

LUMBALGIA INESPECÍFICA: CONDICIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA.¹ **LOW BACK PAIN: EMOTIONAL STATUS AND LIFE QUALITY.**

Jaime Ernesto Vargas-Mendoza² y Sandra Emmabel Nogales Osorio

Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.
Centro Regional de Investigación en Psicología
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca.
México

Resumen: 10 pacientes femeninas con diagnóstico de lumbalgia inespecífica fueron evaluadas midiendo la intensidad de su dolor percibido, la presencia de trastornos de ansiedad, la depresión y la calidad de vida que reportaban. Se utilizó para ello un paquete de cuatro cuestionarios. Poco más de la mitad de los sujetos reportaron sentir dolor intenso, los demás dijeron experimentar dolor moderado. Los pacientes con dolor intenso mostraron un porcentaje mayor de trastornos de ansiedad y depresión, así como un menor nivel de calidad de vida. Al final se propone una intervención psicológica mediante un programa educativo.

Palabras Clave: lumbalgia, ansiedad, depresión, calidad de vida.

Abstract: 10 patients were tested to obtain data of perceived pain, the presence of anxiety disorders, depressive reactions and levels of quality of life. A battery of four questionnaires was applied. 60% of the subjects reported intense pain and 40% moderated pain. Subjects with intense pain also experienced a higher percent of anxiety disorders and depressive reactions and a lower level of quality of life. At the end a psychological intervention was proposed by means of an educational program.

Keywords: low back pain, anxiety, depression, quality of life.

¹ Recibido el 13 de septiembre del 2010 y aceptado el 17 de septiembre del 2010

² Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: je_vargas@yahoo.com.mx, Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

La lumbalgia se podría definir como la sensación dolorosa circunscrita al área de la columna lumbar, teniendo como efecto final una repercusión en la movilidad normal de la zona, debido a la sensación dolorosa. Cuando se habla de dolor lumbar inespecífico o lumbalgia inespecífica, se refiere a aquel proceso de dolor lumbar en el que no se puede determinar la causa que lo produce (Humbría, Carmona, Ortiz y Peña, 2002). La mayoría de los episodios agudos de lumbalgia inespecífica de deben inicialmente al mal funcionamiento de la musculatura y posteriormente a un mecanismo neurológico, en el que el factor esencial es la activación persistente de las fibras A y C, que desencadenan y mantienen el dolor, la contractura muscular y la inflamación. En los casos subagudos, este mecanismo se mantiene activado y puede llegar a inducir cambios persistentes en las neuronas medulares, lo que trae como consecuencia la persistencia del dolor, la inflamación y la contractura, aunque se resuelva su desencadenante inicial. Finalmente, en los casos crónicos se suman factores musculares y psicosociales, que constituyen un círculo vicioso y dificultan la recuperación espontánea. Algunos de estos factores son la inactividad física, que genera pérdida de coordinación y potencia muscular posteriormente se presenta atrofia y la consolidación de conductas de miedo y evitación, lo que generan pensamientos catastróficos y actitudes pasivas, con transferencia a terceros de la responsabilidad de la dolencia y sus consecuencias (Kovacs, 2002).

En el 80% de los casos de lumbalgia, no se le puede atribuir el problema a una lesión específica alguna (Waddell, 1991). En el Instituto de Seguridad y Salud Ocupacional, los expertos llegaron a la conclusión de que los principales movimientos generadores de lumbalgia son: flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo en posturas estáticas (Waters et al, 1993). A la hora de recoger objetos del suelo, lo más beneficioso para la columna es tratar de coger el menor peso posible y hacer tracción con los brazos para que el objeto esté lo más cercano

al eje vertebral. En relación a las posturas estáticas, las cargas a las que se somete la columna lumbar disminuyen si al sentarse el individuo se apoya hacia atrás con el respaldo y si se respeta el grado de lordosis fisiológica, de tal forma que los asientos en lugar de formar su típico ángulo de 90° formen uno de 110° (Peña et al, 2002).

Es bien conocido que ante un mismo estímulo doloroso, la percepción subjetiva que éste desencadena es muy diferente entre una persona y otra. También el mismo estímulo doloroso aplicado a una misma persona puede dar lugar a que no se desencadene dolor, mientras que en otras personas por el contrario sí. Esto solo puede ser atribuible a modificaciones que se producen en el umbral doloroso de las personas. Entonces ¿cómo se producen estas modificaciones? La respuesta está en sustancias inflamatorias que actúan sobre los nociceptores, que disminuyen el umbral de dolor, de tal forma, que movimientos naturales de la columna lumbar son percibidos como estímulos dolorosos o molestos (Haldeman, 1999). Estas sustancias de liberarían ante cualquier situación anómala, como compresiones, torsiones, estiramientos o hernias, lo que favorece la perpetuación del problema. Dentro de estas sustancias inflamatorias se encuentra la bradícina, serotonina y la prostaglandina E2 (Ferreira, 1972). Cuando las neuronas se estimulan son capaces de producir mediadores neurogénicos o neuropéptidos como la sustancia P, somatostatina y colecistocinina. La sustancia P está relacionada con la modulación y la transmisión de las señales nerviosas de tipo doloroso, lo que provoca hiperestesia en las zonas afectadas (Hokefelt, 1975).

El dolor lumbar es una afección muy frecuente, prueba de ello es que es la segunda causa en frecuencia de visitas médicas, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica. Se calcula que hasta el 80% de la población lo padece al menos una vez en la vida. En las sociedades industrializadas existe una epidemia de incapacidad asociada al dolor lumbar, ésta tiene una tremenda repercusión socioeconómica y laboral que, además, tiende

a incrementarse. La afección lumbar común, debido a su prevalencia, tiene una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de absentismo laboral (Pérez-Guisado, 2006).

Respecto al sexo de los pacientes como variable, los estudios realizados resultan contradictorios y se concluye que el sexo no es una variable predictiva de la lumbalgia laboral (Battié et al, 1989). El grupo de edad más afectado es el comprendido entre los 30-60 años (76%) del total (Humbría, 2004). Respecto a la talla y el peso de los pacientes, ambos factores no tienen una clara relación con la lumbalgia (Harvey, 1988). Sin embargo, hay estudios que corroboran que las espaldas con una resistencia muscular pobre incrementan el riesgo de lesiones ocupacionales, mientras que, por el contrario, una buena forma física es una importante defensa para la lumbalgia (Biering-Sorensen, 1984).

Con respecto a los factores psicosociales, numerosos estudios sobre la relación lumbalgia-trabajo sugieren que el impacto de los factores psicosociales y del entorno, son más importantes que el de los factores físicos y mecánicos. En los pacientes aquejados de lumbalgia se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones si se compara con la población general. Así la depresión está presente en el 40-65% de los afectados de lumbalgia, mientras que este porcentaje se reduce al 5-17% en la población general. Algo similar pasa con el abuso de sustancias y la ansiedad (Hoogendoorn et al, 2000).

La medición de la calidad de vida asociada a la salud es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población y de analizar la eficacia y la efectividad de las intervenciones sanitarias. Se ha investigado la calidad de vida de manera sencilla, mediante la aplicación de la Escala Visual Analógica, que es la segunda de cuatro partes del test EuroQol 5-D y se ha encontrado que resultó útil cuando se aplicó a la población del municipio Centro Habana, en Cuba (Jova-

Morel y Ramírez-Pérez, 2010). En otras investigaciones se ha ocupado el Inventario de Salud Forma Breve (SF -36) para evaluar la calidad de vida del paciente y el Cuestionario de Discapacidad de Roland (para medir el dolor y la discapacidad) en pacientes aquejados de dolor lumbar. Una de estas investigaciones examinó a 113 pacientes que acudían al médico por tener más de 72 horas con dolor. 73 de estos pacientes se recuperaron en el transcurso de dos semanas al ser tratados con acetaminofen y 5% desarrollaron cronicidad en su dolor lumbar. El impacto del episodio agudo de dolor lumbar sobre su calidad de vida fue breve y moderado, excepto para aquellos pacientes con comorbilidades, desórdenes psiquiátricos, de origen foráneo, desempleados o insatisfechos con su trabajo. Este estudio sugiere que la lumbalgia afecta la calidad de vida en los pacientes principalmente mediante un mecanismo compensatorio y un cuidado médico inapropiado, lo que a su vez favorece que la molestia del dolor de espalda baja se vuelva crónico (Coste et al, 2004).

Teniendo en cuenta que el estrés social y laboral, así como la insatisfacción con el trabajo son factores de riesgo para la lumbalgia, sería importante estudiar estos factores psicosociales de forma individual en cada trabajador (y en cada paciente) para intentar utilizar una terapia psicológica que forme parte del tratamiento integral de rehabilitación, aumentando la confianza y satisfacción a lo largo del proceso de recuperación y para lograr que las personas con discapacidad por lumbalgia crónica puedan reincorporarse al trabajo con éxito.

En este trabajo se evaluó la condición de dolor percibido, la presencia de trastornos de ansiedad, depresión y la calidad de vida, de pacientes con lumbalgia inespecífica que acudieron a los servicios de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de Zona No. 1 en la Ciudad de Oaxaca, en el mes de Agosto del 2010, con el propósito de proponer y elaborar una intervención psicológica como parte del tratamiento integral de estos casos.

Método

Participantes

Se evaluó una población de 10 pacientes del sexo femenino que eran portadoras de un diagnóstico de lumbalgia inespecífica, teniendo una edad promedio de 40 años (con un rango entre 30 y 51), ninguna de ellas cursaba con otra enfermedad por la que estuviera recibiendo tratamiento médico.

Materiales

Para evaluar el dolor percibido se ocupó la Escala Visual Análoga (EVA) (Hiskisson, 1974). Para evaluar la Ansiedad se utilizó la Lista de Verificación para la Ansiedad (LVA) (Mental Neurological Primary Care). Para evaluar la depresión se usó la Escala de Depresión (CES-D) (Sawyer-Radloff, 1977). Para evaluar la calidad de vida se ocupó el Inventario de Salud y Calidad de Vida (SF-8) (Quality Metric).

Procedimiento

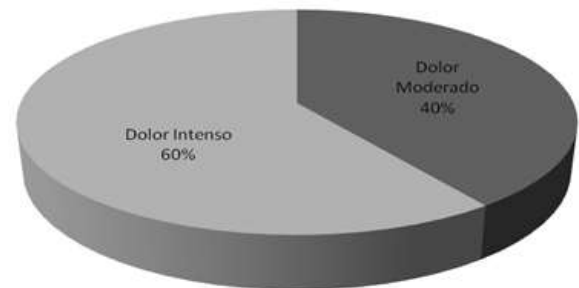
Fase 1. La batería de pruebas se aplicó individualmente a cada paciente en el escenario de la sala de espera del área de Medicina Física y Rehabilitación. La aplicación la efectuó la misma persona en todos los casos.

Fase 2. Los datos fueron tratados con una estadística Descriptiva y posteriormente graficados en una presentación económica.

Resultados

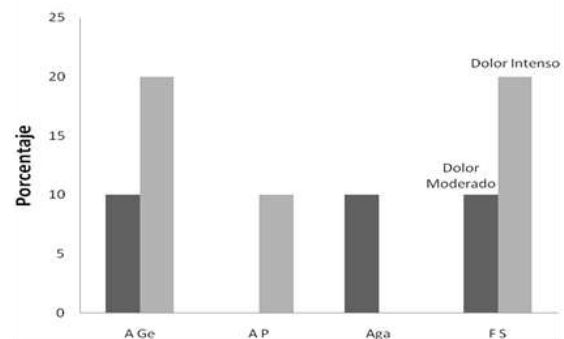
En la Figura 1 están los porcentajes de la población estudiada que percibieron su Dolor como Intenso (puntajes de 8, 9 o 10, en la escala del 0 al 10) y quienes reportaron un Dolor Moderado (puntajes de 5, 6 y 7). Se puede notar que un poco más de la mitad dijeron sentir un Dolor Intenso.

Intensidad del Dolor

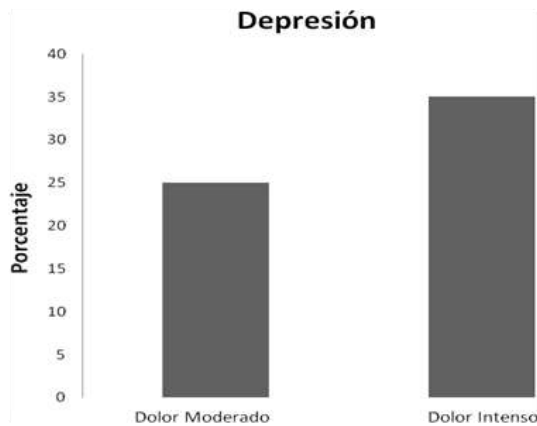


En la Figura 2 están los porcentajes de la población estudiada que presentaron trastornos de ansiedad (A Ge = Ansiedad Generalizada, A P = Ataques de Pánico, Aga = Agarofobia, F S = Fobia Social). Se observa que los trastorno más frecuentes fueron la Ansiedad Generalizada y la Fobia Social, ambos presentados sobre todo por los pacientes con dolor intenso en la espalda baja. En este grupo de pacientes con dolor intenso, uno de ellos reportó sufrir Ataques de Pánico.

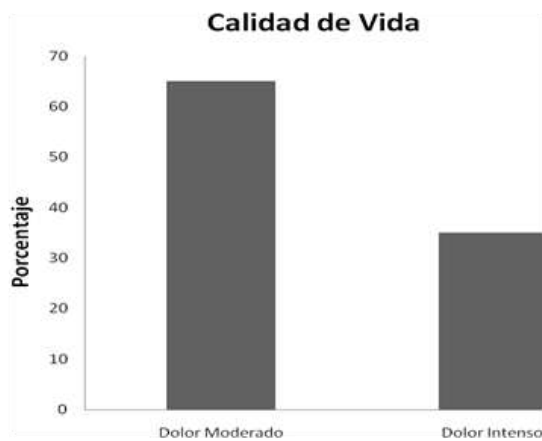
Ansiedad



En la Figura 3 se puede apreciar el porcentaje de pacientes con Depresión en los grupos de dolor intenso y dolor moderado. Hay un 15% más de pacientes con Depresión cuando estos cursan con una experiencia de Dolor Intenso.



La Figura 4 nos deja ver los niveles de Calidad de Vida reportados por los dos grupos de pacientes, con Dolor Moderado y con Dolor Intenso. Se aprecia un 30% de menor calidad de vida cuando se trata de pacientes con Dolor Intenso.



Discusión

Los resultados obtenidos en la población estudiada son congruentes con los reportados en la literatura especializada sobre el tema. Se ha reportado que la depresión está presente en el 40-65% de los afectados de lumbalgia. Nosotros lo observamos en el 60% de

nuestros pacientes (25 + 35, ver Figura 3), mientras que este porcentaje se reduce al 5-17% en la población general (Pérez-Guisado, 2006).

Se puede decir que los trastornos psicológicos se han identificado como causa de cronificación de la lumbalgia, ya que actúan como factores de riesgo que pueden aumentar independientemente la probabilidad de hospitalización por dolor de espalda. Prueba de ello es que en una serie amplia de pacientes se comprobó que la vuelta al trabajo en los dos años siguientes a la cirugía, estaba determinada por una ausencia de depresión, así como a la falta de estrés en el ambiente de trabajo.

Algunas investigaciones han intentado mejorar la calidad de vida de los pacientes que cursan con dolor en la espalda baja. Un trabajo relevante fue el que se desarrolló en Irán, en el Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud, donde se valoró el efecto de un Programa Educativo sobre la Lumbalgia. Se trabajó con 102 pacientes a quienes de forma aleatoria se asignaron a uno de dos grupos, uno recibió el programa educativo y el otro se sometió al tratamiento tradicional. Los resultados mostraron una gran mejoría en la calidad de vida evaluada mediante el Short Form Health Survey (SF - 36), para los pacientes que tomaron el programa educativo. En esta investigación se hizo un seguimiento de 3 meses de duración (Sadat et al, 2007). Siguiendo este reporte como ejemplo, nosotros proponemos un Programa Educativo para la Lumbalgia estructurado en cuatro sesiones de cuatro horas, para ofrecerlo a los pacientes recientemente diagnosticados con Lumbalgia Inespecífica. El Programa se resume en el anexo 1 (carta descriptiva).

Cada sesión concluiría con otros 120 minutos donde el grupo de pacientes (no mayor de 20 participantes) intercambian puntos de vista y experiencias para ayudarse mutuamente y comprender mejor lo escuchado. Se trata pues, de un régimen multidimensional e interdisciplinario diseñado para asesorar la condición física de cada paciente, su estilo de vida y subsecuentemente sus habilidades para

confrontar su situación. El programa utilizaría un enfoque de empoderamiento, proporcionando una combinación de conocimiento, habilidades y mayor conciencia de los valores y las necesidades de cada uno, de manera que el paciente pueda definir y esforzarse por alcanzar sus propias metas.

Referencias

- Anxiety Check List.
www.mentalneurologicalprimarycare.org
- Battié M, Bigos S, Pisher L, Hannson TH, Jones ME, Wortley MD. (1989) Isometric lifting strength. As predictor of industrial back pain reports. *Spine*, 14, 851-6.
- Biering.Sorensen F. (1984) Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. *Spine*, 9, 106-19.
- Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J. (2004) Prognosis and Quality of Life in Patients With Acute Low Back Pain: Insights From a Comprehensive Inception Cohort Study. *Arthritis & Rheumatism*, 51(2)168-176.
- Ferreira SH. (1972) Prostaglandins, aspirin-like drugs and analgesia. *Nature*, 240, 200-3.
- Haldeman S. (1999) Low back pain. Current physiologic concepts. *Neurol Clin North Am*, 17: 1-15.
- Harvey BL. (1988) Self-care practises to prevent low back pain. *AAOHN J*, 36, 211-7.
- Hiskisson EC. (1974) Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131.
- Hoogendoorn W, Van Pollel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. (2000) Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*, 25, 2114-25.
- Hokefelt T. (1975) Experimental immunohistochemical studies on the localization and distribution of substance P in cat primary sensory neurons. *Brain Res*, 100, 235-52.
- Humbría A, Carmona L, Ortíz AM, Peña JL. (2002) Tratamiento de la lumbalgia inespecífica: ¿qué nos dice la literatura médica? *Rev Esp Reumatol*, 29, 494-8.
- Humbría A. (2004) Consulta monográfica de columna lumbar. Protocolo de investigación clínica, ¿cómo son los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica? *Rev Esp Reumatol*, 31, 453-61.
- Jova-Morel R, Ramírez-Pérez I. (2010) Escala visual analógica y calidad de vida asociada a salud en Centro Habana. www.revistaciencias.com
- Kovacs F. (2002) Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. *Semergen*, 28, 1-3.
- Peña JL, Peña C, Brieva P, Pérez M, Humbría A. (2002) Fisiopatología de la lumbalgia. *Rev Esp Reumatol*, 29, 483-8,
- Pérez-Guisado J. (2006) Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol*, 20(2),
- Sawyer-Radloff L. (1977) The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401,
- Sadat TS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. (2007) Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 21 SF-8 www.qualitymetric.com
- Waddell G. (1991) Low back disability: a syndrome of western civilization. *Neurosurg Clin North Am*, 2, 719-38,
- Waters TR, Putz-Anderson V, Garg A, Fine LJ, et al. (1993) Revised NIOSH equation for the design and evaluation of manual lifting tasks. *Ergonomics*, 36, 749-76,

Programa Educativo para la Lumbalgia

Día	Tiempo	Tema	Instructor	Objetivo
Lunes	120 min	Conocimientos, percepciones y creencias de los pacientes sobre la salud y la contribución de los comportamientos no saludables al dolor de espalda baja	Médico	Cambiar los comportamientos no saludables, motivando a los pacientes a un comportamiento más saludable
Martes	120min	Aplicación de Test para evaluar Ansiedad, Estrés, depresión y Calidad de Vida. Platica para recomendar estrategias de confrontación, manejo del coraje y técnicas de relajación	Psicólogo Clínico	Facilitar un enfoque centrado en cada paciente
Miércoles	120 min	Anatomía y fisiología de la columna vertebral. Historia natural de los trastornos de la columna. Factores de la vida diaria que aceleran la cronicidad de la lumbalgia y técnicas para prevenir lesiones mayores.	Reumatólogo	Entender cómo funciona una columna sana y como los movimientos apropiados pueden protegerla y ayudar en el manejo del dolor.
Jueves	120 min	Instrucciones para estabilizar la columna, mecánica corporal y técnicas preventivas.	Terapeuta Físico	Sugerir un programa de ejercicios aeróbicos y de levantamiento de pesas para cada paciente.