

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MUJERES CON DOLOR CRÓNICO DE ESPALDA: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL

María Dolores López-Bravo, PhD, ¹; Irene Botica-Martínez, PT²; Irene Oña-de-Pablo, PT²

1. Autora responsable y profesora-investigadora de la Facultad de Salud del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle en Madrid (España).
2. Egresados en el Grado de Fisioterapia de la Facultad de Salud del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle en Madrid (España).

Correspondencia:

María Dolores López-Bravo, Psych, PhD.
Departamento de Fisioterapia. CSEU La Salle. Universidad Autónoma de Madrid.
Calle La Salle, nº 10, 28023 Madrid, España
Teléfono: (+34) 91 740 19 80
Fax: (+34) 91 357 17 30
E-mail: llopezbravo@lasallescampus.es

Conflicto de Intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Este proyecto no ha sido presentado en ningún evento científico

Financiación:

Los autores declaran no haber recibido financiación/compensación para el desarrollo de esta investigación.

Comité de Ética:

CSEULS-PI-188/2017.

DOI:

<https://doi.org/10.37382/jomts.v2i2.39>

Recepción del Manuscrito:

9-Julio-2020

Aceptación del Manuscrito:

11-Diciembre-2020

Licensed under:
CC BY-NC-SA 4.0



RESUMEN

Antecedentes y objetivo: Existe ya una tradición, en el ámbito clínico, de programas de educación para la salud dirigidos a pacientes con dolor crónico de espalda. Así mismo hay evidencia acerca de su impacto en sobre la disminución del dolor, mejora en la percepción de autoeficacia y aumento de habilidades de afrontamiento para el manejo del dolor. Este estudio pretende profundizar sobre estos aspectos. Por ello, tiene como propósito analizar la influencia de un programa educativo, dirigido a mujeres mayores de 50 años con dolor lumbar, dorsal y/o cervical crónico, sobre la percepción del dolor, percepción de autoeficacia, mejora de hábitos de higiene postural y aumento en el repertorio de habilidades de afrontamiento.

Material y métodos: El tipo de diseño utilizado fue Cuasi-experimental antes-después. La muestra está compuesta por ocho pacientes del Centro de Atención Primaria Integral de Salud de Especialidades Colmenar Viejo Sur. Las variables primarias evaluadas fueron el Dolor (EVN), percepción de la Autoeficacia (Escala de Autoeficacia del dolor crónico), habilidades de Afrontamiento al dolor (Cuestionario de Afrontamiento al dolor -CAD-R) y hábitos de Higiene postural (Cuestionario de la Guía para el Cuidado de la Espalda – FREMAP). El programa educativo constó de seis sesiones de hora y cuarto, a razón de 2 sesiones semanales. Los contenidos del mismo incluyeron los apartados de: (1) Conocimiento y Educación del dolor, (2) Higiene postural, (3) Autoeficacia y (4) Estrategias de Afrontamiento.

Resultados: Se obtuvieron cambios significativos en la variable de “Higiene postural”, en la sub-escala “Autoeficacia en el control de síntomas” y en las sub-escalas de “Habilidades de Afrontamiento”, “Autocontrol mental” y “Distracción”. En cuanto al dolor, no se obtuvieron resultados significativos en ninguno de los parámetros evaluados de intensidad, frecuencia y duración del dolor.

Conclusiones: El programa de educación para la salud aplicado no ha mostrado cambios significativos en la intensidad, frecuencia y duración del dolor. Sin embargo, sí ha mostrado un impacto en el aumento de habilidades de afrontamiento utilizadas, en la percepción de autoeficacia y en el seguimiento de medidas de higiene postural.

Palabras Clave: Educación para la salud, Percepción de la autoeficacia, Habilidades de afrontamiento, Higiene postural, dolor crónico de espalda.

INTRODUCCIÓN

El dolor se define, según la IASP (International Association for the Study of Pain), como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión presente o potencial descrita en términos de la misma (Ibarra, 2006). El tipo de dolor que presenta mayor prevalencia es el de origen musculoesquelético que afecta alrededor del 33% de la población adulta y se manifiesta en forma de rigidez, debilidad muscular y fatiga (Casado, 2009). La cronicidad del mismo se establece, en su dimensión temporal, cuando presenta una duración mayor de 3 meses (García-Andreu, 2017) y tomando como criterio la nueva clasificación Internacional de dolor crónico y enfermedades, que aúna criterios etiológicos, mecanismos fisiopatológicos y anatómicos, el dolor crónico musculoesquelético sería uno de los 7 tipos de dolor clasificados. Este tipo de dolor crónico tiene un impacto sobre la calidad de vida, produciendo alteraciones cognitivas, riesgo de caídas, alteración del sueño y aumento de la discapacidad (Casado, 2009; Torralba et al., 2014; Andruszkiewicz et al., 2017).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2014), en España, tanto el dolor lumbar crónico como el dolor cervical crónico, son los más frecuentes, siendo las mujeres las que presentan mayor prevalencia (20,8% para el dolor lumbar y 19,9% para el dolor cervical) con respecto a los hombres (con 13,8% y 9,3%, respectivamente). La mayor prevalencia de estas problemáticas en la mujer ha sido atribuida a diferentes factores hormonales, psicológicos y sociales (Seifert, 1999).

De forma independiente a la tipología de variables que están pesando más en la explicación de las diferencias encontradas entre hombres y mujeres, se hace evidente la necesidad de contemplar un abordaje terapéutico multidisciplinar (Scascighini et al., 2008; Patrick et al., 2014) que atienda, a factores físicos, psicológicos y sociales en su conjunto (Brendbekken et al., 2016). La “Educación para la Salud” aglutina este enfoque integral. Ésta, según la OMS, se define como “la disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover

experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud” (Díaz Brito, Yoimy Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, Conde Martín, 2012). Esta disciplina, en el contexto del dolor crónico musculoesquelético, incluye el aumento del conocimiento del dolor, autogestión, habilidades de afrontamiento, autoeficacia e la higiene postural (Guilbert, 2000).

Es de destacar que la “Educación para la Salud” se caracteriza por otorgar, al paciente, un papel activo en su recuperación u avance en la terapia, siendo la comunicación sanitario-paciente un aspecto fundamental en la que se sustenta todo el proceso terapéutico (Hoving et al., 2010).

Existe evidencia de la eficacia de este tipo de programas en población con dolor lumbar crónico. No obstante, es notable la heterogeneidad de los mismos, tanto en lo relativo a los contenidos, al número de sesiones o tamaño de la muestra. La evidencia de programas encontrados incluyen un mínimo de 6 sesiones, un máximo de 15 participantes y contenidos centrados en: “teoría sobre el dolor”, “explicación y puesta en práctica de higiene postural”, “ejercicio terapéutico” y “estrategias de afrontamiento” y “autoeficacia” (Kindelan-Calvo et al., 2014; Zhang et al., 2014; Mínguez-Zuazo et al., 2016).

En la línea de ahondar sobre la eficacia de este tipo de programas, el objetivo principal de este estudio es diseñar un programa de educación para la salud (sobre la base de otros ya realizados) dirigido a una muestra de mujeres mayores de 50 años con dolor lumbar, dorsal y/o cervical crónico y analizar su impacto sobre la percepción del dolor, percepción de autoeficacia, mejora de hábitos de higiene postural y aumento en el repertorio de habilidades de afrontamiento.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un diseño cuasi-experimental antes-después, sin grupo control. El estudio fue aprobado

por el comité de ética del CSEU La Salle con el número de registro CSEULS-PI-188/2017. Este estudio está basado en la Guía CONSORT. Todos los procedimientos usados en el presente estudio se plantearon de acuerdo con los principios aprobados por la declaración de Helsinki.

Reclutamiento de pacientes

Se reclutó a 9 personas, todas ellas mujeres pacientes de la unidad de fisioterapia del Centro Integral de Salud de Especialidades de Colmenar Viejo Sur. El estudio fue comunicado al centro de Salud que se encargó de hacer la difusión para su reclutamiento. La muestra seleccionada finalmente estuvo conformada por un total de 8 mujeres de más de 50 años con dolor musculoesquelético de espalda.

El proceso de selección se llevó a cabo a través de un muestreo por conveniencia. El consentimiento informado se obtuvo de todas las participantes antes de la inclusión en el estudio. Todas ellas recibieron la explicación de las características del mismo y completaron el protocolo de evaluación previa a la intervención.

Reclutamiento de pacientes

Los criterios de inclusión fueron: presencia dolor musculoesquelético crónico de espalda (lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia) y (con el objeto de acotar mejor los contenidos del programa con respecto a prácticas diarias y necesidades) ser mujer y mayor de 50 años.

Se excluyeron a pacientes con enfermedades neurológicas y/o presencia de deterioro cognitivo.

Las 8 participantes reclutadas fueron asignadas a un único grupo al que se realizó la intervención.

Variables

Variables primarias

- *Intensidad de dolor.* La Escala Visual Numérica (EVN) es un instrumento de valoración creado por Downie en 1978 ([Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias and Jiménez Hernández, 2008](#)). El paciente cuantifica su dolor en una escala numérica de 0 a

10. Para ello es necesario utilizar palabras descriptoras, del tipo 0 equivale “nada de dolor” y 10 “el peor dolor imaginable”. Esta escala es válida y confiable en su aplicación en personas adultas ([Herr and Garand, 2001](#)).

- *Localización del dolor.* Para ello se ha utilizado el Body Chart para contrastar la localización del mismo dolor ([Rodríguez-Leyva and Nava-Bringas, 2013](#)).

- *Frecuencia y duración del dolor.* Se han evaluado a través de la pregunta “¿Con qué frecuencia aparece?” que presentaba las opciones de respuesta: “a diario”; “varias veces a la semana”; “varias veces al mes”; “aproximadamente una vez al mes”; “de forma esporádica, menos de una vez al mes”. La duración del dolor se evaluó mediante la pregunta “¿Cuánto tiempo dura?”, especificado en horas/días.

- *Percepción de la autoeficacia al dolor.* Se evaluó a través de la Escala de Autoeficacia del dolor crónico Self -Efficacy Scale ([Martín-Aragón et al., 1999](#)). Esta escala evalúa la percepción de la capacidad que tiene la persona para realizar diferentes actividades respecto a su dolor. Consta de un total de 19 ítems, que se dividen en los siguientes sub-escalas: del ítem 1 al 8 es la sub-escala “Autoeficacia en el control de síntomas”, del 9 al 14 es sub-escala “Autoeficacia en el funcionamiento físico” y del 15 al 19 es sub-escala “Autoeficacia en el manejo del dolor”. Cada ítem se puntúa de 0 a 10, siendo 0 “Me creo totalmente incapaz”, 5 “Me creo moderadamente capaz” y 10 “Me creo totalmente capaz”. Esta escala está validada en población española ([Martín-Aragón et al., 1999](#)).

- *Habilidades de afrontamiento al dolor.* Se evaluó con el Cuestionario de afrontamiento al dolor - CAD-R ([Soriano and Monsalve, 2004](#)). Este cuestionario consta de 24 ítems reunidos en

seis apartados, donde se analizan las Habilidades de Afrontamiento de: “Distracción” (ítems 1, 7, 13 y 19), “Búsqueda de información” (ítems 2, 8, 14 y 20), “Religión” (ítems 3, 9, 15, y 21), “Catarsis” (ítems 4, 10, 16 y 22), “Autocontrol mental” (ítems 5, 11, 17 y 23) y “Autoafirmación” (6, 12, 18 y 24). Cada ítem tiene una puntuación de 0 a 4, en la que 0 = Nunca, 1 = Pocas veces, 2 = Ni muchas ni pocas, 3 = Muchas veces, 4 = Siempre. Este cuestionario está validado en población española en 2004 por Soriano y Monsalve (Andruszkiewicz et al., 2017).

- *Higiene postural.* El cuestionario de autoevaluación utilizado para medir hábitos de higiene postural para la espalda se ha tomado de la guía para el cuidado de la espalda FREMAP. Incluye 22 preguntas de respuesta si/ no. (Fremap, 2013).

Variables secundarias

- *Conocimiento del dolor.* Los datos de esta variable se recogieron en el cuestionario Ad hoc del protocolo de evaluación, a través de 12 afirmaciones referidas a creencia sobre del dolor con respuesta verdadera o falsa (Anexo 1).
- *Causas del dolor.* En el cuestionario ad-hoc utilizado para esta investigación también se preguntó sobre las causas médicas del dolor, teniendo que contestar si/no en cada una de las siguientes opciones de respuesta: “Hernia discal”, “Hiperlordosis lumbar”, “Escoliosis”, “Espondilitis anquilosante”, “Fibromialgia”, “Discitis”, “Hipercifosis torácica”, “Cifosis cervical”, “Espondilosis” y “Espondilistesis”.
- *Cronicidad del dolor.* El cuestionario también recogía el tiempo contabilizado en meses desde el que las participantes referencian tener dolor.
- *Salud percibida.* Esta variable se evaluó a través de única pregunta relativa a posicionar el estado

de salud global en una de las siguientes opciones de respuesta: “muy buena”, “buena”, “regular”, “mala” y “muy mala”.

- *Medicación.* Se preguntó sobre la ingesta de medicación para el dolor y en caso afirmativo se solicitó seleccionar entre las opciones: “varias veces al día”, “una vez a la semana” y “de forma esporádica”, entre otras.

Variables sociodemográficas

- *Edad.* Pregunta específica sobre la edad.
- *Nivel de estudios.* Incluye una tabla de 5 niveles de estudios alcanzados, en los que destacan: “No terminó la escuela, no sabe leer y escribir”, “No terminó la escuela, sabe leer y escribir”, “Estudios primarios”, “Estudios secundarios” y “Estudios universitarios”.

Procedimiento

Una vez reclutada la muestra, y previa firma del consentimiento informado del estudio, se procedió a cumplimentar el protocolo. La evaluación tuvo lugar una semana antes del comienzo de la intervención (“evaluación pre”). En una siguiente fase se implementó el programa educativo y, finalizada éste, se volvió a realizar la evaluación siguiendo el mismo protocolo (“evaluación post”).

El orden de la presentación de los cuestionarios fue el siguiente: datos personales, variables sobre el dolor (causas médicas, cronicidad, localización del dolor, intensidad, frecuencia, duración, situaciones que precipitan el dolor, medicación para el dolor), conocimiento sobre el dolor, higiene postural, autoeficacia para el control del dolor y habilidades de afrontamiento para el dolor.

La evaluación y la intervención fueron realizadas por investigadores diferentes.

- Descripción del programa educativo

El programa educativo se llevó a estructuró en 6 sesiones de hora y cuarto de duración (con una duración global de 7 horas y media), a razón de dos

sesiones semanales (en un periodo total de 4 semanas seguidas). Todas las participantes en el estudio asistieron a un mínimo de 4 sesiones.

Con respecto a los contenidos del programa estuvieron organizados en torno a cuatro apartados: 1. Conocimiento y Educación sobre el dolor, 2. Higiene postural, 3. Autoeficacia, 4. Habilidades de afrontamiento. La distribución de los contenidos de las sesiones aparece en el **Anexo 2**.

La estructura de cada sesión siguió el siguiente esquema común (Díaz Brito, Yoimy Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, Conde Martín, 2012):

- Introducción: presentación sesión, reforzar contenidos, revisar tareas y confrontar cambios.
- Exposición teórica de contenidos seguida de una participación dinámica.
- Exposición práctica de ejercicios de Higiene postural, de técnicas de afrontamiento (relajación, visualización) y su entrenamiento.
- Cierre de la sesión: valoración y tareas para casa. En este apartado se incluyó la explicación de los auto-registros correspondientes.

Los auto-registros se utilizaron con fines didácticos, como instrumento de autoobservación, como ejercicio que buscaba promover una mayor toma de conciencia y análisis de dificultades de seguimiento (Coudeyre et al., 2006). Los tres auto-registros incluidos se elaboraron específicamente para el programa educativo. Los auto-registros quedaron organizados del siguiente modo: (1) “auto-registro de bienestar” cuya finalidad era la toma de conciencia de la relevancia de las emociones positivas y la distracción, registrando las situaciones del día con menor nivel de dolor; (2) “auto-registro de pensamiento positivo” con la finalidad de recoger situaciones en las que se ha puesto en práctica la utilización de mensajes positivos para el manejo de situaciones; (3) “auto-registro de higiene postural” con la finalidad de promover el auto-refuerzo en el

seguimiento de las recomendaciones a través del registro diario posterior su seguimiento.

Análisis estadístico

El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa informático IBM SPSS Statistics 21 (Statistical Product and Service Solutions). El nivel de confianza establecido fue del 95% ($P < 0,05$).

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la composición de la muestra en variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios) y otras variables relativas al cuadro de dolor (localización, causas médicas, situaciones predisponentes del dolor, medicación), conocimiento previo del dolor y salud percibida. Para contrastar las diferencias pre-post de las variables principales (frecuencia, intensidad y duración del dolor, percepción de autoeficacia, utilización de habilidades de afrontamiento y seguimiento de pautas de higiene postural) y, dado el tamaño de la muestra, se llevaron a cabo contrastes no paramétrico con el test Wilcoxon (los resultados descriptivos se presentan mediante la mediana y el rango intercuartílico).

RESULTADOS

La muestra quedó compuesta por 8 participantes, todas ellas mujeres con edades comprendidas entre los 53 y 66 años (Media [M]=59,5; Desviación típica [DT]=3,74). La composición por niveles de estudios fue de 5 sujetos (62,5%) con niveles de estudios primarios y de 3 sujetos (37,5%) con niveles de estudios secundarios. Para las variables previas sobre la descripción del cuadro de dolor, conocimiento del dolor y salud percibida, se realizaron solamente análisis de frecuencia dado el reducido tamaño de la muestra. Las localizaciones del dolor más frecuentes previas a la intervención fueron columna dorsal (6 sujetos) y lumbar (6 sujetos). Con respecto a las causas médicas que están en el origen del dolor: 3 participantes (37,5%) presentaban hernia discal, 2 (25%) escoliosis, 2 (25%) cifosis cervical y el participante restante (12,5%) otra patología.

En la evaluación de las situaciones que predisponen al dolor, 3 de 5 participantes en el programa (37,5%) lo atribuyen a esfuerzos excesivos, preocupaciones/tensión o realización de ciertos movimientos. La mitad de los participantes (50%) refieren dolor al pasar mucho tiempo de pie, sin moverse o permaneciendo sentado. Y sólo 2 (25%) lo atribuyen a un cambio de tiempo.

En cuanto a la medicación, 3 de los 8 (37,5%) reportan que no tomaban medicación para el alivio del dolor con respecto a los 5 (62,5%) restantes que afirman hacerlo.

En la medición de conocimiento acerca del dolor, hubo 3 ítems en los que tuvieron creencias erróneas: 3 participantes (37,5%) tuvieron la creencia errónea en el ítem “Cuando tienes una lesión el ambiente en el que te encuentras no tiene ningún efecto en la cantidad de dolor que experimentas”, 6 (75%) en el ítem “El uso de medicamentos fuertes específicos contra dolor puede crear riesgo de adicción y dependencia” y 3 (37,5%) en el ítem “Con dolor es imposible ser una persona activa y saludable”.

En referencia a la salud percibida, 5 participantes (62,5%) la clasificaron como “Regular”, 2 como “Bueno” (25%) y uno como “Malo” (12,5%).

Los resultados de los análisis pre-post intervención, realizados mediante el test Wilcoxon, mostraron resultados estadísticamente significativos en la sub-escala “Autoeficacia para el manejo del dolor” ($p=0,050$) y en las “puntuaciones globales de la escala de Autoeficacia” ($p=0,025$), en las puntuaciones sobre “Higiene postural” ($p=0,018$), y en dos de las cuatro sub-escalas de Habilidades de Afrontamiento, en concreto, en “Distracción” ($p=0,049$) y “Autocontrol mental” ($p=0,024$). En cuanto a los datos del dolor, no se obtuvieron datos significativos en duración ($M=5,125$; $DT=4,478$) y frecuencia ($M=5,00$; $DT=1,773$) (**Tabla 1**).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia de un Programa de educación para la salud en mujeres con dolor crónico de espalda, siendo las variables principales, objeto de análisis; el dolor, la

percepción de la autoeficacia, las habilidades de afrontamiento y la higiene postural.

En cuanto al dolor, no se ha observado resultados significativos de cambio atribuible al programa. En un estudio similar de dolor crónico (Almendro Marín et al., 2011), donde el 91% de la muestra eran mujeres, no se consiguió disminuir el dolor pero sí una mejora en su calidad de vida, concretada en una mejoría en la realización de las actividades de la vida diaria. En la misma línea en una revisión sistemática reciente sobre el efecto de la “Educación para la salud” en fibromialgia se concluye que la ésta por sí sola, no modifica el dolor ni la calidad de vida (Elizagaray García et al., 2016).

Sin embargo, otros estudios muestran evidencias de cambio objetivables en una disminución del dolor (en los parámetros de intensidad, duración y frecuencia). Entre ellos destaca el estudio realizado por (Zhang et al., 2014), compuesto por una muestra de 27 sujetos con dolor lumbar crónico, en la que se aplicó un programa de “Educación para la salud” con un efecto positivo en la disminución del dolor, medido de manera pre-post intervención. Así mismo, cabe destacar la disminución en la intensidad del dolor consecuencia de un programa educativo (Beltran-Alacreu et al., 2015).

Esta aparente contradicción entre los datos se puede atribuir, en parte, a la heterogeneidad de los estudios en lo relativo al número de sesiones, contenidos tratados e indicadores de evaluación utilizados. En este sentido parece lógico pensar que la utilización de indicadores globales de dolor no permite contrastar de forma adecuada el efecto de un programa de este tipo y sugiera la necesidad de recoger un promedio de medidas de dolor en distintos momentos y asociadas a actividades específicas tal y como hacen otros estudios. Este seguramente sea el motivo por el que, al contrario que los resultados sobre el dolor, sí se hayan observado cambios con respecto a la variable de “Higiene postural”, en la misma línea de que en otros programas dirigidos a población con dolor lumbar (Lucena and Lucía Roldán, 2014).

Tabla 1. Resultados pre-post de variables principales.

	Pre-intervención			Post-Intervención			P valor	
	Media	Desviación típica	Mediana [Rango inter-cuartílico]	Media	Desviación típica	Mediana [Rango inter-cuartílico]		
Dolor	Intensidad de dolor	5,63	1,768	6[4,5-7]	5,63	1,188	6[4,25-6,75]	0,713
	Frecuencia de dolor	4,13	2,587	6[1-6]	5	1,773	6[4,25-6]	0,180
	Duración de dolor	4,50	3,855	2,5[2-7,5]	5,13	4,478	3,75[2-10,25]	0,715
Autoeficacia	Locus control	47	10,623	44[39,25-56,25]	52	12,375	50[43,75-59]	0,293
	Actividad	49,63	15,910	56[33,75-58-75]	48,88	10,855	50[34-54,5]	0,174
	Dolor	44,63	15,408	51[31,25-52]	34	5,555	33,5[29,25-37,75]	0,050
Higiene postural HH de afrentamiento	Higiene postural	11,50	1	12[7,25-14,5]	16,50	4,071	17,5[13,5-19,75]	0,018
	Distracción	10,25	4,464	8,5[7-13,5]	14,63	3,583	15,5[11-17]	0,049
	Búsqueda de información	12,25	4,713	12[9-15,75]	14	3,742	14,5[11,5-17]	0,158
	Religión	8,75	5,445	7[4-15]	8,75	5,120	[6,5]4,25-14,5	0,343
	Catarsis	11,38	5,041	10[7-15,5]	12,75	3,732	13[9-16,5]	0,322
	Autocontrol mental	11,13	3,758	11,5[9,25-13]	13,75	3,151	14[11,25-16]	0,024
	Autoafirmación	15,13	4,257	15[11,75-19,5]	17,13	2,748	18[16,25-18,75]	0,396

Otro de los cambios observados ha sido el aumento de las puntuaciones en autoeficacia en consonancia con otros programas educativos que han incluido esta variable (Lorig et al., 2001) o en revisiones que muestran el impacto que del aumento de la autoeficacia sobre el manejo de síntomas en el dolor lumbar crónico (Du et al., 2017).

Es de destacar también el aumento de las puntuaciones en las variable de habilidades de afrontamiento relativas a autocontrol mental y distracción, siendo estos resultados análogos al arrojado por el estudio realizado por con 19 sujetos que presentaban dolor lumbar (Lau et al., 2002).

Aun teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, el hecho de constatar cambios a corto plazo en percepción de autoeficacia y aumento del repertorio de habilidades (tanto de afrontamiento al dolor como de higiene postural), tiene interesantes implicaciones clínicas, ya que este tipo de intervenciones pueden ser fácilmente integradas en cualquier programa de rehabilitación llevada a cabo en esta población. Sería necesario hacer seguimientos, tanto para constatar el impacto real de este tipo de programa a medio y largo plazo, como para reforzar los progresos.

Limitaciones

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. La primera limitación es su diseño cuasi-experimental,

que implica la imposibilidad de tener datos comparativos con un grupo control.

Otras de las limitaciones fueron el tamaño reducido de la muestra y la necesidad de más medidas de dolor y sobre todo ligadas a situaciones más concretas, siendo una alternativa, para futuros programas la utilización del cuestionario McGill que utiliza descriptores más específicos (Waldman, 2009).

Otra limitación importante fue la utilización de cuestionarios no estandarizados en la evaluación. Como contrapartida es relevante destacar que la información derivada del mismo ha facilitado el diseño de los contenidos, de las sesiones del programa educativo, acordes con las necesidades expresadas por los participantes.

CONCLUSIÓN

El programa de Educación para la salud que se ha aplicado, no ha conseguido efecto en la intensidad, frecuencia y duración del dolor. Sin embargo, sí se ha observado una mejora en la percepción de autoeficacia, un incremento en la utilización de las habilidades de afrontamiento de autocontrol mental y distracción, e incremento de hábitos de higiene postural. Estos datos sugieren un cambio en el comportamiento y, por tanto, de la eficacia de este tipo de programas educativos, así como la necesidad

de contrastar estos datos en ensayos clínicos con poblaciones más amplias.

FRASES DESTACADAS

- El programa educativo ha aumentado las puntuaciones en percepción de autoeficacia y habilidades de afrontamiento al dolor.
- Las puntuaciones en intensidad, frecuencia y duración del dolor no han mostrado diferencias significativas tras la realización de las sesiones de educación para la salud.

REFERENCIAS

- Almendo Marín MT, Clariana Martín SM, Hernández Cofiño S, Rodríguez Campos C, Camarero Miguel B, Río Martín T del. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2011;31(2):213–27 DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200003>.
- Andruszkiewicz A, Basińska MA, Felsmann M, Banaszkiwicz M, Marzec A, Kędziora-Kornatowska K. The determinants of coping with pain in chronically ill geriatric patients - The role of a sense of coherence. *Clin Interv Aging*. 2017;12:315–23 DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S118136>.
- Beltran-Alacreu H, Lopez-de-Uralde-Villanueva I, La Touche R. Multimodal Physiotherapy Based on a Biobehavioral Approach as a Treatment for Chronic Tension-Type Headache: A Case Report. *Anesthesiol Pain Med*. 2015;5(6) DOI: <http://dx.doi.org/10.5812/aapm.32697>.
- Brendbekken R, Harris A, Ursin H, Eriksen HR, Tangen T. Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *Int J Behav Med*. 2016;23(1):1–11 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-015-9486-y>.
- Casado R. Dolor musculoesquelético. *Int Assoc Study Pain*. 2009;72(6):428–31 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.01.014>.
- Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, Poiraudou S. Un simple livret d'information peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle de patients lombalgiques subaigus et chroniques. Étude contrôlée randomisée en milieu de rééducation. *Ann Readapt Med Phys*. 2006;49(8):600–8 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.05.003>.
- Demoulin C, Marty M, Genevay S, Vanderthommen M, Mahieu G, Henrotin Y. Effectiveness of preventive back educational interventions for low back pain: A critical review of randomized controlled clinical trials. Vol. 21, *European Spine Journal*. 2012. p. 2520–30 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-012-2445-2>.
- Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47(2):117–23 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.005>.
- Díaz Brito, Yoimy Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, Conde Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud Overview on promotion and health education. *Rev Cuba Med Gen Integr. Editorial Ciencias Médicas*; 2012;28(3):299–308.
- Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, Zhang H, Yin H. Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. Vol. 100, *Patient Education and Counseling*. 2017. p. 37–49 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.029>.
- Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, Coudeyre E. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recom. Vol. 54, *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011. p. 319–35 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2011.06.001>.
- Elizagaray García I, Muriente González J, Gil Martínez A. Educación al paciente con fibromialgia. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Vol. 62, *Revista de neurología*. 2016. p. 49–60.
- Fernández J, Parejo J, Medina J. La espalda: su estructura y su cuidado. *Rev Digit*. 2004;10(76):1–18.
- Fremap. Guía para el cuidado de la espalda. 2013;61:1–34.
- García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anest en México*. 2017;29(1):77–85.
- García M, Sunyer M, Tornero D, Medina N, Plou MP, Limón R, Ripoll MA, Espinar J. Estudio de la eficacia de un programa de Escuela de Espalda aplicado en un Centro de Salud. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2006;18:13–4.
- González JCA. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2013;20(4):191–202 DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462013000400008>.
- Guilbert JJ. Therapeutic patient education. Vol. 13, *Education for Health*. 2000. p. 419 DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/135762800750059552>.
- Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2001;17(3):457–vi DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2006.10.010>.
- Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Educ Couns*. 2010;78(3):275–81 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.015>.
- Ibarra E. Una nueva definición de “dolor”. Un imperativo de

- nuestros días. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2006;13(2):65–72.
- Janssen SA. Negative affect and sensitization to pain. *Scand J Psychol*. Wiley/Blackwell (10.1111); 2002;43(2):131–7 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9450.00278>.
- Jatsu Azkue J, Ortiz V, Torre F, Aguilera L. La Sensibilización Central en la fisiopatología del dolor. *Gac Médica Bilbao*. Elsevier; 2007;104(4):136–40 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-4858\(07\)74593-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-4858(07)74593-6).
- Jenny Moix, Montserrat Cañelas, Carolina osorio, Xabi Bel , Francesc Girvent AM. Eficacia de un programa educativo en pacientes con dolor de espalda crónico. *Dolor, Investig clínica y Ter*. 2003;18(3):149–57.
- Kindelan-Calvo P, Gil-Martínez A, Paris-Aleman A, Pardo-Montero J, Muñoz-García D, Angulo-Díaz-Parreño S, La Touche R. Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Vol. 15, *Pain Medicine (United States)*. 2014. p. 1619–36 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12505>.
- Lau OWY, Leung LNY, Wong LOL. Cognitive behavioural techniques for changing the coping skills of patients with chronic pain. *Hong Kong J Occup Ther*. No longer published by Elsevier; 2002;12(1):13–20 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1569-1861\(09\)70013-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1569-1861(09)70013-0).
- López-Silva M, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández M, E V-S. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Española dolor*. 2007;14(1):9–19.
- Lorig K, Sobel D, Ritter P, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pr*. 2001;4(6):256–62.
- Lucena K, Lucía Roldán O. Hygiene education progrma in lumbar spine for fleet helpers of a soft drinks distributor from Barquisimeto city. 2014;
- Martín-Aragón M, Pastor M, Rodríguez-Marín J, March M, Lledó A, López-Roig S. Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la “Chronic Pain Self-Efficacy Scale.” 11th ed. *Revista de Psicología de la Salud*; 1999.
- Mercedes Bello-Villanueva A, Benítez-Lara M, Oviedo-Trespalacios O. Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Rev Colomb Anestesiol*. 2017;45(4):310–6 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2017.07.002>.
- Mínguez-Zuazo A, Grande-Alonso M, Saiz BM, La Touche R, Lara SL. Therapeutic patient education and exercise therapy in patients with cervicogenic dizziness: a prospective case series clinical study. *J Exerc Rehabil*. 2016;12(3):216–25 DOI: <http://dx.doi.org/10.12965/jer.1632564.282>.
- Montserrat Alviani. Tratamientos psicológicos en el dolor. *Rev clínica electrónica en atención primaria*. 2006;(artículo 10).
- O’Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, O’Sullivan P, Dankaerts W, Tighe A, Allworthy L, Dolan L, Bargary N, O’Sullivan K. Individualised cognitive functional therapy compared with a combined exercise and pain education class for patients with non-specific chronic low back pain: Study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007156–e007156 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007156>.
- Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and chronic low back pain. Vol. 98, *Medical Clinics of North America*. 2014. p. 777–89 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.03.005>.
- Pincus T, Morley S. Cognitive-processing bias in chronic pain: A review and integration. Vol. 127, *Psychological Bulletin*. 2001. p. 599–617 DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.127.5.599>.
- Rodríguez-leyva JA, Nava-bringas TI. evaluación clínica del paciente con dolor de columna w . m. 2013;117–21.
- Rodríguez Franco L, Cano García FJ, Blanco Picabia A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Dolor*. 2004;32(2):82–91.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*. 2008;47(5):670–8 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ken021>.
- Seifert AM. El trabajo de la mujer y los riesgos de lesiones músculo-esqueléticas. 1999;20–32.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. R, Jiménez Hernández PA. *Medicina intensiva*. Vol. 32, *Medicina Intensiva*. IDEPSA, International de Ediciones y Publicaciones, S.A; 2008.
- Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R) Validation of the reduced chronic pain coping questionnaire (CAD-R). Vol. 11, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2004. p. 27–34.
- Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal.” *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):16–22 DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>.
- Torre F, Martín-Corral J, Callejo A, Gómez-Vega C, La Torre S, Esteban I, Vallejo R.M, Arizaga A. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una de tratamiento del dolor. *Rev La Soc Española del Dolor*. 2008;2:83–93.
- Universidad de los Andes (Mérida VNU del TG de AP. *Acción pedagógica*. Vol. 15, *Acción Pedagógica*, ISSN-e 1315-401X, Vol. 15, No. 1, 2006, págs. 44-54. GAPSIPA; 2006.
- Waldman SD. *Pain Assessment Tools for Adults*. *Pain Rev*. Elsevier; 2009. p. 375–80 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-5893-9.00222-7>.
- Zhang Y, Wan L, Wang X. The effect of health education in patients with chronic low back pain. *J Int Med Res*. 2014;42(3):815–20 DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0300060514527059>.

Anexo 1. Ítems en relación a conocimiento del dolor

Pregunta	Verdadero	Falso
Los dolores intensos y persistentes son siempre señal de una enfermedad grave		
Cuando tienes una lesión el ambiente en el que te encuentras no tiene ningún efecto en la cantidad de dolor que experimentas		
El dolor crónico significa que la lesión no se ha curado adecuadamente		
El dolor se intensifica si me centro en él		
Aunque el dolor sea intenso lo normal es que lo vayas notando menos		
El dolor es una fatalidad y no hay nada que se pueda hacer para aliviarlo.		
Las personas mayores sufren menos que las personas más jóvenes		
Hay que soportar al máximo el dolor antes de decidirse acudir al médico		
El uso de medicamentos fuertes específicos contra dolor puede crear riesgo de adicción y dependencia		
Todas las personas afrontan, comunican y reaccionan de la misma manera ante el dolor		
El estado de ánimo y el carácter (estar triste, feliz, ser optimista, pesimista...) no incide en la percepción del dolor		
Con dolor es imposible ser una persona activa y saludable		

Anexo 2. Tipo de contenidos incluidos en el programa de educación.

1. Conocimiento y Educación del dolor (Sesiones 1 y 2)

- Concepto de dolor desde una perspectiva multifactorial, mostrando el peso de los componentes fisiológicos y psicológicos (cognitivos, emocionales y conductuales) (Ibarra, 2006; Dupeyron et al., 2011).
- El fenómeno de la sensibilización central y su afrontamiento (Janssen, 2002; Jatsu Azkue et al., 2007).
- Tipos de dolor y su cronificación explicado a través de la sensibilización de las vías de transmisión (López-Silva et al., 2007).
- El dolor como impulsor de un círculo de dolor – ansiedad – tensión – dolor (Pincus and Morley, 2001).
- Impacto del dolor en la vida diaria (O’Keeffe et al., 2015).
- La teoría de la compuerta descrita por Ronald Melzack y Patrick Wall (González, 2013).
- Modificación de creencias disfuncionales sobre el dolor por su influencia en la autoeficacia (Díaz-Cerrillo and Rondón-Ramos, 2015).

2. Higiene postural (Sesiones 2-5)

Todos los contenidos de este componente fueron reforzados con la práctica en la sesión y las tareas y ejercicios para casa, entregando el material elaborado a los participantes de este programa.

- Asociación entre adopción de medidas de higiene postural y prevención de sintomatología (García et al., 2006).
- Anatomía y función de la columna y consejos ergonómicos para realizar actividades de la vida diaria (Fernández et al., 2004; Demoulin et al., 2012; Fremap, 2013).

3. Autoeficacia (Sesión 3)

La aplicación de la autoeficacia se ha trabajado a través de listados de afirmaciones con ejemplos de autoeficacia, y profundizando en pensamientos positivos sobre las propias capacidades con preguntas de tipo “¿De qué otras cosas relacionadas con vuestra situación de dolor creéis que son importantes sentirnos capaces?”.

- Concepto de autoeficacia (Universidad de los Andes (Mérida, 2006).
- Pensamiento positivo y conducta proactiva.

4. Estrategias de afrontamiento (Sesiones 3-5)

Este componente de habilidades de afrontamiento en su totalidad se ha incluido en todas las sesiones y más específicamente en la 3, 4, 5.

- Estrategias de afrontamiento activas y pasivas (Rodríguez Franco et al., 2004; Torre F. Martín-Corral J. Callejo A. Gómez-Vega C. La Torre S. Esteban I. Vallejo R.M. Arizaga A., 2008).
- Asociación entre habilidades de afrontamiento activas y disminución de la frecuencia, intensidad y duración del dolor, mejora de sintomatología de depresión y ansiedad y de la funcionalidad (Rodríguez Franco et al., 2004).
- Análisis de estrategias activas cognitivas (Ignorar el dolor, transformación del dolor y reestructuración cognitiva) y conductuales (búsqueda de apoyo social, descanso, evitación de actividades que producen dolor y ejercicio (Rodríguez Franco et al., 2004; Mercedes Bello-Villanueva et al., 2017).
- Práctica de habilidades de afrontamiento específicas:
 - Refuerzo de las habilidades de afrontamiento ya utilizadas previo al programa.
 - Entrenamiento de la respiración - relajación considerada su eficacia (Jenny Moix, Montserrat Cañelas, Carolina ososrio, Xabi Bel , Francesc Girvent, 2003; Montserrat Alviani, 2006).
 - Entrenamiento de la visualización dirigida a distraer la atención del dolor (Montserrat Alviani, 2006). El esquema en todas las sesiones ha incluido un ejercicio de respiración e inducción, a través de instrucciones guiadas, a una situación agradable para la participante utilizando los distintos sentidos (oído, tacto, olfato, gusto...) (Montserrat Alviani, 2006).