

ORIGINAL

Recuperación funcional en la lumbalgia incapacitante: eficacia de una intervención cognitivo-conductual temprana

Functional recovery in low back pain: efficacy of an early cognitive behavioral intervention

León Mateos L¹, Jover Jover JA¹, Abásolo Alcázar L¹, Loza Santamaría E¹, Pérez Nieto MA², Redondo Delgado MM²

¹ Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ² Universidad Camilo José Cela. Madrid

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

Resumen

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue analizar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual temprana en la recuperación funcional de la lumbalgia.

Pacientes y metodología: se estudiaron 85 pacientes con 102 episodios de lumbalgia incapacitante (IT), 32% varones, con una edad media de 46 años, distribuidos en Grupo Control, 41 episodios y 33 pacientes que siguieron tratamiento habitual y Grupo Intervención, 61 episodios y 52 pacientes que además tuvieron un soporte cognitivo-conductual temprano. Se incluyeron variables de eficacia y una evaluación económica y subjetiva del paciente.

Resultados: La duración media de los episodios de IT en el total de pacientes fue de 108 días, en el Grupo Control fue de 120 días y en el Grupo Intervención de 99 días, la diferencia no resultó significativa ($p \leq 0,32$). La duración media de los episodios de recaída en el Grupo Control fue 181 días y en el Grupo Intervención de 62 días ($p \leq 0,02$). Los pacientes del Grupo Control gastaron una media de 639 € en costes directos y el Grupo Intervención 412 €. Los costes indirectos en el Grupo Control fueron 6.617 € y en el Grupo Intervención 5.439 €, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: La eficacia de esta intervención cognitivo-conductual temprana se obtuvo principalmente en los episodios de recaída.

Palabras clave:

Lumbalgia, Cognitivo-conductual, Recuperación funcional, Incapacidad Temporal.

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to analyze the efficacy of an early cognitive behavioral intervention in the functional recovery of the low back pain.

Patients and methods: Subjects with an episode of Temporary Work Disability (TWD) of 4 weeks of duration due to low back pain were selected. Efficacy variables included duration of TWD episodes, duration of TWD relapse episodes, an economic evaluation and the own patient perception of disability, health and quality of life.

Results: 85 patients were included (33 in control and 52 in intervention), generating 102 episodes of TWD. The duration was reduced in the intervention group (99 versus 120 days), with a relative efficacy of 17%, without differences in the duration of the total of episodes. The episodes of relapse were significantly shorter in the intervention group (62 versus 181 days; $p=0,02$). Costs were also lower in the intervention group, with a net benefit of 48,028€. Moreover, the intervention patients improved their health and disability perceived.

Conclusions: The efficacy of this cognitive behavioral early intervention was mainly obtained in the relapse episodes.

Key words:

Low back pain, Cognitive behavioral, Functional recovery, Temporary work disability.

Correspondencia

L. León Mateos
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos
Martín Lagos s/n. 28040 Madrid
leticialeonmateos@hotmail.com

Introducción

La incidencia y prevalencia del dolor lumbar en la población general es muy elevada. El informe Nuprin [1], una de las primeras encuestas epidemiológicas con muestra amplia, realizado en Estados Unidos, encontró que el 56% de los encuestados habían padecido, al menos un episodio de dolor lumbar en los 12 meses anteriores. Girolamo [2] en un estudio multinacional encontró que entre el 50 y el 75% de los sujetos decía haber padecido dolor lumbar en algún momento de su vida. La mayoría de los episodios de dolor lumbar ocurría entre los 25 y los 55 años, sin diferencias entre sexos. Según Muñoz-Gómez [3], el estudio epidemiológico del dolor lumbar presenta graves dificultades, ya que no existe acuerdo en su clasificación, falta evidencia objetiva, el proceso tiene características intermitentes y la influencia de factores legales, sociales, psicológicos y laborales sobre la morbilidad y las consecuencias alteran mucho los resultados. Todos estos aspectos hacen que los datos disponibles sean aproximados y que la mayoría de ellos se refieran a prevalencia, lo cual hace difícil calcular la causalidad.

Hay que tener en cuenta que la lumbalgia es la causa más frecuente de limitación de la actividad en menores de 45 años, segunda causa de visita al médico, quinto motivo de hospitalización y tercer motivo de cirugía. Las hospitalizaciones no quirúrgicas van disminuyendo mientras que los procedimientos y hospitalizaciones quirúrgicas aumentan. Un 1% de la población de EEUU está incapacitada crónicamente por dolor lumbar; alrededor del 2% de la población laboral estadounidense recibe compensaciones cada año, para un total de unos 500.000 episodios.

En Europa es responsable del 10 al 15% de bajas laborales con aumento de los días de trabajo perdidos por el trabajador. La prevalencia anual es del 25-45% terminando con dolor crónico entre el 3-7%. La prevalencia en la vida de dolor vertebral es superior al 70% en los países industriales. Una cuarta parte tienen ciática y las bajas por ciática exceden ampliamente a las de dolor lumbar mientras que la prevalencia de hernia discal oscila entre el 1 y 3%.

No es, por lo tanto, extraño que la lumbalgia incapacitante se haya convertido en un problema de complejidad creciente, representando un reto para la empleabilidad de los trabajadores, la productividad de las empresas, y para la capacidad de los sistemas de salud y de seguridad social. En el caso de los adultos activos esta discapacidad ocasiona, a menudo, una incapacidad para el trabajo y en situaciones más graves puede terminar en una invalidez permanente. En Estados Unidos se calcula que en el transcurso de un año, un 10-15% de los adultos padecen incapacidad laboral debida a dolor lumbar [4].

En 1998 se puso en marcha un programa en las Áreas 7,4 y 9 de la Comunidad de Madrid (CM) para analizar los costes y las consecuencias de una intervención asistencial de carácter específico y especializado a pacientes con Incapacidad Temporal de origen músculo-esquelético (IT-ME) de reciente comienzo, en comparación con el sistema habitual de asistencia. En términos de eficacia, el programa IT-ME obtuvo un ahorro en días de IT superior al 40% y un número de concesiones de Invalidez Permanente un 50% menor, por lo que se mantiene en la actualidad dentro del sistema habitual de asistencia [5-7].

En base a los excelentes resultados de eficacia de la intervención asistencial temprana que supone el Programa IT-ME, se planteó aplicar una intervención cognitivo-conductual complementaria a dicho programa, adaptada a pacientes con bajas laborales recientes. Con el objetivo de estudiar los beneficios que la intervención cognitivo-conductual puede haber tenido tanto para el paciente, en términos de bienestar, como para el sistema de salud y de seguridad social, en términos económicos de pérdida de productividad y gastos asociados a la enfermedad.

Pacientes y metodología

La población a estudio estuvo constituida por Sujetos del Área 7 de la Comunidad de Madrid en la que existe un esquema habitual de asistencia del IMSALUD y, en las que además, está en marcha el programa IT-ME de atención reumatológica.

Se incluyeron en el estudio pacientes con IT por enfermedad común, de origen musculoesquelético, con los siguientes diagnósticos: lumbalgia, lumbalgia aguda, lumbociática, dorso-lumbalgia, lumbociatalgia, lumbalgia postquirúrgica, estenosis de canal y radiculopatía S1, seguidos en las consultas de atención reumatológica (IT-ME) y con una duración del episodio de IT de 4 semanas.

La muestra final quedó compuesta por los sujetos de inclusión en dicho programa, que fueron aleatorizados e incluídos en el grupo control, recibiendo el habitual programa de atención reumatológica, o el grupo intervención, programa de atención reumatológica temprana más una intervención cognitivo-conductual.

Las variables objetivas medidas en el estudio fueron: socio-demográficas (edad, sexo y tipo de trabajo), duración total de los episodios de IT, número de recaídas, duración de los episodios de recaída, costes asociados al episodio de IT y eficacia de la intervención cognitivo-conductual. Las variables subjetivas fueron evaluadas mediante cuestionarios de percepción de discapacidad y calidad de vida: Health Assessment Questionnaire-HAQ (Versión traducida) y SF-12 Health Scale Scoring (Short Form).

De acuerdo al esquema de actuación del programa de asistencia reumatológica temprana que se realiza en el Área 7 de la Comunidad de Madrid, los pacientes con IT de origen musculoesquelético fueron derivados a consultas específicas atendidas por reumatólogos, situadas en el hospital y los centros de especialidades correspondientes a dicha área.

En el estudio se incluyeron 85 pacientes que generaron un total de 102 episodios de lumbalgia incapacitante. Estos episodios se distribuyeron de la siguiente manera, Grupo Control, compuesto por 41 episodios, generados por 33 pacientes y Grupo Intervención con 61 episodios, generados por 52 pacientes.

El 32% de la muestra fueron varones y el 68% mujeres. No hubo diferencias significativas entre los grupos. La edad media de los pacientes fue de 46 años, sin hallar diferencias entre ambos grupos (Tabla 1). Respecto al tipo de trabajo desempeñado, hubo diferencias significativas entre los grupos ($p=0,006$), predominando en el Grupo Control los trabajadores de la categoría «Administrativos técnicos» y en el Grupo Intervención los profesionales manuales no cualificados (Tabla 1). Los pacientes incluidos en el Grupo Intervención accedieron a una intervención cognitivo-conductual que comenzó en octubre de 2004, realizándose de forma continuada hasta la fecha.

El programa se administró de forma individual, atendiendo a unos ejes comunes en los que se sustenta el programa: 1. la explicación a los pacientes de cómo la vivencia y el afrontamiento del dolor influyen en el desarrollo de la discapacidad, 2. el papel de las emociones negativas en el mantenimiento del dolor y desarrollo de la discapacidad, 3. los otros factores de riesgo: factores conductuales y factores cognitivos, aspectos sociolaborales, 4. entrenamiento en las técnicas adecuadas: respiración, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales y control de ira y, por último, 5. ergonomía y educación postural.

Aunque el esquema de tratamiento fue el mismo para todos los pacientes, el tiempo de duración estuvo determinado por las necesidades del paciente y no viceversa.

La recogida de los datos se realizó durante las visitas médicas que los pacientes realizaban al reumatólogo. Los datos de las visitas médicas se recogían de manera prospectiva y normalizada durante la propia visita, mediante los correspondientes cuestionarios de primeras visitas y de visitas sucesivas. Las hojas de datos fueron entregadas a la persona encargada de realizar la introducción de los datos en la base de datos, y se recogieron de acuerdo al cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, con el fin de garantizar la confidencialidad de los mismos. Los cuestionarios de evaluación subjetiva se realizaron siempre que fue necesario con apoyo del psicólogo responsable del proyecto, que además se encargó de la corrección de dichos cuestionarios e introducción de resultados en la base de datos, atendiendo a los mismos criterios de protección de datos.

Análisis estadístico

Las diferencias basales entre grupos se analizaron con la prueba t de Student y tablas de contingencia. El número de episodios de IT se analizaron con el test U de Mann Whitney. Se realizó un *long rank test* para determinar la influencia de cada una de las variables independientes sobre la variable dependiente.

Además se realizó un análisis de regresión de Cox para efectuar un modelo predictor que ajustaba además las otras variables de confusión. También se analizó la probabilidad de recaída y la duración de las mismas. Las diferencias entre grupos en costes directos e indirectos se estimaron con la prueba t de Student y tablas de contingencia. Los cambios en las variables subjetivas se evaluaron con el test U de Mann Whitney. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata 9.0. (Stata Corp, College Station, Texas).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Grupo Control n=41	Grupo intervención n=61	p
Mujeres (%)	63,6	71,15	ns
Edad media años (DS)	48 (10)	45 (11)	ns
Tipo de trabajo (%)			
Directivos	0	18	ns
Administrativos/técnicos	33	28	ns
Servicios	34	12	
Profesional manual cualificado	21	12	
Profesional manual no cualificado	12	30	ns

(DS = desviación estándar)

Resultados

La duración media de los episodios de IT en el total de pacientes fue de 108 días. La duración media de los episodios de IT en el Grupo Control fue de 120 días. La duración media de los episodios de IT en el Grupo Intervención fue de 99 días, la diferencia no resultó significativa ($p \leq 0,32$). La eficacia global de la intervención fue del 17%.

Se presentaron un total de 17 episodios de recaída durante el estudio (16,6% del total de todos los episodios), 8 episodios en el Grupo Control y 9 episodios en el Grupo Intervención.

La duración media de los episodios de recaída fue de 118 días. La duración media de los episodios de recaída en el Grupo Control fue de 181 días y en el Grupo Intervención de 62 días. La diferencia en la duración de los episodios de recaída resultó significativamente menor en el Grupo Intervención ($p \leq 0,02$) en el análisis transversal de los resultados finales.

Respecto al análisis de los costes de ambos grupos, al realizar primero un análisis de los costes directos encontramos que los pacientes del Grupo Control gastaron una media de 639 € en costes directos relacionados con su proceso de IT y los pacientes del Grupo Intervención gastaron una media de 412 €.

En el análisis de los costes indirectos los pacientes del Grupo Control gastaron una media de 6.617 € relacionados con su proceso de IT y los pacientes del Grupo Intervención gastaron una media de 5.439 €. En los análisis no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. El ahorro total conseguido por el programa para los pacientes con lumbalgia fue de 69.452 € (Tabla 2).

Respecto al análisis de las variables subjetivas del paciente, los pacientes del grupo intervención fueron evaluados antes de la terapia cognitivo-conductual y en el momento de incorporación, manifestando una mejoría significativa en los resultados de salud globales medidos con el HAQ ($p \leq 0,01$), y de calidad de vida, mejorando en todos los ítems del SF-12, y siendo esta mejoría estadísticamente significativa en algunos de los ítems (Tabla 3).

Discusión

Las enfermedades causantes de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético (IT-ME) coinciden en su distribución con las que se atienden mayoritariamente en la actividad clínica diaria ambulatoria. Entre ellas destaca, por su impor-

Tabla 2. Evaluación económica del programa (€)

Variable	Grupo control (n=33) (€)	Grupo Intervención (n=52) (€)	Resultado Económico (€)
Coste medio por paciente, €			
Reumatólogo	146,25	135,49	
Especialista	28,50	27,60	
Pruebas diagnósticas	73,89	86,57	
Fármacos	212,69	136,86	
Rehabilitación	174,27	24,57	
Procedimientos terapéuticos	4,09	1,15	
Psicólogo	-	412,00	
Directos	639,00	412,00	
Indirectos	6.617,00	5.439,00	
Total ¹	7.256,00	6.263,00	
Coste global de pacientes, €			
Directos	21.087,00	21.424,00	
Indirectos	218.361,00	282.828,00	
Total	239.448,00	325.676,00	
Ahorro por paciente en el grupo intervención comparado con el grupo control, €			
Costes directos			227
Costes indirectos			1.178
Total ahorrado, €			69.452
Coste de la intervención, €			21.424
Beneficio neto (total ahorrado – total invertido), €	48.028		

(1) Coste total=Coste tiempo psicólogo + Costes directos + Costes indirectos. IT-ME= incapacidad temporal de origen músculo-esquelético.

Tabla 3. Puntuaciones de los pacientes del Grupo Intervención en las escalas del cuestionario SF-12 de percepción de calidad de vida

SF-12 Escala	Pre-intervención Media ± DE	Post-intervención Media ± DE	P
Salud percibida (0=Excelente; 5=Mala)	3,73 ± 0,80	3,46 ± 0,51	0,22
Limitaciones de salud: Esfuerzos moderados (1=mucho; 3=nada)	1,19 ± 0,45	1,86 ± 0,16	0,00
Limitaciones de salud: Esfuerzos (1=mucho; 3=nada)	1,51 ± 0,67	1,86 ± 0,74	0,08
Limitaciones físicas de salud: reducción activ. cotidianas/trabajo (1=sí; 2=no)	1,12 ± 0,33	1,33 ± 0,12	0,06
Limitaciones físicas de salud: impedimento activ. cotidianas/trabajo (1=sí; 2=no)	1,09 ± 0,30	1,26 ± 0,45	0,11
Limitaciones emocionales de salud: reducción activ. cotidianas/trabajo (1=sí; 2=no)	1,51 ± 0,50	1,6 ± 0,50	0,56
Limitaciones emocionales de salud: impedimento activ. cotidianas/trabajo (1=sí; 2=no)	1,65 ± 0,48	1,6 ± 0,50	0,68
Dolor como causa de dificultad para tareas/trabajo (1=nada; 5=mucho)	4,43 ± 0,59	2,86 ± 1,12	0,00
Nivel de ansiedad autopercibido (1=siempre; 6=nunca)	3,95 ± 1,24	2,86 ± 0,99	0,00
Nivel de energía autopercibida (1=siempre; 6=nunca)	4,58 ± 1,20	3,86 ± 0,99	0,01
Nivel de tristeza autopercibida (1=siempre; 6=nunca)	3,70 ± 1,41	4,46 ± 1,18	0,05
Dificultad para actividades sociales (1=siempre; 6=nunca)	2,92 ± 1,23	3,53 ± 1,06	0,06

tancia, la patología dolorosa inespecífica de columna dorso-lumbar («dolor de espalda») como primera causa de IT-ME (45%) y segunda causa de IT general (12%) por detrás sólo de las infecciones respiratorias banales [8]. Su duración media de 39 días es comparable a la presentada en otros estudios, que se mueven en un rango entre 45 y 60 días [9-12], y ello teniendo en cuenta que entre el 80 y el 90% de todos los dolores de espalda ceden en un máximo de 6 semanas con independencia de que se traten o no y de cuál sea el tratamiento [13,14]. Por la elevada frecuencia de esta patología, el cuantioso gasto por pago directo de la IT, que en 1997 se estimó en 7.000 millones de pesetas [8], los gastos indirectos que produce en consultas médicas, pruebas diagnósticas sofisticadas, cirugías, uso de servicios de rehabilitación, etc., se hace necesario promover iniciativas para racionalizar la atención y el diagnóstico de estos problemas, y a fomentar estrategias de prevención específicas en relación con los factores psicológicos, sociales y laborales conocidos que favorecen la cronificación del dolor [15-18].

Según nuestros resultados la intervención cognitivo-conductual es un complemento al programa de atención reumatológica temprana, ayudando en los pacientes de mala evolución. La tendencia en los resultados, aunque resulta clara, no logra la significación estadística probablemente por el reducido número muestral.

Especialmente relevante es la eficacia observada en los episodios de recaída, en los que este programa consigue

una reducción significativa en los pacientes del grupo intervención. Además, los pacientes del grupo intervención presentan una reducción de los costes relevante, destacando sobre todo el ahorro en fármacos y derivación a rehabilitación.

El presente proyecto se ha efectuado en condiciones de la «vida real», sin exclusión por edad o sexo ni tampoco aquellos trabajadores con algún tipo de litigio con la empresa, y que incluye medidas de calidad como es la tasa de vuelta al trabajo. Los pacientes del estudio fueron principalmente de mediana edad con un alto porcentaje de mujeres. Hombres y mujeres presentan el mismo número de episodios de IT, pero los episodios de las mujeres tienen mayor duración, por lo cual en nuestro estudio encontramos un mayor número de mujeres [7].

La eficacia de este programa se obtuvo, principalmente en los episodios de recaída. En contraste con los tratamientos médicos, el aprendizaje de las técnicas cognitivo-conductuales, al igual que la mayoría de las técnicas en psicología, necesita más tiempo para consolidarse. Estudios anteriores han encontrado que los pacientes con baja laboral que reciben una intervención cognitivo-conductual continúan mejorando a lo largo del tiempo, pero solamente si son tratados de forma temprana [19]. Dado que la probabilidad de recaída es frecuente y la duración de éstas suele ser prolongada [20], conllevando en algunos casos, una incapacidad permanente, la reducción de esta



duración debe constituir un objetivo fundamental en todos los protocolos.

Creemos que la eficacia del programa se debe al acceso rápido y directo al psicólogo en el episodio inicial y en cada episodio de recaída y en la posibilidad de recibir apoyo personal y psicológico en cualquier momento, también después de su reincorporación laboral. El apoyo telefónico del psicólogo en las situaciones en las que el paciente lo necesita, para realizar consultas o pedir una cita, hace que el paciente no se sienta desamparado, y además, la intervención de forma individual se adapta a las necesidades del paciente, diferenciándose de los programas con protocolos rígidos e inflexibles.

La vuelta al trabajo resulta más difícil a partir de las 12 semanas de baja laboral [7,21], por eso nuestro programa de intervención temprana pretende ser un intento intermedio, previo a los programas intensivos en clínicas de rehabilitación.

El programa cognitivo conductual supone, además de los beneficios para el sistema de salud, apoyados por la evaluación económica, un beneficio para el paciente, que subjetivamente encuentra una clara mejoría en su salud y en su calidad de vida. Nuestros resultados demuestran que la intervención cognitivo-conductual, realizada de forma precoz ayuda al sujeto a manejar el dolor y la discapacidad de forma temprana y puede contribuir a evitar la transición a una incapacidad permanente en algunos casos. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor H & Curran NM. The Nuprin Pain Report. Nueva York: Louis Harris; 1985.
2. Girolamo G. Epidemiology and social cost of low back pain and fibromyalgia. *Clin J Pain* 1991; 7:S1-S7.
3. Muñoz-Gómez J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. *Avances Reuma Salamanca*, 2003, 23-28.
4. American Psychiatric Association. *Diagnosis and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington DC, APA; 1995.
5. Blanco M, Candelas G, Jover JA, Hernández-García C, Vargas E, Lázaro P. Economic evaluation of an intervention in patients with temporal work disability of musculoskeletal origin. *Arthritis Rheum* 1999; 42(suppl):S387.
6. Bachiller FJ, Revenga M, Richi P, Collado P, Candelas G, Blanco M, et al. Reproducibility of an intervention program patients with musculoskeletal temporary work disability. *Arthritis Rheum* 2000; 43(suppl):S143.
7. Abasolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, et al. Work Disability related to musculoskeletal disorders: an intervention from the public health perspective. *Ann Int Med* 2005; 143:404-14.
8. Molina M. Incapacidad Temporal por enfermedad y dolor de espalda. Informe interno de la Coordinadora Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios. INSALUD. Dirección Territorial de Madrid; 1998.
9. Tornero J, Atance JC, Grupeli BE, Vidal J. Impacto socioeconómico de la Incapacidad Temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 340-5.
10. Informe de IT General de la provincia de Madrid. Coordinadora Provincial de la Incapacidad Temporal. Junio de 1998.
11. Fernández L. La incapacidad temporal en el área 1 de Madrid. Junio 1996-julio 1997. INSALUD. Dirección territorial de Madrid.
12. Martín A, Torres MM. El absentismo por ILT en la gestión de recursos humanos de los centros sanitarios públicos. *MAPFRE Medicina* 1995; 6:97-111.
13. Benn RT, Wood PHN. Pain in the back: attempt to estimate the size of problem. *Rheuma Rehab* 1975; 14:121-8.
14. Workmen's Compensation Board Symposium. Low back pain: a multidisciplinary approach. Vancouver; 1986.
15. Roux E, Vischer TL, Brisson PM. Medical approach to low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6: 607-27.
16. Nordin M, Cedraschi C, Balagué F, Roux EB. Back schools in the prevention of chronicity. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6:685-704.
17. Weiser S, Cedraschi C. Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6:657-84.
18. Halpern M. Prevention of low back pain: basis ergonomics in the workplace and the clinic. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6:705-30.
19. Jensen IB, Bodin L. Multimodel cognitive-behavioural treatment for workers with chronic spinal pain: a matched cohort study with an 18-month follow-up. *Pain* 1998; 76:35-44.
20. Marhold C, Linton SJ, Melin L. A cognitive-behavioral return-to work program: Effects on pain patients with a history of long-term versus short term sick leave. *Pain* 2001; 91:155-63.
21. Pransky G, Benjamin K, Hill-Fotouhi C, Fletcher KE, Himmelstein J, Katz JN. Work-related outcomes in occupational low back pain: a multidimensional analysis. *Spine* 2002; 27:864-70.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.