

A. Collado Cruz^{1,2}
X. Torres i Mata¹
A. Arias i Gassol¹
R. Ruiz López²
C. Pichot²
M. Valdés Miyar¹
J. Muñoz-Gómez¹

Tratamiento multidisciplinario en pacientes con dolor crónico

Institut Clínic del Aparato Locomotor
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia
¹ Corporació Sanitària Clínic de Barcelona
² Clínica del Dolor de Barcelona

Introducción. El dolor crónico es un trastorno de elevada prevalencia en los países desarrollados, una de las principales causas de consulta médica, responsable de gran parte de los costes sanitarios y un sufrimiento significativo en la población. La resistencia de un porcentaje elevado de casos de dolor crónico a los tratamientos médicos ha provocado el desarrollo de programas terapéuticos multidisciplinarios.

Objetivo. Analizar la eficacia de un programa de tratamiento multidisciplinario en pacientes con dolor crónico incapacitante resistente a tratamiento y en situación de baja laboral.

Material y métodos. Ciento cuatro pacientes fueron sometidos a tratamiento multidisciplinar intensivo de 4-6 semanas de duración. Se efectuó un seguimiento al finalizar el tratamiento, al mes, 6 y 12 meses del alta médica.

Resultados. En el momento del alta se observaron cambios clínicos entre moderados y amplios en todas las variables evaluadas (tamaños del efecto entre un valor máximo de 2,5 [EVA dolor] y un valor mínimo de 0,6 [HARS]). Setenta y cinco pacientes (72%) se reincorporaron a su actividad laboral. Durante el seguimiento al mes, 6 y 12 meses se mantuvieron las ganancias observadas. Al final del periodo de seguimiento, un total de 47 (63%) pacientes de 62 casos seguidos durante 12 meses mantiene la situación de actividad laboral.

Conclusiones. Los resultados obtenidos confirman la eficacia de los programas de tratamiento multidisciplinar del dolor crónico no maligno incapacitante. Las mejoras obtenidas no sólo reflejan una reducción de la sintomatología dolorosa, psicopatológica y un incremento de la capacidad funcional, sino que también se obtuvo un elevado porcentaje de reincorporación laboral. Los resultados obtenidos se mantienen a largo plazo.

Palabras clave:

Dolor crónico. Incapacidad. Tratamiento multidisciplinario.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:133-138

Multidisciplinary therapeutic program of chronic pain

Introduction. Chronic pain is a highly prevalent disorder in developed countries, one of the main causes for medical consultations and accounts for a great percentage of economic burden. The resistance of a significant percentage of chronic pain patients to medical treatments has conveyed the development of multidisciplinary therapeutic programs.

Objective. To assess the efficacy of a multidisciplinary therapeutic program for treatment-resistant chronic pain patients with severe disability.

Material and methods. 104 sick-listed employees with chronic musculoskeletal pain undergone an intensive multidisciplinary treatment of 4-6 weeks of duration. Patients were assessed at discharge, and at one, six and twelve months follow-up.

Results. At discharge, moderate to large clinical change was observed in all variables assessed (effect sizes between 2,5 [pain AVS] and 0,6 [HARS]). Sixty-five patients (72%) returned to work. At one, six and twelve months follow-up, the gains observed were maintained. At the end of follow-up, 47 (63%) patients out of 62 cases remained at work.

Conclusion. Our results provide further support for the efficacy of multidisciplinary therapeutic programs for disabling non-malignant chronic pain. The improvement observed reflects not only a reduction in pain intensity and in psychopathological symptomatology, along with an increased functional capacity, but the achievement of a high percentage of patients returning to work. These results are long-standing.

Key words:

Chronic pain. Disability. Multidisciplinary treatment.

Correspondencia:

Antonio Collado Cruz
Servicio de Reumatología
Hospital Clínic de Barcelona
Villarroel, 170
08036 Barcelona
Correo electrónico: acollado@medicina.ub.es

INTRODUCCIÓN

El dolor es el síntoma más frecuente percibido por la población. Diversos estudios epidemiológicos realizados en

países desarrollados¹ señalan su elevada prevalencia, variando en función del período analizado, desde el 7% en el día de la entrevista, el 49% en los últimos 6 meses y el 82% durante toda la vida.

Estas cifras y la propia naturaleza del síntoma explican que el dolor sea la razón más frecuente de consulta en un centro de salud. Mäntyselkä et al.² en un estudio reciente en Finlandia sobre 5.646 visitas en 25 centros de atención primaria aleatorizados y representativos del país señalan que el dolor se identificó en el 40% de los casos como la razón de la visita, en 29% como la razón principal y en 11% como razón secundaria, confirmando así estudios realizados en otros países. En este mismo estudio también se vuelve a confirmar que son las enfermedades musculoesqueléticas la causa principal del dolor, constituyendo el 41% de todas las causas y muy por encima de otras enfermedades como las respiratorias (14%), traumatismos o accidentes (10%) y gastrointestinales (6%).

Pero el dolor toma su verdadero protagonismo en la cronificación; los pacientes con dolor crónico utilizan los servicios de salud hasta cinco veces más frecuentemente que el resto de la población³.

La estimación de dolor crónico en la población general ha sido muy variable en función del área y población estudiada, así como la definición de dolor crónico utilizada. Elliott et al.⁴ en un estudio realizado en 3.605 personas de la población general establece que el 46,5% de la población presenta dolor o molestias que han persistido de forma continua o intermitente por un período superior a 3 meses. Cuando estos mismos autores analizan la prevalencia de dolor en función de su impacto definen que un 14% de la población general sufre de dolor crónico con necesidad de tratamiento y un 6% de personas presentan un dolor crónico severo con alta discapacidad y limitación grave. Así pues, confirmando lo señalado por otros autores que el dolor crónico tiene un efecto muy perjudicial en la salud física⁵, salud mental⁶, actividades de la vida diaria⁷, empleo y bienestar económico⁸ de una parte no despreciable de la población general y constituye una de las principales causas de los costes sanitarios en los países desarrollados.

Uno de los factores responsables de que una parte de la población desarrolle un síndrome de dolor crónico incapacitante es la falta de respuesta a las terapias farmacológicas simples, físicas o quirúrgicas. Esta refractariedad, unida al reconocimiento de la importancia que tiene la interacción entre los factores psico-sociales y el proceso biológico en el dolor y la incapacidad⁹⁻¹², condujo, a partir de 1973 y liderado por Fordyce¹³, a la creación de programas terapéuticos multidisciplinarios cuyas metas principales eran, además del alivio del dolor, la disminución del déficit funcional y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas.

Posteriormente se produjo un salto cualitativo cuando diversos autores¹⁴⁻¹⁶ coincidieron en señalar que el abordaje

orientado a la reincorporación laboral es esencial para el éxito del tratamiento del dolor asociado a incapacidad laboral.

Estos últimos años se han publicado numerosos trabajos basados en programas de tratamiento multidisciplinar para pacientes con dolor crónico no maligno¹⁷⁻¹⁹ que muestran la creciente aceptación de este tipo de tratamiento por parte de los sistemas de atención sanitaria de los países occidentales.

La composición de un equipo multidisciplinar del dolor crónico y sus tareas está bien descrita por Ruiz-Lopez en la literatura castellana²⁰; haciendo eco de su descripción, así como de las recomendaciones realizadas por la Sociedad Internacional para Estudio del Dolor (IASP)²¹, hemos de definir que en el manejo del paciente con dolor crónico incapacitante la composición básica del equipo multidisciplinar comprende un médico especialista en el tratamiento del dolor con amplios conocimientos del aparato locomotor y neurológico, un especialista en psicología, un especialista en terapia ocupacional y un fisioterapeuta, aunque puede haber otros como enfermera, consejero vocacional, asistente social, etc.

La evaluación del paciente es esencial y se basa en el establecimiento de un diagnóstico exhaustivo de la fuente de dolor y los mecanismos de producción, valoración física de la fuerza, flexibilidad, resistencia y limitaciones existentes a nivel musculoesquelético, determinación de la presencia de una enfermedad psicológica que pueda afectar la experiencia de dolor, la evaluación del sufrimiento asociado y su interacción con variables presentes en el seno familiar o sociolaboral, valoración del uso de habilidades de afrontamiento, análisis del puesto de trabajo y actividades del hogar, disfunciones ergonómicas, interrupciones vocacionales o laborales, oportunidades y estrategias, entre otras.

Tras la evaluación, el equipo de forma conjunta debe decidir las posibilidades de revertir el síndrome de dolor crónico incapacitante. Durante este proceso, además de revisar los diferentes criterios de gravedad clínica y factores de mal pronóstico conocidos, es imprescindible detectar aquellas situaciones en las que la incapacidad está determinada principalmente por aspectos distintos al dolor —patología orgánica múltiple, psicopatología mayor (riesgo de autolisis, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno grave de la personalidad), edad <18 años y > 60 años—, dependencia farmacológica primaria, rechazo del tratamiento multidisciplinar) o aquellas en las que los cambios en el entorno familiar y social son de tal magnitud que dificultan significativamente el abordaje de la reincorporación laboral a corto plazo (rechazo a la reincorporación laboral, etc.). Estas situaciones son de difícil control y, por tanto, conllevan escasas posibilidades de éxito. Su aplicación como criterios de exclusión o selección en un programa de tratamiento multidisciplinar con orientación de vuelta al trabajo han sido recogida en la literatura nacional por Ruiz²⁰ e internacional por Turk et al.²², el cual defiende su utilización con

objeto de no crear falsas expectativas a los pacientes con peor pronóstico terapéutico, evitar esfuerzos baldíos al equipo terapéutico y beneficiar al pagador al mejorar la eficiencia del proceso.

Sobre la base de estas experiencias previas, decidimos analizar la eficacia de un programa de tratamiento multidisciplinar en pacientes seleccionados con dolor crónico incapacitante refractario a tratamiento convencional en situación de baja laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes

La muestra inicial estuvo compuesta por 192 pacientes que fueron evaluados desde el punto de vista médico, psicológico, físico y laboral mediante las variables e instrumentos descritos previamente²³.

De los 192 pacientes evaluados, 88 presentaron alguno de los criterios de exclusión anteriormente descritos. La muestra final estuvo compuesta por 104 pacientes.

Programa terapéutico

El programa de tratamiento multidisciplinar diseñado específicamente para pacientes con dolor crónico no maligno incapacitante incluye como objetivos principales: la mejoría del dolor, el alivio del sufrimiento asociado, la reducción de la incapacidad funcional y la reincorporación laboral.

El programa terapéutico se aplicó de forma individual y en grupo (máximo de ocho personas), de forma intensiva durante 5 h/día y 4 semanas. El tratamiento incluye técnicas médicas para el control del dolor (administración de fármacos por vía oral, locorregional y/o epidural y bloqueos neurales periféricos), terapia cognitivoconductual (técnicas de entrevista motivacional, técnicas de autocontrol emocional mediante relajación muscular progresiva de Jacobson y Biofeedback, modificación de las conductas relacionadas con el patrón de conducta de propensión al dolor, técnicas de distracción, reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad), terapia física (cinesiterapia progresiva y supervisada y técnicas pasivas como crioterapia o TENS) y terapia ocupacional (individual y en la empresa) en las que se incluyeron actividades de mantenimiento, entrenamiento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio, simulación laboral, adquisición de tolerancia física, cognoscitiva y perceptiva frente al trabajo, modificación de los factores de riesgo, rediseño del puesto de trabajo e introducción de ayudas técnicas.

Gran parte del tratamiento está destinado a los aspectos educativos, por lo que se realizó un seminario diario en el

que se abordaron la anatomía y la fisiología corporal; la definición y los mecanismos del dolor; el dolor y la incapacidad; la terapia farmacológica del dolor; reglas de biomecánica, principios de la mecánica corporal, ergonomía y actividades cotidianas básicas, ergonomía y actividades cotidianas instrumentales, ergonomía del espacio, actividad laboral y discapacidad; diferencias entre el dolor agudo y el dolor crónico; el modelo de la puerta de control de Melzack y Wall; estrés y dolor, y la justificación teórica de cada una de las técnicas psicológicas cognitivoconductuales utilizadas durante el tratamiento.

La primera semana se prestó atención especial a la adhesión al tratamiento y al cumplimiento de prescripciones y se inició el ejercicio físico, las pautas farmacológicas y el aprendizaje de estrategias de control del dolor; durante la segunda y tercera semanas se reforzó la utilización de las técnicas aprendidas, se revisaron las ganancias adquiridas y las dificultades en el cumplimiento de prescripciones y se incorporaron nuevas técnicas; durante la tercera y cuarta semanas se añadieron actividades de simulación, y durante la última se abordó la prevención de recaídas, la preparación del alta y la reincorporación laboral.

Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados se ha basado en las siguientes variables: *a)* variables de salud: intensidad de la sintomatología dolorosa (escala analógica visual de 0-10 cm), sintomatología depresiva (inventario de depresión de Beck [BDI]²⁴), sintomatología ansiosa (escala de valoración de la ansiedad de Hamilton [HARS]²⁵) y nivel de dificultad para la realización de las actividades cotidianas (*Health Assessment Questionnaire*, HAQ²⁶), y *b)* reincorporación laboral: activo frente a baja laboral y tipo de reincorporación (jornada completa, jornada a tiempo parcial, mismo puesto de trabajo, distinto puesto de trabajo).

Los pacientes fueron evaluados antes de iniciar el tratamiento, al finalizarlo (4-6 semanas) y al mes, 6 y 12 meses después del alta.

A fin de evaluar las diferencias entre el grupo tratado y excluido se han utilizado pruebas paramétricas de comparación de medias para datos independientes (*t* test de Student) y pruebas de comparación de proporciones. A fin de evaluar la significación clínica de los cambios longitudinales se ha utilizado la prueba *t* test de Student para medidas repetidas y el tamaño del efecto²⁷.

RESULTADOS

Ciento cuatro pacientes (83 mujeres y 21 hombres) con dolor crónico incapacitante resistente a tratamiento convencional iniciaron el programa de tratamiento. La edad media (DE) de los pacientes fue de 42 años⁹, el 81% estaba

casado y su nivel educativo se distribuyó como sigue: no sabe leer o escribir, 6%; estudios primarios, 43%; bachillerato/FP, 35%, y universitarios, 16%. El tipo de actividad laboral en el momento de la entrevista fue: trabajador no especializado, 35%; trabajador especializado, 38%; administrativo, 18%; comerciante, 1%; directivo, 4%, y empresario, 4%. El 48% de los pacientes realizaba una actividad predominantemente física, un 30% intelectual y un 22% mixta. La mayoría de los pacientes (85%) pertenecía al régimen general de la Seguridad Social y un 15% eran autónomos. En su biografía laboral destacaba que el 47% de los pacientes había iniciado la actividad laboral antes de los 14 años y el 16% presentaba insatisfacción con su trabajo actual. Se detectó la existencia de algún estresor laboral en el 28% de los casos.

La duración de la baja laboral osciló entre 3 y 24 meses, con una media (DE) de 7 meses⁵. La mayoría de los pacientes había recibido diversos tratamientos farmacológicos (91%), fisioterapia (69%) y/o intervenciones quirúrgicas (11%) que no habían conseguido reducir la intensidad o la frecuencia de la sintomatología dolorosa ni mejorar el nivel de incapacidad. Todos los pacientes habían sido atendidos previamente por el médico de familia (media [DE] número de visitas: 19 [14]) y al menos un especialista en aparato locomotor (media (DE) número visitas: 7 [7]). El 52% de los casos había acudido a algún centro hospitalario y el 13% había efectuado un ingreso hospitalario. Todos los pacientes habían sido sometidos previamente a análisis sanguíneos y a radiología simple de la región dolorosa y en el 55% de los casos se había realizado una prueba de imagen de alta resolución.

Los diferentes diagnósticos médicos y psicológicos establecidos tras la evaluación multidisciplinar están descritos en las tablas 1 y 2.

El principal problema de los pacientes era la presencia de sintomatología dolorosa continuada (duración media [DE] de 55 [63] meses) de elevada intensidad (EAV media [DE] de 7,4 [1,6] cm).

Asimismo se observó la presencia de sintomatología depresiva significativa según el BDI (media [DE]: 17 [9]) y de sintomatología ansiosa según el HARS (media [DE]: 19 [8]), así como una pérdida muy significativa de la capacidad funcional según el HAQ (media [DE]: 1,7 [0,4]). Se observó una alteración del sueño en el 97% de los pacientes: insomnio de conciliación (10%), fragmentación del sueño (34%), despertar precoz aislado (2%), insomnio de conciliación y sueño fragmentado (51%).

Evolución postratamiento

La mayoría de los pacientes tuvo una adhesión excelente al programa terapéutico y llevó a cabo gradualmente, de forma individual y en grupo, todas las actividades programadas durante el tratamiento (fig. 1).

Tabla 1	Diagnóstico médico principal de los pacientes tratados
CIE-10 (%)	
Fibromialgia	M79.0 (48)
Dolor miofascial regional	M79.1 (18)
Lumbalgia crónica no específica	M54.5 (14)
Radiculopatías	M54.1-3 (6)
Tendinopatía crónica hombro	M75.1 (3)
Espondiloartritis anquilosante	M45 (3)
Distrofia simpálicorrefleja	M89.0 (3)
Síndrome cervicocraneal	M53.0 (3)
Otros	– (2)

Durante el tratamiento se observaron reducciones progresivas y significativas en los niveles de dolor, depresión, ansiedad e incapacidad, con mejorías estadísticamente significativas respecto a la situación pretratamiento. Los valores observados en la evaluación frente al momento del alta (entre 4 y 6 semanas después del inicio del programa terapéutico) fueron los siguientes: dolor (EVA): 7,4 (1,6) frente a 3,4 (2) cm ($p < 0,0001$); depresión (BDI): 17 (9) frente a 10 (8) puntos ($p < 0,0001$); ansiedad (HARS): 19 (8) frente a 14 (7) puntos ($p < 0,0001$); incapacidad (HAQ): 1,7 (0,4) frente a 0,6 (0,5) puntos ($p < 0,0001$). Asimismo, los tamaños del efecto (que otorgan significado clínico a las diferencias longitudinales observadas) se distribuyeron entre un valor máximo de 2,5 (EVA dolor) y un valor mínimo de 0,6 (HARS), que indicaron en todos los casos la obtención de un cambio clínico de amplio a moderado. En ese momento se pudieron reincorporar a su actividad laboral 66 pacientes.

Durante el tratamiento 13 pacientes fueron despedidos de su empresa y pasaron a una situación de paro laboral, lo que modificó la orientación vocacional y el tiempo establecido

Tabla 2	Diagnóstico psiquiátrico de los pacientes tratados
CIE-10 (%)	
Sin diagnóstico	F03.2 (13)
Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica crónica	F45.4 (46)
Trastorno depresivo mayor y episodio único moderado	F32.1 (20)
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo crónico	F43.2213 (12)
Trastorno de angustia con agorafobia	F40.016 (8)
Trastorno de somatización	F45.0 (1)

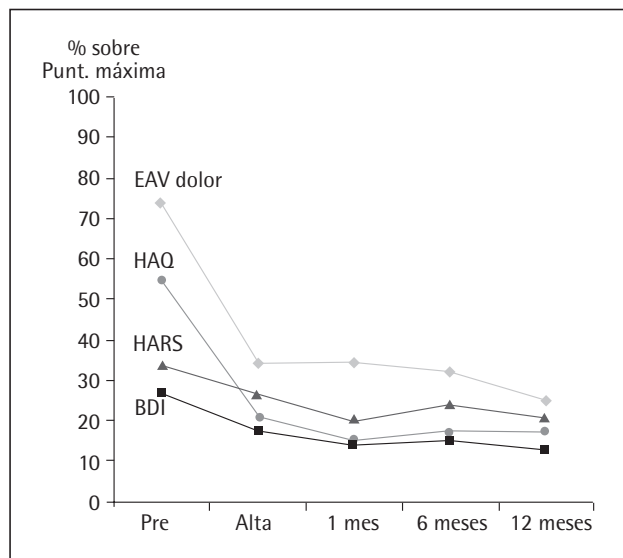


Figura 1 Evolución de las variables de desenlace (dolor [EVA], depresión [BDI], ansiedad [HARS] y capacidad funcional [HAQ]) durante el seguimiento.

para la reincorporación laboral y el alta. Nueve de estos pacientes han seguido un curso favorable con mejoría significativa de las variables de desenlace y reincorporación laboral tras 1-3 meses de finalizar el programa terapéutico, lo que sitúa la tasa total de reincorporación laboral en el 72% de los pacientes tratados mediante abordaje multidisciplinar.

Así pues, un total de 75 (72%) pacientes obtuvo mejorías significativas tras el tratamiento y pudo reincorporarse a su actividad laboral en el momento del alta. Aunque la mayoría de estos pacientes (78%) se reincorporó a su mismo puesto de trabajo a tiempo completo, 5 (6%) requirieron un cambio de tareas o una reincorporación inicial a tiempo parcial y 12 (16%) mantuvieron el mismo tipo de trabajo aunque cambiaron de empresa.

Durante el seguimiento al mes, 6 y 12 meses después del alta y como se observa en la figura 1, se mantuvieron las ganancias observadas en las variables de desenlace, observándose una reducción significativa de la sintomatología depresiva, ansiosa y dolorosa, así como una mejoría significativa de la capacidad funcional.

Al final del período de seguimiento un total de 47 (63%) pacientes de 62 casos seguidos durante 12 meses se mantiene con una vida laboral activa.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio indican que los programas de tratamiento multidisciplinar del dolor crónico no maligno incapacitante son eficaces en la mejoría del dolor y el sufrimiento

en pacientes seleccionados en nuestro medio, logrando revertir un elevado porcentaje de la incapacidad laboral

Dos metaanálisis recientes^{28,29} que analizan la influencia de los programas multidisciplinarios en la reincorporación laboral, concluyen que, efectivamente, producen un cambio significativo ($p = 0,005$) en la situación laboral y consiguen una tasa de reincorporación laboral del 42% en pacientes que no habían respondido previamente al tratamiento convencional tras un seguimiento medio de más de 1 año. Este dato se completa con la observación de que la diferencia entre las tasas de empleo tras el seguimiento entre los pacientes tratados y los controles fue de aproximadamente un 50% a favor de los primeros. También hemos podido observar que los resultados terapéuticos permanecen estables durante el seguimiento a pesar de la recaída de algunos pacientes durante el primer año. Estos datos coinciden con el estudio de Maruta et al.³⁰ con la serie más larga de seguimiento durante 13 años y en el que se señala la estabilidad de los efectos del tratamiento y el mantenimiento de la situación laboral activa hasta en un 50% de los casos tratados.

BIBLIOGRAFÍA

- Bassols A, Bosch F, Baños E. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000;15:149-58.
- Mäntyselkä P, Kumpulainen E, Ahonen R. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 175-80.
- Von Korff M, Wagner EH, Dworkin SF, Saunders KW. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med* 1991; 53:61-79.
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354:1248-52.
- Becker N, Thomsen AB, Olsen AK. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;73: 393-400.
- Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Menkey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. Epidemiologic follow-up study. *Pain* 1993;53:163-8.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care. *J Am Med Assoc* 1998;280:147-51.
- Latham J, Davis BD. The socioeconomic impact of chronic pain. *Disabil Rehab* 1994;16:39-44.
- Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability and pain disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1,522 patients. *J Rheumatol* 1991;18:1552-7.
- Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988;15:1557-64.
- Gallagher RM, Rauh V, Haugh L. Determinants of return to work among low back pain patients. *Pain* 1989;39:55-67.
- Straaton KV, Harvey M, Maisiak R. Factors associated with successful vocational rehabilitation in persons with arthritis. *Arthritis Rheum* 1992;35:503-10.

13. Fordyce WE, Fowler RS, Lehmann JF, Delateur BJ, Sand PL, Trieschmann RB. Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehab* 1973;54:399-408.
14. Catchlove R, Cohen K. Effects of a directive return to work in the treatment of Workman's compensation patients with chronic pain. *Pain* 1982;14:181-91.
15. Aronoff GM, Evans WO, Enders PL. A review of follow-up studies of multidisciplinary pain units. *Pain* 1983;16:1-11.
16. Nackemson A. Work fos All. For those with low back pain as well. *Clin Orthop* 1983;179:77-85.
17. Gottlieb H, Strite LC, Koller R. Comprehensive rehabilitation of patients having chronic low back pain. *Phys Med Rehabil* 1977;58:101-8.
18. Newman RI, Seres JL, Yospe LP, Garlington B. Multidisciplinary treatment of chronic pain: long term follow-up of low back pain patients. *Pain* 1978;4:283-93.
19. Ruiz López R, Collado A, Pagerols M. Resultados del tratamiento multidisciplinar en 82 pacientes con dolor crónico no maligno incapacitante. XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. San Sebastian, 1992.
20. Ruiz-López R. Síndrome de dolor crónico asociado a incapacidad. En: De Torres LM, editor. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson, 1997; p. 309-14.
21. International Association for Study of Pain. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Seattle, 1990.
22. Turk DC, Rudy TE. Neglected factors in chronic pain treatment outcome studies-referral patterns, failure to enter treatment and attrition. *Pain* 1990;43:7-25.
23. Collado A, Torres X, Arias A, Vilarrasa R, Cerda D, Valdes M, et al. Evaluación y tratamiento multidisciplinar en el síndrome de dolor crónico incapacitante. *Med Clin* 2001;117: 401-5.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiatry* 1961; 4:561-71.
25. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
26. Esteve Vives J. Adaptación del Health Assessment Questionnaire a la población española. *Rev Esp Reumatol* 1991;18: 1298-306.
27. Deyo RA, Diehr P, Ptarrick DL. Reproducibility and responsiveness of health measures: statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials* 1991;12:142S-58.
28. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers. A meta analytic review. *Pain* 1992;49:221-30.
29. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL. Does non surgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine* 1994;19: 643-52.
30. Maruta T, Malinchoc M, Offord KP, Colligan RC. Status of patients with chronic pain 13 years after treatment in a pain management center. *Pain* 1998;74:199-204.