

ARTICULO ORIGINAL

Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica

Quality of life in patients with chronic low back pain

Greta Valdés Lara,^I Yanellis Scull Mederos,^{II} José Ángel García Delgado,^{III} Ubaldo González P.^{IV}

- I Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- II Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- III Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación, Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- IV Licenciado en Psicología. Facultad ICBP Victoria de Girón. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. El dolor lumbar por sus características causa un impacto en las actividades de la vida diaria como parte de la calidad de vida. Métodos. Se estudiaron 79 pacientes con dolor lumbar crónico musculoesquelético-degenerativo, de ellos 43 mujeres y 36 hombres. Se estudiaron características del dolor, su impacto en la vida de los enfermos y conductas frente al dolor. Mediante cuestionarios en fase de validación se recogieron variables socio demográficas, intensidad del dolor por Escala Analógica Visual y afectaciones en la vida cotidiana y conductas frente al dolor. Resultados. Los rangos de edades más representativos fueron entre 41 y 50 años. Más de la mitad de la población sufrió un dolor intenso y una tercera parte moderado. La vida cotidiana se vio ampliamente afectada, fundamentalmente en la relación de pareja y en las actividades de esparcimiento trayendo como consecuencia afectaciones psicológicas en las conductas para enfrentar el dolor. Entre estas escasearon las negativas, de "descontrol", "fatalismo" y "delegación de esfuerzo"; se demostró una mala percepción del futuro con respecto a la evolución del paciente. Conclusiones. La mala percepción del futuro en los pacientes estudiados se debe a varios factores, uno de estos la escasa relación

médico paciente y la falta de conocimiento del mismo sobre su dolencia, tanto por parte del paciente como del profesional. Palabras clave: lumbalgia crónica, calidad de vida psíquica.

ABSTRACT

Introduction. Low back pain and its characteristics cause a great impact in daily life activities as part of the quality of life. Methods. Seventy nine patients were studied with chronic low back pain, forty three of them were women and thirty six men. The characteristics of the pain, its impact on patients' live and ways of reacting when there is pain; were also studied besides the representative ages that were between 41 and 50 years old. Results. Daily life of the patients was really affected mostly with their couples and at entertainment activities. Negative attitudes, loss of control and fatalism responses were few. Nevertheless future for patients was uncertain. Conclusions. The bad perception of patients of the future is caused for several factors, one of them, the bad relation medical-patient and the lack of knowledge about the condition not only of the patient but the professional. Key words: chronic low back pain, psychic quality of live.

INTRODUCCIÓN

La patología lumbar es uno de los problemas que enfrenta en la actualidad la salud pública y laboral; es un síntoma subvalorado en la práctica médica y uno de los principales motivos de consulta. Se dice que entre un 70 y un 80% de la población ha tenido un episodio de dolor lumbar al menos una vez en la vida, aunque la mayoría de ellos no han solicitado atención sanitaria. Además es una causa frecuente de ausentismo laboral.¹

El abordaje de esta patología es complejo, ya que tanto en el origen como en la respuesta al tratamiento y al pronóstico, intervienen factores físicos, psicológicos, sociales y laborales difíciles de valorar.²

En cuanto a la intervención de factores de tipo psicológico, Lampe observó que, en términos generales, hay una asociación entre presencia de acontecimientos vitales

que producen tensión y dolor de espalda.³ Sarno, por su parte, señaló el papel mediador de la tensión física en esa asociación, así como la obtención de resultados exitosos de la intervención psicológica sobre el dolor en algunos pacientes. Hay evidencias de que en sujetos cuyos conflictos emocionales se viven de forma física, suelen aparecer asociados a la lumbalgia, trastornos de tipo depresivo o histérico, dificultades de adaptación o neuroticismo. Se habla en este sentido de lumbalgia psicógena, el segundo tipo más frecuente, después de la lumbalgia mecánica. Este fenómeno se podría explicar porque la tensión emocional produce un aumento en la tensión muscular y en el cansancio, lo cual hace aparecer un sustrato metabólico que origina o mantiene el dolor lumbar en el tiempo.⁴

La lumbalgia, el «dolor de espalda» son muy a menudo sinónimos de minusvalía, de fragilidad y de cambio de categoría profesional o, incluso, de pérdida del empleo. Se considera que el contexto psíquico y el ambiente social y profesional, constituyen un aspecto indisociable de los aspectos físicos a tener en cuenta para definir una intervención eficaz.⁵

Los estudios realizados demuestran que esta patología no solo tiene una gran repercusión a nivel profesional, sino también en las actividades de esparcimiento, en el humor y en la vida afectiva y sexual.⁶ Lo que constituye nuestro motivo para determinar las características del dolor lumbar y su impacto en las actividades de la vida diaria como parte de la calidad de vida de nuestros pacientes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, para describir y caracterizar el comportamiento del dolor y variables psicológicas en pacientes con dolor lumbar crónico de origen musculoesquelético que acudieron a los servicios de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas y el Hospital Carlos J. Finlay durante el segundo semestre del año 2011.

Se estudiaron 79 personas de ambos sexos, 43 mujeres y 36 hombres con diagnóstico de dolor lumbar de origen osteomuscular, que concurrieron a los servicios especificados durante el tiempo que duró la recolección de los datos,

aceptaron participar en la investigación y dieron su consentimiento para responder los cuestionarios utilizados para valorar el dolor y las variables psicológicas.

Se incluyeron las variables edad, sexo, intensidad del dolor según escala analógica visual, apreciaciones sobre el dolor, afectaciones del quehacer diario y laboral, afectación de necesidades fisiológicas, afectación de la vida social y familiar, afectación general por el dolor, conductas frente al dolor y percepción del futuro.

Análisis de los datos. Procesamiento estadístico.

Con la información recolectada se realizaron los análisis de frecuencia y porcentajes para las variables siguientes: edad (rangos), sexo, estado civil, escolaridad, duración e intensidad del dolor de acuerdo con el sexo, así como para las opciones seleccionadas en las afirmaciones sobre afectaciones de la vida cotidiana y las conductas frente al dolor.

RESULTADOS

El diagnóstico de dolor lumbar de origen osteomuscular predominó en las mujeres en general. En cuanto a la incidencia según los grupos de edades la patología lumbar fue más frecuente en las edades entre 41 y 50 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución según grupos de edad y sexo de los pacientes con dolor lumbar

Grupos de Edad						
Años	Masc.		Fem.		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
16 a 20	3	8.33			3	3.79
21 a 25	1	2.77			1	1.26
26 a 30	1	2.77	3	6.97	4	5.06
31 a 35	3	8.33	2	4.65	5	6.32
36 a 40	6	16.66	5	11.62	11	13.92
41 a 45	8	22.22	6	13.95	14	17.72
46 a 50	8	22.22	7	16.27	15	18.98
51 a 55	2	5.55	3	6.97	5	6.32
56 a 60	2	5.55	5	11.62	7	8.86
61 a 65	1	2.77	5	11.62	6	7.59
66 a 70	1	2.77	3	6.97	4	5.06
71 a 75			3	6.97	3	3.79
76 a 80			1		1	1.26
> 80 años						
Total	36	45.56	43	54.43	79	100.00

Al analizar la intensidad del dolor según escala análoga visual se constató que más de la mitad de los pacientes padecieron un dolor intenso (7-10) y en segundo orden el moderado (4-6), aproximadamente la tercera parte. También se pudo constatar que fueron más las mujeres que sintieron un dolor intenso que los hombres. (Tabla 2)

**Tabla 2. Intensidad del dolor lumbar según escala analógica visual.
Distribución según sexo.**

Número de orden	Masc.		Fem.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	0	0	0	0	0	0
2	1	2.77	0	0	1	1.26
3	1	2.77	2	4.65	3	3.79
4	3	8.63	1	2.32	4	5.06
5	7	19.44	8	18.60	15	18.98
6	5	13.88	8	18.60	13	16.45
7	8	22.22	6	13.65	14	17.72
8	3	8.63	9	20.93	12	15.18
9	1	2.77	3	6.97	4	5.06
10	7	19.44	6	16.95	13	16.45
Total	36	45.56	43	54.43	79	100.00

Respecto a la apreciación sobre el dolor, los pacientes refirieron que no tienen información alguna sobre el dolor lumbar y que el médico tampoco les explicó la causa de su dolor ni cómo podría evolucionar.(Tabla 3)

Tabla 3. Apreciaciones sobre el dolor en los pacientes con dolor lumbar.

Conocimiento sobre el dolor	Frecuencia de Respuestas							
	Masculino				Femenino			
	SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El médico le ha explicado las causas de su dolor	3	8.63	33	91.66	2	4.65	41	95.34
Usted conoce las causas de su dolor	7	19.44	29	80.55	3	6.97	40	93.02
El médico le ha explicado la evolución que pudiera tener su dolor	6	16.66	30	83.33	6	13.65	37	86.04

Al analizar las afectaciones producidas por el dolor en las actividades de la vida cotidiana, las frecuencias mayores se concentraron en torno a que los pacientes tuvieron que dejar de realizar algunas de sus tareas o las realizó, pero haciendo un esfuerzo y en relación con el trabajo predominaron aquellos que tuvieron que dejar de hacer las tareas laborales dentro del sexo femenino. (Tabla 4)

Tabla 4. Afectaciones del quehacer diario y laboral en los últimos treinta días en pacientes con dolor lumbar.

Afectaciones diarias en <u>los últimos 30 días</u>	Frecuencia de respuestas			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
<u>.Quehacer diario</u>				
Cumplí con todas las tareas como siempre.	10	27.77	9	20.93
Cumplí con todas las tareas pero haciendo un esfuerzo	9	25.00	9	20.93
Tuve que dejar de hacer algunas tareas del quehacer diario	10	27.77	13	30.23
Tuve que dejar de hacer gran parte de las actividades	3	8.63	8	18.60
Tuve que dejar de realizar las actividades del quehacer diario	4	11.11	4	9.30
<u>Trabajo</u>				
Cumplí con todo el trabajo como siempre.	12	33.33	15	34.88
Cumplí con todo el trabajo pero haciendo un esfuerzo	8	22.22	8	18.60
Tuve que dejar de hacer algunas tareas en el trabajo	7	19.44	5	11.62
Tuve que dejar de hacer gran parte de las tareas del trabajo	1	2.77	2	4.65
Tuve que dejar de trabajar	8	22.22	13	30.23

Debemos destacar el elevado porcentaje de pacientes que refirió no poder realizar actividad sexual o que se podía hacer, pero el dolor no los dejaba disfrutarla. En cuanto al sueño, las mayores afectaciones se concentraron en que el dolor solo permitió dormir por ratos cortos y en que algunos pacientes amanecían estropeados a pesar de dormir toda la noche, aunque ninguno aquejó que el dolor no lo dejó dormir en toda la noche; de forma general hubo afectación en el sueño en ambos sexos. (Tabla 5)

Tabla 5. Afectaciones producidas por el dolor en las funciones fisiológicas de los

Afectaciones diarias en <u>los últimos 30 días</u>	Frecuencia de respuestas			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
<u>Sueño</u>				
El dolor me impide dormir en toda la noche	0	0	1	2.32
El dolor solo me permite dormir por ratos cortos	3	8.63	13	30.23
El dolor me despierta pero puedo continuar durmiendo	12	33.33	10	23.25
El dolor me permite dormir pero amanezco estropeado	10	27.77	10	23.25
El dolor me permite dormir y amanezco bien.	11	30.55	9	20.93
<u>Alimentación</u>				
El dolor me impide comer	5	13.88	2	4.65
Con el dolor solo puedo comer haciendo un esfuerzo	1	2.77	1	2.32
Puedo comer solo cuando el dolor se me alivia	2	5.55	1	2.32
El dolor no me afecta para comer	28	77.77	39	90.69
<u>Vida sexual</u>				
El dolor me impide realizar la actividad sexual	12	33.33	15	34.88
Puedo tener actividad sexual y disfrutarla pero con esfuerzo	1	2.77	4	9.30
Puedo tener actividad sexual pero por el dolor no la disfruto	19	52.77	12	27.90
El dolor me permite realizar la actividad sexual como de costumbre	4	11.11	12	27.90

La afectación de la vida cotidiana por el dolor lumbar se expresa igualmente por la reducción o limitación de las actividades sociales y de recreación en las personas que lo padecen y según se puede observar en la tabla 6 los porcentajes mayores se concentraron en torno a impedir relaciones sociales que eran habituales, lo que se añade a la carga ya reportada de limitación de actividades laborales y de quehaceres diarios.

Tabla 6. Afectaciones en la vida social y familiar en los pacientes con lumbalgia.

Afectaciones diarias en <u>los últimos 30 días</u>	Frecuencia de respuestas			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
<u>Vida social y familiar</u>				
El dolor me impide realizar las visitas que antes hacía	10	27.77	12	27.90
Solo visito a alguien cuando es por un compromiso mayor	9	25.00	7	16.27
Sigo visitando mis amistades y familiares pero menos veces a causa del dolor	8	22.22	9	20.93
Sigo haciendo visitas como siempre	9	25.00	15	34.88
No deseo que me visiten	18	50.00	19	44.18
Disfruto las visitas pero haciendo un esfuerzo	2	5.55	5	11.62
Recibo las visitas pero el dolor me impide disfrutarlas	12	33.33	7	16.27
Sigo recibiendo mis visitas como siempre y lo disfruto	4	11.11	12	27.90
<u>Recreación en el hogar</u>				
El dolor me impide ver la televisión o el video	24	66.66	22	51.16
Veo la televisión o el video pero no los disfruto	8	18.60	8	18.60
Veo la televisión o el video pero los disfruto con dificultad	2	5.55	6	13.95
Puedo ver la televisión o el video como siempre	2	5.55	7	16.27
El dolor me impide leer	31	86.11	31	72.09
Puedo leer pero no lo disfruto	2	5.55	5	11.62
Puedo leer y lo disfruto pero con dificultades	1	2.77	4	9.30
Puedo leer como de costumbre	2	5.55	3	6.97
<u>Recreación fuera del hogar</u>				
El dolor me impide realizar actividades fuera de la casa	11	30.55	12	27.90
Mis actividades han disminuido notablemente	7	19.44	6	13.95
Sigo realizándolas pero no las disfruto igual	6	16.66	13	30.23
Sigo realizándolas como de costumbre	12	33.33	12	27.90

En la tabla 7 se presenta la afectación general que sufren los pacientes por el dolor lumbar; se observó una disminución en la capacidad para enfrentar el dolor tanto física como psíquicamente.

Tabla 7. Afectación general por el dolor en pacientes con dolor lumbar.

Afectación general por el dolor Ítem	Frecuencia de Respuestas															
	NO				Solo en parte				Considerablemente				Totalmente			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Su dolor ha llegado a impedirle realizar su vida normal	5	13.8	3	6.9	16	44.4	20	46.5	10	27.8	17	39.5	5	13.9	3	7.0

Ítems	Frecuencia de Respuestas													
	Como siempre				Con menos capacidad				Muy poca capacidad					
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc			Fem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
En este momento como considera las condiciones de su <u>organismo</u> para enfrentar su dolor	2	5.55	2	4.65	12	33.33	16	37.09	22	61.11	25	58.13		
En este momento como considera las condiciones de su <u>mente</u> para enfrentar su dolor	0	0	2	4.65	0	0	9	20.93	36	100.00	32	74.41		

Entre nuestros pacientes predominaron las conductas negativas de descontrol, fatalismo y delegación de esfuerzo. (Tabla 8)

Tabla 8. Conductas frente al dolor en pacientes con dolor lumbar.

Ítems	Frecuencia de Respuestas															
	Casi siempre				Algunas veces				Pocas veces				Casi nunca			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Logro cumplir lo que me dice el equipo médico	2	5.55	5	11.6	0	0	0	0	2	5.55	3	6.9	32	88.8	35	81.39
Me sobrepongo a los impulsos irracionales frente a las crisis de dolor	4	11.1	3	6.97	1	2.77	1	2.32	3	8.63	3	6.9	28	77.7	36	83.72
Me aparece la esperanza en nuevas posibilidades	2	5.55	4	9.30	3	8.63	1	2.32	8	22.2	10	23.	23	63.8	28	65.11
Mantengo el cuidado de mi imagen pública	0	0	1	2.32	0	0	0	0	1	2.77	7	16.	35	97.2	35	81.39
Me cuido de no defraudar o dañar a mi familia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.77	1	2.3	35	97.2	42	97.67
Cuento lo que sufro por el dolor como una forma de desahogarme	13	36.1	9	20.9	6	16.6	7	16.2	5	13.8	11	25.	12	33.3	16	37.20
Me mantengo firme y no tengo conductas desagradables por mi dolor	4	11.1	2	4.65	0	0	7	16.2	6	16.6	1	2.3	26	72.2	33	76.74
Logro hacer más esfuerzos para soportar el dolor frente a cada nueva crisis	3	8.63	0	0	2	5.55	0	0	5	13.8	5	11.	26	72.2	38	88.37
Acaricio fantasías acerca de posibles soluciones para mi dolor	23	63.8	28	65.1	2	5.55	1	2.32	5	13.8	6	14.	6	16.6	8	18.60
Sé que rezar mucho me proporciona alivio	23	63.8	30	69.7	2	5.55	3	6.97	2	5.55	4	9.3	9	25.0	6	13.95
Logro dominarme y hacer más soportable el dolor	3	8.63	5	11.6	0	0	0	0	12	33.3	9	21.	21	58.3	29	67.44
Me convenzo que no tengo voluntad para luchar contra mi dolor	32	88.8	36	83.7	2	5.55	3	6.97	0	0	2	4.6	2	5.55	2	4.65
Pienso que superar el dolor depende mucho de mis propias decisiones	0	0	2	4.65	1	2.77	1	2.32	3	8.63	0	0	32	88.8	40	93.02

Sólo un 4.6 % de los pacientes supuso que la evolución de su dolor sería buena, mientras que más de la mitad de la muestra respondió que sería desfavorable. (Tabla 9)

Tabla 9. Percepción del futuro en pacientes con dolor lumbar

Percepción de futuro ítem	Frecuencia de Respuestas															
	Buena				Regular				Mala				Muy mala			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cómo supone o intuye que pueda ser la evolución de su dolor	0	0	2	4.6	6	16.6	2	4.6	9	25.	14	32.5	21	58.3	25	58.1

DISCUSIÓN

Con relación al sexo, los resultados encontrados pueden ser atribuibles a la elevada incorporación y participación de la mujer en las diferentes actividades laborales y sociales en nuestro país. Un estudio realizado sobre la caracterización de la invalidez laboral por enfermedades Reumáticas en el Municipio 10 de Octubre arrojó resultados similares a los de nuestra investigación en cuanto a la patología lumbar.⁷

En otras investigaciones, por el contrario se demuestra que la lumbalgia es más frecuente en el sexo masculino. Pero, por lo general hombres y mujeres padecen dolor lumbar con la misma frecuencia según la literatura consultada.⁸

Caillard, encontró un riesgo de lumbalgia creciente con la edad, con un máximo para el grupo de 45 a 50 años y una disminución del riesgo después de esa edad. En un estudio realizado en Taiwán se comprobó que la mayor prevalencia del problema se daba a una edad comprendida entre los 45 y 64 años. Para Humbría Mendiola, el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 30-60 años (76 % del total), siendo los grupos de edad menos afectados los de más de 60 años y menos de 21 años. Para otros autores, la edad de mayor frecuencia para la lumbalgia se sitúa en torno a los 30 años. Sauné Castillo y cols, observaron que la edad superior

a 45 años era un factor influyente, los individuos mayores de 45 años tienen 3-4 veces mayor probabilidad de obtener incapacidad permanente que los menores.³

En México, se ha observado que el 13% de la población (edad de 20 a 59 años) que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor. En un estudio realizado en Chile se observó que los resultados obtenidos de la población estudiada, mostraron que la edad de los pacientes atendidos por lumbago fluctúa entre los treinta y cincuenta años de edad; es decir, se presenta en personas jóvenes, lo cual se asemeja a estadísticas realizadas por la ACHS las cuales muestran que el 80% de los casos de lumbago afecta a menores de 45 años. (Boletín de la ACHS; 2005).^{9, 10}

En un estudio realizado en España sobre el manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria, se demostró respecto a la intensidad del dolor que 29.8% presentaron dolor leve, 39.7% dolor moderado y 21.2% dolor severo. Así mismo, fue significativo que más de la mitad de los participantes del estudio presentaron una intensidad del dolor de moderado a severo, lo cual es similar con lo reportado por otros autores y con nuestra investigación.^{11, 12}

La mayor frecuencia de dolor intenso en el sexo femenino se justifica por la presencia de factores psicosociales aludiendo a que la mujer soporta una carga mayor de tareas y responsabilidades en el entorno familiar a pesar de su inserción social como trabajadora, además otros autores han postulado que las hormonas femeninas pueden modificar los procesos nociceptivos y determinar que no solamente sientan más dolor, sino también con mayor intensidad.¹³

En relación al bajo nivel de conocimiento reflejado en las respuestas de los pacientes sobre el dolor, existen estudios donde se ha demostrado que al tratar el paciente con dolor lumbar mediante un equipo multidisciplinario donde el médico, el fisioterapeuta y el psicólogo trabajan en conjunto los resultados en cuanto al alivio del dolor y la reincorporación socio laboral del paciente han sido favorables, ya que una parte del tratamiento de la lumbalgia consiste en brindarle información al paciente sobre su patología, los factores de riesgo capaces de desencadenar el dolor lumbar y sobre la educación de hábitos posturales que se deben adquirir para evitar la enfermedad; en el caso de la lumbalgia crónica se suma la terapia psicológica.

Este método es llamado escuela de espalda y demuestra la importancia de la relación entre el profesional de la salud y el paciente en el manejo del dolor lumbar. Otros estudios revisados han cuestionado al paciente si sabe sobre el origen de su dolencia, pero con un interés epidemiológico y preventivo.^{14 - 16.}

En el caso particular de la lumbalgia, en el Reino Unido anualmente se erogan de 11 a 20.6 billones de USD.¹⁷ Aunque en nuestro país no existen datos fundamentados acerca de los costes de la afectación que provoca el dolor por concepto de ausencias al trabajo y pérdidas en producción y servicios, así como los derivados de la atención médica y tratamientos farmacológicos o con medios físicos para aliviar el dolor, es de suponer que es también un aspecto que debe tenerse en cuenta para considerar su relevancia y del papel del equipo sanitarista, y reducir su impacto sobre la salud buscando alternativas no solamente para aliviarlo, sino también para educar a la comunidad para enfrentar el dolor y colaborar en las evaluaciones y tratamientos sistemáticos. En un estudio realizado en Chile se pudo observar que el lumbago de una u otra manera produce un grado de incapacidad física por dolor, ya que una parte insignificante de los pacientes atendidos manifestó que el dolor no les impidió realizar sus labores diarias, pero la mayoría consideró que no puede trabajar porque se siente limitada.¹⁸

Se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en diversos trastornos. Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes.^{19,20}

Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos. Hay consenso en considerar que los factores psicosociales y socioculturales no pueden explicar todas las diferencias observadas

entre sexos, por lo que puede afirmarse que podrían ser en gran parte psicobiológicas.²¹

La afectación de la vida cotidiana por el dolor lumbar se expresa igualmente por la reducción o limitación de las actividades sociales y de recreación en las personas que lo padecen. Los porcentajes mayores encontrados en torno a impedir relaciones sociales que eran habituales, se añade a la carga ya reportada de limitación de actividades laborales y de quehaceres diarios tal y como reportan otros autores.²²

Después de haber analizado cómo influye el dolor lumbar en las actividades fisiológicas, del quehacer diario, laboral y de recreación y esparcimiento, podemos observar cómo se ven afectados de manera general nuestros pacientes, ya que la gran mayoría consideró que al menos en parte o considerablemente el dolor le impidió realizar su vida normal. Trayendo como consecuencia una disminución en la capacidad para enfrentar el dolor tanto física como psíquicamente. La vida psíquica de los seres humanos está entre otras cosas apoyada por el establecimiento de relaciones sociales y de comunicación y se manifiesta de muchas formas como realizar visitas a amigos y familiares, o recibirlas en casa, por lo que si el dolor ha provocado en algunas de estas personas una limitación para llevarlas a cabo y si se hacen, no poder disfrutarlas, constituye un indicador de afectación y desorganización de conductas importantes para el equilibrio emocional.

Cuando los pacientes utilizan conductas predominantemente de autoafirmación se ha encontrado disminución de la ansiedad y la depresión y mejor evolución de su enfermedad.²³ Las conductas negativas de descontrol, fatalismo y delegación de esfuerzo repercuten negativamente en la evolución de la enfermedad, describiéndose recientemente que en pacientes con dolor lumbar las conductas de "catastrofismo y evasión" incrementaron la contractura y el dolor, mientras que las de distracción incrementaron la relajación muscular y el alivio durante el ejercicio terapéutico.^{24,25}

Asimismo encontramos que con una frecuencia elevada los pacientes piensan que rezar mucho les alivia su dolor, lo que constituye una conducta de delegar esfuerzos o mal adaptación, porque se ha descrito que la utilización de estrategias pasivas (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo) se asocia a un incremento del dolor, de

presión, impotencia y peor ajuste psicológico. Por otra parte, fueron escasas las elecciones de conductas tendientes al control que serían las deseables, Brown y cols propusieron que aquellas estrategias activas donde las personas intentan tener control del dolor son las que provocan mejor adaptación de los pacientes.²⁶

CONCLUSIONES

El resultado obtenido sobre la percepción del futuro en los pacientes estudiados se debe a varios factores, uno de estos la escasa relación médico paciente y la falta de conocimiento del mismo sobre su dolencia, tanto por su parte como por parte del profesional, además a esto se le suman la duración, la intensidad del dolor, así como la discapacidad puesta en evidencia y las abundantes conductas de descontrol, fatalismo y delegación de esfuerzo, así como las escasas conductas tendientes al control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Saldivar González AH, Cruz Torres DL, Sierviere Zaragoza I, Vázquez Nava F, Joffre Velásquez VM. Lumbalgia en trabajadores, Epidemiología. Rev Médica IMSS 2008;41(3):203-9.*
2. *Vanvelcenaher J, Raevel D, O`miel G, Struk P, Weisland T. Programa de restablecimiento funcional del raquis en las lumbalgias crónicas. Enciclopedia Médico quirúrgica 2004: 7-9.*
3. *Pérez Guisado J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. Rev Cubana Ortop Traumatol 2006;20(2):6-8.*
4. *Rueda E, Cantos MJ, Valdivia PA. Efectividad de la educación para la salud en el dolor lumbar en adultos. Journal of sport and Healt Research 2011;3(2):104.*
5. *Ocaña U. Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral. Rev Fisioterapia 2007;6(2):17-26.*
6. *Covarruvias-Gómez A. Lumbalgia: Un problema de salud pública. Rev Mexicana Anestesiología 2010;33(1):5106-9.*
7. *Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Reyes Pineda Y, Siñani Butron C. Caracterización de la invalidez laboral por enfermedades Reumáticas en el municipio 10 de Octubre, estudio de seis años. Rev Cubana Reumatología 2006;3:9-10.*
8. *WADDELL G .The Back Pain Revolution. Churchill, 2008.p.24.*

9. Zavala González MA, Correa de la Cruz R, Popota Flores A, Posada Arévalo SE. *Lumbalgia en residentes de Comalcalco Tabasco, México. Prevalencia y factores asociados. Archiv de Medicina 2009; 5(4):5-7.*
10. Venegas Henríquez MA. "Calidad de vida del paciente con lumbago atendido en la ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD DE VALDIVIA" .Universidad Austral de Chile, 2005.p.12-16.
11. González-Rendón C, Guadalupe Moreno-Monsiváis M. *Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor 2007;6:422-27.*
12. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. *Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. Clin J Pain 2005;21:513-23.*
13. Llorca Diez GJ. *Intervención psicológica para la mejora de la calidad de vida en las Unidades de Dolor. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Eds, 2007.p. 19-23.*
14. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. *Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. Pain 2007;132(1):26-45.*
15. Krismer M, Van Tulder M. *Low Back Pain (non-specific). Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2007;21(1):77-91.*
16. Boonstra AM, Reneman MF, Stewart RE, Schiphorst Preuper HR. *Do male and female patients with chronic musculoskeletal pain differ in their pretreatment expectations of rehabilitation outcome? J Rehabil Med.2011;43:65-9.*
17. Tavafian,S, Jamshidi A, Mohammad R, Montazen A. *Bajo la educación, dolor de espalda y calidad de vida acorto plazo. BMC Músculoeskelet disord. 2007;8:21.*
18. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006;10:287-33.*
19. Truyols Taberner MM, Medinas Amorós MM, Pérez Pareja J, Palmer Pol A, Sesé Abad A. *Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. Clínica y Salud 2010;21:123-40.*
20. González-Rendón C, Guadalupe Moreno-Monsiváis M. *Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor 2007;6:422-27.*
21. Vallejo MA. *Emociones Y Dolor. Rev Soc Esp Dolor 2000;7:3-5.* González C, Pizarro C. *Dolor Crónico en Hemodializados: Prevalencia, Severidad y Estrategias de Afrontamiento. Rev Soc Esp Dolor 2009;51:19-25.*
22. Soucase B, Monsalve V, Soriano J. *Afrontamiento al 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.*

-
23. [Van der Hulst M](#), [Vollenbroek-Hutten MM](#), [Schreurs KM](#), [Rietman JS](#), [Hermens HJ](#). Relationships between coping strategies and lumbar muscle activity in subjects with chronic low back pain [Eur J Pain](#) 2010;14:640-7.
 24. [Costa J](#), [Pinto-Gouveia J](#). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. [Clin Psychol Psychother](#) 2011;18:34-47.
 25. [Brown G](#), [Nicassio P](#). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. [Pain](#) 1987;31:53-65.

Recibido: 26 de octubre de 2012

Aceptado: 8 de enero de 2013

Greta Valdés Lara. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216 y 11B, Siboney, Playa, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: bcimeq@infomed.sld.cu