

Rev. Soc. Esp. Dolor  
11: 203-209, 2004

## Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral

A. Collado<sup>1</sup>, X. Torres<sup>1</sup>, A. Arias<sup>1</sup>, R. Ruiz-López<sup>2</sup> y J. Muñoz-Gómez<sup>1</sup>

Collado A, Torres X, Arias A, Ruiz-López R, Muñoz-Gómez J. Multidisciplinary therapy for patients with chronic pain on sick leave. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 203-209.

### SUMMARY

#### Objective:

To analyze the effectiveness of a multidisciplinary therapeutic regime in selected patients with disabling chronic pain requiring sick leave and refractory to standard therapies.

#### Materials and methods:

One hundred and four patients with disabling chronic pain received multidisciplinary intensive treatment (medical, psychological, physical and occupational therapies) five hours a day, four days a week, over 4 weeks. Revisions were scheduled at discharge and at 6 and 12 months after the end of the treatment.

#### Results:

At discharge after the treatment, significant reductions of painful, depressive and anxious symptoms were observed, as well as a significant increase of the functional capacity (Pain (VAS):  $7.4 \pm 1.6$  vs  $3.4 \pm 2$ ) cm ( $p < 0.0001$ ); Depression (BDI):  $17 \pm 9$  vs  $10 \pm 8$ ) points ( $p < 0.0001$ ); Anxiety (HARS):  $19 \pm 8$  vs  $14 \pm 7$ ) points ( $p < 0.0001$ ); Disability (HAQ):  $1.7 \pm 0.4$  vs  $0.6 \pm 0.5$ ) points ( $p < 0.0001$ ). The sizes of the effect ranged between a maximum value of 2.5

(VAS pain) and a minimum value of 0.6 (HARS), suggesting in all the cases a wide to moderate clinical change. At that time, 75 (78%) patients have returned to their work activity. During the follow-up, the significant improvements in the output variables were maintained. Of the 62 patients that completed the one-year follow-up, 47 (63%) maintained their active work life.

#### Conclusions:

Multidisciplinary therapeutic regimes for disabling non-cancer chronic pain are effective for the relief of pain and suffering in selected patients from our setting, and reverse a high percentage of job disability. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

**Key words:** Chronic pain. Fibromyalgia. Multidisciplinary therapy; Work rejoin.

### RESUMEN

#### Objetivo:

Analizar la eficacia de un programa de tratamiento multidisciplinar en pacientes seleccionados con dolor crónico incapacitante en situación de baja laboral refractario a tratamiento convencional.

#### Material y métodos:

Ciento cuatro pacientes con dolor crónico incapacitante recibieron tratamiento multidisciplinar (médico, psicológico, físico y ocupacional) intensivo de cinco horas al día, durante cuatro días a la semana y durante cuatro semanas. Se programaron revisiones al alta y a los 6 y 12 meses de finalizar el tratamiento.

#### Resultados:

Al alta del tratamiento se observaron reducciones significativas de la sintomatología dolorosa, depresiva y de ansiedad, así como un incremento significativo de la capacidad funcional (dolor (EVA):  $7,4 \pm 1,6$  vs  $3,4 \pm 2$ ) cm ( $p < 0,0001$ ); depresión (BDI):  $17 \pm 9$  vs  $10 \pm 8$ ) puntos ( $p < 0,0001$ ); ansiedad (HARS):  $19 \pm 8$  vs  $14 \pm 7$ ) puntos ( $p < 0,0001$ ); incapacidad (HAQ):  $1,7 \pm 0,4$  vs  $0,6 \pm 0,5$  pun-

<sup>1</sup>Instituto Clínic del Aparato Locomotor  
Unidad de Dolor Crónico  
Corporació Sanitària Clínic  
<sup>2</sup>Clínica del Dolor. Barcelona

Recibido: 28-03-03.  
Aceptado: 09-03-03.

tos) ( $p < 0,0001$ ). Los tamaños del efecto se distribuyeron entre un valor máximo de 2,5 (EVA dolor) y un valor mínimo de 0,6 (HARS) indicando en todos los casos la obtención de un cambio clínico de amplio a moderado. En ese momento, 75 (78%) pacientes se reincorporaron a su actividad laboral. Durante el seguimiento se mantuvieron las mejoras significativas en las variables de desenlace evaluadas. De los 62 pacientes que completaron el seguimiento a un año, 47 (63%) mantienen la situación laboral activa.

#### Conclusiones:

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. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

**Palabras clave:** Dolor crónico. Fibromialgia. Tratamiento multidisciplinar. Reincorporación laboral.

---

---

## INTRODUCCIÓN

El dolor es el síntoma más frecuente percibido por la población. Diversos estudios epidemiológicos realizados en los países desarrollados (1) ponen de manifiesto que su prevalencia es muy elevada, variando en función del periodo analizado, desde el 7% en el día de la entrevista, 49% en los últimos 6 meses y 82% durante toda la vida.

Tanto la definición del dolor crónico como su estimación en la población general ha sido muy variable en función del área y población estudiada. Elliott y cols. (2) en un estudio realizado en la población general en 3.605 personas, establece que el 46,5% de la población presenta dolor o molestias que han persistido de forma continuada o intermitente por un periodo superior a tres meses. Cuando estos mismos autores analizan la prevalencia de dolor crónico 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, el dolor crónico ejerce efectos perniciosos tanto en la salud física (3) como en la salud mental (4), actividades de la vida diaria (5), empleo y bienestar económico (6) de una parte significativa de la población general. Asimismo, constituye uno de las principales motivos de consulta sanitaria (7,8) y

causa gran parte 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 resistencia a las terapias farmacológicas simples, físicas o quirúrgicas. Esta refractariedad, unida al reconocimiento de la importancia que tiene la interacción entre los factores psicológicos y el proceso biológico en el dolor y la incapacidad (9-12) condujo, a partir de 1973 y liderados por Fordyce (13), 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 autores (14-16) coincidieron en señalar que el abordaje orientado a la reincorporación laboral es esencial para el éxito del tratamiento dirigido al tratamiento del dolor asociado a incapacidad laboral.

Durante estos últimos años se han publicado numerosos trabajos basados en programas de tratamiento multidisciplinar para pacientes con dolor crónico no maligno (17-19), 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 R. Ruiz-López en la literatura castellana (20). Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (21), cabe recordar que en el tratamiento del paciente con dolor crónico incapacitante, el equipo multidisciplinar debe incluir a un médico especialista en el tratamiento del dolor con amplios conocimientos del aparato locomotor y neurológicos, un psicólogo, un especialista en terapia ocupacional y un fisioterapeuta, aunque puede haber otros como enfermera, consejero vocacional, asistente social, etc.

Las misiones básicas de la evaluación son 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 músculo-esquelético, 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 socio-laboral, valoración del uso de habilidades de afrontamiento, análisis del puesto de trabajo y actividades del hogar, disfunciones ergonómicas, disrup-

ciones 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 principalmente determinada 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...*). 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 descritos en la literatura nacional (20) e internacional (22), definiéndose su utilización en 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 experiencias previas (23), decidimos ampliar el análisis de la eficacia de un programa de tratamiento multidisciplinar en pacientes seleccionados con dolor crónico incapacitante en situación de baja laboral refractario a tratamiento convencional.

## PACIENTES Y MÉTODOS

### Pacientes

La muestra inicial estuvo compuesta por 192 pacientes que se encontraban en situación de baja laboral por dolor músculo-esquelético que no habían respondido adecuadamente a un tratamiento indicado en su área básica de salud o por el especialista de referencia y que fueron remitidos consecutivamente a nuestra Unidad. Los pacientes fueron incluidos en un estudio observacional, longitudinal y prospectivo tras ser evaluados desde el punto de vista médico, psicológico, físico y laboral mediante las variables e instrumentos descritos previamente (23).

De los 192 pacientes evaluados, 88 presentaron alguno de los criterios de exclusión anteriormente des-

critos para poder realizar un programa de tratamiento multidisciplinar con objetivo de vuelta al trabajo.

La muestra final estuvo compuesta por 104 pacientes que habían sido refractarios a un tratamiento previo y estaban en situación de baja laboral por dolor músculo-esquelético. Estos pacientes fueron sometidos a un programa de tratamiento multidisciplinar (descrito más abajo) y seguidos durante un año.

### 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 8 personas), de forma intensiva durante 5 horas/día y 4 semanas. El tratamiento incluye: *técnicas médicas para el control del dolor* (administración de fármacos por vía oral, loco-regional y/o epidural, y bloqueos neurales periféricos); *terapia cognitivo-conductual* (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 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 tanto aspectos médicos, como psicológicos, ergonómicos y laborales.

### 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 (in-*

ventario 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 Assesment Questionnaire –HAQ–) (26); y b) reincorporación laboral: activo vs 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 la significación clínica de los cambios longitudinales se ha utilizado la prueba t-test de Student para medidas repetidas y el tamaño del efecto (27).

## 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 (d.e.) de los pacientes fue de  $42 \pm 9$  años, el 81% estaba casado y su nivel educativo se distribuyó como sigue: *no sabe leer o escribir* 6%, *estudios primarios* 43%, *bachillerato/FP* 35%, *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  $\pm$  d.e. de  $7 \pm 5$  meses. 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  $\pm$  d.e. n.º visitas:  $19 \pm 14$ ) y al menos un especialista en aparato locomotor (media  $\pm$  d.e. n.º visitas:  $7 \pm 7$ ). El 52% de los casos había acudido a algún centro hospi-

talario 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 I y II.

El principal problema de los pacientes era la presencia de sintomatología dolorosa sostenida (duración media  $\pm$  d.e. de  $55 \pm 63$  meses) de elevada intensidad (EAV media  $\pm$  d.e. de  $7,4 \pm 1,6$  cm).

Asimismo, se observó la presencia de sintomatología depresiva significativa según el BDI (media  $\pm$  d.e.:  $17 \pm 9$ ) y de sintomatología ansiosa según el

**TABLA I.** 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 anq.	M45	3%
Distrofia simpático refleja	M89,0	3%
Síndrome cervicocraneal	M53,0	3%
Otros	–	2%

**TABLA II.** DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE LOS PACIENTES TRATADOS

	CIE-10 (%)	
Sin diagnóstico	Z03,2	(13%)
Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, crónico	F45,4	(46%)
Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado	F32,1	(20%)
Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo Depresivo, crónico	F43,22	(12%)
Trastorno de angustia con agorafobia	F40,0	(8%)
Trastorno de somatización	F45,0	(1%)

HARS (media  $\pm$  d.e: 19 $\pm$ 8), así como una pérdida muy significativa de la capacidad funcional según el HAQ (media  $\pm$  d.e: 1,7 $\pm$ 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 post-tratamiento

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

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 pre-tratamiento. Los valores observados en la evaluación *versus* el momento del alta (entre 4 y 6 semanas después del inicio del programa terapéutico) fueron los siguientes: *dolor* (EVA): 7,4 $\pm$ 1,6 vs 3,4 $\pm$ 2 cm ( $p < 0,0001$ ); *depresión* (BDI): 17 $\pm$ 9 vs 10 $\pm$ 8 puntos ( $p < 0,0001$ ); *ansiedad* (HARS): 19 $\pm$ 8 vs 14 $\pm$ 7 puntos ( $p < 0,0001$ ); *incapacidad* (HAQ): 1,7 $\pm$ 0,4 vs 0,6 $\pm$ 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.

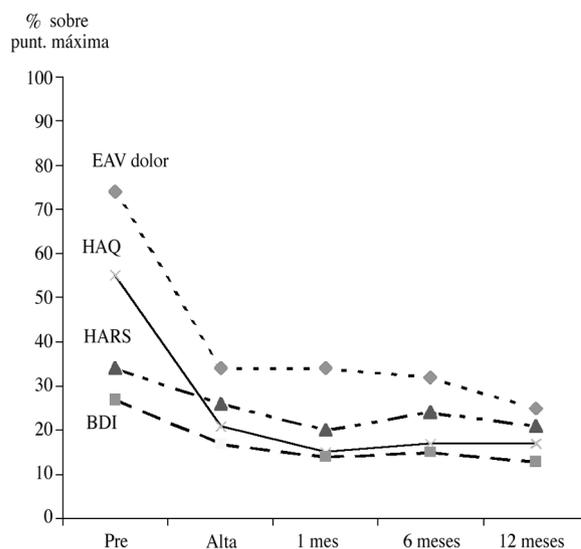
Durante el tratamiento 13 pacientes fueron despedidos de su empresa y pasaron a una situación de paro laboral, lo que modificó la orientación vocacional y el tiempo establecido para la reincorporación laboral y el alta. Nueve de estos pacientes han seguido un curso favorable con mejoría significativa 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 periodo de seguimiento, un total de 47 (63%) pacientes de 62 casos seguidos durante 12 meses se mantiene con una vida laboral activa.



**Fig. 1**—Evolución de las variables de desenlace (dolor (EVA), depresión (BDI), ansiedad (HARS) y capacidad funcional (HAQ) durante el seguimiento.

### DISCUSIÓN

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.

La debilidad de este estudio está relacionada con la falta de un grupo control que tras la selección y con las mismas características clínicas que el grupo tratado no hubiese sido sometido a este tipo de tratamiento. Esto nos hubiese proporcionado cuál habría sido la evolución espontánea durante el año de seguimiento y sus diferencias con respecto al grupo tratado.

Sin embargo, como se puede comprobar, el estudio se ha realizado con una población que presenta una larga duración del dolor y lo que es más importante una duración también larga de la baja laboral ( $7 \pm 5$  meses), la mayoría habían seguido algún tipo de tratamiento farmacológico y/o físico y no se habían recuperado. Diversos estudios han podido demostrar, en pacientes con dolor en situación de baja laboral, que el porcentaje de recuperación de los pacientes está estrechamente relacionado a la duración de la discapacidad, disminuyendo la probabilidad con el tiempo. Los estudios realizados con pacientes con dolor crónico y baja laboral de más de 6 meses de duración en los que se han utilizado grupos control (lista de espera o tratamiento médico simple), la reincorporación laboral de estos grupos se sitúa entre el 15 y el 30% en las situaciones más optimistas (28-29). Así, 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 un 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 y cols. (30), en el que se efectúa 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.

Este estudio refuerza los hallazgos observados en nuestro primer análisis realizado con una muestra inferior (23), aunque se requiere comprobar en un estudio controlado con una muestra, quizás tratada con tratamiento médico exclusivamente, los verdaderos beneficios atribuibles a los programas multidisciplinarios y que pensamos que son numerosos.

**CORRESPONDENCIA:**

Raquel Calvo Peralta  
Servicio de Anestesia y Reanimación  
Hospital Universitario Reina Sofía  
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba  
Telf. 957 010 437

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bassols A, Bosch F, Baños E. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000; 15: 149-58.
2. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248-52.
3. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, et al. 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.
4. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, et al. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. *Epidemiologic follow-up study*. *Pain* 1993; 53: 163-8.
5. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, et al. Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care. *J Am Med Assoc* 1998; 280: 147-51.
6. Latham J, Davis BD. The socioeconomic impact of chronic pain. *Disabil Rehab* 1994; 16: 39-44.
7. Mäntyselkä P, Kumpulalo E, Ahonen R, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001 (89): 175-80.
8. Von Korff M, Wagner EH, Dworking SF, et al. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med* 1991; 53: 61-79.
9. Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability and pain disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *J Rheumatol* 1991; 18: 1552-7.
10. Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988; 15: 1557-64.
11. Gallagher RM, Rauh V, Haugh L, et al. Determinants of return to work among low back pain patients. *Pain* 1989; 39: 55-67.
12. 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, et al. 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 for All. For those with low back pain as well. *Clin Orthop* 1983; 179: 77-85.
17. Gottlieb H, Strite LC, Koller R, et al. Comprehensive Rehabilitation of patients having chronic low back pain. *Phys Med Rehabil* 1977; 58: 101-8.
18. Newman RI, Seres JL, Yospe LP, et al. Multidisciplinary treatment of chronic pain: long term follow-up of low back pain patients. *Pain* 1978; 4: 283-93.
19. Ruiz Lopez 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, julio 1992.

20. Ruiz-López R. Dolor crónico de origen no oncológico. *Rev Clin Esp* 1995; 95: 214-22.
21. International Association for Study of Pain. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Seattle, Washington, 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, et al. Evaluación y tratamiento multidisciplinar en el síndrome de dolor crónico incapacitante. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 401-5.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson K, et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
25. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psych* 1959; 32: 50-5.
26. Esteve Vives J, Batlle Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol* 1993; 20 (12): 2116-22.
27. Deyo RA, Diehr P, Ptarrick DL. Reproducibility and responsiveness of health measures: statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials* 1991; 12: 142S-58S.
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, et al. Does non surgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysys of the literature. *Spine* 1994; 19 (6): 643-52.
30. Maruta T, Malinchoc M, Offord KP, et al. Status of patients with chronic pain 13 years after treatment in a pain management center. *Pain* 1998; 74: 199-204.