



ARTÍCULO ESPECIAL

Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria



Juan Luis Díaz-Cerrillo* y Antonio Rondón-Ramos

Unidad de Gestión Clínica Las Lagunas, Distrito Sanitario Costa del Sol, Sistema Sanitario Público de Andalucía, Mijas-Costa, Málaga, España

Recibido el 11 de diciembre de 2013; aceptado el 18 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 23 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Lumbalgia;
Dolor crónico;
Fisioterapia;
Educación en salud;
Control de conducta;
Atención Primaria

KEYWORDS

Low back pain;
Chronic pain;
Physical therapy modalities;
Health education;
Behavior control;
Primary health care

Resumen Evidencias científicas actuales sobre el manejo de la lumbalgia crónica inespecífica ponen de relieve los beneficios del ejercicio físico. Este objetivo es frecuentemente minado por déficits educativos en materias relacionadas con la naturaleza multifactorial y benigna del dolor lumbar inespecífico, los cuales constituyen auténticos factores de riesgo psicosocial para la cronicación. Su perversa influencia podría interferir no solo con la decisión individual de adoptar conductas de afrontamiento más adaptativas, sino también, con los mecanismos endógenos de neuromodulación del dolor. Así, las estrategias educativas y el control de dichos factores se han convertido en objetivos relevantes a incorporar en el manejo del trastorno y en las directrices de investigación. Este trabajo presenta los modelos teóricos y las bases científicas sobre los que se ha sustentado el diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Fisioterapia de Atención Primaria. Su estructuración, contenido y objetivos también son presentados.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Design of an educational tool for Primary Care patients with chronic non-specific low back pain

Abstract Current scientific evidence on the management of chronic non-specific low back pain highlights the benefits of physical exercise. This goal is frequently undermined due to lack of education of the subjects on the multifactorial, benign, and non-specific nature of low back pain, which can lead to a chronic disease with genuine psychosocial risk factors. Its influence may not only interfere with individual decision to adopt more adaptive coping behaviors, but also with the endogenous mechanisms of pain neuromodulation. Thus, the educational strategies and control of these factors have become important objectives to be incorporated into the management of the disorder and research guidelines. This paper presents the theoretical models

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanlu1x2@hotmail.com (J.L. Díaz-Cerrillo).

and the scientific basis on which it has based the design of an educational tool for patients with chronic non-specific low back pain treated in Primary Care physiotherapy. Structure, content and objectives are also presented.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La lumbalgia crónica inespecífica (LCI) se define como el dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas que dura más de 12 semanas, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física, que suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado. El diagnóstico de LCI implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos, ni enfermedades sistémicas (espondilitis, afecciones infecciosas, vasculares, metabólicas, endocrinas o neoplásicas). Tampoco engloba a las lesiones radiculares con signos neurológicos deficitarios. La lumbalgia recurrente también se considera crónica. La LCI supone la principal causa de gasto público por conceptos asistenciales y laborales, pudiendo generar en un país europeo un coste equivalente a entre el 1,7% y el 2,1% de su producto interior bruto. Se estima que la prevalencia de la LCI puede ser de hasta el 10,2%, mostrando signos de rápido crecimiento¹⁻³.

La educación en la LCI se perfila como un aspecto clave dentro de su manejo global⁴. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) más recientes reconocen explícitamente su importancia, al igual que la necesidad de investigación dirigida a dilucidar cuáles son los objetivos y técnicas más adecuados¹⁻³. Las creencias erróneas tradicionalmente aceptadas respecto a la naturaleza y fisiología del dolor, junto a otros factores psicosociales como el miedo-evitación o el catastrofismo, han demostrado estar muy fuertemente arraigados en este grupo de pacientes^{1,5-7}. Se ha sugerido que estos factores podrían participar de forma importante en la instauración del círculo vicioso de cronicidad dolorosa y discapacidad a través de su influencia en los procesos neurofisiopatológicos de sensibilización central y periférica del dolor⁸⁻¹⁰. Por otro lado, objetivos fisioterapéuticos muy importantes como la reactivación física y la recuperación de cualidades físicas deterioradas a través del movimiento son, con demasiada frecuencia, corrompidos por la influencia de dichos factores psicosociales adversos^{3,11,12}. Así, la exploración y control de las creencias erróneas y catastrofistas sobre el dolor y las conductas de miedo-evitación relacionadas con la LCI parecen ser una necesidad apremiante^{1,3,4,12}. La reiterada interacción de estos pacientes con profesionales de atención primaria (AP) podría suponer una buena oportunidad para trabajar en la modificación de las enquistadas creencias erróneas sobre el dolor de espalda que actúan como barreras para la adquisición de conductas adaptativas y hábitos físico-deportivos saludables.

En este trabajo se exponen los modelos teóricos y las bases científicas que sustentan el diseño del formato educativo «Cuaderno de Creencias en el Dolor de Espalda» (CCDE), destinado a modificar el enfoque prevalentemente centrado en daño o alteración estructural de los pacientes con LCI que acuden a salas de fisioterapia de AP, hacia otro más global

que contemple las complejas interacciones entre creencias, conductas y discapacidad dolorosa. Finalmente se describen sus características y objetivos concretos dentro de la intervención habitual de AP basada en la educación y la promoción del ejercicio físico.

Modelo biopsicosocial del dolor lumbar

Este modelo amplía el paradigma tradicional que relacionaba directamente el dolor con la presencia de fisiopatología de daño tisular, reconociendo la compleja multidimensionalidad del dolor en la interacción de factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociales⁸. Fue a partir de los 80 cuando se comenzaron a difundir los planteamientos de este modelo en el manejo del dolor lumbar¹³. Estudios posteriores sobre neurofisiología del dolor han ido reforzando esta concepción multifactorial de la experiencia dolorosa^{9,10}. Un cuerpo importante de evidencia respalda el uso de estrategias que incorporen esta visión más global del modelo biopsicosocial y la contención en el uso de información acerca del trastorno en términos exclusivamente biomédicos y biomecánicos tradicionales donde se conceptualiza el dolor como resultado de la degeneración universal de la columna^{1,3,4,6}. En este sentido, las explicaciones y la educación centradas en aspectos del afrontamiento activo, la neurofisiología del dolor y la resistencia de la columna, parecen producir efectos positivos tanto en la discapacidad como en el dolor percibido^{1,3,4,6,14,15}.

Modelo de sentido común de Leventhal

Este modelo fue desarrollado por Leventhal et al. en la década de los 80. Su constructo clave es la idea de «representación de enfermedad» o lo que por «ley» se cree sobre la enfermedad. Estas representaciones se integrarían en los esquemas normativos existentes sobre la salud, lo que permitiría a las personas dar sentido a sus síntomas y dirigir sus acciones de afrontamiento. Propone que las conductas resultantes son consecuencia de la interacción de dos líneas de procesamiento paralelas de las creencias, una cognitiva y otra emocional, y establecen cinco componentes de las representaciones de enfermedad (tabla 1), cada uno de los cuales puede influir en mayor o menor medida en la representación final y en las conductas de afrontamiento desarrolladas¹⁶⁻¹⁸.

Una característica importante de este modelo explicativo de la interacción entre creencias en salud y comportamiento físico y emocional es que es un modelo dinámico, ya que reconoce la continua retroalimentación en la formación de las representaciones de enfermedad y de los estados emocionales asociados en base a la reevaluación continua de

Tabla 1 Creencias erróneas notificadas en la LCI para cada componente de representación de enfermedad. Mensajes para reestructuración cognitiva expresados en el CCDE

Componentes de la representación de enfermedad	Creencias erróneas relacionadas	Mensajes transmitidos en el Cuaderno de Creencias sobre el Dolor de Espalda
<p><i>Identidad:</i> es la etiqueta o nombre dado a la condición y los síntomas que produce. Es argumentado que las personas quieren una etiqueta para sus síntomas (por legitimación), aunque, contrariamente, una vez determinada, los sujetos son propensos a interpretar diversos síntomas como evidencias de la etiqueta</p>	<p>Tradicionalmente, y basado normalmente en hallazgos de técnicas de imagen, las personas suelen acabar etiquetando al dolor lumbar como: . . .tengo «artrosis», «hernias de disco», «espondilolistesis», «osteofitosis o picos de loro», «columna desviada o torcida». . . También usan la etiqueta de: «contracturas», «esguinces», «tendones/músculos torcidos», «distensiones», «músculos cargados», «dolor de huesos». . .</p>	<p>Los hallazgos radiológicos se encuentran tanto en personas con dolor como sin él. La degeneración de la columna vertebral es un proceso universal y no existe correlación necesaria con la presencia de sintomatología. El diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica descarta las causas graves de dolor lumbar, como neoplasias, fracturas, infecciones o enfermedades autoinmunes</p>
<p><i>Causa:</i> son las ideas individuales de la causa percibida de la condición, la cual puede no ser exactamente biomédica. Están basadas en la información obtenida de la experiencia personal, así como de las opiniones y discursos de otras personas significativas, como profesionales sanitarios y medios de comunicación.</p>	<p>Normalmente descritas en términos de: . . . «desgaste o roturas de huesos o discos por movimientos o trabajo», «delicadeza de la columna», «huesos que rozan», «huesos que pinchan», «almohadillas gastadas», «nervios aplastados», «tendones torcidos». . .</p>	<p>La causa directa del dolor no puede ser la degeneración ya que si fuese así le dolería continuamente a todos las personas. La columna es una estructura sólida con gran capacidad de adaptación y necesita de movimientos y cargas para mantener su buena salud tisular</p>
<p><i>Línea de tiempo:</i> es la creencia predictiva sobre la duración de la enfermedad</p>	<p>No existe una duración tradicionalmente aceptada para la resolución. Normalmente descrita con términos que implican la idea de que el dolor durará para siempre: «esto es para mí», «tengo la espalda destrozada», «esto no se cura». . .</p>	<p>El dolor musculoesquelético, en ausencia de signos de enfermedad grave como el cáncer o la infección, es algo benigno y pasajero. La duración de la discapacidad asociada al dolor puede ser corta si la persona está dispuesta y se esfuerza por superarla. El dolor es algo normal y pasajero en todas las personas; tras un episodio agudo suele desaparecer en pocos días o semanas. La superación del dolor crónico requiere entrenamiento físico, aprendizaje y cambios de estilos de vida y de afrontamiento</p>
<p><i>Consecuencias:</i> son creencias individuales sobre las consecuencias de la condición y de cómo estas impactarán en su rol físico y social</p>	<p>La mayoría relacionadas con tareas físicas que condicionan las actividades laborales y sociofamiliares: «no puedo trabajar así», «no puedo cargar pesos», «no puedo agacharme», «no puedo hacer deporte», «no puedo ayudar en casa», «no puedo tener relaciones sexuales», «no puedo coger a mis niños», «no puedo estar sentado». . . Situación futura de discapacidad severa: «me puedo quedar en silla de ruedas». . .</p>	<p>Si uno se mantiene en forma y entrenado para las tareas habituales o deportivas podrá realizarlas sin problemas. El dolor producido es pasajero y benigno. La columna es resistente y no se puede romper con cargas moderadas/intensas. Sólo grandes traumatismos o enfermedades como el cáncer pueden afectar gravemente la estructura de la espalda</p>

Tabla 1 (continuación)

Componentes de la representación de enfermedad	Creencias erróneas relacionadas	Mensajes transmitidos en el Cuaderno de Creencias sobre el Dolor de Espalda
<i>Curabilidad/controlabilidad</i> : es la creencia sobre si la condición puede ser curada o controlada y el grado en el que el individuo participa en su consecución	Las expresiones habituales de «esto es para mí», «esto no se cura», «estoy hecho ciscos», «poco puedo hacer»... reflejan la percepción de poca curabilidad de la enfermedad. La forma de controlabilidad, dado que el dolor se debe a que «la espalda está dañada o gastada», es pasiva (locus de control externo): suele incluir la ingesta de sustancias para el dolor, «evitar» todo aquello que pueda «dañar» más (discapacidad física que perpetúa el círculo vicioso), cuidados externos (medios físicos como calor, acupuntura, masaje...)	En ausencia de banderas rojas, no existe ninguna lesión o enfermedad que curar. La degeneración es normal y no se correlaciona con la sintomatología. Una actitud positiva hacia el dolor, el mantenimiento de la capacidad física y del movimiento normal mediante el ejercicio físico regular, y la medicación, suelen ser suficientes para llevar una vida normal con los episodios pasajeros que todas las personas pueden sentir. «Uno mismo puede hacer mucho por mejorar su situación»

los resultados de las conductas desarrolladas para afrontar la enfermedad (autorregulación), y a las informaciones externas emitidas por terceros relevantes, como los profesionales sanitarios o los medios de comunicación. Se ha sugerido que el uso de este modelo en ámbitos de AP podría aumentar la adherencia terapéutica¹⁶. En pacientes con LCI podría aumentar el control personal de los síntomas¹⁷. Un metaanálisis sobre la influencia de las representaciones de enfermedad en las conductas de afrontamiento y los resultados en salud dentro de este marco teórico, arroja evidencias sobre las relaciones predecibles entre dichas variables¹⁸.

En conclusión, este modelo pondría de relieve la necesaria transformación de la representación de enfermedad para la adquisición de conductas adaptativas adecuadas. En la [tabla 1](#) aparecen creencias erróneas frecuentes que abarcan todos los componentes de la representación cognitiva de la LCI, las cuales podrían interferir con la adquisición de conductas o estilos de afrontamiento adaptativos centrados en los beneficios de la actividad física y la participación social, así como los mensajes transmitidos en el CCDE destinados a la reestructuración individual de la representación de enfermedad.

Modelo de miedo-evitación del dolor

Presentado por Lethem et al. en los 80 y con posteriores extensiones y redefiniciones, podría definirse como un modelo de la esfera biopsicosocial y de corte cognitivo-conductual que intenta dar respuesta a la siguiente observación: «mientras algunas personas con dolor agudo superan sin gran esfuerzo su problema, otras personas con las mismas alteraciones anatomopatológicas se instauran en un círculo vicioso de dolor crónico y discapacidad». Su eje central estaría en la forma en la que las personas interpretan su dolor: una interpretación catastrofista del mismo es

probable que genere miedo al dolor y/o a la «relesión» y que las conductas adquiridas sean preventivas y protectoras de situaciones que potencialmente supongan mayores niveles de dolor o «daño». La consecuencia final sería el deterioro físico y la discapacidad funcional, perpetuándose así el ciclo de dolor y sufrimiento emocional^{19,20}. Numerosas aportaciones recientes han evidenciado la influencia del miedo-evitación en diferentes variables relacionadas con la experiencia dolorosa y la discapacidad, así como la utilidad clínica de la aplicación de su modelo explicativo^{5,6,12,20}.

En resumen, una posible aportación de este modelo se dirige hacia la necesidad de implementar estrategias que interfieran el círculo vicioso de creencias erróneas y catastrofistas que generan miedo al dolor/relesión para reducir, así, las probabilidades de desarrollar discapacidad y dolor crónico relacionado con el deterioro físico.

Educación basada en principios cognitivo-conductuales

Las personas que se mueven mal o poco porque interpretan las sensaciones corporales como señales de alarma de catástrofe física inminente o progresiva, necesitan que se les brinde la oportunidad de explorar nuevos pensamientos que les permitan adquirir conductas más adaptativas. Se han recomendado intervenciones basadas en estrategias del ámbito cognitivo-conductual para la LCI^{1-3,21}, cuya aplicación desde ámbitos de fisioterapia parecen hacerse necesarias en la consecución de objetivos físicos que pueden ser minados por creencias o conductas erróneas sobre el dolor o el movimiento^{3,22-24}. Su fundamento teórico predica la reconocible relación dinámica entre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos, de forma que los sentimientos y conductas problemáticos pueden ser modificados

mitigando los pensamientos disfuncionales. La toma de conciencia de esos pensamientos mediante autoevaluación es necesaria por parte del paciente²¹.

El eje principal de pensamiento, sentimiento y conducta sobre el que se pretende influir mediante los mensajes transmitidos en el CCDE es el siguiente: *pensamientos más o menos conscientes de daño, fragilidad, delicadeza y/o desgaste progresivo de la columna => miedo-avoidancia al dolor y al movimiento y sentimientos de impotencia para desarrollar una vida plena => desacondicionamiento físico y empleo de movimientos tensos de autoprotección; notificación catastrofista del dolor que dé sentido a la situación personal sufrida*. En la redacción y estructuración del CCDE se han usado principios como el de autoevaluación y enfoques de técnicas como la reestructuración cognitiva, la distracción de la atención, el refuerzo y el modelaje²²⁻²⁴.

Características del Cuaderno de Creencias en el Dolor de Espalda y potencial uso clínico

El CCDE consiste en un breve instrumento educativo en formato escrito, redactado con lenguaje sencillo y coloquial, dirigido a combatir factores psicosociales adversos a la adquisición de conductas adaptativas en personas con LCI. Su naturaleza autoevaluativa que conduce a unas recomendaciones concretas pretende incentivar la lectura completa. La descripción justificada de su estructura y los enfoques conductuales en los que se inspira son recogidos en la [tabla 2](#). Los principales mensajes expresados destinados a la reestructuración cognitiva aparecen en la [tabla 1](#). Su versión completa aparece en el Anexo 1.

Las ideas clave que se quieren transmitir de forma transversal en toda la obra son las siguientes:

Tabla 2 Descripción de la estructura del Cuaderno de Creencias en el Dolor de Espalda. Principios y enfoques cognitivo-conductuales usados en su elaboración

Estructura	Descripción	Principios y enfoques cognitivo-conductuales
Introducción	Se define la población destinataria de la información y los diagnósticos que incluye la lumbalgia crónica inespecífica. Se define el objetivo de la obra y se dan instrucciones de cómo abordarla. Se recalca la importancia de las creencias propias sobre el dolor lumbar en el dolor percibido y en la discapacidad asociada	Reestructuración cognitiva
Parte I. ¿Qué cree usted acerca del dolor lumbar?	Consta de 7 preguntas con 2 o 3 respuestas alternativas entre las cuales el paciente debe elegir una; obligan al lector a posicionarse en la forma más aproximada a su estilo de pensar y actuar ante el dolor lumbar. Las 4 primeras preguntas abarcan los dominios de creencias sobre la naturaleza del dolor y sobre la resistencia de la columna. Las preguntas 5 y 6 interrogan sobre la influencia del miedo-avoidancia, el catastrofismo y la hipervigilancia en el dolor. La pregunta 7 evalúa las creencias sobre las mejores opciones terapéuticas	Autoevaluación
Parte II. Solución a las cuestiones planteadas Autoevaluación	Las respuestas que se refieren a creencias y conductas adaptativas son reforzadas positivamente. En las respuestas basadas en creencias erróneas se ofrece información que facilite la reestructuración cognitiva de pensamientos que no se ajustan a la realidad. Se ofrecen ejemplos de situaciones dolorosas no relacionadas con daño estructural y descripciones de términos relacionados con la neurofisiología del dolor que pueden explicar el dolor percibido en ausencia de daño físico. Se plantean las relaciones de los pensamientos erróneos con las consecuentes conductas tomadas que conducen al círculo vicioso de dolor y discapacidad crónica. Los resultados de la autoevaluación posicionan al lector en uno de los siguientes perfiles: <i>mayoría de creencias correctas</i> o <i>mayoría de creencias erróneas</i> . El primero es reforzado y al segundo se le ofrecen una serie de medidas destinadas a derrocar las creencias erróneas y facilitar cambios hacia conductas más adaptativas	Reestructuración cognitiva. Refuerzos Establecimiento de objetivos realistas. Distracción de la atención en el dolor
Perfil de la persona que supera con facilidad el dolor lumbar	Se describe un perfil conductual basado en una forma de razonar lógica y de actuar en base a creencias realistas sobre el dolor lumbar	Modelaje

1. Dolor y daño no siempre son una misma cosa.
2. La columna es una estructura sólida y resistente.
3. Aceptación: es imposible erradicar del todo y para siempre el dolor de la vida humana. La participación social y el establecimiento de metas personales gratificantes y realistas, a pesar de la existencia de alguna cuota de dolor, le garantizará tener una vida plena.
4. Las creencias sobre el dolor y las conductas desarrolladas ante él, inciden directamente en el dolor percibido, la discapacidad asociada y la calidad de vida resultante.

El uso clínico de algún tipo de soporte educativo ha sido ampliamente recomendado en diferentes escenarios de contacto con la LCI^{1,4,25}. El «Back book», traducido como «Manual de espalda», entregado en entornos de rehabilitación, no ha mostrado capacidad de influir en las creencias de miedo-evitación en una amplia población con LCI²⁵. Este efecto podría ser mejorado con información basada en principios cognitivo-conductuales⁴. El formato educativo del CCDE podría cubrir esa necesidad. Actualmente está siendo usado experimentalmente en un ensayo clínico controlado, aprobado por el Comité de Ética de Investigación Costa del Sol, en ámbitos de fisioterapia de AP. Sus principales objetivos son:

1. Ofrecer al paciente una forma de autoevaluación de los pensamientos y las conductas de afrontamiento individuales ante la LCI que pueden estar influyendo en su actual estado discapacitante.
2. Servir como punto inicial de partida para instaurar una comunicación adecuada sobre los aspectos psicosociales que influyen en la evolución y manejo de la LCI y sobre la necesidad de fijarse unas metas realistas centradas en la mejora de diversos aspectos de su rendimiento físico.
3. Dotar de un soporte escrito de información destinada a facilitar la transformación de las posibles representaciones erróneas de la LCI y a la comprensión de la influencia de los aspectos conductuales en la salud individual percibida.
4. Promocionar el ejercicio físico y la autoeficacia ante el dolor.

Con esos mismos objetivos generales, también podría implementarse con facilidad en la consulta habitual del médico de AP, el cual podría, una vez descartadas las banderas rojas, ir explorando y redirigiendo las creencias y metas respecto al dolor lumbar de sus pacientes durante los repetidos contactos. Un paso previo indispensable al uso clínico del CCDE en cualquier escenario de AP, sería replantearse individualmente cuáles son nuestras creencias personales sobre el dolor de espalda: posiblemente todos tengamos cosas que cambiar en nuestros patrones mentales automáticos de pensamiento basados en la tradición para poder comprender y transmitir coherentemente información sólida y creíble a nuestros pacientes. En este punto, la evidencia científica podría ser contemplada como una liberación: «¿por qué estoy prohibiendo o volviendo prudente al paciente hacia la ejecución de alguna postura o movimiento si no hay evidencias de que esa tarea sea realmente perjudicial o dañina?»; ... existen evidencias abrumadoras de que inculcar miedos cronifica el dolor y la discapacidad. ... ¿por qué estoy recomendando pautas que son generadoras de temor hacia

la columna y/o el dolor?»; ... «¿por qué sólo puedo pensar en causas físicas de dolor cuando las evidencias en neurociencia nos han revelado las importantes influencias sociales en su percepción?». ...

A veces no disponemos de sólidas evidencias para actuar, y somos muy conscientes de ello en nuestro razonamiento clínico, pero, cuando igualmente no hay evidencias sólidas que justifiquen actos clínicos o explicaciones educativas basadas únicamente en la tradición, claudicamos ante la evidente falta de evidencia y degradamos nuestro razonamiento clínico; existen solo algunas evidencias de lo que tenemos que transmitir a estos pacientes, pero existen muchas evidencias que apoyarían lo que no tenemos que transmitir. El actual problema respecto al manejo de las condiciones musculoesqueléticas crónicas en una población cada vez más envejecida ya no es informar al paciente sobre los beneficios del ejercicio físico: las evidencias sobre sus bondades son abrumadoras; el reto es intentar modificar las creencias de esas personas para facilitar su cambio conductual y el aumento en la adherencia hacia esas saludables conductas físicas.

La tradicional atribución del dolor lumbar a los estados normales de envejecimiento de los tejidos de la columna vertebral, los mensajes de mal pronóstico asociados a explicaciones biomecánicas que infunden miedo al movimiento y potencian la hipervigilancia y la precaución, y la prescripción de reposo o inactividad, parecen haber sido factores influyentes en los desorbitados costes directos e indirectos que generan el manejo actual de la LCI. Pensamos que es responsabilidad de todos los proveedores de cuidados y control de AP y de los demás agentes sociosanitarios involucrados en la gestión y manejo de este importante problema de salud pública intentar revertir la tradicional concepción del dolor lumbar como resultado de daño físico irreparable y progresivo por otra más acorde a la planteada por el modelo biopsicosocial. En la dinámica clínica habitual, pensamos que homogeneizar el punto de partida desde el que se intentará la reestructuración cognitiva de todas aquellas creencias que suponen una barrera a la reactivación física podría suponer un aspecto clave en la facilitación del proceso. Este trabajo supondría un intento de contribución al cambio planteado desde la amplia interacción de este grupo de pacientes con los médicos y fisioterapeutas de AP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2014.03.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.005).

Bibliografía

1. Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia Inespecífica. URL: www.REIDE.org, [consultada 15 Dic 2005].
2. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, et al. Low Back Pain: early management of

- persistant non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.
3. Delitto A, George SZ, Van Dillen LR, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low back pain. *J Orthop Phys Ther.* 2012;42:A1–57.
 4. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011;54:319–35.
 5. Leeuw M, Houben RM, Severeijns R, Picavet HS, Schouten EG, Vlaeyen JW. Pain-related fear in low back pain: a prospective study in the general population. *European Journal of Pain.* 2007;11:256–66.
 6. Rainville J, Smeets RJ, Bendix T, Tveito TH, Poiraudreau S, Indahl AJ. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain-translating research into clinical practice. *Spine J.* 2011;11:895–903.
 7. Van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA. Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain? *Physiotherapy.* 2013;99:27–32.
 8. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol.* 2011;67:942–68.
 9. O'Donovan A, Slavich GM, Epel ES, Neylan TC. Exaggerated neurobiological sensitivity to threat as a mechanism linking anxiety with increased risk for diseases of aging. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37:96–108.
 10. Ossipov MH, Dussor GO, Porreca F. Central modulation of pain. *J Clin Invest.* 2010;120:3779–87.
 11. Hill JC, Fritz JM. Psychosocial influences on low back pain, disability, and response to treatment. *Phys Ther.* 2011;91:712–21.
 12. Moore JE. Chronic low back pain and psychosocial issues. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2010;21:801–15.
 13. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine.* 1987;12:632–44.
 14. Ryan CG, Gray HG, Newton M, Granat MH. Pain biology education and exercise classes compared to pain biology education alone for individuals with chronic low back pain: a pilot randomised controlled trial. *Man Ther.* 2010;15:382–7.
 15. Sorensen PH, Bendix T, Manniche C, Korsholm L, Lemvig D, Indahl A. An educational approach based on a non-injury model compared with individual symptom-based physical training in chronic LBP. A pragmatic, randomised trial with a one-year follow-up. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010;11:212.
 16. Philips LA, Leventhal H, Leventhal EA. Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *Br J Health Psychol.* 2012;17:244–57.
 17. Glattacker M, Heyduck K, Meffert C. Illness beliefs: treatment beliefs and information needs as starting points for patient information- evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. *Patient Educ Couns.* 2012;86:378–89.
 18. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health.* 2003;18:141–84.
 19. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med.* 2007;30:77–94.
 20. Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JW, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain.* 2012;28:475–83.
 21. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res.* 2012;5:371–80.
 22. Bunzli S, Gillham D, Esterman A. Physiotherapy-provided operant conditioning in the management of low back pain disability: a systematic review. *Physiother Res Int.* 2011;16:4–19.
 23. Main CJ, George SZ. Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research. *Phys Ther.* 2011;91:820–4.
 24. Sullivan MJL, Adams H. Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiother Can.* 2010;62:180–9.
 25. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaim C, Hérisson C, Pelissier J, et al. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. *Ann Readapt Med Phys.* 2006;49:600–8.