

Tratamiento multidisciplinar para el dolor lumbar crónico: Programa de musicoterapia

A. Alonso-Cardaño¹, M. Hernaez-Martínez¹, P. Martí-Auge³

¹ Anestesiólogo Unidad de dolor

Hospital San Pedro de la Rioja

² Musicoterapeuta

³ Centre Clinic de Musicoterapia de Barcelona

Recibido: 04/04/2008 Aceptado: 05/04/2008

Alonso-Cardaño A., Hernaez-Martínez M., Martí-Auge P.

Multimodal treatment of chronic low back pain: A music therapy program.

SUMMARY

Background

Chronic pain represents a significant obstacle in maintaining function and independence. Previous studies have shown that music can improve motivation and increase feelings of control in patients with chronic pain.

Objective

To examine the influence of a music-therapy program on chronic low back pain patients related to coping strategies.

Material and method

14 patients from the Pain Unit in the San Pedro Hospital of Logroño were included in a music-therapy program during six weeks with a diagnosis of chronic low back pain. Subjects were weekly visited by a music therapist, 60 min per session.

All the patients answered a questionnaire to evaluate the used coping strategies to pain (CAD), in the first and the end visits. In addition, a severity pain scale (VAS) was answered twice in each interventional session.

Results

The pain coping strategy more frequently used was information seeking. All strategies shown better results at the end of the program, but only two of them had significant results: information seeking, catharsis, and distraction.

Conclusión

The music-therapy program increased the more active pain coping strategies that are positively associated to a better degree of adjustment of the patient with chronic low back pain.

Key words: chronic pain, music-therapy, coping, CAD.

RESUMEN

Introducción

El dolor crónico supone un importante obstáculo para mantener la funcionalidad y la independencia. Estudios previos han demostrado que la música puede mejorar la motivación y los sentimientos positivos de autocontrol frente al dolor.

Objetivos

Descubrir qué estrategias de afrontamiento frente al dolor crónico son las más utilizadas por los pacientes y cómo se modifican al aplicar un programa de musicoterapia, en una muestra de pacientes con dolor lumbar crónico

Material y métodos

14 pacientes de la Unidad de Dolor del Hospital San Pedro de Logroño con dolor lumbar crónico fueron admitidos a un programa de musicoterapia durante seis semanas. Las sesiones fueron semanales, de una hora de duración, dirigidas por un musicoterapeuta que aplicó diferentes protocolos. El Cuestionario de Afrontamiento al Dolor CAD fue autoadministrado a los pacientes al inicio y al término del programa de musicoterapia. La intensidad del dolor se midió al principio y al final de cada sesión mediante la escala EVA.

Resultados

La estrategia más utilizada frente al dolor fue la búsqueda de información. Todas las estrategias fueron más utilizadas al finalizar el programa de musicoterapia, aunque las diferencias fueron significativas sólo en tres de ellas: Búsqueda de información, Catarsis y Distracción.

Conclusiones

Nuestro programa de musicoterapia resultó una herramienta efectiva para disminuir el dolor lumbar crónico al ser capaz de afectar a la percepción del dolor en su componente cognitivo, permitiendo a los pacientes desviar el foco del dolor del estímulo aversivo y mostrando una mayor destreza en el uso de estrategias de afrontamiento que permiten una adaptación positiva al dolor crónico.

Palabras clave: dolor crónico, musicoterapia, afrontamiento, CAD.

INTRODUCCION

El dolor crónico representa el tercer problema sanitario más frecuente, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Constituye un obstáculo tanto para mantener las funciones óptimas como para la independencia, especialmente en personas mayores. Al hacerse menos independientes para las actividades cotidianas por su dolor crónico, pierden el sentido de la autonomía y la conexión social. La depresión y el aislamiento aumentan los sentimientos de fatiga y pueden exacerbar el dolor (1).

Por otro lado, la incidencia de dolor lumbar crónico sufre un incremento progresivo, causando enormes gastos para el sistema sanitario. El origen osteoartítico en su mayor parte y la prolongación de la esperanza de vida constituyen factores que pueden agravar la situación.

La esencia del tratamiento del dolor crónico debería establecer estrategias multimodales que incluyan los comportamientos que puedan perpetuar el síndrome del paciente con dolor crónico (2). Por ello, los tratamientos que influyen en los componentes sensorial, emocional y afectivo de la percepción del dolor pueden interrumpir el ciclo del dolor crónico. Los objetivos incluirían: aumentar el conocimiento y uso de los mecanismos corporales y técnicas de autoprotección, disminuir en la medida de lo posible el consumo de analgésicos, reducir la dependencia de la comunidad médica que a menudo presentan estos pacientes, aumentar los rasgos positivos personales y los niveles de control emocional, para aumentar el nivel de actividades cotidianas (3).

Las estrategias de afrontamiento al dolor pueden clasificarse en adaptativas y desadaptativas. Se ha estudiado la influencia de la utilización de estrategias desadaptativas en el mantenimiento y empeoramiento del dolor crónico; se sugiere que la patología física podría iniciar la sintomatología pero que serán la percepción e interpretación de los síntomas las que contribuyan mayoritariamente a una representación disfuncional sobre el dolor, facilitando con ello un mayor sentimiento de incapacidad y dolor (4).

La música ha demostrado inducir relajación y distracción del foco del dolor, disminuyendo la ansiedad y el stress (5). La intervención de musicoterapia aumenta la motivación, eleva el humor y refuerza los sentimientos de responsabilidad y control. La musicoterapia incorpora todas las estrategias cognitivas y puede ser adaptada a un amplio rango de niveles funcionales físicos y cognitivos (6). La musicoterapia también proporciona soporte emocional, orientación de la realidad, estimulación sensitiva, así como oportunidades de auto-expresión y de adquisición de herramientas adaptadas a la edad tanto cognitivas como de expresión (7).

Presentamos un programa de musicoterapia para el dolor lumbar crónico en el que la cooperación del paciente es el pilar fundamental. El esfuerzo terapéutico es reducir el dolor, centrando el énfasis en el autocontrol del mismo.

Nuestro objetivo se centra en descubrir qué estrategias de afrontamiento frente al dolor son las más utilizadas por los pacientes y cómo se modifican al aplicar un programa de musicoterapia, en nuestra muestra de pacientes con dolor lumbar crónico.

MATERIAL Y METODOS

Un total de 14 pacientes de la Unidad para el Tratamiento del Dolor del Hospital San Pedro de Logroño con dolor lumbar crónico de, al menos, 3 años de evolución, fueron admitidos en un programa de musicoterapia.

Tras obtener su consentimiento se recogieron los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil). Se establecieron reuniones grupales semanales de 60 minutos de duración, dirigidas por un musicoterapeuta, a lo largo de 6 semanas.

Todos los sujetos contestaron en la primera sesión, un cuestionario dirigido a evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el dolor, el cuál fue re-evaluado al finalizar el programa, en la 6ª sesión. Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas a partir del cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD) el cuál consta de 31 frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor. Al sujeto se le pide que marque la casilla que refleje su forma de actuar a partir de la escala de 5 puntos (“nunca”, “pocas veces”, “ni muchas ni pocas”, “muchas veces”, “siempre”) en función del grado o frecuencia de utilización de la estrategia en cuestión. En el CAD podemos distinguir 6 subescalas: religión, catarsis (búsqueda de apoyo emocional), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental).

También se evaluó la intensidad de dolor mediante la escala EVA al inicio y al final de cada una de las sesiones semanales.

Cada sesión de musicoterapia se estructuró de modo que abarcase:

- Técnicas de distracción-expresión: cantos guiados y seleccionados por el musicoterapeuta, adaptados al tipo y preferencias de los pacientes, acompañados o no de movimiento, rodeadas de carga emotiva para lograr una identificación con las canciones.
- Técnicas de estimulación física con música: pequeñas dramatizaciones que ayudan a descubrir posibles bloqueos.
- Técnicas cognitivas o de afrontamiento, con relajaciones guiadas o libres.

Análisis estadístico: La descripción de las variables cualitativas se ha realizado mediante la expresión de porcentajes y de las cuantitativas mediante la media y la desviación estándar. La comparación de las puntuaciones medias antes y después, tanto para el cuestionario CAD como para la escala EVA se realizó mediante las pruebas no paramétricas T de Wilcoxon para medidas repetidas. Como se hicieron seis sesiones, los resultados se calcularon para cada una de las sesiones y también se han resumido obteniendo el promedio de las seis sesiones para los valores iniciales y finales, de forma que se construyó un promedio de la puntuación inicial y un promedio de la puntuación final. Los cálculos fueron realizados con ayuda del programa SPSS y se consideraron como significativos los valores $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 14 pacientes, 13 (92,9%) eran mujeres. La edad media fue de 62,4 años (desviación típica [DT]: 10,6), con un mínimo de 42 y un máximo de 79 años.

La puntuación media inicial de la escala EVA fue de puntos 6,6 (DT: 2,1) y en la final la media fue de 4,6 (DT: 1,9). Estas diferencias fueron significativas ($p < 0,001$). Los resultados de cada una de las sesiones se muestran en la Tabla I, donde se observan diferencias significativas en todas ellas. Las diferencias varían entre 1,78 (Primera sesión) y 2,36 (Cuarta sesión), siendo las sesiones 3 y 4 las que mostraron mayor diferencia. El promedio de todas las sesiones mostró una diferencia de 1,97 puntos.

Con respecto a las subescalas del CAD, los resultados se resumen en la Tabla II. En todas las subescalas, las mediciones finales son más altas que las iniciales (Fig. 1), aunque las diferencias son significativas sólo en tres de ellas: Búsqueda de información, Catarsis y Distracción. La estrategia de afrontamiento del dolor más empleada, tanto en la

Tabla I. Puntuación inicial y final de la escala EVA según sesión.

Sesión	Inicial (Media, DT)	Final (Media, DT)	Diferencia	Significación
1	6,21 (2,69)	4,43 (2,31)	1,78	0,002
2	6,29 (2,70)	4,50 (2,47)	1,79	0,001
3	6,71 (2,43)	4,57 (2,14)	2,14	0,001
4	6,93 (2,34)	4,57 (2,17)	2,36	0,001
5	6,64 (2,34)	4,86 (2,25)	1,78	0,001
6	6,50 (2,35)	4,57 (2,10)	1,93	0,001
Promedio	6,55 (2,10)	4,58 (1,91)	1,97	0,001

Tabla II. Comparación de la puntuación inicial y final en las subescalas del CAD.

Subescala	Inicial	Final	Diferencia final-inicial	Significación
Autoafirmación	2,71 (0,78)	2,79 (0,69)	0,07	0,541
Autocontrol	2,71 (0,85)	2,96 (0,67)	0,25	0,085
Búsqueda de información	2,84 (0,41)	3,11 (0,29)	0,27	0,019
Catarsis	1,95 (0,72)	2,89 (0,76)	0,95	0,003
Distracción	2,02 (0,81)	2,88 (0,51)	0,86	0,002
Religión	2,25 (1,00)	2,36 (1,09)	0,11	0,369

Los datos se expresan como media y (DT)

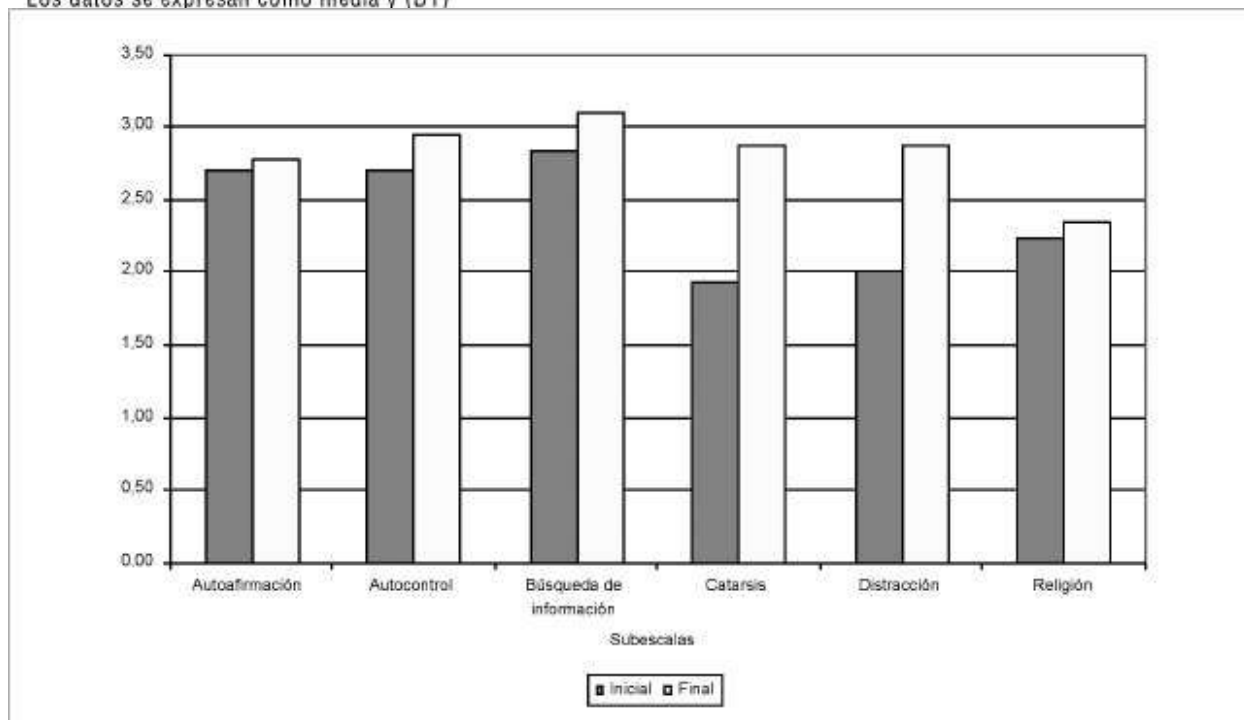


Fig. 1. Comparación de la puntuación inicial y final en las subescalas del CAD.

medición inicial como en la final, fue la Búsqueda de información.

DISCUSIÓN

Aunque las conclusiones científicas son limitadas, la experiencia observacional clínica sugiere que la musicoterapia es beneficiosa en el tratamiento multidisciplinar de los pacientes con dolor crónico, a pesar de las diferencias en la edad y la severidad del dolor (8). Los protocolos de musicoterapia pueden ser adaptados a las necesidades de los pacientes, tanto a nivel emocional como físico. Las intervenciones de musicoterapia que requieren una actitud activa por parte de los pacientes resultan más eficaces, ya que permiten a los pacientes desviar el foco del dolor del estímulo aversivo, aumentando la autosuficiencia de los sujetos en situaciones diversas, como los ejercicios de movimiento o la acción de vestirse; además, aumenta la tolerancia del dolor y la ansiedad, y ofrece un espacio de autoexpresión y reafirmación de la individualidad del paciente (9).

A lo largo de nuestro programa, la intensidad del dolor fue comunicada de forma espontánea al musicoterapeuta al término

de cada sesión, y en todos los casos, los pacientes experimentaron un descenso en la intensidad del mismo al finalizar cada una de las sesiones. El nivel de dolor inicial informado por el paciente fue de moderado a intenso en la mayoría de ellos.

La concentración en una actividad como la musi-coterapia disminuye la actividad del sistema nervioso simpático (10). La música libera endorfinas y modifica los niveles de catecolaminas para facilitar el alivio del dolor y disminuye la tensión arterial sistémica, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, el consumo de oxígeno y los niveles séricos de ácido láctico (11). Igualmente se ha demostrado la reducción en la percepción del dolor utilizando la música durante la cirugía y en el periodo postoperatorio (12).

De forma muy general, se puede aceptar que la utilización de estrategias pasivas para afrontar el dolor crónico (rezo, esperanza) se ha asociado con incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico. Al contrario, las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se asocian en menor medida con depresión e incapacidad física. Los pacientes más mayores tienden a utilizar con mayor frecuencia la estrategia de religión, mientras que conforme avanza la edad se observa una clara disminución en el uso de estrategias como distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información (13).

Nuestro programa ha puesto de manifiesto que las estrategias más utilizadas desde el inicio del programa fueron la búsqueda de información, la autoafirmación (diversas formas de darse ánimos a uno mismo para no desfallecer) y el autocontrol, coincidiendo con otros trabajos publicados en este campo (14). El porcentaje de individuos que realizó consultas dirigidas a saber más sobre su problema con el fin de poder ponerle remedio, aumentó a lo largo de las seis semanas que duró el programa (15), si bien cabe señalar que todas las estrategias mejoraron las puntuaciones al finalizar el ciclo de sesiones, indicando una mayor utilización por parte de los pacientes al finalizar el programa de musico-terapia, destacando el mayor uso de la Catarsis y la Distracción.

Podemos observar cómo los esfuerzos cognitivos para intentar disminuir el dolor (el autocontrol mental) fueron más utilizados al finalizar la intervención musicoterapéutica, aunque sin significado estadístico. Igualmente observamos que un porcentaje de sujetos no desdeñable utiliza técnicas para afrontar situaciones estresantes que proviene de la religión o la espiritualidad, estableciéndose como una estrategia efectiva.

Hay dos escalas de afrontamiento que mejoran considerablemente en su utilización por parte de los pacientes al término de la intervención de musicoterapia. Tanto la catarsis como la distracción, han sido los modos de afrontamiento que, si bien al inicio eran poco utilizados por los pacientes, más han desarrollado los sujetos, aumentando de ese modo las herramientas o habilidades de que disponen para enfrentarse a su problema de dolor lumbar crónico de forma más eficaz (16).

Tras el programa de musicoterapia, la distracción fue más utilizada por los pacientes, lo que sugiere que el conjunto de acciones musicoterapéuticas que pretenden que el individuo no se concentre en su dolor, consiguió instruir al paciente en focalizar la atención sobre la música y alejarlo del estímulo doloroso (17).

El hecho de que la catarsis haya sido la escala que más ha mejorado indica la mejora en las verbalizaciones sobre el dolor, por el alivio que produce el hecho de comentar con otros el problema y buscar su comprensión (18).

En nuestro programa los pacientes son vistos en grupos pequeños, donde el experto en musicoterapia los introduce en un clima terapéutico donde cada paciente tiene su protagonismo, lo que permite aumentar la percepción de la propia identidad, al trabajar los aspectos psicológicos y sociales de los sujetos con dolor crónico (19).

Nuestro programa de musicoterapia resultó una herramienta efectiva para disminuir el dolor lumbar crónico al ser capaz, a través de la música, de afectar a la percepción del dolor (20). La percepción del dolor tiene 3 componentes: sensorial, afectivo-motivacional y cognitivo. Las estrategias cognitivas empleadas, facilitadas por la intervención musicoterapéutica, incluyeron técnicas de relajación muscular progresiva adaptada, imaginación basada en la música e interpretación de instrumentos musicales terapéuticos. Los pacientes mostraron una mayor destreza en el uso de modos de afrontamiento activos que permitieron una adaptación positiva al dolor crónico.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a:

D. Enrique Ramalle Gómara

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria de La Rioja, su colaboración en este estudio.

CORRESPONDENCIA

Alicia Alonso Cardaño

Unidad de Dolor Hospital San Pedro

C/ Piqueras 98 - Logroño (La Rioja)

Leí. 941 298 757

aalonso@riojasalud.es

Financiación: Ninguna

Conflictos de interés: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez MJ, Camba A, Barutell C, González-Escalada JR. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. *Estudio SLEP Rev Soc Esp Dolor* 2006; 8: 525-532.
2. Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 1992; 339-47.
3. Colwell, C. Music as distraction and relaxation to reduce chronic pain and narcotic ingestion: a case study. *Music Perspect* 1997; 15: 2-31.
4. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 13-22.
5. Mitchell LA, MacDonald RA. An experimental investigation of the effects of preferred and relaxing music listening on pain perception. *J Music Lher* 2006; 43: 295-316.
6. Aigen, K. The true nature of music-centered music therapy theory. *British J Music Lher* 1999; 13: 77-82.
7. Mitchell LA, MacDonald RA, Brodie EE. A comparison of the effects of preferred music, arithmetic and humour on cold pressor pain. *Eur J Pain* 2006; 10: 343-51.
8. Koch ME, Kain ZN, Ayoub C, Rosenbaum SH. The sedative and analgesic sparing effect of music. *Anesthesiology* 1998; 89: 300-6
9. Bellamy MA. Music therapy in medical settings. *N C Med J* 1993; 54: 91-4.
10. Lepage C, Drolet P, Girard M et al. Music decreases sedative requirements during spinal anesthesia. *Anesth Analg* 2001; 93: 912-16.
11. Chakib M, Ayod MD, Laudi B et al. Music and ambient operating room noise in patients undergoing spinal anesthesia. *Anesth Anal* 2005; 100: 1316-19.
12. Cruise CJ, Chung F, Yogendran S, Little D. Music increases satisfaction in elderly outpatients undergoing cataract surgery. *Can J Anaesth* 1997; 44: 43-8.
13. Soucase B, Monsalve V, Soriano JE Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 8-16.
14. Cutshall SM, Fenske LL, Kelly RF et al. Creation of a healing Enhancement program at an academic medical center. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2007; 13: 217-223.
15. Dillard JN, Knapp S. Complementary and alternative pain therapy in the emergency department. *Emerg Med Clin N Am* 2005; 23: 529-549.
16. Betés de Loro M, Alfonso L, Fernández-Gallardo S. Homeopatía, acupuntura, psicoterapia y musicoterapia. *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 13 (I): 75-84.
17. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en

pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 353-359.

18. Schmid W, Aldridge D. Active music therapy in the treatment of múltiple sclerosis patients: a matched control study. *J Music Lher* 2004; 41: 25-40.

19. Kawashima M, Mashu S, Sibaji L et al. Music listening may help to recognize psychological factors in pain: a case report. *Pain Res* 2003; 18: 151-56.

20. Lurner J, Clancy S. Strategies for coping with chronic low back pain: relationships to pain and disability. *Pain* 1986; 24: 355-64.