

1. IDENTIFICACIÓN

Linton, S.J. y Ryberg, M. (2001) A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*, 90, 83-90.

2. RESUMEN

El dolor persistente en la espalda y el cuello no sólo es causa de malestar e incapacidad sino que, a menudo, puede cronificarse con el consiguiente problema para el paciente. Además del dolor, el paciente puede verse incapacitado para acudir al trabajo, con el consiguiente trastorno sociolaboral.

Lo cierto es que este tipo de trastornos es relativamente frecuente no constituyendo, de hecho, un problema clínico. Sin embargo, en alguno de ellos sí puede generarse un agravamiento de mayor importancia, por lo que tiene interés estudiar si una intervención preventiva, en este sentido, puede ser útil para resolver el problema y, tal vez, impedir que pueda progresar generando más incapacidad y dolor.

El presente trabajo ha realizado esta tarea. Para ello ha partido de la población general, aprovechando un estudio más amplio realizado sobre dolor de espalda. Los sujetos estudiados no son, por tanto, pacientes que asisten a consulta o tratamiento en un centro clínico, sino una muestra aleatoria obtenida del censo. De estas personas a 253 se les ofreció participar en el estudio, al presentar los tipos de dolor objeto del trabajo. La idea era comparar la eficacia que en estas personas podría tener un acercamiento preventivo de corte cognitivo conductual comparado con otro acercamiento más convencional: la consulta a un médico o a un fisioterapeuta.

Para evaluar la eficacia de la intervención se tuvieron en cuenta diversas variables relacionadas con el dolor en sí, estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, etc. Además se consideraron las bajas laborales por el problema. Todas estas variables fueron medidas de forma mesurada y en parte a través del correo.

Los resultados del trabajo muestran la utilidad del tratamiento cognitivo conductual para reducir el dolor, así como las bajas por enfermedad y otras variables relevantes, en comparación con el grupo de tratamiento convencional. La mejora, además, permanece en el seguimiento a un año de la terapia. En

consecuencia, el tratamiento cognitivo conductual parece ser un buen instrumento para prevenir la cronificación de un trastorno de gran importancia personal, social y laboral, como lo es el dolor de espalda.

El tratamiento aplicado es breve, 6 sesiones semanales de 2 horas, y es aplicado en grupo de acuerdo con un manual. Ello hace que sea realmente asequible en un marco de intervención preventiva, tal vez, extensiva a otros problemas y ámbitos de la psicología de la salud. Esta mejora es aún más llamativa cuando apenas se observaron cambios estadísticamente significativos en las variables psicológicas medidas (ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento, etc.). Parece ser que el motivo principal de esa falta de significación estadística, fue el que ya en las medidas pretratamiento apenas había puntuaciones elevadas en dichas variables, por lo que el tratamiento, uno u otro, no consiguió efecto alguno sobre ellas.

La posibilidad de que el tratamiento utilizado, aun siendo de carácter psicológico, ejerza un papel positivo en variables clave como las bajas laborales o la incapacidad parece claro en este trabajo. Para ello, posiblemente, no tenga que incidir positivamente en la reducción de la ansiedad o la depresión, y quizá no porque no estén elevados esos índices, al tratarse de población no clínica, sino porque no sea necesaria la mediación de ese efecto.

3. COMENTARIO

El dolor de espalda, en primer lugar, y en el cuello, en menor medida, son problemas que padecen de forma recurrente no pocas personas y que no buscan un tratamiento específico para él. Lo cierto es que estos dolores pueden desaparecer de forma espontánea con cierta rapidez, con lo que su ocurrencia ocasional no sería problemática. Sin embargo, en otros casos esa desaparición no se produce y su persistencia puede dar lugar a un problema de dolor crónico altamente incapacitante. En consecuencia, el poder detectar en qué casos llevar a cabo una intervención que previniera la cronificación del problema y hacer efectiva esa intervención es de gran utilidad.

En el dolor músculo esquelético el modo en que se manejan los primeros episodios, generalmente agudos, tiene una gran importancia. El miedo al movimiento, que está asociado al dolor, no sólo produce un aumento de la tensión muscular que alimenta al dolor, sino que produce la evitación de gran número de actividades motoras lo que inicia y estabiliza un nivel importante de incapacidad. El control del miedo, la preocupación, la disminución de la actividad, es una medida de notable interés para

prevenir la cronificación y el agravamiento del problema.

Las intervenciones preventivas tienen, atendiendo a lo recogido hasta aquí, plena utilidad. Se ha tratado, sin embargo, de matizar dicha eficacia. Por ejemplo, se ha considerado poco eficiente realizar intervenciones prematuras, antes de que ocurriera la recuperación espontánea del problema, o se ha comprobado que añadían poco al tratamiento convencional la realización de ejercicios, movilización o facilitación de información sobre el trastorno (Sinclair y cols., 1997). Ciertamente, las intervenciones preventivas que no se centren en los aspectos emocionales, miedo, ansiedad, evitación, etc., relacionados con el problema tal vez sean superfluas en relación con el acercamiento convencional. No así, los tratamientos dirigidos a controlar dichas respuestas que favorecen la incapacidad del paciente.

El trabajo de Linton y Ryberg (2001) es un ejemplo de cómo realizar una intervención preventiva sobre población no clínica, aun cuando, obviamente, se trata de personas que padecen el trastorno. En este caso, la persona debía haber tenido un episodio de dolor de alta intensidad durante el último año, además de haber padecido más de 4 episodios en ese año.

La estructura del programa así como la metodología de aplicación es una de las aportaciones más destacables de este trabajo. La amplia experiencia y estudios anteriores del equipo de Linton (Linton y Andersen, 2000) permiten desarrollar y aplicar programas de estas características. Por ello se destacan, a continuación, los principales elementos del programa.

El programa de tratamiento aplicado recoge en sólo 6 sesiones los principales recursos psicosociales para el manejo del dolor. Las sesiones se aplican en grupo de 6 a 10 personas y tienen una duración de 2 horas, con una frecuencia semanal. Están programadas para favorecer la participación de los pacientes y para que adquieran estrategias de afrontamiento. La primera sesión se centra en cómo se origina el dolor y como puede prevenirse, e incluye el uso de entrenamiento en solución de problemas, relajación, etc. La segunda sesión se ocupa de la facilitación de estrategias para controlar el dolor, aumento de actividades, programación de éstas, etc. La tercera, busca la promoción general de la salud centrándose en el control del estrés. La cuarta sesión se centra en el desarrollo de estrategias efectivas para que el dolor no afecte a las actividades laborales y de ocio del sujeto. La quinta sesión va dirigida al control de los episodios de dolor, con la puesta en marcha de planes de acción y estrategias de afrontamiento. Finalmente, la sexta sesión se ocupa de programar el mantenimiento de los logros obtenidos y de mejorar éstos.

El tratamiento es aplicado de modo que se potencie al máximo la participación de

los sujetos. Para ello, se facilita la información necesaria y se introducen los elementos clave de la sesión a modo de preguntas o problemas que han de resolver en el grupo, con la ayuda del terapeuta. La implicación activa de los pacientes se ve dirigida por el *feedback* del terapeuta. Por último, esta forma de aprendizaje activo se singulariza a través de tareas para casa que son asignadas y revisadas a lo largo de las 6 sesiones de tratamiento.

Los resultados del trabajo ponen de manifiesto la utilidad del tratamiento cognitivo conductual para reducir el dolor y las bajas laborales. El tratamiento convencional, si bien no produjo esa reducción en las bajas laborales, sí produjo la reducción del dolor, aunque no fuera de la magnitud que la obtenida por el tratamiento cognitivo conductual. Por otro lado, hubo otras variables: asistencia a la consulta del médico, actividad física e incluso todas las variables psicológicas, con una única excepción, en las que no hubo diferencia significativa entre los grupos.

Las diferencias positivas encontradas con ambos tratamientos señalan, a falta del contraste con un grupo no tratado, la utilidad de la intervención preventiva por el mero hecho de iniciarse y llevarse a cabo, con independencia del tipo de intervención. Analizando ésta, el tratamiento cognitivo conductual es más eficaz en el control del dolor y superior en la reducción de bajas. Sin embargo, la efectividad se hace escasa al no alcanzar otras variables psicológicas que se esperaría que fueran modificadas por un tratamiento de las características del aplicado. Estos resultados, junto con la magnitud de las diferencias entre los grupos llaman la atención sobre dos aspectos esenciales: el contenido del programa aplicado y las características de los sujetos que mejor se puedan beneficiar de él.

Si las puntuaciones en las variables psicosociales medidas (ansiedad, depresión, etc...) son bajas antes del tratamiento, cosa que ocurrió en este estudio, tal vez el programa de tratamiento cognitivo conductual pueda verse reducido y simplificado. El hecho de que los sujetos no sean pacientes clínicos y, tal vez por ello, tengan puntuaciones menores en las variables señaladas, debe orientarnos hacia un tratamiento más consonante con estas características y, probablemente, más propio de una intervención preventiva dirigida a población normal. De este modo podría ser más adecuado un programa que se centrara menos en los aspectos psicológicos antes señalados. Se trata, no obstante, de una hipótesis que debe ser comprobada.

Por último, reiterar la importancia que programas preventivos bien sistematizados tiene en el abordaje de este problema y tal vez de otros en el ámbito de la psicología de la salud. El conseguir que éstos sean reducidos (en formato y tiempo de aplicación) y que puedan ser aplicados en atención primaria es sin duda un objetivo a alcanzar y disseminar. Contar con estos programas no significa que sean aplicados a todo el mundo

sino que puedan ofrecerse a aquellas personas que reúnan las características mínimas para que puedan beneficiarse de él, como ha ocurrido en este estudio. El que las personas se presten o no a participar en el programa es otro cantar, especialmente en el caso del tratamiento cognitivo conductual que consume significativamente más tiempo y esfuerzo que los tratamientos convencionales. Es por ello que sea un objetivo más deseable reducir los recursos de este tipo de tratamientos, sobre todo si los resultados obtenidos nos lo sugiere.