

Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio piloto

Eva del Río¹, Rocío Herrero¹, Ángel Enrique¹, Lourdes Peñalver², Azucena García-Palacios¹, Cristina Botella¹, Francisco J. Ballester² y Julio Doménech²

¹Universidad Jaime I, Castellón, España

²Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Resumen: El dolor lumbar constituye un grave problema de salud pública por las limitaciones físicas que produce y las psicopatologías asociadas. El objetivo de este estudio fue aplicar un tratamiento cognitivo conductual grupal de seis sesiones en un servicio de rehabilitación de sanidad pública, para comprobar sus efectos sobre: dolor, discapacidad, ansiedad, depresión, creencias sobre miedo y evitación, catastrofización y estrategias de afrontamiento ante el dolor. La muestra consistió en 5 pacientes de un hospital público de Valencia diagnosticados de dolor lumbar ($M = 57$ años), que habían padecido dolor lumbar durante una media de 5.9 años. Los resultados muestran una reducción en discapacidad, uso de estrategias desadaptativas y creencias de miedo-evitación, lo que indica que los aspectos psicológicos tienen gran impacto en el dolor lumbar y que es posible aplicar terapia psicológica para esta dolencia en el sistema de salud pública español.

Palabras clave: Dolor lumbar; tratamientos psicológicos; terapia cognitivo conductual; sanidad pública.

Cognitive behavioral therapy in patients with low back pain in public health: A pilot study

Abstract: Low back pain is a major public health problem due to the physical limitations it produces and the comorbidity with mental problems. The aim of this study was to apply a cognitive behavioral group treatment of six sessions in a public health rehabilitation service, to test its effects on pain, disability, anxiety, depression, fear and avoidance beliefs, catastrophizing, and pain coping strategies. The sample consisted of 5 patients from a public hospital in Valencia diagnosed with low back pain ($M = 57$ years), who had been suffering pain for an average of 5.9 years. The results showed a reduction of disability, of the use of maladaptive strategies and fear-avoidance beliefs, indicating that psychological aspects have a great impact on low back pain and that it is possible to apply psychological interventions for this condition in the public health system in Spain.

Keywords: Low back pain; psychological treatments; cognitive behavioral therapy; public health.

Introducción

El dolor lumbar (DL) es una de las afecciones de dolor crónico más comunes y frecuentes, cuya prevalencia

se estima en un 7.7% (Humbría-Mendiola, Carmona, Peña-Sagredo y Ortiz, 2002). El DL o lumbalgia se define como un síndrome musculoesquelético cuyo principal síntoma es la presencia de dolor focalizado en el segmento final de la columna vertebral (zona lumbar) (Casado-Morales, Moix-Queraltó y Vidal-Fernández, 2008). Las técnicas de imagen actuales no permiten establecer un diagnóstico preciso generando complicaciones en la búsqueda del tratamiento adecuado (Skovron, 1992), atribuyéndose el 85% de los casos de DL a una causa inespecífica (Moix, Cano y grupo Español de Trabajo del Programa COST B13 de la Comisión Europea,

Recibido: 30 marzo 2015; aceptado: 12 mayo 2015.

Correspondencia: Eva del Río González, Facultad de Psicología, Universidad Jaime I, Avenida Vicent Sos Baynat, s/n, 12071 Castellón, España. Correo-e: rio@uji.es

Agradecimiento: este trabajo es parte del proyecto PI12/02710 financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad).

2006). El DL se cronifica hasta en un 5-10% de los casos, evolucionando a incapacidad (Skovron, 1992), y genera más de 200.000 demandas de atención en consultas de reumatología en 6 meses (Humbria-Mendiola et al., 2002) siendo el mayor responsable de incapacidad y de absentismo laboral en nuestro país con el consiguiente elevado coste económico y deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen (Casado-Morales et al., 2008; Frymoyer y Durett, 1997). En España, la lumbalgia constituye el 11.4% de todas las incapacidades temporales, generando un coste total de 75 millones de euros (González y Condon, 2000). Los episodios de dolor lumbar han aumentado un 183.8% entre 1993 y 2004 (Salvans y González-Viejo, 2008), lo que lo convierte en una grave problemática que se acrecienta y requiere atención.

No sólo los factores biológicos como ciertas alteraciones del sistema musculoesquelético, sino también factores sociales, como condiciones laborales desfavorables (posturas, movimientos o esfuerzos) y, sobre todo, factores cognitivos, emocionales y conductuales (cambios conductuales, reajustes en motivación, alteraciones del estado de ánimo), adquieren una especial importancia en la percepción, afrontamiento y mantenimiento del dolor en la lumbalgia. Además de la persistencia de los factores que lo han originado, el dolor continúa y se cronifica por factores tan claves como la evitación de la actividad diaria y el miedo al dolor (Jansen, 2002; Turk y Okifuji, 2002). Se ha observado que las actitudes y creencias de los pacientes, especialmente las relacionadas con el miedo y la evitación, son poderosos predictores del dolor lumbar crónico (Picavet, Vlaeyen y Schouten, 2002; George, Fritz y McNeil, 2006).

La limitación sobre la movilidad es una de las consecuencias más evidentes de esta enfermedad (Indahl, 2004), sin embargo, también ejerce un profundo impacto negativo en el bienestar psicológico de quien lo padece (Rudy, Weiner, Lieber, Salaboda y Boston, 2007), hasta el punto de que el 29% acaban sufriendo depresión (Watson, Main, Waddell, Gales y Purcell-Jones, 1998). En este sentido, los estudios señalan una fuerte correlación con factores psicosociales como el estrés, la ansiedad, la depresión y la ira, entre otros (Mok y Lee, 2008). En este sentido se observa que los factores psicológicos tienen un papel importante en las personas que sufren de DL, que ven limitados sus movimientos y su capacidad para hacer ciertas actividades, lo que les lleva a la frustración y la desesperanza acerca de su recuperación. Como consecuencia, aumenta el miedo en estos pacientes a realizar actividades por temor al dolor que puedan sufrir, lo que disminuye el número de estas, especialmente las lúdicas y de ocio, focalizando sus esfuerzos en

las obligaciones. Esto contribuye a incrementar los niveles de tristeza y la anhedonia, lo que a su vez aumenta los niveles de dolor percibido, en una interacción recíproca entre el dolor y las limitaciones de la enfermedad, y el bajo estado de ánimo.

El tratamiento que se emplea en un primer momento es farmacológico ya que alivia los dolores agudos, siendo los analgésicos los medicamentos más indicados en dolor lumbar. El 22% de las ocasiones el paracetamol es la primera elección en el tratamiento de las lumbalgias en atención primaria (Towheed et al., 2006), sin embargo, también son ampliamente utilizados los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (Spijker-Huiges et al., 2015) y los relajantes musculares. Dentro de las intervenciones médicas empleadas para tratar el DL, un 11.6% de pacientes son intervenidos quirúrgicamente (Deyo y Tsui-Wu, 1987). Cabe señalar, no obstante, que un 90% de estos pacientes experimenta una mejoría gradual en seis semanas y, por lo tanto, sólo el 10% precisan de cirugía (Deyo, 1998). Desde un abordaje fisioterapéutico pasivo, se emplean la estimulación con calor o frío (Sahar et al., 2009), la terapia de estimulación eléctrica transcutánea (McCamey y Evans, 2007) y los masajes (Furlan, Imamura, Dryden y Irvin, 2009), pero tan sólo producen un alivio leve de los síntomas y por corto periodo de tiempo. El tratamiento mediante fisioterapia activa implicaría el aprendizaje de ejercicios físicos y la aplicación de ciertas normas de higiene postural en las actividades cotidianas. Se ha observado que los programas de tratamiento de tipo rehabilitador, reducen el DL así como los riesgos de cronificación y recaídas (Deyo, 1998).

Diversos estudios muestran que los tratamientos médicos conservadores (focalizados en el uso de medicamentos) tienen un efecto de bajo a moderado en el dolor lumbar crónico (Airaksinen et al., 2006), mientras la catastrofización, las creencias sobre el miedo y las estrategias de evitación hacia el dolor contrarrestan los efectos beneficiosos del tratamiento convencional y rehabilitador (Al-Obaidi, Beattle, Al-Zoabi y Al-Wekeel, 2005; Jellema et al., 2006). Por ello, parece importante prestar atención a los tratamientos psicológicos para abordar esta problemática. De entre las técnicas psicoterapéuticas existentes en la clínica se ha señalado a la hipnosis como un procedimiento eficaz para el tratamiento del dolor (agudo y crónico) (Hammond, 2007; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena y Patterson, 2000; Montgomery, DuHamel y Reed, 2000) así como, para reducir la emocionalidad negativa (Jensen et al., 2006). Además, se ha demostrado que el uso de metáforas en las sugerencias hipnóticas produce una disminución del dolor, así como de los niveles de ansiedad y depresión

en dolor articular (Pérez, Fernández, Fernández y Durán, 2012). También se ha determinado que la terapia cognitiva combinada con terapia farmacológica genera menor coste post-tratamiento (consultas por dolor, cirugías y procedimientos anestésicos) que el uso exclusivo de fármacos (Cipher, Fernández y Cliford, 2001). No obstante, se ha señalado al tratamiento cognitivo conductual (TCC) como muy eficaz para el tratamiento del dolor pues mejora la capacidad funcional, la calidad de vida del paciente y disminuye el uso de servicios de salud (Londoño, Contreras, Delgadillo, Tobón y Vinaccia, 2005). Existen estudios de meta-análisis que corroboran esto, indicando buenos datos de eficacia en los tratamientos cognitivo-conductuales, para pacientes con dolor crónico (Glombiewski et al., 2010). En concreto para el DL, Hoffman et al. (2007) realizaron un meta-análisis en el que encontraron que la TCC y las estrategias de autorregulación (relajación, *mindfulness*, hipnosis) eran particularmente eficaces en esta patología. Estudios como el de Lamb y colaboradores (Lamb et al., 2010) apoyan estas conclusiones. La intervención de aproximación psicológica ha de ir orientada al incremento de la autonomía del paciente mediante el aprendizaje de habilidades específicas con las que poder encarar la enfermedad y los síntomas que de ella se derivan (Londoño et al., 2005). Existente una relación entre el dolor intenso y la tendencia marcada a la catastrofización (Jacobsen, Andrykowski y Thors, 2004), lo que influye en la adherencia al tratamiento y en el curso de la enfermedad. Así mismo, aquellos pacientes que adoptan estrategias adaptativas de afrontamiento del dolor tienden a mostrar respuestas punitivas menores ante el dolor y menor angustia que aquellas que emplean estrategias desadaptativas (Zaza, Reyno y Moulin, 2000).

Dada la alta prevalencia de esta enfermedad, las graves consecuencias tanto físicas como psicológicas que produce en sus pacientes, y los elevados costes que se derivan de su tratamiento, se hace necesario investigar para mejorar el mismo. En este sentido, la aplicación de un tratamiento psicológico en esta población puede ser una contribución para la mejora. Pese a que en general se reconoce la importancia de las intervenciones psicológicas en DL, la implantación en los servicios de la sanidad pública es todavía muy escasa y, por tanto, es necesario explorar no sólo la eficacia de las intervenciones, sino también la posibilidad de su implantación en la sanidad pública. Con este objetivo realizamos este trabajo para observar los beneficios de un tratamiento multidisciplinar en el que los aspectos psicológicos también tengan cabida. En este sentido, las hipótesis de investigación que planteamos son que tras la aplicación de la TCC los pacientes con DL mostrarán una disminución del dolor y

la discapacidad percibida, menores valores de ansiedad, depresión y catastrofización, así como menores creencias sobre miedo y evitación relacionados con el dolor. Por otro lado, esperamos un aumento del uso de estrategias adaptativas de afrontamiento del dolor frente al uso de las desadaptativas.

Método

Participantes

Los participantes fueron reclutados de las consultas de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia (España). La investigación fue realizada bajo los principios de la Declaración de Helsinki del año 2000 (Manzini, 2000) y forma parte de un proyecto financiado por el Instituto de salud Carlos III (PI12/02710).

Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 65 años; estar padeciendo DL desde hace, al menos, 6 meses; presentar al menos un nivel leve de incapacidad (puntuación de 4 o más en el cuestionario Roland-Morris) (Kovacs et al., 2002); no presentar retraso mental o un nivel de analfabetismo que impida comprender el tratamiento; no presentar déficit neurológico, ni antecedente de fractura vertebral, cirugía lumbar previa, espondilodiscitis, tumor en la columna o estructuras nerviosas, enfermedad mental grave, o abuso de sustancias.

La muestra inicial estuvo compuesta por 11 participantes diagnosticados de lumbalgia crónica inespecífica según la definición establecida por la GPC COST B-13 (Airaksinen et al., 2006). Finalmente, 7 personas iniciaron el tratamiento (6 mujeres y un hombre) pues por diversos motivos personales no pudieron acudir a la terapia 4 personas. La evaluación post tratamiento fue respondida por 5 de las 7 personas participantes, ya que dos de ellas no llegaron a completar el tratamiento. La media de edad de los participantes fue de 57 años (DT = 5.57) y habían estado padeciendo dolor durante una media de 70.80 meses (5.9 años) (DT = 68.99. Todos los participantes recibieron tratamiento médico, el cual fue mantenido estable hasta el final del estudio. La mayoría de pacientes estaban tomando fármacos antes de iniciar el tratamiento, principalmente AINEs y analgésicos.

Instrumentos

Entrevista inicial sobre datos socio-demográficos: en la cual se indaga acerca del nivel de actividad deportiva, la profesión, la situación laboral (activo/baja/paro y días de baja), datos clínicos (ej. duración del dolor) y tratamientos previos.

Las variables principales del estudio fueron la discapacidad y el nivel de dolor:

Escala Numérica de dolor (EN). Mide la intensidad del dolor sufrido durante la última semana en una escala de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor imaginable).

Cuestionario Roland-Morris de discapacidad (*Roland-Morris disability questionnaire*; Kovacs et al., 2002). Cuestionario de 24 ítems que evalúa discapacidad. El sujeto debe marcar aquellas frases que indican cómo se ha encontrado durante la última semana cuando le dolía la espalda (o los riñones). Este instrumento ha sido validado en población española y presenta una buena consistencia interna, $\alpha = 0.84$.

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Herrero et al., 2003). Evalúa los síntomas de ansiedad y depresión durante la última semana a través de 14 ítems. La escala total presenta una consistencia interna elevada, α de Cronbach = 0.90, siendo de $\alpha = 0.84$ para la subescala de depresión y de $\alpha = 0.85$ para la subescala de ansiedad.

Cuestionario de creencias sobre miedo y evitación (*Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*, FABQ; Kovacs et al., 2006). Cuestionario que evalúa las creencias y actitudes respecto a las causas y consecuencias del DL. Presenta una consistencia interna de $\alpha = 0.93$.

Escala de catastrofización ante el dolor (*Pain Catastrophizing Scale*, PCS; García-Campayo et al., 2008). Consta de 13 ítems que describen como se sienten o piensan cuando sienten dolor con una escala de 0 (nada) a 4 (muchísimo) y presenta una consistencia interna de $\alpha = 0.79$, siendo de $\alpha = 0.82$ para la subescala de rumiación, de $\alpha = 0.74$ para la de magnificación y de $\alpha = 0.80$ para la desesperanza.

Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor (*Coping Strategies Questionnaire*, CSQ; Rodríguez, Cano y Blanco, 2004). Consta de 39 frases que describen distintas estrategias utilizadas para afrontar el dolor, las cuales han de ser valoradas en una escala de 0 (nunca) a 6 (siempre) según la frecuencia con la que son empleadas. La consistencia interna para cada una de subescalas es la siguiente: $\alpha = 0.89$ para catastrofización, $\alpha = 0.76$ para conductas distractoras, $\alpha = 0.80$ para autoinstrucciones, $\alpha = 0.68$ para ignorar el dolor, $\alpha = 0.80$ para reinterpretar el dolor, $\alpha = 0.77$ para esperanza, $\alpha = 0.85$ para fe y plegarias y $\alpha = 0.74$ para distracción cognitiva.

Escala de satisfacción con el tratamiento (Borkovec y Nau, 1972). Este cuestionario se componen de 6 ítems en los que la persona debe valorar en una escala de 0 a 10 en qué medida el tratamiento les ha parecido lógico; su nivel de satisfacción con el mismo; si recomendarían este tratamiento para algún amigo o familiar que tuviera el mismo problema; en qué medida podría ser de utilidad

para tratar otros problemas psicológicos, en qué medida ha sido útil en su caso y en qué medida ha sido aversivo. Este instrumento presenta una buena consistencia interna: $\alpha = 0.90$ (Serrano et al., 2015).

Procedimiento

Los participantes recibieron información sobre el estudio y se les pidió que firmaran el consentimiento informado. Posteriormente completaron la evaluación pre-tratamiento con la ayuda de un médico. Aquellos que cumplían los criterios de inclusión participaron en 4 sesiones de Escuela de Espalda con los fisioterapeutas del servicio de rehabilitación del hospital y, posteriormente, recibieron el programa de tratamiento cognitivo conductual de seis sesiones en seis semanas. Los participantes fueron evaluados nuevamente una vez terminado el tratamiento.

Tratamiento

Los participantes recibieron 6 sesiones de terapia cognitivo conductual grupal en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, las cuales tuvieron una frecuencia semanal con una duración de dos horas y fueron impartidas por dos terapeutas con experiencia en la aplicación de TCC en dolor crónico y una tercera terapeuta en formación. Los componentes de tratamiento en cada sesión fueron los siguientes:

Sesión 1: psicoeducación para conocer mejor qué es el dolor crónico y los factores que influyen en él.

Sesión 2: mindfulness, para fomentar un foco de atención más amplio no sólo centrado en el dolor y promover la aceptación radical de la situación, así como la participación en las experiencias en el presente y sin juzgar; y programación de actividades, para establecer prioridades vitales, equilibrar actividad y descanso, reducir el miedo a los movimientos y aumentar el número de actividades agradables que den lugar a un mejor estado de ánimo.

Sesión 3: reestructuración cognitiva, para trabajar los pensamientos negativos relacionados con el dolor y promover una mayor flexibilidad de pensamiento que reduzca la posible aparición de la catastrofización.

Sesión 4: relajación, para reducir la tensión muscular, el estrés emocional y los problemas de sueño.

Sesión 5: se repasaban todas las tareas y las herramientas aprendidas hasta el momento y se practicaba algún ejercicio de mindfulness y/o relajación.

Sesión 6: prevención de recaídas, para anticiparse a posibles situaciones de riesgo futuras y planearlas para evitar que se conviertan en problemáticas.

Es importante remarcar que dos pacientes asistieron a todas las sesiones, tres pacientes a cinco de las seis sesiones y otros dos pacientes asistieron a la mitad de las sesiones.

Resultados

Para analizar los resultados se utilizó la prueba estadística d de Cohen. Los resultados que se muestran en la Tabla 1 indican que los participantes presentaron una disminución muy significativa en la intensidad del dolor, con un tamaño del efecto alto (1.63) y la discapacidad generada por la lumbalgia medida a través del Roland Morris, también con un alto tamaño del efecto (1.04). Además, los resultados indican una gran reducción en las creencias sobre miedo y evitación relacionados con la actividad física con un tamaño del efecto medio (1.02), una disminución de las creencias sobre miedo y evitación relacionadas con el trabajo con un tamaño del efecto medio (0.73), así como una disminución de la puntuación total del FABQ, también con un tamaño del efecto medio (0.74). Por último, también se produjo una disminución significativa de las estrategias desadaptativas de afrontamiento al dolor, con un tamaño del efecto alto (0.90).

En cuanto a la valoración del tratamiento recibido, los participantes mostraron un nivel alto de satisfacción y utilidad. Al mismo tiempo consideraron que el tratamiento era lógico para su problema y que lo recomendarían a otros. Por otra parte, lo consideraron poco aversivo, tal y como se muestra en la Figura 1.

Tabla 1. Puntuaciones (media y desviación típica) pre/post tratamiento y estadístico de Cohen respecto a las variables relevantes

	Pre- X (DT)	Post- X (DT)	d de Cohen
Roland Morris	13.60 (3.97)	9.80 (3.27)	1.044**
Escala Dolor (EN)	7.25 (0.5)	5.60 (1.34)	1.630**
HADS			
Ansiedad	13.60 (0.54)	13.40 (2.60)	0.106
Depresión	8.60 (2.51)	9 (1)	-0.209
FABQ			
Físico	20.20 (2.86)	16 (5.05)	1.023**
Trabajo	22 (13.41)	13.8 (8.37)	0.733*
Total	60.60 (22.32)	43.4 (24.26)	0.738*
PCS			
Rumiación	1.25 (0.93)	0.9 (0.91)	0.379
Magnificación	0.66 (0.40)	0.66 (0.78)	0.000
Desesperanza	0.90 (0.31)	0.66 (0.63)	0.469
Total	12.40 (5.22)	9.60 (9.29)	0.372
CSQ			
Adaptativas	91.2 (31.40)	77.2 (25.03)	0.493
Desadaptativas	16.2 (5.93)	11.2 (5.2)	0.895**

Nota: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria); FABQ = Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (Cuestionario de creencias sobre miedo y evitación); PCS = Pain Catastrophizing Scale (Escala de catastrofización ante el dolor); CSQ = Coping Strategies Questionnaire (Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor). Estimación del tamaño del efecto de Cohen (** $d > 0.80$ = grande, * $d > 0.50$ = moderado, $d > 0.20$ = pequeño)

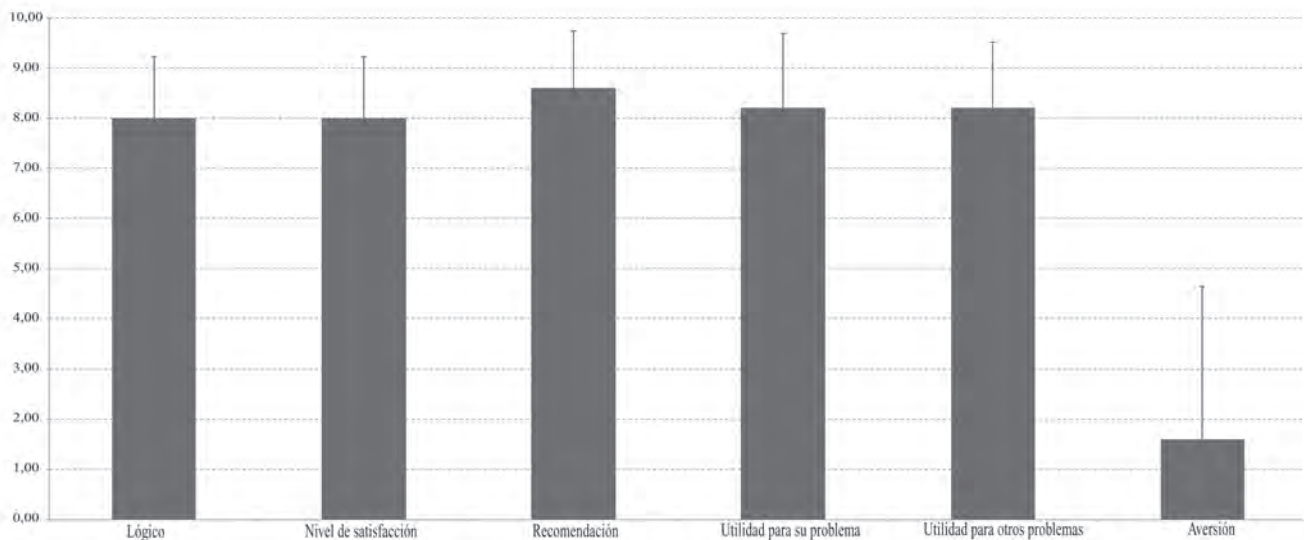


Figura 1. Gráfico sobre el cuestionario de satisfacción con el tratamiento TCC.

Discusión

Cómo hemos visto, el DL constituye un grave problema de salud pública dada su alta prevalencia, la elevada cronificación de los casos, las limitaciones que produce, los problemas físicos y psicológicos que acarrea y los costes para abarcar su intervención, incluyendo las bajas laborales, y la gran cantidad de casos que desembocan en invalidez o incapacidad (Humbria-Mendiola et al., 2002; Casado-Morales et al., 2008; González et al., 2000).

Este estudio piloto muestra una disminución en los niveles de dolor, las creencias sobre miedo y evitación (que indican un menor miedo al movimiento y menor nivel de evitación) y una disminución en el uso de estrategias desadaptativas para afrontar el dolor en pacientes con dolor lumbar, después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual. Es especialmente destacable la reducción de la puntuación obtenida por los pacientes en la variable de resultado principal, la discapacidad. Estos resultados van en la línea de lo planteado en las hipótesis de este estudio, tras el tratamiento psicológico los pacientes perciben en menor grado las limitaciones que les ha generado su problema de dolor en su vida cotidiana. Sin embargo, los síntomas de ansiedad y depresión, así como la catastrofización no sufren una variación significativa tras el tratamiento. Esto podría verse explicado por los niveles basales de las medidas, dado que en ambos casos los pacientes presentaban puntuaciones subclínicas al iniciar el tratamiento (Tejero, Guimerá, Farré y Peri, 1986; Lami, Martínez, Miró y Sánchez, 2013). Por último, es importante destacar que la satisfacción de los pacientes con el tratamiento fue puntuada muy positivamente y les resultó muy poco aversivo.

Este estudio muestra la importancia que los aspectos psicológicos tienen en estos pacientes y la relación que existe entre el factor cognitivo y la percepción del dolor y la discapacidad que sienten aquellos que padecen de dolor lumbar. Por tanto, se evidencia la necesidad de incluir la intervención psicológica en el tratamiento de esta dolencia, con el fin de hacerlo más completo y eficaz, y con ello, reducir los costes que se derivan de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen. Además, parecen adecuadas las sesiones grupales puesto que, les sirven a los pacientes para encontrar un núcleo de apoyo donde hay otras personas que comprenden su malestar y colaboran mutuamente en la construcción de nuevas estrategias de afrontamiento. Asimismo, este trabajo muestra la posibilidad y viabilidad de aplicar terapia psicológica para el dolor lumbar en el contexto de la sanidad pública, dado que el formato grupal también contribuye a mejorar la eficiencia del

tratamiento en un contexto en el que los recursos son limitados. Otro aspecto que se trabajó en este estudio fue la formación de una terapeuta en el programa. Este estudio piloto sirvió para que dos terapeutas más expertas formaran a una terapeuta menos experta que ahora está preparada para aplicar la intervención en otros grupos. En definitiva, pensamos que esta intervención u otras similares podrían ofrecerse tanto en los centros sanitarios, como ambulatorios u hospitales para brindar el mejor tratamiento posible a la problemática, mediante una intervención multidisciplinar donde se aúne el trabajo de especialistas de diversos ámbitos de la salud como son médicos, fisioterapeutas, enfermeros y psicólogos, que aporten su conocimiento para ofrecer una intervención, completa, eficaz y eficiente que consiga mejorar el bienestar de esta población.

Sin embargo, este estudio no está exento de ciertas limitaciones. Como bien hemos indicado anteriormente, se trata de un estudio piloto y sería conveniente replicar este trabajo con un mayor tamaño muestral, con el fin de confirmar los datos obtenidos. Aunque se han elegido variables relevantes en DL, es posible que no se hayan contemplado otras como la que mencionamos en el párrafo anterior, la catastrofización. Además no existe un grupo control con el que poder comparar al grupo experimental. Actualmente se está llevando a cabo un ensayo clínico controlado con una muestra mayor y diversos grupos entre los que se encuentra un grupo control que no recibe terapia psicológica para poder hacer una comparación más exhaustiva y poder controlar los cambios que pudieran derivarse de la propia evolución de los pacientes a lo largo del tiempo.

Este síndrome de dolor crónico consume muchos recursos de las personas que lo padecen, tanto en tiempo, como en dinero y esfuerzo. Conlleva un gran desgaste físico y emocional, además de producir un gran gasto sanitario, por lo que es de vital importancia abordarla del modo más completo posible y desde distintos enfoques, para aliviar el sufrimiento físico y emocional de estas personas lo más rápido y adecuadamente posible.

Como líneas futuras, nos gustaría señalar la necesidad de una mayor investigación en este campo, replicar datos ya existentes y profundizar más en los aspectos que mayor influencia tienen en estas personas, para diseñar programas de tratamiento más completos que vayan dirigidos, no sólo a mejorar el estado de salud físico de estos pacientes, sino también el emocional y mental, con el objetivo principal de conseguir que tengan en la medida de lo posible, una mejor calidad de vida. De manera más concreta, los resultados del presente estudio señalan la importancia del abordaje psicológico en el dolor lumbar crónico.

Referencias

- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffet, J., Kovacs, F., Mannion, A. F., Reis, S., Staal, J. B., Ursin, H., & Zanoli, G. (2006). COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, *15*, S192-300.
- Álvaro, T. y Traver, F. (2010). Una visión psiconeuroinmunológica de la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 149-163.
- Al-Obaidi, S. M., Beattie, P., Al-Zoabi, B., & Al-Wekeel, S. (2005). The relationship of anticipated pain and fear avoidance beliefs to outcome in patients with chronic low back pain who are not receiving worker's compensation. *Spine*, *30*, 1051-1057.
- Borkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*, 257-260.
- Casado-Morales, M. I., Moix-Queraltó, J., y Vidal-Fernández, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*, *19*, 379-392.
- Cipher, D., Fernández, E., & Clifford, A. (2001). Cost-effectiveness and health care utilization in a Multidisciplinary Pain Center: Comparison of three treatment groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, *8*, 237-244.
- Deyo, R. A. (1998). Dolor lumbar. *Investigación y Ciencia*, *265*, 64-69.
- Deyo, R. A. & Tsui-Wu, Y. J. (1987). Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine*, *12*, 264-268.
- Furlan, A. D., Imamura, M., Dryden, T., & Irvin, E. (2009). Massage for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, *34*, 1669-1684.
- Frymoyer, J. W. & Durett, C. L. (1997). *The economics of spinal disorders. The adult spine: principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- García Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, *131*, 487-92.
- George, S. Z., Fritz, J. M., & McNeil, D. W. (2006). Fear avoidance beliefs as measured by the fear avoidance beliefs questionnaire: change in self-report of disability and pain intensity for patients with acute low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, *22*, 197-203.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, *151*, 280-295.
- González, M. A. y Condon, M. A. (2000). Incapacidad por dolor lumbar en España. *Revista Clínica Española (Barcelona)*, *114*, 491-492.
- Hammond, D. C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*, 207-219.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Spine*, *31*, 104-110.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, *26*, 1-9.
- Humbria-Mendiola, A., Carmona, L., Peña-Sagredo, J. L., y Ortiz, A. M. (2002). Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Revista Española de Reumatología*, *29*, 471-8.
- Indahl, A. (2004). Low back pain: diagnosis, treatment and prognosis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *33*, 199-209.
- Jacobsen, P.B., Andrykowski, M.A., & Thors, Ch. (2004). Relationship of catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *72*, 355-361.
- Jansen, S.A. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*, 131-138.
- Jellema, P., van der Horst, H. E., Vlaeyen, J. W. S., Stalman, W. A. B., Bouter, L. M., & van der Windt, D. A. W. M. (2006). Predictors of outcome in patients with (sub) acute low back pain differ across treatment groups. *Spine*, *31*, 1699-1705.
- Jensen, M. P., McArthur, K. D., Barber, J., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Cardenas, D. D., Kraft, G. H., Hofman, A. J., & Patterson, D. R. (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effect of, hypnotic analgesia. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*, 432-447.
- Kovacs, F. M., Llobera, J., Gil del Real, M. T., Abaira, V., Gestoso, M., Fernández, C., & Primaria Group, K. A. (2002). Validation of the Spanish Version of the Roland-Morris Questionnaire. *Spine*, *27*, 538-542.
- Kovacs, F. M., Muriel, A., Medina, J. M., Abaira, V., Castillo Sánchez, M. D., & Olabe Jauregui, J. (2006). Psychometric Characteristics of the Spanish Version of the FAB Questionnaire. *Spine*, *31*, 104-110.
- Lamb, S. E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnovo, E., Withers, E. J., Nichols, V., Potter, R., & Underwood, M. R. (2010). Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *The Lancet*, *375*, 916-923.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2013). Versión española de la Escala de catastrofización del dolor: estudio psicométrico en mujeres sanas. *Revista de Psicología Conductual*, *21*, 137-156.
- Londoño, C., Contreras, F., Delgado, G., Tobón, S., y Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*, 25-31.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*, 239-259.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, *6*, 321-334.
- McCamey, K. & Evans, P. (2007). Low back pain. *Primary Care*, *34*, 71-82.
- Moix, J., Cano, A., y Grupo Español de Trabajo del Programa COST B13 de la Comisión Europea (2006). Guía de Práctica

- Clínica para la Lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Ansiedad y Estrés*, 12, 117-129.
- Mok, L. C. & Lee, I. F. (2008). Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1471-80.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- Pérez, J. A., Fernández, J. C., Fernández, B., y Durán, M. (2012). Empleo de metáforas en las sugerencias hipnóticas para manejar el dolor articular: Estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 57-73.
- Picavet, H. S. J., Vlaeyen, J. W. S., & Schouten, S. A. G. (2002). Pain catastrophizing and kinesophobia: predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology*, 156, 1028-1034.
- Rodríguez, L., Cano, F. J., y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 82-91.
- Rudy, T. E., Weiner, D. K., Lieber, S. J., Slaboda, J., & Boston, J. R. (2007). The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. *Pain*, 131, 293-301.
- Sahar, T., Cohen, M. J., Uval-Ne'eman, V., Kandel, L., Odebiyi, D. O., Lev, I., Brezis, M., & Lahad, A. (2009). Insoles for prevention and treatment of back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 34, 924-933.
- Salvans, M. y González-Viejo, A. (2008). Incapacidad laboral por dolor lumbar en España de 2000 a 2004. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 131, 319.
- Spijker-Huiges, A., Groenhof, F., Winters, J. C., van Wijhe, M., Groenier, K. H., & van der Meer, K. (2015). Radiating low back pain in general practice: incidence, prevalence, diagnosis and long-term clinical course of illness. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33, 27-32.
- Serrano, B., Botella, C., Quero, S., Campos, D., Bretón, J., Baños, R. M., & García-Palacios, A. (2015). Treatment Expectancy-Satisfaction Questionnaire (TESQ): Psychometric properties in spanish population. Trabajo presented at ABCT's 49th Annual Convention. Chicago.
- Skovron, M. L. (1992). Epidemiology of low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 6, 559-73.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., & Peri, J. M. (1986). Clinical use of HADS in psychiatric samples: a sensitivity, reliability and validity study. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Towheed, T. E., Maxwell, L., Judd, M. G., Catton, M., Hochberg, M. C., & Wells, G. (2006). Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 25, CD004257.
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Watson, P. J., Main, C. J., Waddell, G., Gales, T. F., & Purcell-Jones, G. (1998). Medically certified work loss, recurrence and cost of wage compensation for back pain: a follow-up study of the working population of Jersey. *British Journal of Rheumatology*, 37, 82-86.
- Zaza, Ch., Reyno, L., & Moulin, D. (2000) The Multidimensional Pain Inventory profiles in patients with chronic cancer-related pain: an examination of generalizability. *Pain*, 87, 75-82.

INFORMACIÓN SOBRE CRITERIOS DE CALIDAD DE LA REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

Indicadores de impacto de la revista:

Scopus:

Scimago Journal Rank (2014):	0.25
Cites per document (2014):	0.70*

Google Académico:

Índice h (total):	24
Índice h (desde 2011):	19
Índice 10 (total):	102
Índice 10 (desde 2011):	56

Indicadores de calidad de la revista:

Categoría ANEP:	A+
Puntuación MIAR (2015):	9.779
Opinión Expertos (RESH 2009):	85.46

* Es equivalente al impact factor del JCR de Thomson Reuters.

Porcentajes de rechazos, endogamia (artículos en los que figura alguno de los miembros relacionados con la gestión u organización de la revista –comité de redacción), y artículos que comuniquen resultados de investigación originales (véase la Figura 1).

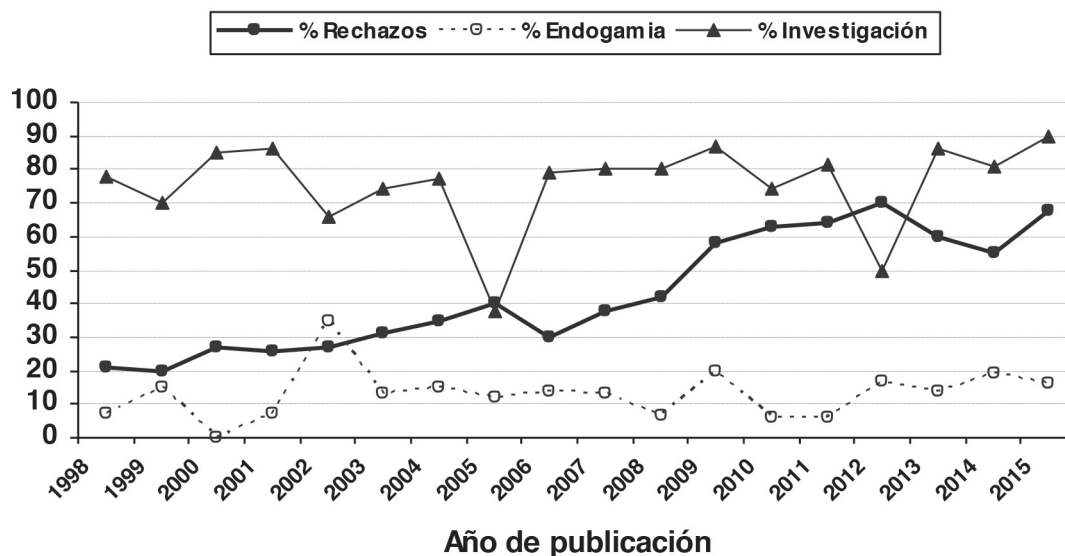


Figura 1. Porcentaje de manuscritos rechazados (*rechazos*), artículos con autoría interna al comité editorial (*endogamia*) y artículos de investigación originales (*investigación*), correspondientes a la *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* desde 1998 hasta el momento actual.

