen ser las más propensas a experimentar mayores niveles de dolor^{6,7}. Diversas investigaciones concluyen que el estado emocional no solamente predice el dolor, sino también la incapacidad funcional, el éxito de técnicas médicas y psicológicas en el tratamiento del dolor, e incluso la frecuencia de uso del sistema sanitario y los costes asociados⁷.

Así pues, el dolor de espalda no solamente depende de la enfermedad orgánica, sino también, en alto grado, del estado psicológico del paciente. Por este motivo, cada día son más numerosos los estudios que emplean las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento del dolor de espalda. Estas técnicas suelen incluir: empleo del *biofeedback* y relajación, modificación de las conductas inapropia-

das mediante condicionamiento operante, y reestructuración cognitiva (modificación de las creencias, atribuciones y esquemas distorsionados). Dos meta-análisis en los que se han analizado investigaciones, donde se han aplicado estas técnicas, concluyen que los tratamientos cognitivo-conductuales se muestran eficaces en el tratamiento del dolor de espalda^{8,9}. Concretamente, Morley, et al.⁸ comprueban cómo este tipo de técnicas son efectivas para reducir el dolor, aumentar el estado de ánimo positivo, reducir los pensamientos negativos, disminuir las conductas relacionadas con el dolor, aumentar la actividad y mejorar el funcionamiento social.

A pesar de que las técnicas cognitivo-conductuales se han mostrado eficaces en múltiples investigaciones, actualmente, como apuntan Loeser y Melzack¹⁰, los pacientes que buscan ayuda para su dolor crónico normalmente no suelen encontrarla, dado que en la práctica asistencial todavía prevalece el modelo exclusivamente médico donde los factores psicológicos no son contemplados. Este hecho nos indica que no solamente es necesario seguir investigando sobre las técnicas cognitivo-conductuales, sino que es imprescindible difundir los resultados en los ámbitos sanitarios para que las investigaciones se traduzcan en aplicaciones.

En los pocos casos en los que se emplean técnicas cognitivo-conductuales, se debe a que los especialistas médicos derivan a sus pacientes para que se sometan a las mismas. En nuestra opinión, las técnicas cognitivo-conductuales no deben ser técnicas que se "añadan" a los tratamientos médicos que ya recibe el paciente, sino que se deben diseñar programas auténticamente interdisciplinares donde el paciente sea tratado de forma coordinada por médicos (traumatólogos, neurólogos, reumatólogos, anestelistas, etc.), psicólogos, asistentes sociales y fisioterapeutas.

Desgraciadamente, los trabajos que investigan la eficacia de este tipo de tratamiento interdisciplinar del dolor de espalda todavía son escasos¹⁰⁻¹³. Aunque escasos, los resultados en esta línea son esperanzadores, ya que muestran que los tratamientos multidisciplinarios, desde una perspectiva biopsicosocial, mejoran la calidad de vida de los pacientes tratados¹⁴.

Partiendo, pues, de la multicausalidad del dolor de espalda y de la escasez de programas claramente interdisciplinares, el objetivo principal del presente trabajo consistirá en: 1) Diseñar un programa interdisciplinar para pacientes con dolor de espalda crónico adaptado a las características de nuestro contexto hospitalario y a la idiosincrasia de nuestros pacientes, y 2) Comprobar su posible eficacia.

Los objetivos específicos consistirán en conseguirlo mediante un programa educativo interdisciplinar:

- Reducción del dolor
- Reducción de la ansiedad
- Reducción de la depresión
- Aumento del control subjetivo de la persona sobre su vida
- Reducción de la repercusión del dolor en las distintas áreas de la vida cotidiana (familiar, laboral, ocio,...)
- Reducción de la medicación
- Aumento de las actividades reforzantes

PACIENTES Y MÉTODOS

Los pacientes que participaron en este estudio fueron seleccionados en la clínica del dolor del Consorcio Hospitalario Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). La selección se inició en septiembre de 2001 y finalizó en noviembre de 2001.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Presentar dolor de espalda.
- Tener una edad comprendida entre los 18 y 75 años.
- Poseer un nivel medio de comprensión lectora y oral.
- No estar bajo tratamiento psiquiátrico.
- Dar su consentimiento por escrito para participar en la investigación.

Los 30 primeros sujetos entrevistados que cumplieron estos requisitos pasaron a formar parte de la muestra. Dicha muestra estuvo compuesta por 16 mujeres y 14 hombres con edades comprendidas entre los 30 y 74 años ($X = 54,3$; D.E. = 10,9). Respecto a las enfermedades: 12 lumbalgias, 2 radiculopatías cervicales y 16 radiculopatías lumbares. En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de la muestra (26 personas) había cursado estudios primarios, 3 pacientes estudios secundarios y un paciente poseía estudios universitarios. En la variable "ocupación", nos encontramos que la mayoría de los pacientes (17) eran desempleados, 5 empleados, 5 jubilados y 3 amas de casa. Por último, en cuanto al estado civil, la gran mayoría (26) estaban casados, 1 soltero, 1 separado y 2 viudos.

Los sujetos se repartieron al azar en dos grupos: 1) Grupo experimental al que además del tratamiento

estándar se le aplicó el programa interdisciplinar, y 2) Grupo control que recibió el tratamiento estándar, que consistía en el control del dolor por parte del equipo de anestesiología*. La variable "género" se tuvo en cuenta en el proceso de repartición. De esta forma, obtuvimos dos grupos completamente equivalentes en cuanto a esta variable. Ambos estaban formados por 8 pacientes de género femenino y 7 de género masculino.

Los pacientes de ambos grupos fueron evaluados antes y después de que se aplicara el programa educativo al grupo experimental. La evaluación se llevó a cabo a simple ciego; esto es, la persona que realizaba la entrevista no conocía la pertenencia de los sujetos a los grupos.

El programa consistió en 11 sesiones semanales. Seis sesiones las llevó a la práctica una doctora en psicología (3 en grupo y 3 individuales). Otras dos sesiones fueron impartidas por fisioterapeutas de forma individual a cada paciente. Y las tres restantes fueron sesiones llevadas a cabo en grupo a cargo de anestelistas, traumatólogos y trabajadores sociales (una sesión cada profesional). La duración de las sesiones era de aproximadamente una hora.

Los puntos que se trataron en cada sesión, los resumimos en la tabla 1.

Tabla 1. Esquema del programa

Profesionales	Puntos del programa
Psicología	– Relajación – Visualización – Organización actividades diarias – Aumento actividades agradables – Higiene del sueño – Asertividad – Expresión emocional (espacio para que el paciente cuente sus problemas relacionados o no con el dolor) – Reestructuración cognitiva
Anestesia	– Explicación mecanismos dolor – Explicación función analgésicos
Traumatología	– Explicación causas orgánicas del dolor lumbar
Fisioterapia	– Higiene postural – Ejercicios físicos recomendables
Trabajo social	– Recursos para llevar a cabo actividades agradables (cursos, deporte, etc.) – Explicación bajas laborales

*Finalizada la investigación, el grupo control está asistiendo actualmente al programa interdisciplinar

En todas las sesiones, se entregaba material por escrito de los temas tratados en la misma. Al finalizar las sesiones, se animaba a los pacientes a que pusieran en práctica los consejos o técnicas explicados. En las posteriores sesiones individuales, se les preguntaba si habían aplicado las técnicas. En caso afirmativo, se reforzaba con aprobación su conducta y, en caso negativo, se discutía con los pacientes los motivos del no seguimiento de las técnicas enseñadas.

Para evaluar la efectividad de la terapia, se evaluaron distintas variables antes y después del programa en ambos grupos (experimental y control). Éstas fueron:

- Ansiedad mediante el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*). Tanto la versión que evalúa la ansiedad rasgo (esta versión sólo se aplicó antes del programa), como la que mide la ansiedad estado¹⁵.
 - Depresión mediante el inventario de depresión de Beck¹⁶.
 - Control. Este tipo de paciente, en muchos casos, considera que su vida está controlada por el dolor más que por él mismo. A nosotros nos interesaba saber en qué grado los pacientes sentían que ellos mismos controlaban su vida. Con el fin de evaluar el control, se empleó una pregunta: "¿En qué medida cree que usted controla su vida?". Las respuestas eran registradas en una escala de 5 puntos: 1) Nada; 2) Un poco; 3) Moderadamente; 4) Bastante; y 5) Mucho.
 - Dolor. El dolor se evaluó mediante la suma de cinco escalas de cinco puntos donde se preguntó "¿Cuánto dolor sufre?: 1) Al andar por terreno llano; 2) Al subir o bajar escaleras; 3) Tumbado en la cama; 4) Al estar sentado; y 5) Al estar de pie. Los cinco puntos de cada respuesta eran: 1) Ninguno; 2) Poco; 3) Bastante; 4) Mucho; y 5) Muchísimo. Así pues, la puntuación podía oscilar entre 5 y 25 puntos.
- Igualmente, en la segunda evaluación, se preguntó a los pacientes si creían que durante las últimas semanas había disminuido en alguna medida su dolor. Los valores de la respuesta eran dos: 1) Afirmativo; 2) Negativo.
- Repercusión del dolor en la vida cotidiana. Para evaluar esta variables se emplearon 9 preguntas registradas en escalas de 5 puntos. Concretamente, se preguntó: "Actualmente, su dolor le causa problemas con..." 1) Los trabajos domésticos; 2) Su vida social; 3) Su vida familiar; 4) Su vida sexual; 5) Sus aficiones; 6) Los días de fiesta; 7) Sus hábitos de higiene; 8) Sueño; y 9) Apetito. Las escalas de cinco puntos en las que se registra-
- ron las respuestas eran: 1) Ninguno; 2) Pocos; 3) Bastantes; 4) Muchos; y 5) Muchísimos. Así, las puntuaciones podían oscilar entre 9 y 45 puntos.
- Medicación. Esta variable se registró de una forma muy global. Concretamente, durante la segunda evaluación se preguntó a los pacientes si habían disminuido la toma de medicación analgésica. Simplemente, se registró si la respuesta era positiva o negativa.
 - Actividades reforzantes. Se preguntó a los pacientes qué actividades agradables practicaban, tanto antes como después de la terapia para comprobar su posible aumento. Esta variable tiene dos valores: 1) Aumento; y 2) No aumento.
 - Satisfacción con el programa educativo interdisciplinar (solamente a los sujetos del grupo experimental). Se evaluó al finalizar el programa lo satisfechos que estaban con el mismo, mediante la siguiente pregunta:
- "¿Recomendarías la asistencia a estas sesiones a otras personas que estuvieran en tu misma situación?"
- 1) Seguro sí; 2) Probablemente sí; 3) No sé; 4) Probablemente no; y 5) Seguro no.

Los análisis estadísticos se emplearon con dos objetivos:

- 1) Comprobar si habían diferencias iniciales entre ambos grupos. Esto es, verificar si en cuanto a variables que pudieran incidir en la efectividad del programa no habían diferencias entre el grupo control y el experimental. Dado que las variables respecto a las que creímos conveniente comprobar las diferencias eran de tipo cuantitativo (edad, ansiedad rasgo, ansiedad estado, depresión e intensidad del dolor), la prueba que se empleó fue la t de Student.
- 2) Comprobar la efectividad del programa. Concretamente, comprobar si el hecho de asistir al programa incidía en las variables dependientes evaluadas. Dado que se evaluaron tanto variables cuantitativas como cualitativas, las pruebas estadísticas empleadas fueron diferentes.

En cuanto a las variables cuantitativas evaluadas, tanto antes como después del programa (ansiedad estado, depresión, control sobre la vida, intensidad del dolor y repercusión del dolor en la vida cotidiana), se generó para cada una de ellas una nueva variable. Esta variable generada era la diferencia que había entre la evaluación anterior y la evaluación posterior al tratamiento. Esto es, esta nueva variable indicaba la evolución de la variable evaluada. Lo que se llevó a

cabo fue una comparación mediante la t de Student de las variables generadas (de las evoluciones) entre el grupo experimental y el control. En caso de que las varianzas no fueran iguales, se utilizaría la t de Berhens-Fisher. De este modo, podríamos saber, por ejemplo, si el dolor había disminuido más en un grupo que en otro. En otras palabras, se comparaban las evoluciones de ambos grupos.

Las variables cualitativas, si recordamos, todas eran dicotómicas (reducción del dolor, reducción de la medicación, aumento de actividades reforzantes) y solamente se evaluaron en una ocasión (después del programa). En este caso, comprobamos si habían diferencias entre los grupos respecto a estas variables mediante las pruebas de chi-cuadrado. En el caso de que las condiciones de aplicación no se cumplieran, se analizaban las diferencias a partir del estadístico exacto de Fisher.

RESULTADOS

En el grupo experimental no se pudieron obtener los datos de dos sujetos, dado que uno de ellos tuvo que ser ingresado una vez terminado el programa educativo pero antes de realizar la evaluación postratamiento, y el segundo tuvo que abandonar el programa una vez iniciado. Ambos motivos no estuvieron relacionados con la pertenencia de estos sujetos al grupo experimental. Así que, a continuación, presentaremos los datos de la totalidad del grupo control (15 sujetos) y 13 de los sujetos del grupo experimental.

En primer lugar, analizamos si existían diferencias iniciales entre ambos grupos en cuanto a las varia-

bles que podían incidir en la efectividad del programa. Como puede verse en la tabla 2, no hay diferencias significativas entre los dos grupos.

Una vez pudimos comprobar que ambos grupos eran equivalentes respecto a las variables iniciales, pasamos a analizar si el programa educativo produjo diferencias entre los dos grupos.

En primer lugar, analizamos las variables cuantitativas.

Los resultados en cuanto a la ansiedad, los podemos encontrar resumidos en la figura 1.

Como podemos apreciar en la figura 1, mientras la ansiedad aumenta en los pacientes que no asistieron

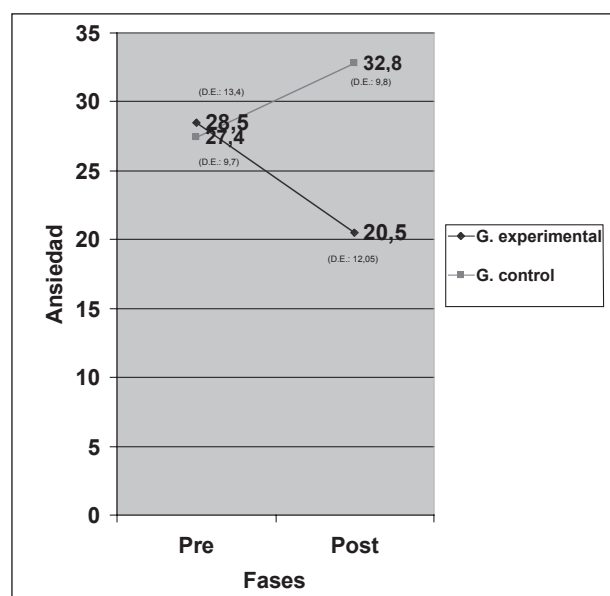


Figura 1. Evolución de las medias de la variable ansiedad estado en el grupo experimental y control.

Tabla 2. Comparación grupo experimental y grupo control antes de iniciarse el programa

		X	D.E.	T	GL	P
Edad	g. experimental	53,4	13,2	-.434	26	.668
	g. control	55,3	9,5			
Ansiedad Rasgo	g. experimental	30,0	10,8	-.508	26	.616
	g. control	32,0	10,6			
Ansiedad Estado	g. experimental	28,5	13,4	-.244	26	.809
	g. control	27,4	9,7			
*Depresión	g. experimental	16,4	4,8	-.394	25	.697
	g. control	17,4	8,1			
‡Intensidad dolor	g. experimental	15,6	4,8	-.725	14,9	.480
	g. control	16,7	1,8			

*En esta variable, hay un grado de libertad menos, dado que en el grupo experimental, por causas prácticas, no se pudo evaluar esta variable a un paciente; ‡Dado que en esta variable las varianzas no eran iguales, se realizó la prueba de Berhens-Fisher.

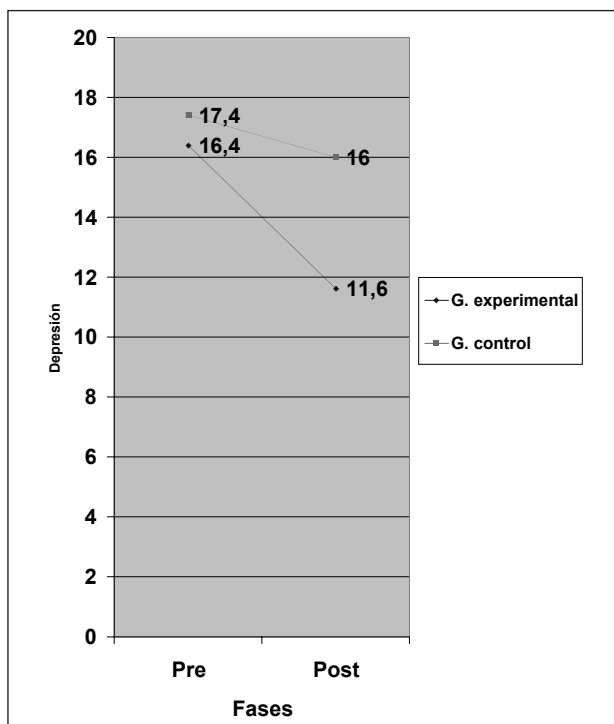


Figura 2. Evolución de las medias de la variable depresión en el grupo experimental y control

al programa, disminuye en aquellos que son sometidos al programa interdisciplinar $t(26) = 2,9$, $p = .007$.

Respecto a la depresión, los datos se encuentran resumidos en la figura 2.

Tal como observamos en la figura 2, mientras el grupo control sufre un leve descenso en la depresión, en el grupo experimental la disminución es más acusada $t(26) = 1,89$, $p = .070$, y la diferencia no llega a ser significativa estadísticamente.

Otra de las variables que evaluamos fue el control que los pacientes sentían sobre sus vidas; esto es, en qué medida creían que sus vidas estaban controladas más por ellos mismos que por su dolor. Los resultados de esta variable se encuentran en la figura 3.

La figura 3 muestra como, en los pacientes del grupo control, la variable control permanece con el mismo valor, no hay alteración alguna, mientras en el grupo experimental se da un aumento de la sensación de control de los pacientes. La diferencia en la evolución de esta variable es significativa $t(20.015) = -2,34$, $p = .029$ (la prueba t utilizada en este caso es la de Berhens-Fisher, dado que las varianzas no eran iguales).

Los datos referentes a la intensidad del dolor se encuentran en la figura 4.

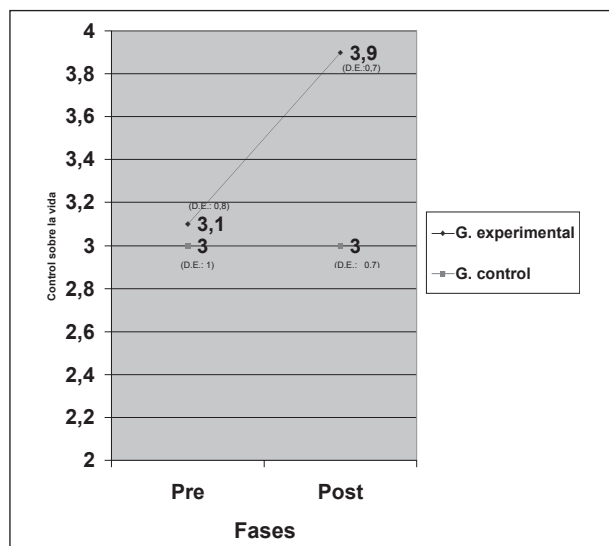


Figura 3. Evolución de las medias de la variable control sobre la vida en el grupo experimental y control

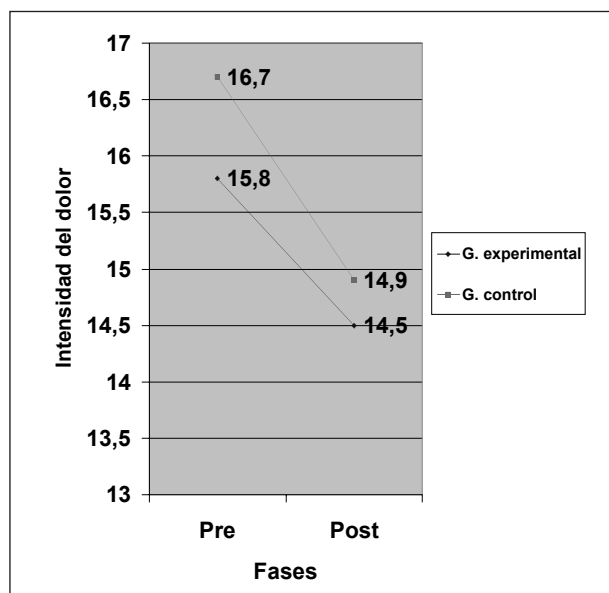


Figura 4. Evolución de las medias de la variable intensidad del dolor en el grupo experimental y control.

La intensidad del dolor, tal y como refleja la figura 4, evoluciona de una forma muy similar en ambos grupos, indicando que el programa no ha sido efectivo en cuanto a la disminución de dolor se refiere ($t(26) = -1.281$, $p = .212$).

Como se ha indicado en otro apartado, también evaluamos la repercusión del dolor en la vida cotidiana de los pacientes. Los resultados respecto a esta variable se encuentran en la figura 5.

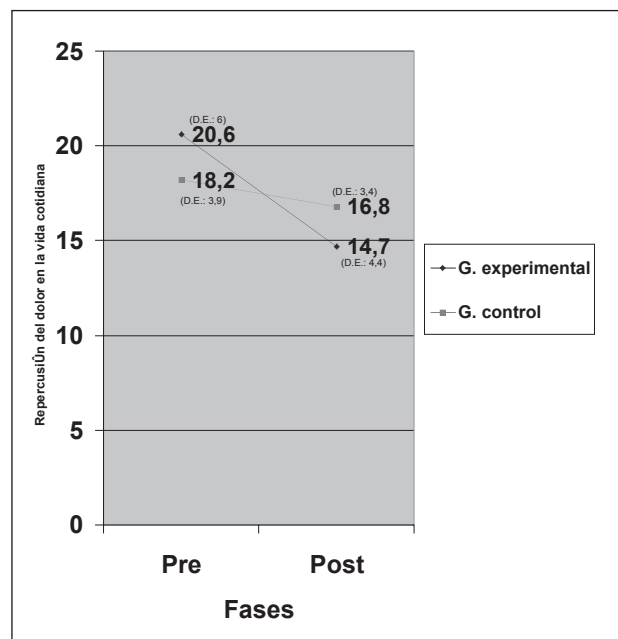


Figura 5. Evolución de las medias de la variable repercusión del dolor en la vida cotidiana en el grupo experimental y control.

En la figura 5, se aprecia claramente cómo, mientras en el grupo experimental el programa consigue que la repercusión del dolor en sus vidas disminuya, en el grupo control no se aprecia este cambio. La diferencia entre ambos grupos respecto a esta variable es significativa ($t(26) = 3.041$, $p = .005$).

En la tabla 3 se encuentran resumidos los resultados de las variables cuantitativas que acabamos de exponer (ansiedad, depresión, intensidad del dolor, control sobre la vida y repercusión del dolor sobre la vida). En esta tabla se encuentran las variables generadas que

hemos comentado anteriormente, aquellas que surgen de restar la puntuación obtenida en la evaluación posterior a la puntuación de la evaluación realizada antes del programa. Esto es, las variables generadas reflejan la evolución de las variables evaluadas.

Como se ha indicado en otro apartado, la medición cualitativa del dolor consistió en preguntar a los pacientes, en la segunda evaluación, si durante las últimas semanas habían notado que el dolor había disminuido, registrándose dos valores (afirmativo y negativo). Respecto a esta forma de evaluar el dolor, los datos se pueden apreciar en la tabla 4.

La mayoría de los pacientes del grupo experimental, tal y como refleja la tabla 4, afirma que su dolor ha disminuido en alguna medida durante las últimas semanas, lo cual no ocurre en el grupo control ($p = .056$) (el análisis estadístico de esta variable se realizó mediante el estadístico exacto de Fisher, ya que no se cumplían las condiciones de aplicación). Así pues, parece que hay diferencias entre los dos grupos en cuanto al dolor, según como éste se evalúe. Si se evalúa de forma cuantitativa, parece que no hay diferencias, mientras que si se mide cualitativamente, las diferencias rozan la significación.

Tabla 4. Reducción del dolor en el grupo control y experimental

	Reducción dolor	No reducción dolor
Grupo experimental	9 pacientes	4 pacientes
Grupo control	4 pacientes	11 pacientes

Tabla 3. Comparación grupo experimental y grupo control respecto a la evolución de las variables dependientes cuantitativas

Evolución de:	Grupos	X	D.E.	T	GL	P
Ansiedad estado	Experimental	8,0	13,1	2.944	26	.007
	Control	-5,3	10,8			
‡Depresión	Experimental	6,2	6,5	1.891	25	.070
	Control	1,4	6,5			
Intensidad del dolor	Experimental	1,5	4,1	-1.185	26	.855
	Control	1,8	3,3			
*Control sobre la vida	Experimental	-.76	1,0	-2.346	20.015	.029
	Control	.00	.65			
Repercusión del dolor	Experimental	5,9	5,0	-3.041	26	.005
	Control	1,4	2,6			

‡En esta variable, hay un grado de libertad menos, dado que en el grupo experimental, por causas prácticas, no se pudo evaluar esta variable a un paciente; *Dado que en esta variable las varianzas no eran iguales, se realizó la prueba de Berhens-Fisher.

Tabla 5. Reducción de la medicación en el grupo control y experimental

	Reducción medicación	No reducción medicación
Grupo experimental	5 pacientes	8 pacientes
Grupo control	0 pacientes	15 pacientes

En cuanto a la medicación, los resultados se encuentran en la tabla 5.

Como puede observarse en la tabla 5, en el grupo experimental, 5 sujetos reducen la medicación, lo cual no ocurre en ningún paciente del grupo control ($p = .013$) (el análisis estadístico de esta variable se realizó mediante el estadístico exacto de Fisher, ya que no se cumplían las condiciones de aplicación).

Tal y como se ha comentado, también se evaluó si los pacientes aumentaron la realización de actividades agradables. Los resultados se encuentran resumidos en la tabla 6.

También existen diferencias significativas en cuanto al aumento de actividades, como se aprecia en la tabla 6 ($X^2 = 5,24$, $p = 0,022$). Los pacientes que asistieron al programa aumentaron en mayor medida el número de actividades agradables que realizaban.

Por último, solamente a los pacientes del grupo experimental se les preguntó si recomendarían a otros pacientes el programa educativo interdisciplinar (véase tabla 7).

Como observamos en la tabla 7, la gran mayoría de pacientes recomendaría a otras personas en sus circunstancias el programa educativo interdisciplinar.

Tabla 6. Aumento de actividades agradables

	Aumento de actividades	No aumento de actividades
Grupo experimental	7 pacientes	6 pacientes
Grupo control	2 pacientes	13 pacientes

Tabla 7. Número de pacientes respecto a la recomendación del tratamiento

¿Recomendarías la asistencia a estas sesiones a otras personas que estuvieran en tu misma situación?			
Seguro sí	Probablemente sí	Probablemente no	Seguro no
10	1	1	1

DISCUSIÓN

Resumiendo los resultados, parece que el programa ha producido cambios en múltiples variables. Gracias al programa educativo interdisciplinar, los pacientes han disminuido su nivel de ansiedad, han aumentado el control que sienten sobre sus vidas y las actividades agradables que realizan, han disminuido la medicación y también han disminuido la repercusión del dolor en su vida diaria. En cuanto a la depresión, las diferencias entre el grupo experimental y control no llegan a la significación estadística, aunque la rozan. De hecho, los datos también rozan la "significación clínica", ya que el grupo de pacientes que asistieron al programa pasaron de una media de 16,5 puntos en el cuestionario de depresión a una media de 11 puntos. Para que se considere que una persona no tiene grado alguno de depresión, se deben conseguir menos de 10 puntos, así que a través del programa casi se logra que los pacientes obtengan una puntuación indicativa de normalidad. Dado que la muestra es reducida, nos inclinamos a pensar que en una muestra de mayor tamaño las diferencias hubieran alcanzado la significación.

Si analizamos más detalladamente las diferencias entre la ansiedad del grupo control y el experimental, no solamente comprobamos que el grupo que asiste al programa interdisciplinar reduce su ansiedad, sino que los pacientes del grupo control que se encuentran bajo el tratamiento rutinario aumentan su ansiedad. Dado que el dolor crónico es un claro determinante de la ansiedad, en la mayoría de los pacientes, creemos que el simple paso del tiempo, esto es, el aumento de la cronicidad, podría explicar por sí solo el aumento de la ansiedad en este grupo.

Respecto al dolor, los datos son incongruentes, puesto que cuando se mide de forma cuantitativa parece que no hay mejoría alguna y, en cambio, cuando se evalúa cualitativamente preguntando a los sujetos si ha disminuido su dolor, en las últimas semanas, los pacientes del grupo experimental que contestan de forma afirmativa superan a los del grupo control. Esta incongruencia quizás se debe a que la forma cualitativa de evaluación del dolor es más sensible a cualquier pequeño cambio en el sufrimiento del dolor. Esto es, un paciente que haya notado una pequeña variación en su dolor contestará afirmativamente a la pregunta sobre la reducción del dolor; sin embargo, en la evaluación cuantitativa, esta pequeña variación quizás sólo se traduzca en un punto de más, dentro de un cuestionario de 25 puntos. Otra posible explica-

ción a esta incongruencia es que el programa realmente no disminuyera el dolor y los pacientes respondieran afirmativamente a la pregunta de si les había disminuido el dolor para "no defraudar" al entrevistador, puesto que ellos se sentían tratados de un modo especial por el hecho de haber asistido al programa.

En conjunto, creemos pues que el programa se ha mostrado altamente efectivo corroborando otras investigaciones que también concluían la eficacia de tratamientos interdisciplinarios¹⁰⁻¹³. Si nos preguntamos cuál ha sido la "clave" de la efectividad, el tipo de diseño experimental no nos permite contestar qué técnica (relajación, explicación de los mecanismos del dolor, reestructuración cognitiva,...) ha sido la que ha contribuido en mayor medida a la eficacia del programa. Sin embargo, a través de los comentarios de los pacientes, nos inclinamos a pensar que para cada paciente las técnicas que han resultado de utilidad han sido distintas. Así por ejemplo, mientras algunos habrán obtenido buenos resultados con la relajación, otros se habrán beneficiado más con las explicaciones de higiene postural.

Aunque no podemos asegurarlo, creemos que la eficacia de nuestro programa ha residido en sus múltiples componentes. La experiencia nos ha mostrado que todavía es posible aumentar más la interdisciplinariedad del programa invitando a más profesionales para que entren a formar parte del mismo. Así por ejemplo, actualmente estamos llevando a cabo el mismo programa con los pacientes que formaron parte del grupo control y esta vez hemos aumentado el equipo interdisciplinar incorporando una sexóloga que también realizará una sesión educativa, dado que los problemas sexuales también son usuales entre pacientes con dolor crónico.

Creemos que nuestros datos son alentadores y nos gustaría que animaran a profesionales de otros centros a utilizar programas similares.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Dra. Mariona Portell del área de metodología de las ciencias del comportamiento (UAB) su ayuda en la parte estadística del estudio, y al Dr. Tomás Blasco del área de psicología básica (UAB), su atenta revisión del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999; 83;9-16.
2. Gómez A, Méndez FX. Aspectos actuales en la prevención de las lumbalgias. *Psicol Conduc* 2000;8;99-115.
3. González MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin* 2000;114;491-2.
4. Rodríguez-Parra MJ, Esteve R, López AE. Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Anal Mod Conduc* 2000;26;391-418.
5. Bravo PA, González-Duran R. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Rev Soc Esp Dol* 2001;8(Suppl II);48-69.
6. Esteve MR, Ramírez C, López AE. Aspectos emocionales en el dolor. *Actual Dol* 2001;2;252-61.
7. Lampe A, Soellner W, Krismer M, et al. The impact of stressful life events on exacerbation of chronic low-back pain. *J Psychosom Res* 1998;44;555-63.
8. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review a meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80;1-13.
9. Van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2000;25;2688-99.
10. Loeser JD, Melzack R. Pain an overview. *Lancet* 1999; 353;1607-9.
11. Becker N, Sjogren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 2000;84;203-11.
12. Collado A, Torres X, Arias A, et al. El tratamiento multidisciplinario del dolor crónico puede mejorar éste, facilitando la reincorporación al mundo laboral. *Med Clin* 2001;117;401-5.
13. McCracken LM, Gross RT. The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic back pain: preliminary results. *J Occup Rehab* 1998;8;179-89.
14. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain. *Br Med J* 2001;322;1511-6.
15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual (N. Seisdedos, Trad.). Madrid: TEA, 1982.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 1961;4;561-71.