

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Proyecto de Investigación

Relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con sintomatología de dolor lumbar.

AUTOR

Laura Paola Garavito Escobar

DIRECTOR

Carlos Andrés Cárdenas Palacio

Universidad de La Sabana
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología de la Salud y la Discapacidad
Chía
2015

RESUMEN DEL PROYECTO

Este proyecto ha pretendido determinar si existe relación entre el nivel de dolor y el grado de incapacidad en pacientes que presenten diagnóstico de dolor lumbar, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de género, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico. De manera complementaria, se ha indagado si existen diferencias en cada una de tales medidas, según las características sociodemográficas mencionadas. Así, se ha realizado un estudio correlacional de covariación entre variables. Participaron 64 pacientes con dolor lumbar, quienes solicitaron consulta en el Departamento de Fisioterapia de una Institución de Educación Superior en Bogotá, en un período comprendido entre octubre de 2012 y abril de 2015. La experiencia de dolor y el grado de incapacidad fueron evaluados a través de las versiones validadas para Colombia del Cuestionario Mc Gill del Dolor (MPQ) y la versión en idioma castellano, de la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry, respectivamente. Las características sociodemográficas se registraron mediante una encuesta diseñada para tal fin. Las diferencias entre el nivel de dolor y el grado de incapacidad según el género, fueron analizadas mediante la prueba U de Mann-Whitney; la relación entre tales medidas y la edad fue estimada a través de la prueba de correlación de Spearman; la comparación de las mismas según el nivel educativo y el estrato socioeconómico fue realizada haciendo uso de la prueba de Kruskal Wallis. La relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad fue analizada mediante regresión lineal. Los resultados han permitido observar una relación significativa entre cada una de las dimensiones del dolor y actividades específicas evaluadas mediante la Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. También se ha podido ver una relación significativa entre nivel de dolor y

grado de incapacidad dentro de algunas de las categorías del género, la edad, el nivel educativo y el estrato socioeconómico, lo cual sugiere una posible influencia de algunas características sociodemográficas sobre la relación entre dolor e incapacidad en personas con dolor lumbar.

Palabras clave: Dolor lumbar, incapacidad, edad, género, estrato, nivel educativo.

Abstract

This project has sought to determine whether there is a relationship between the level of pain and degree of disability in patients with symptoms of low back pain, considering the sociodemographic characteristics of age groups, gender identity, social class, educational status. To complement this, we have investigated whether there are differences in each of these measures, according to sociodemographic characteristics mentioned. Likewise, there has been a correlational study of covariation between variables. Participants was 64 patients with low back pain who sought consultation at the Department of Physiotherapy at an institution of higher education in Bogotá in a period between October 2012 and April 2015. The experience of pain and degree of disability were assessed by the validated versions for Colombia from McGill Pain Questionnaire (MPQ) and the version in Castilian language, Disability Scale for Oswestry Low Back Pain, respectively. The sociodemographic characteristics were recorded using a survey designed for this purpose. The differences in the level of pain and degree of disability by gender identity, were analyzed by the Mann-Whitney U test; the relationship between such measures and the age groups was estimated by the Spearman correlation test; comparing them according to educational status and social class performed using the Kruskal Wallis. The relationship between level of pain and degree of disability was

analyzed by linear regression. The results have allowed to observe a significant relationship between each of the dimensions of pain and specific activities evaluated by Oswestry. It could also see a significant relationship between the level of pain and degree of disability in some of the categories of age groups, gender identity, social class, educational status, suggesting a possible influence of sociodemographic characteristics on the relationship between pain and disability in people with low back pain.

Key words: low back pain, disability, age groups, gender identity, social class, educational status.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Pregunta de investigación y Justificación

El dolor es una sensación que se encuentra precedida por factores físicos y psicológicos que inciden en el grado de percepción por parte del sujeto que lo experimenta, los cuales hacen que intervengan diferentes estímulos, ya sean negativos o positivos y, de esta manera, el sujeto tenga la experiencia del dolor (Viñals y Bueno, 2011).

A partir de allí, el síntoma de dolor es muy frecuente encontrarlo en el cáncer, pero existen más patologías que tienen como consecuencia el dolor crónico (Vinaccia et al. 2005); éste no solo se manifiesta a nivel fisiológico, sino también de manera emocional, afectiva, inclusive familiar (Reyes, González, Mohar, y Meneses, 2011). Es por esto que el dolor influye en diferentes actividades de la vida diaria teniendo en cuenta todas las dimensiones del ser humano, en donde la incapacidad entra a ocupar un papel importante como consecuencia de la sintomatología del dolor, ya que se convierte en un factor asociado que puede desembocar en el deterioro físico y emocional que el paciente pueda llegar a desarrollar (Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

En el dolor lumbar no solo inciden factores fisiológicos, en cuanto a, pérdida de movilidad, sensación de agotamiento y dolor físico, sino que están inmersos indicadores psicológicos, los cuales vinculan la parte emocional y afectiva del paciente, ya que los temores, la ansiedad, la frustración y la desmotivación hacen parte de la adaptabilidad a la sensación de dolor percibida, y por ende, ocasionan cambios de ánimo, los cuales inciden en la activación fisiológica para realizar diferentes actividades (Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

Teniendo en cuenta que las rutinas del paciente, (cuidados personales, levantar peso, estar sentado, estar de pie, viajar, vida sexual y vida social, entre otros) pueden desarrollarse en un contexto, bien sea laboral, familiar o educativo, entre otros, es importante analizar el nivel de capacidad funcional para su realización y desarrollo; debido a que existe una sintomatología de dolor y ésta puede presentarse como una barrera al momento de cumplir con algunas actividades, incursionando en conductas de depresión y ansiedad (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008).

En Colombia se realizó un acercamiento a los tipos de incapacidad presentados por trabajadores de acuerdo al dolor lumbar que presentaban, todo ello debido a que en este país aproximadamente un 70 a 80% de la población ha tenido por lo menos una vez un episodio de dolor lumbar. Así mismo, es la principal causa de incapacidad laboral ya que hay pacientes que presentan de manera recurrente lumbalgias o discopatías (Arce, Parra y Cruz, 2015). De una forma similar, en Canadá y Finlandia las sintomatologías de dolor lumbar presentadas por pacientes en los servicios de salud, generan incapacidad a nivel ocupacional, es por ello que se supone un factor significativo de salud pública (Ministerio de Protección Social, 2006).

Tomando el dolor lumbar como una problemática de salud pública a nivel nacional, pueden intervenir diferentes disciplinas que presenten investigación sobre el tema, debido a la gama de factores tanto físicos como emocionales, los cuales el paciente debe manejar en su tratamiento y por los cuales los psicólogos deben velar a nivel de salud mental, ya que abarcan aspectos emocionales que inciden en el proceso de autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento, lo cual acompaña el trabajo del paciente con una intervención psicosocial frente a su problemática (Garbi et al. 2014).

La psicología ejerce el papel de mediador entre el paciente y la parte emocional, ya que su nivel de movilidad disminuye, ocasionando estrés, ansiedad, fatiga y desmotivación, por lo cual se establece que a través del modelo biopsicosocial se puede realizar una intervención al paciente, para que se consolide la adherencia al tratamiento de forma asertiva y la persistencia de los factores de dolor e incapacidad puedan disminuir (González, 2014).

La importancia de evidenciar la relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad radica en que podría llegar a identificarse la manera en que las dimensiones específicas del dolor (sensorial discriminativa, motivacional afectiva y evaluativa cognoscitiva) logren tener una influencia sobre el desempeño en actividades de rutina, teniendo en cuenta que el dolor lumbar es una de las principales causas de incapacidad laboral en Colombia (Arce et al. 2015).

De la misma manera, la importancia de tener en cuenta las características sociodemográficas, es debido a que permiten identificar a través del cambio socioeconómico presentado durante los últimos 15 años a nivel mundial, la transformación que ha tenido el dolor lumbar, ya que ahora no es solo un síntoma, sino que además genera incapacidad, teniendo como antecedentes razones laborales, familiares, económicas y sociales (Humbría, 2004).

Es así, como las características sociodemográficas asumen un papel importante en la relación de nivel de dolor con grado de incapacidad ya que se analiza la forma en la que los pacientes asumen el síntoma y cómo este afecta su capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana (Juárez, Cadena, Alpi, Anaya y Contreras, 2004).

Dado lo anterior, este proyecto pretende dar respuesta a la siguiente pregunta problema: ¿Existe relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con sintomatología de dolor lumbar, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de género, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico?

MARCO TEÓRICO

Dolor

El dolor ha sido descrito desde diferentes posturas teóricas, tanto a nivel fisiológico como psicológico. Así, han existido aproximaciones conceptuales no solo a nivel de efectos físicos, sino de aspectos emocionales que intervienen en la medición del dolor (Álvarez, 2008).

El dolor es una sensación corporal manifestada por algunos pacientes que presentan, en la mayoría de casos, alguna patología a nivel fisiológico, tal como afirman Marks et al. (2008), “el dolor evolucionó como un mecanismo biológico de seguridad para advertirnos cuando algo está físicamente mal en nuestro cuerpo” (p.353). De esta manera, éste puede tomarse como un mecanismo de alerta, teniendo en cuenta que es una experiencia aversiva ya que, en la mayoría de los casos, se desencadena una patología ya existente (Castro y Benavides, 2005).

Cuando el organismo emite un signo de advertencia o alerta a la sensación que está experimentando, se entiende como el dolor percibido, por ende, la experiencia del dolor es significativa en el cuerpo humano ya que puede catalogarse como mecanismo de defensa en situaciones de vulnerabilidad, de la misma manera a nivel evolutivo, puede generar ventajas de superación desde la mirada física como emocional (Schiffman, 2004).

Es así, como existen diferentes tipos de dolor tal como lo afirman Marks et al. (2008), los cuales son: agudo y crónico, en ellos, la diferencia radica en el tiempo en que el paciente experimenta la sensación; es por ello, que cuando la persona dura menos de 6 meses con la experiencia, puede catalogarse como agudo y cuando persiste por más de 6 meses, se le denomina crónico, sin embargo existen otras diferencias entre estos dos tipos de dolor las cuales pueden describir mejor la sintomatología y su evolución, entre algunas de ellas se encuentran: progresivo,

recurrente, maligno, incurable, orgánico, entre otros. El factor determinante es la linealidad del tiempo y la sensación o nivel de dolor que se experimente (Viñals y Bueno, 2011).

Desde la mirada psicológica Truyols et al. (2008), realizan un recorrido conceptual sobre diferentes aproximaciones al dolor crónico y su afrontamiento, como también, algunos tratamientos, los cuales describen que el dolor no es solo consecuencia de una alteración física, sino se toma como una conducta que está abordada por múltiples factores contextuales teniendo en cuenta la dinámica familiar y la personalidad del paciente.

Desde la misma perspectiva, según Melzack y Casey (1968), el dolor está compuesto por diferentes dimensiones: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa, las cuales son significativas para el paciente, ya que por medio de ellas puede definir la experiencia sensorial debido al grado que presente, como por ejemplo: punzante, agudo, hiriente, horrible, entre otros, lo cual hace que se pueda identificar el nivel de dolor percibido, clasificándolo de manera aguda o leve, dependiendo de la percepción que se tenga en el área afectada y del manejo emocional que el paciente refiera (Silverthorn, 2009).

A través de la psicología se puede explicar el dolor por medio del modelo cognitivo conductual en el cual, Plata, Castillo y Guevara (2004) sugieren que el paciente se anticipa a las consecuencias que conlleva el dolor, en este caso, la incapacidad, por lo cual las estrategias de afrontamiento dependen de las habilidades personales que la persona genere al enfrentarse con el estrés y los factores asociados a la frustración.

De acuerdo a la perspectiva psicológica, se debe tener en cuenta que el dolor consta de varios tipos de acuerdo a su intensidad y a su localización, por lo cual se hará un acercamiento teórico sobre dolor lumbar a partir de que se considera una problemática de salud pública (Arce et al. 2015) y es importante poder evidenciar su relación con el grado de incapacidad.

Dolor lumbar

El dolor lumbar es definido por Díaz y Gérvas (2002), como una experiencia de corte sensorial, la cual involucra la columna en su parte lumbar, impidiendo de alguna manera su movilidad, y además de ello, puede estar asociada con una o dos de las extremidades inferiores y consideran, que al menos un 80% de la población de habla hispana lo ha sufrido en algún momento de su vida.

Según Micheli (2002), la sensación de dolor lumbar es considerada como un desarrollo auto-limitado, enfocado hacia el tratamiento como cura del mismo, el cual depende de diferentes factores, ya sean neurológicos, psicológicos, o de orden fisiológico, es por ello, que de esta manera se pueden evitar distintos riesgos de sufrir dolor lumbar crónico previniendo riesgos y promoviendo la salud integral.

Existen varios tipos de dolor lumbar de acuerdo con algunas posturas teóricas. En relación a la sensación percibida y al lugar donde se encuentre ubicado, se puede catalogar con un término específico, bien sea, lumbar, neuropático, lumbar por causas extrínsecas o extra lumbar y por causa mecánica o degenerativa, los cuales son precedidos por diferentes factores, tales como, anatómicos, de compresión, vasculares y neurales (Martínez, 2012). Así mismo este dolor se ha clasificado según Nogales, Donoso, Renato y Verdugo (2005), en cuatro subtipos, los cuales son: dolor lumbar puro, atípico esclerotógeno y radicular.

El dolor lumbar puro se manifiesta en la región paravertebral, aumentando la sensación de dolor por el esfuerzo físico y la flexión, obedece a una patología muscular o discal; el dolor lumbar atípico, puede presentarse debido a la inexistencia de una patología, manifestándose en un factor psicógeno en el cual la persona puede sentir la sensación de dolor sin enfermedad o lesión

aparente, mientras que el dolor lumbar esclerotógeno, obedece a la presencia del mismo en nalgas y muslos pero no se proyecta a las piernas, afectando así, la actividad diaria en cuanto a estar de pie de manera prolongada; mientras que el dolor lumbar radicular, puede comenzar en los muslos y nalgas proyectándose a la rodilla y pierna incrementando la sensación (Nogales et al. 2005).

Por otra parte, según Maslo (2001), existen cuatro tipos de sensación de dolor lumbar, las cuales son: mecánica, en la que el paciente por un desgaste de alguna articulación debido a su uso, siente dolor y casi siempre se manifiesta en la noche o cuando la persona ha realizado algún esfuerzo; otro tipo es el inflamatorio, en el cual la persona al quedarse quieta aparece el síntoma, mientras que si realiza movimiento éste desaparece, así mismo, existe la sensación de dolor directo, la cual solo afecta a la articulación específica, es decir, si hay dolor en la espalda baja se concentra solamente en esa zona, sin interferir otra parte del cuerpo, y finalmente el dolor irradiado, en donde de una articulación a otra se conecta la sensación, proyectándola a otra parte del cuerpo.

La lumbalgia, es el tipo de dolor lumbar más frecuente en adultos mayores, se genera por accidentes, infecciones o enfermedades, sin embargo en la mayoría de los casos, puede presentarse cuando el sujeto ejerce presión en los músculos y la tensión producida provoca lesiones musculares, que vinculan directamente al área lumbar (Viñals y Bueno, 2011).

A partir de diferentes lesiones lumbares, se desencadenan otro tipo de situaciones de salud que empeoran el dolor transformándolo en crónico, no solo en tiempo, sino en consecuencias psicológicas; desde allí, Guic, Rebolledo, Galilea y Robles (2002), a partir del modelo biopsicosocial, sugieren que el sujeto puede depender de diferentes situaciones emocionales proyectándolas en dolores físicos, pero de la misma manera estas sensaciones, pueden desarrollar

dificultades de comunicación asertiva y tolerancia a la frustración, las cuales intervienen en su ambiente social, laboral y familiar, ocasionando estrés y ansiedad, lo cual también puede desarrollar la existencia del dolor lumbar, el cual no es desarrollado por patologías estrictamente fisiológicas, sino que a partir de episodios psicológicos puede generarse la sensación.

En consecuencia a la categorización de dolor por tiempo de sensación percibida, Andersson (1999) infiere que personas menores de 45 años, tienen una tendencia mayor a presentar dolor lumbar crónico.

La recurrencia de esta sintomatología ocurre en un 60% de la población por estrés laboral y condiciones posturales que alteran la parte lumbar, sin embargo los factores de daño ocupacional aún no se han definido, pero se encuentra en un 50% de la población de que el dolor lumbar crónico prevalece sobre un dolor lumbar de sintomatología aguda, el cual se encuentra en un 10% total de la población (Micheli, 2002).

Incapacidad.

El término de incapacidad refiere dificultad para la realización de alguna actividad, bien sea laboral, ocupacional o de acción física, la cual está relacionada con determinada enfermedad o sintomatología que la provoque (Hame y Gutiérrez, 2005).

Así mismo, se toma la incapacidad como una disminución de la capacidad del paciente cuando presenta alguna sintomatología de dolor y se presenta de forma progresiva, ya que una vez se diagnostique, un 50% de los pacientes no pueden desarrollar una tarea tiempo completo, y por ende cuando el síntoma aparece antes de los 40 años el pronóstico es menos alentador que cuando el dolor aparece a los 70 años de edad (Cañete et al. 2008).

Por otro lado, se han identificado conceptualizaciones que de acuerdo al enfoque en el

cual la estén trabajando el término de incapacidad es cambiante, tal es el caso de que puede existir relación con: discapacidad, impedimento o diversidad funcional, lo cual conlleva a la existencia de posturas teóricas que trabajan el tema desde diferentes enfoques psicológicos, como puede ser, el cognitivo conductual, el humanista, el educativo e incluso el social. Desde allí se evidencia que aunque el término incapacidad, se ajusta a las variedades de funcionalidad y adaptabilidad de la persona, incide a nivel terminológico en los estudios e investigaciones a realizar (González, Gómez y Santiago, 2013).

Es así, que la incapacidad desde un enfoque de salud holístico es vista como la falta de capacidad y por ende de salud, ya que un paciente puede vestirse, bañarse y peinarse por un tiempo prolongado, cuenta con los medios para sentirse cómodo a nivel de salud, mientras que la persona que no puede realizar dichas actividades debido a un dolor percibido, entraría a catalogarse como incapacitada (Equipo Vértice, 2010).

Dolor lumbar e incapacidad.

El nivel de dolor lumbar está directamente relacionado con el grado de incapacidad, ya que puede disminuir el ritmo de las actividades diarias del paciente, o las suprime para así disminuirlo, lo cual conlleva a un nivel de incapacidad primario, donde el paciente comienza a cambiar rutinas porque el dolor impide su desarrollo (Torres y Compañ, 2006).

Estas rutinas, están precedidas por una variable que es la incapacidad, ya que cuando se tiene dicha sintomatología, ésta afecta el cuerpo en su funcionalidad con el contexto, por ende cuando una persona experimenta la sensación de dolor, va ligada de manera directa con la

incapacidad y el grado de funcionalidad que esto represente en la vida cotidiana (França, Burke, Hanada y Marques, 2010).

De esta manera, existen consecuencias que afectan el diario vivir del sujeto, es por ello que aunque la prevalencia no es alta, se evidencia que a mayor dolor percibido aumenta el nivel de incapacidad, ya que cuando se presenta el dolor puede disminuir el nivel de movimiento ejercido por el paciente y a su vez podría aparecer la inmovilización del mismo, tornándose en un tipo de circuito, del cual se establece la relación directa dolor-incapacidad (Garbi et al. 2014).

Es así, que las personas que presentan lesión medular, exponen problemas asociados con: movilidad, accesibilidad, funcionalidad en la vida cotidiana, y debido a ello, se vinculan diferentes ayudas materiales, como herramientas que deben tener para sobrellevar su condición de salud, obteniendo así, una mejor calidad de vida; sin embargo, aquellos accesos influyen no solo a nivel de capacidad para hacer las cosas, sino en el afrontamiento psicosocial del paciente, lo cual permite identificar que si existe presencia de dolor, la actividad decae pero no solo a nivel físico, sino también en el aspecto emocional (Coura, De França, Enders y Souza, 2012).

Es de vital importancia tener en cuenta que existen factores psicológicos que inciden en que se aumente el nivel de incapacidad en un paciente que refiere dolor lumbar, debido a los miedos y a que las estrategias de afrontamiento no se efectúen de la manera adecuada, desencadenando falta de movilidad y motivación a nivel de iniciativa, provocando inseguridad, fatiga y ansiedad (Cadena, Alpi, Contreras, Londoño y Anaya, 2005).

Así mismo, los factores psicológicos inciden en la incapacidad ya que se encuentran reflejados en las secuelas físicas que apropián al paciente con dolor lumbar, por ende las dimensiones afectivas que trabajan la parte emocional de la persona inciden en el

comportamiento y la actividad que pueda ejercer de manera rutinaria con su entorno y de manera individual sin depender de un cuidador o acompañante (Prada et al. 2015).

A partir de la psicología se puede explicar que la relación entre dolor lumbar e incapacidad es significativa, pero no solo debido a la dimensión sensorial de éste, sino a las experiencias pasadas del paciente, es decir, el imaginario que se desarrolla alrededor de la sintomatología y de las consecuencias que puede tener en su calidad de vida (Plata et al. 2004).

Es por ello, que debido a la implicación del dolor visto desde el tratamiento a realizar contra la sintomatología, la técnica o terapia que se aplique, deberá atacar tanto el nivel de incapacidad como el grado de la sensación y experiencia de dolor, para que de manera lineal las dos variables incidan en disminuir la sensación y fortalecer la funcionalidad de la persona en sus rutinas (França et. al. 2010).

De la misma manera, personas que sufren de trastornos degenerativos de la columna lumbar, pueden tener intervenciones terapéuticas que aluden tanto al dolor como a la incapacidad, sin embargo existen instrumentos de medición de estas dos variables, los cuales son usados en las personas que son sometidas a tratamientos médicos; a partir de ello, se utiliza la escala visual análoga de dolor de 1-100 o de 1-10 según lo maneje el investigador, pero va acompañado de la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry para generar una sinergia de conceptos desde dos puntos de vista distintos (Sardar et al. 2015).

Algunas terapias físicas como la de dispositivo, reduce los índices de dolor lumbar, e incapacidad de manera proporcional, teniendo en cuenta algunas características sociodemográficas tales como: edad, género y estilo de vida, estos factores están directamente relacionados cuando se trata de evaluar una persona en sus diferentes dimensiones especificando

las variables que interfieren a nivel de funcionalidad motora y mental (Anandani, Shetty, Bafna, Narula y Gandhi, 2015).

La relación del grado de incapacidad con el nivel de dolor es significativa en cuanto al sexo, teniendo en cuenta que el dolor lumbar incide de manera directa en la funcionalidad del paciente y así mismo, se observa que algunas personas debido a factores ambientales como pueden ser: estrés, ansiedad, conflictos emocionales, entre otros, pueden adquirir la sintomatología y a partir de allí desarrollar un nivel de incapacidad (Bassols, Bosch, Campillo y Baños, 2013).

Todo ello da a entender, que la relación entre dolor lumbar e incapacidad es significativa, lo cual hace que la persona se aleje del entorno social dejando de hacer actividades de ocio y tiempo libre, reduciendo así, la auto-eficacia, aumentando la inactividad física, conllevando así, a que la incapacidad sea consecuencia del dolor lumbar (Salveti, Pimenta, Braga y Correa, 2012).

Por ende, se evidencia que la calidad de vida se ve afectada de manera directa, cuando una persona sufre de dolor lumbar, ya que intervienen variables tales como: temperatura, movilidad, emocionalidad, vida social, actividad sexual, entre otras, las cuales deben ser medidas cuando se intenta verificar la influencia del dolor en funcionalidad del paciente, y a partir de allí tenerlas en cuenta para cualquier tipo de intervención terapéutica (Veresciagina, Ambrozaitis, y Spakauskas, 2009).

Según González y Moreno (2007) el manejo del dolor y su limitación en rutinas de la persona, se encuentran relacionados con la mala administración de diferentes elementos, ya sea de medicamentos como de estrategias de afrontamiento por parte del paciente, lo cual determina la relación directa de las dos variables tanto de incapacidad como de dolor y su afectación en el

diario vivir, ya que dependen de factores externos los cuales deben ser gestionados para mejorar la calidad del mismo.

Estado del arte

De acuerdo a estudios sobre la relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad, los cuales se han venido trabajando durante la última década, se toman como referencia, diferentes características que los asocian y diferencian a la vez, éstas dan cuenta de que un paciente con dolor lumbar pueda tener indicios de incapacidad en sus actividades de rutina.

Existe un impacto significativo en la vida del paciente que siente dolor, ya que su capacidad funcional disminuye, por ende su grado de independencia fluctúa, ya que si éste presenta mayor afectación por el dolor, pueden existir diferentes factores asociados que incidan en su vida social, tales como: depresión, insomnio, ansiedad entre otros, los cuales influyen de manera negativa en su cotidianidad (Torres y Compañ, 2006).

Es así, como se han venido desarrollado diferentes estudios que apuntan a disminuir la sintomatología de dolor lumbar con diferentes terapias físicas que se le brindan al paciente, teniendo en cuenta su nivel de capacidad funcional. Por ejemplo França et al. (2010), encontraron que el nivel de dolor y grado de incapacidad, fueron subiendo sus índices de manera correlacional, debido a que la fisioterapia recibida por el paciente disminuyó el dolor y aumentó la función de la actividad rutinaria, de la misma manera concluyen que hay un factor influyente, el cual es la terapia física, ya que determina que el dolor y la activación funcional son directamente proporcionales, debido a que a menor dolor mayor capacidad de realizar actividades por parte del paciente.

Sin embargo, algunos estudios difieren en los instrumentos de medición tanto de nivel de dolor como de grado de incapacidad, ya que tienen las mismas variables pero son cuantificadas

de diferente manera, tal es el caso de la investigación de Garbi et al. (2014) en donde se utilizó el cuestionario Ronald Morris de Incapacidad y la escala de categoría numérica de 11 puntos para dolor, teniendo en cuenta que la correlación entre dolor e incapacidad fue significativa.

Así mismo, las características de incapacidad fueron tomadas a nivel laboral, actividades de entretenimiento, y convivencia familiar mientras que el grado de dolor lumbar se midió a partir de un tiempo de permanencia mayor o igual a 6 meses; se evidenció la existencia de correlación entre dolor e incapacidad ya que a mayor dolor menor posibilidad de movimiento y por ende mayor grado de incapacidad (Garbi et al. 2014).

Las investigaciones concuerdan en que el nivel de incapacidad generado en personas que presentan dolor lumbar crónico se aumenta en el desarrollo de rutinas, es decir que sí existe una relación intrínseca entre estas dos variables, ya que son co-dependientes teniendo en cuenta la autoeficacia y afrontamiento que cada paciente maneje con el síntoma y la situación de funcionalidad (Salveti et al. 2012).

Siendo determinantes las conductas adoptadas por el paciente que presenta dolor, se concluye que el nivel de incapacidad se incrementa por medio de factores externos que interfieren de manera directa, aunque no necesariamente fisiológicamente, teniendo en cuenta la creación de alteraciones emocionales, tales como: ansiedad y depresión, lo cual no ayuda a nivelar el dolor sino que por el contrario aumenta el grado del mismo y la sintomatología se convierte en patología (Truyols, et al. 2008).

Es por ello, que se realiza un recorrido conceptual sobre diferentes aproximaciones psicológicas al dolor crónico, su afrontamiento y algunos tratamientos, describiendo al dolor no sólo como consecuencia de una alteración física, sino como una conducta que esta abordada por

múltiples factores teniendo en cuenta el contexto, la dinámica familiar y la personalidad del paciente (Truyols et al. 2008).

A partir de la relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad, se identificó el estudio de González y Moreno (2007), el cual fue enfocado al manejo del síntoma referente a la dificultad de realizar rutinas, se desarrolló con 151 pacientes mayores de edad, que acudieron a consulta externa en el Hospital de Monterrey, y a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Estimación de la Prevalencia e Intensidad de Dolor (CEPID), teniendo en cuenta que el dolor no estaba siendo manejado, ni por medio de medicamentos, ni tampoco por estrategias de afrontamiento. Esto arrojó que las personas que tenían actividad en el hogar, no podían realizar dichas tareas, ya que el dolor no disminuía y de lo contrario aumentaba, además de conllevar pérdidas económicas y personales, lo cual desencadena el dolor como factor del desarrollo de capacidades a nivel de rutina (González y Moreno, 2007).

Artazcoz et al. (1999) encontraron resultados en relación de la importancia de la postura y su influencia en el dolor lumbar, y plantearon la edad como un factor de riesgo, debido a la disminución de la capacidad de amortiguación de la espalda, ya que a mayor edad se incrementa el riesgo de dolor y por ende de incapacidad. Así mismo (Castellano, Requena, Palacios y Serra, 2014) refieren que a mayor edad más altas las puntuaciones en grado de incapacidad, ya que la persona percibe el deterioro del estado físico a causa del dolor desencadenando la incapacidad, sin embargo no encuentran una influencia significativa del género con la relación mencionada.

Mientras que en cuanto al sexo Artazcoz et al. (1999), asegura, que el que más presenta lesión lumbar fue el masculino, ya que el femenino se ocupa de labores menos exhaustivas y sedentarias en el trabajo, en cambio el primero tiene una mayor ocupación en áreas de carga pesada, fuerza corporal, y manejo operativo. Se encuentra una relación directa entre los factores

de riesgo individuales los cuales son edad y género, con las diferentes categorías planteadas en cuanto a ocupación laboral, ya que por el mismo trabajo pueden desencadenar algún factor de riesgo.

Todo ello, constata que, aunque existen investigaciones en cuanto a la relación entre nivel de dolor con el grado de incapacidad, se hace necesario indagar, de una manera más específica, la posible relación entre cada una de las dimensiones del dolor con actividades funcionales de la vida diaria, y de manera complementaria la asociación con variables sociodemográficas en personas con diferentes patologías, entre las cuales se encuentran aquellas con sintomatología de dolor lumbar.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si existe relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con sintomatología de dolor lumbar, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de sexo, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico.

Objetivos Específicos

Determinar si existen diferencias en el nivel de dolor de acuerdo a las características sociodemográficas.

Comprobar si existen diferencias en el grado de incapacidad según las características sociodemográficas de sexo, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 64 pacientes con diagnóstico de dolor lumbar y que hayan solicitado consulta en el período comprendido entre octubre de 2012 y abril de 2015 en el Departamento de Fisioterapia de una Institución de Educación Superior en Bogotá, Colombia. Así, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La media de la edad fue 39.63 años (DE = 12.75 años), con un rango entre los 20 y 80 años. 30 mujeres (47%) y 34 hombres (53%) participaron en el estudio. Las personas correspondían a estratos socioeconómicos 2 (10,9%), 3 (40,6%) 4 (32,81%), 5 (7,81%) y 6 (7,81%) y a niveles educativos de Bachillerato (21,88%), Técnico (1,56%), Profesional (29,69%) y Postgrado (46,88%). Se tomaron en consideración personas con dolor lumbar asociado a causas tales como discopatía lumbar, escoliosis, hernia, espasmo muscular y artritis para la selección de participantes. La totalidad de ellos firmaron el Consentimiento Informado (ver Anexo 1), ya que personas sin este diagnóstico o que no firmaran el Consentimiento Informado no fueron tenidos en cuenta en el estudio.

Materiales, instrumentos, técnicas o tareas

Encuesta de características sociodemográficas (edad, género, estrato y nivel educativo) (Ver Anexo 4) y Cuestionario McGill de dolor (Ver Anexo 3), Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry (Ver Anexo 2).

Cuestionario McGill

Es un instrumento de medición del dolor el cual contiene ítems cualitativos, además, consta de tres dimensiones que actúan como descriptoras de la experiencia de dolor, las cuales son: sensorial, afectiva-emocional y evaluativa. Cada dimensión tiene asignado un valor el cual refiere la intensidad de dolor percibida, la sensorial consta de 10 subclases, la afectiva-emocional comprende cuatro subclases y en la evaluativa existen descriptores sobre la intensidad de dolor.

El cuestionario está estructurado con 78 adjetivos distribuidos en 20 grupos, y cada grupo tiene aproximadamente 2 a 6 de ellos (Melzack, 1975).

Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry

Es una medición del grado de incapacidad que presenta el paciente que refiere dolor lumbar, la cual consta de 10 preguntas con opción de respuesta de 0-6 puntos (puntuación total entre 0-50 puntos) donde las mayores puntuaciones indican mayor nivel de incapacidad. La primera pregunta hace referencia a la intensidad de dolor presentada por la persona a evaluar y las siguientes preguntas son actividades de la vida diaria que pueden ser afectadas por el dolor, tales como: cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar. Al terminar la prueba, se suman los puntos, se divide el total entre 50 y se multiplica por 100 para obtener el porcentaje de incapacidad. En caso de haber respondido una pregunta menos (9 ítems) se divide entre 45, que sería la máxima puntuación posible, en vez de entre 50 (Alcántara, Flórez, Echávarri y García, 2006).

Este instrumento en la versión validada para habla castellana, cuenta con un nivel de fiabilidad de $r = 0,92$, el cual se obtuvo a través del coeficiente de correlación de Pearson, de una aplicación de la Escala a 84 pacientes en dos momentos distintos durante dos días contiguos, en relación al puntaje obtenido por cada ítem de manera individual (Alcántara et al. 2006).

Encuesta de Características Sociodemográficas.

Este tipo de encuesta ha sido utilizada en otros estudios sobre dolor lumbar, en donde se indagan diferentes aspectos del paciente, lo cual permite un análisis sobre la incidencia del síntoma de acuerdo las actividades de la vida cotidiana de la persona. Debido a ello, las variables sociodemográficas escogidas para el estudio fueron con base en otras investigaciones que también las evaluaron, enfocadas hacia: estrato, nivel de estudios, edad y género; todo ello con el

fin, de poder verificar las diferentes características sociodemográficas que acompañan a la persona que presenta el síntoma y poder asociar la conducta y la sensación de acuerdo a ellas (Bassols et al. 2003).

La encuesta consta de preguntas con algunos ítems delimitados tales como estrato socioeconómico, en donde se presentan las opciones de respuesta del 1 al 6; en el sexo se pregunta por género femenino o masculino; en cuanto a nivel de estudios se delimitaron las categorías de: bachillerato, técnico, profesional y posgrado, en edad se tuvo en cuenta el rango de menores a 45 y mayores de 45 años según los postulados de Andersson (1999).

Procedimiento

La investigación pretendió desarrollar un proceso sistemático por lo cual, se establecieron etapas en las que se logró obtener resultados a través de diferentes mediciones realizadas tanto de nivel de dolor como de grado de incapacidad a pacientes que presentaran sintomatología de dolor lumbar.

La primera etapa consta del contacto tanto con la institución como con los participantes a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos, como segunda etapa se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición de nivel de dolor y grado de incapacidad a la población determinada, para luego en la siguiente etapa, realizar el registro de los datos obtenidos e incluirlos en el paquete estadístico para de esta manera culminar con la última etapa en la que se analizaran los resultados a la luz de la teoría investigada a lo largo de la investigación.

Selección de participantes

Se realizó como primera medida un contacto con la institución en donde se desarrolló la investigación, donde se informó a la Vicerrectoría de Investigaciones sobre el proyecto a realizar, para poder vincular pacientes que hayan solicitado consulta por dolor de espalda crónico en el

período comprendido entre octubre de 2012 y abril de 2015, ya que la Institución maneja convenios con entidades de salud, junto con el programa de Fisioterapia para realizar intervención terapéutica a pacientes con diferentes patologías.

Posteriormente se realizó la selección de pacientes que pueden estar en el grupo a trabajar, teniendo en cuenta que presenten sintomatología de dolor lumbar, que fueran mayores de edad y que accedieran a realizar las mediciones respectivas para la investigación, por medio del Consentimiento Informado, el cual fue firmado previo a la aplicación de los instrumentos.

Aplicación de la prueba:

Se realizó el primer acercamiento con el paciente desarrollando la encuesta de datos sociodemográficos, posteriormente se indaga la patología o el síntoma tratado en Fisioterapia para identificar el tiempo de tratamiento junto con la medicación recomendada por la entidad de salud remitida. Después de ello, se aplicó la primera evaluación, donde se midió la experiencia del dolor, para observar en qué grado se encontraba con el Cuestionario McGill, seguido a ello, se tomó la segunda medición en cuanto a nivel de funcionalidad con la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry, todo esto con el fin de analizar los datos obtenidos, a partir de las características sociodemográficas y la relación que se pudo identificar con la repercusión del dolor, teniendo en cuenta sus actividades de la vida cotidiana y su funcionalidad con los aspectos a nivel de incapacidad.

Análisis de los resultados

El registro y análisis de los datos fueron realizados a través del uso del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Versión 23.0. Las diferencias en el nivel de dolor y el grado de incapacidad según el género, fueron analizadas mediante la prueba U de Mann-Whitney; la relación entre tales medidas y la edad fue estimada a través de la prueba de

correlación de Spearman; la comparación de las mismas según el nivel educativo y el estrato socioeconómico fue realizada haciendo uso de la prueba de Kruskal Wallis. La relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad fue analizada mediante regresión lineal.

Resultados

El proyecto ha pretendido determinar si existe alguna relación entre el nivel de dolor y el grado de incapacidad en pacientes que presenten sintomatología de dolor lumbar, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de género, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico. El análisis de esta posible relación dentro de cada una de las características sociodemográficas permitirá distinguir de una manera más específica, dentro de cuáles de ellas podría presentarse. En esta medida, algunos procedimientos de intervención podrían sugerirse para grupos específicos de estos pacientes.

De manera complementaria, se ha indagado si existen diferencias en cada una de tales medidas, según las características sociodemográficas mencionadas. Esto con el fin de hacer una descripción de cada una de estas variables en términos de tales características sociodemográficas. Esta descripción aportará algunos elementos a tener en cuenta como referente comparativo en estudios epidemiológicos futuros relacionados.

De acuerdo a lo anterior, en la Tabla 1, se puede observar la comparación en el nivel de dolor y el grado de incapacidad, de acuerdo al género, mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 1

Análisis comparativo de las puntuaciones en la Escala de Incapacidad de Oswestry y el Cuestionario McGill de Dolor, según el género, mediante la prueba U de Mann-Whitney

Prueba	Género				p
	Masculino		Femenino		
	Media	DE	Media	DE	

Escala de Incapacidad de Oswestry					
Intensidad de dolor	1.1	1.16	1.56	1.26	0.169
Cuidados personales	0.37	0.56	0.97	1.11	0.013*
Levantar peso	2.27	1.11	2.41	1.23	0.509
Andar	0.53	0.78	0.94	0.98	0.088
Estar sentado	1.67	0.99	1.53	0.93	0.539
Estar de pie	1.57	0.86	1.88	1.12	0.231
Dormir	0.53	0.97	0.76	0.99	0.256
Actividad sexual	1.20	1.27	1.50	1.42	0.412
Vida social	0.90	1.12	1.44	1.13	0.046*
Viajar	1.37	1.03	1.38	0.99	0.866
Puntaje total Oswestry	23.00	13.62	28.76	15.38	0.087
Cuestionario McGill de dolor					
Sensorial discriminativa	20.00	3.60	21.35	3.69	0.133
Motivacional afectiva	7.93	1.26	7.73	1.38	0.366
Evaluativa cognoscitiva	2.80	1.06	2.38	1.04	0.122
Puntaje total McGill	38.60	6.00	40.41	6.87	0.388

Nota: * $p \leq 0.05$.

En la Tabla 1 se visualiza que se presentaron diferencias significativas en las medidas de *Cuidados personales* ($p=0.013$) y *Vida social* ($p=0.046$) de la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry según el género; adicionalmente, allí puede verse que no se presentaron diferencias en ninguna de las dimensiones del dolor de acuerdo a la misma característica sociodemográfica.

En la Tabla 2 se presentará el análisis de la relación entre el nivel de dolor y el grado de incapacidad, con la característica sociodemográfica de edad.

Tabla 2.

Análisis de la relación entre la edad y las puntuaciones en la Escala de Incapacidad de Oswestry y el Cuestionario McGill de Dolor, mediante la prueba de correlación de Spearman.

Prueba		Prueba de correlación de Spearman	
Escala de incapacidad de Oswestry		R	p
	Intensidad de dolor	0.269	0.032*
	Cuidados personales	0.132	0.298
	Levantar peso	0.341	0.006**
	Andar	0.157	0.217
	Estar sentado	0.305	0.014*
	Estar de pie	0.316	0.011*
	Dormir	0.064	0.614
	Actividad sexual	0.297	0.017*
	Vida social	0.372	0.002**
	Viajar	0.252	0.045*
	Puntaje total Oswestry	0.364	0.003**
Cuestionario McGill de dolor		R	p
	Sensorial discriminativa	0.304	0.015*
	Motivacional afectiva	-0.081	0.525
	Evaluativa cognoscitiva	0.050	0.695
	Puntaje total McGill	0.291	0.020*

Nota: * $p \leq 0.05$. ; ** $p \leq 0.01$.

Puede verse que se ha presentado una correlación significativa, a través de la prueba de correlación de Spearman, entre la edad y las medidas de *Intensidad de dolor* ($R=0.269$; $p=0.032$), *Levantar peso* ($R=0.341$; $p=0.006$), *Estar sentado* ($R=0.304$; $p=0.014$), *Estar de pie* ($R=0.316$; $p=0.011$), *Actividad sexual* ($R=0.297$; $p=0.017$), *Vida social* ($R=0.372$; $p=0.002$), *Viajar* ($R=0.252$; $p=0.045$) y puntaje total ($R=0.364$; $p=0.003$) de la Escala de Oswestry, y entre edad y la dimensión *Sensorial discriminativa* ($R=0.304$; $p=0.015$) y el puntaje total ($R=0.291$; $p=0.020$) del Cuestionario McGill (ver Tabla 2).

En cuanto a las posibles diferencias en el grado de dolor y el nivel de incapacidad según el nivel educativo y el estrato socioeconómico, analizadas mediante la prueba Kruskal Wallis, solo se dieron diferencias significativas en la actividad *Estar Sentado* de la Escala de Oswestry, según

el *Estrato Socioeconómico* ($p = 0.015$). Los valores de significancia para este análisis pueden ser vistos en la Tabla 3, a continuación.

Tabla 3.

Valores de significancia en el análisis comparativo de las diferencias en cada una de las medidas del Cuestionario McGill de dolor y de la Escala de Incapacidad de Oswestry, según el estrato socioeconómico y el nivel educativo.

Prueba	Medida de la Prueba	Estrato socioeconómico	Nivel educativo
		<i>p</i>	<i>p</i>
Cuestionario McGill			
	Dimensión Sensorial	0.248	0.265
	Dimensión Afectiva	0.442	0.235
	Dimensión Evaluativa	0.749	0.933
	Puntaje Total	0.365	0.684
Escala de Incapacidad de Oswestry			
	Intensidad de dolor	0.354	0.941
	Cuidados personales	0.107	0.656
	Levantar peso	0.565	0.767
	Andar	0.310	0.805
	Estar sentado	0.015*	0.366
	Estar de pie	0.388	0.340
	Dormir	0.357	0.555
	Actividad sexual	0.389	0.174
	Vida social	0.230	0.423
	Viajar	0.141	0.439
	Puntaje Total	0.114	0.603

*Nota: * $p \leq 0.05$.*

En lo que se refiere a la posible relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con dolor lumbar, un análisis inicial entre los puntajes totales del Cuestionario McGill de Dolor y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry fue realizado mediante regresión lineal. La Figura 1, a continuación, muestra algunos detalles de tal análisis.

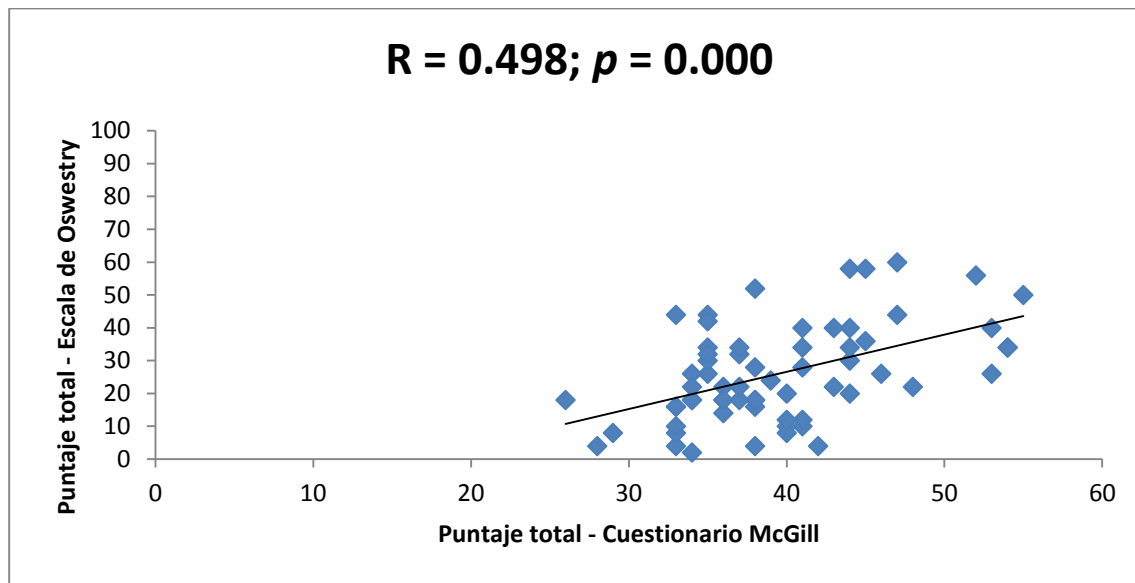


Figura 1: Relación entre los puntajes totales del Cuestionario McGill del Dolor de la Escala de Incapacidad de Oswestry, mediante análisis de regresión lineal

Se evidencia que los puntajes de nivel de dolor obtenidos con el Cuestionario McGill, en relación con los puntajes de grado de incapacidad obtenidos por La Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry fueron significativos ($R=0.498$; $p=0.000$).

Como se visualiza, en los resultados expuestos en la Figura 2, existe una relación significativa entre el puntaje total de dolor y las medidas de *Intensidad de dolor* ($R=0.310$; $p=0.001$), *Cuidados personales* ($R=0.405$; $p=0.030$), *Levantar peso* ($R=0.298$; $p=0.017$), *Andar* ($R=0.283$; $p=0.024$), *Estar sentado* ($R=0.358$; $p=0.004$), *Estar de pie* ($R=0.333$; $p=0.007$), *Dormir* ($R=0.001$; $p=0.004$), *Actividad sexual* ($R=0.290$; $p=0.020$), *Vida social* ($R=0.376$; $p=0.002$) y *Viajar* ($R=0.424$; $p=0.000$).

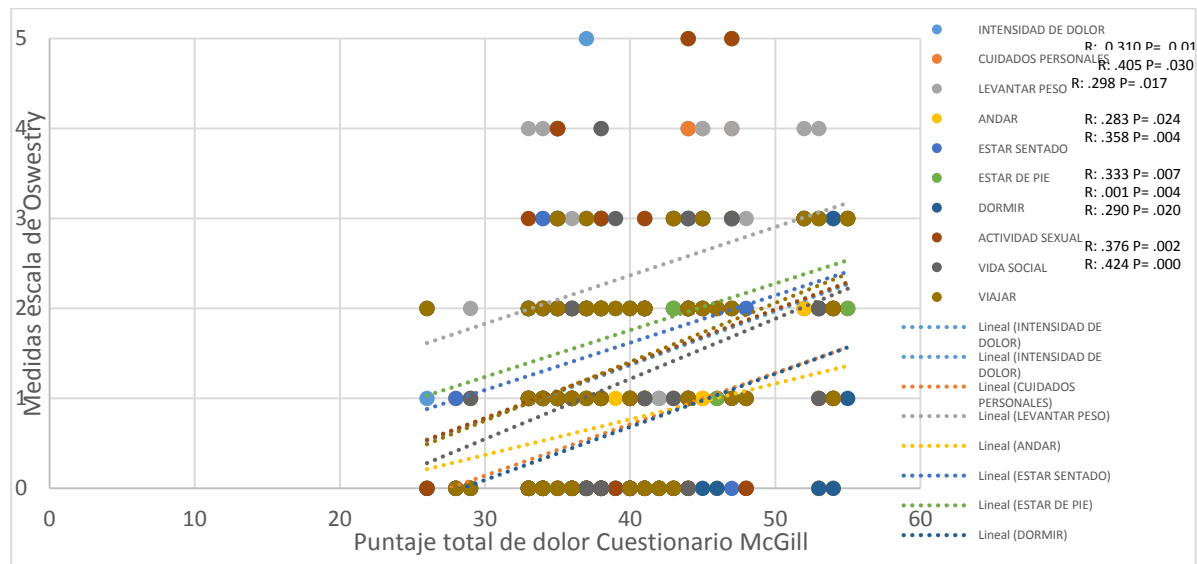


Figura 2: Relación entre el puntaje total de dolor del Cuestionario McGill y las actividades evaluadas en la Escala de Incapacidad de Oswestry, mediante análisis de regresión lineal

Al analizar la relación entre la dimensión sensorial del dolor evaluada por el cuestionario McGill, y las actividades evaluadas con la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry mediante regresión lineal (Ver Figura 3), se evidencia que tuvo relación significativa con *Intensidad de dolor* ($R=0.303$; $p=0.015$), *Cuidados personales* ($R=0.350$; $p=0.005$), *Levantar peso* ($R=0.302$; $p=0.015$), *Estar sentado* ($R=0.324$; $p=0.009$), *Viajar* ($R=0.443$; $p=0.000$), *Dormir* ($R=0.329$; $p=0.008$) y *Actividad sexual* ($R=0.286$; $p=0.022$).

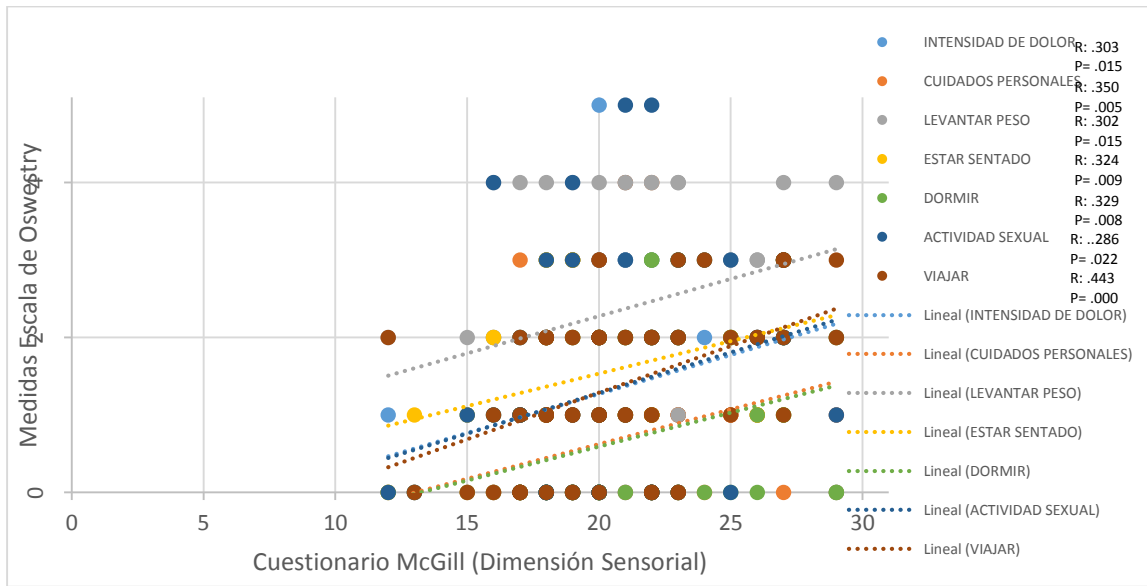


Figura 3: Relación entre el puntaje de la Dimensión sensorial del Cuestionario McGill y las actividades evaluadas en la Escala de Incapacidad de Oswestry, mediante análisis de regresión lineal

A continuación, en la Figura 4 puede observarse el análisis de la relación entre la dimensión evaluativa del dolor y las actividades medidas por la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry con las cuales se presentó una relación significativa, a partir de un análisis de regresión lineal.

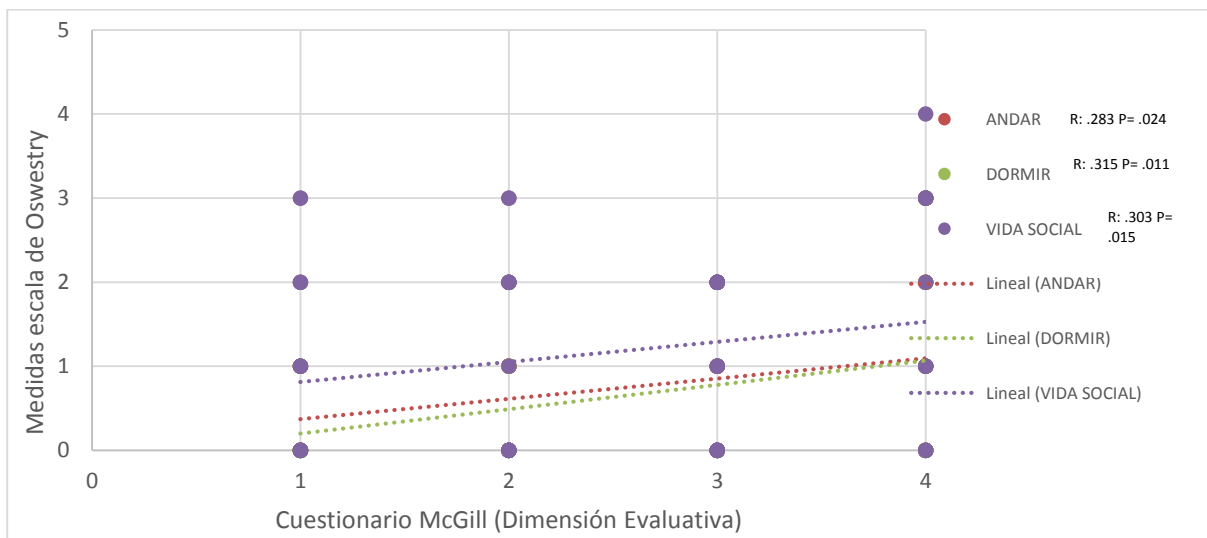


Figura 4: Relación entre el puntaje de la Dimensión Evaluativa del Cuestionario McGill y las actividades evaluadas en la Escala de Incapacidad de Oswestry, mediante análisis de regresión lineal

En los resultados de la Figura 4, a continuación se puede verificar la relación significativa entre la dimensión evaluativa del dolor con actividades: *Andar* ($R=0.283$; $p=0.024$), *Dormir* ($R=0.315$; $p=0.011$) y *Vida social* ($R=0.303$; $p=0.015$) de la Escala de Oswestry.

Posteriormente, se realizó el análisis de la relación entre el nivel de dolor y el grado de incapacidad según las características sociodemográficas de género, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico. En este sentido, el análisis se realizó mediante regresión lineal. La Tabla 4, a continuación, muestra las categorías de las características sociodemográficas donde tal relación fue significativa.

Tabla 4

Análisis de la relación entre el nivel de dolor y el grado de discapacidad según las características sociodemográficas de género, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico, mediante regresión lineal

Características sociodemográficas	Categorías	Análisis de regresión lineal	
		R	P
Género	Masculino	0.283	0.130
	Femenino	0.622	0.000**
Edad	20-45 años	0.519	0.000**
	46-80 años	0.405	0.095
Nivel educativo	Bachillerato	0.418	0.136
	Técnico	No puede calcularse	
	Profesional	0.672	0.002**
	Postgrado	0.474	0.008**
Estrato socioeconómico	2	0.275	0.550
	3	0.336	0.093

4	0.757	0.000**
5	0.245	0.691
6	0.534	0.354

Nota: * $p \leq 0.05$. ; ** $p \leq 0.01$.

Al hacer el análisis de la relación entre los puntajes totales de dolor e incapacidad medidos por el Cuestionario McGill y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry, según las características sociodemográficas de edad, género, nivel educativo y estrato socioeconómico, se observa en la Tabla 4, que la relación fue significativa en el género femenino ($R= 0.062$; $p=0.000$), en el rango de edad entre 20 a 45 años ($R= 0.519$; $p=0.000$), en los niveles educativos *Profesional* ($R= 0.672$; $p=0.002$), y *Postgrado* ($R= 0.474$; $p=0.008$), y en el estrato socioeconómico 4 ($R= 0.757$; $p=0.000$) (Ver tabla 4). La división de las categorías mencionadas según la edad se hizo con base en Andersson (1999), teniendo en cuenta que el autor ha observado que personas de 45 años o menores, tienen una tendencia mayor a presentar dolor lumbar crónico.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con dolor lumbar, y que hayan solicitado consulta en el período comprendido entre octubre de 2012 y abril de 2015, en el Departamento de Fisioterapia de una Institución de Educación Superior en Bogotá, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de edad, genero, nivel educativo y estrato socioeconómico.

Los resultados encontrados en este estudio son una comprobación de la existencia de la relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad, ya que según França et al. (2010) el dolor afecta al paciente teniendo en cuenta su contexto ya sea laboral, personal o afectivo, lo cual incide en que el grado de incapacidad aumente.

De la misma manera, se entiende que a mayor dolor lumbar percibido pueden aumentar los factores fisiológicos que alteran la movilidad y por ende la funcionalidad en las actividades rutinarias, lo cual conlleva a relacionar de manera directa dolor e incapacidad (Garbi et al. 2014). Se determina según lo afirman Torres y Compañ (2006), que las actividades de rutina desarrolladas por el paciente, pueden disminuir el nivel de funcionalidad, teniendo en cuenta que la percepción de dolor incide de manera significativa en su quehacer diario.

Es coherente que la relación entre dolor e incapacidad en cuanto al género haya sido significativa en actividades de vida social y de cuidado personal, ya que según Pueyo et al. (2012), la edad y el género influyen de manera significativa cuando existe relación dolor e incapacidad. La prevalencia es que el género femenino presente mayor nivel de dolor que el masculino, y que a mayor edad sea más fuerte el dolor, por ende desencadene un grado de incapacidad frente a actividades funcionales, sin embargo existe una investigación que determina que el género y la edad no son factores influyentes en el dolor lumbar, ya que en hombres y mujeres entre los 30 y 54 años la sintomatología afecta de manera lineal sin alteraciones funcionales (Arce et al. 2015).

Es de vital importancia resaltar que la relación entre los puntajes totales de dolor e incapacidad medidos por el Cuestionario McGill y la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry según el género, no coinciden con algunos estudios investigativos, debido a que se comprobó, que el género femenino tiene mayor relación con dichos factores tanto de incapacidad como de dolor, mientras que el masculino no presentó alta significancia, es decir que no concuerda con los resultados encontrados en la investigación que realizaron Artazcoz et al. (1999), ya que se mantienen en que la incidencia mayor es en el género masculino debido a los trabajos pesados a nivel laboral, enfocados a levantar cargas pesadas.

Al analizar la relación entre la dimensión sensorial del dolor evaluada por el Cuestionario McGill, y las actividades evaluadas con la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry, se puede deducir que la intensidad de dolor, puede determinar que algunas rutinas ejercidas por el paciente se vean afectadas por su inactividad, sin embargo se determina que la sensación de dolor influye en el desarrollo de poder realizar sus cuidados personales tales como: bañarse, cepillarse los dientes, vestirse, peinarse, entre otros (Garbi et al. 2014).

Así mismo se verifica que la dimensión sensorial del dolor y la actividad de levantar peso tendrían una relación significativa como también la posible influencia sobre las actividades de estar sentado y viajar; estos dos últimos análisis podrían estar ligados al hecho que las personas con dolor lumbar tendrían dificultad para efectuar viajes largos, en los cuales la higiene postural incide en relación con la experiencia de dolor (Veresciagina, et al. 2009). De la misma manera, se pudo comprobar que la dimensión sensorial del dolor influye significativamente sobre la actividad de dormir, ya que la dimensión podría afectar el estado de ánimo y sus estrategias de afrontamiento, de manera que el paciente sentiría una inconformidad subjetiva con las mismas cuando quiere descansar (Bassols, et al. 2013).

La dimensión sensorial del dolor tiene una relación significativa con la actividad sexual, entendiéndose que, aunque no es una actividad funcional vista hacia el exterior o como tal en su experiencia de vida social, puede interferir en asuntos netamente psicológicos y emocionales, ya que afecta directamente la situación de pareja y el nivel de autoestima del paciente, es decir que son factores psicológicos que afectan no solo la independencia funcional sino el sistema familiar en su generalidad (Torres y Compañ, 2006).

La dimensión evaluativa-cognoscitiva, tiene relación con tres categorías de evaluación de incapacidad de la siguiente manera: andar, dormir y vida social. Una observación similar en este

sentido ha sido descrita por Veresciagina (2009), quien explica que una persona no llevaría a cabo actividades específicas como las mencionadas, a través de rutina diaria sin ninguna dificultad, ya que cuando existe la sintomatología de dolor al ejercerlas, no se pueden llevar a cabo debido a la incomodidad que genera la sensación de dolor.

No se observó una relación significativa entre la dimensión motivacional-afectiva y ninguna de las medidas de la Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry,

En relación con este análisis, es importante destacar que según Juárez et al. (2003), algunas variables sociodemográficas son de vital importancia en el tema de factores de riesgo en dolor lumbar crónico, ya que inciden en el nivel ocupacional del paciente, bien sea, en labores de trabajo o en el hogar, lo cual puede que desarrolle mala higiene postural convirtiéndola en una molestia para la persona que las realiza y volviéndose una sintomatología específica.

No obstante, Pueyo et al. (2012) confirma que los problemas de incapacidad generados por dolor lumbar crónico, prevalecen en población de estrato socioeconómico bajo y con nivel de estudios básico, por lo tanto los pacientes que presentan dicha sintomatología, pueden tener una incapacidad mayor a 12 meses en un rango de edad de 45 a 64 años de edad. Sin embargo en el presente estudio, se encontró que la relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad es significativa en pacientes entre 20 y 45 años de edad, lo cual sugiere tener en cuenta este análisis en estos pacientes, dado que Andersson (1999), ha reportado que precisamente hay una tendencia a presentar dolor lumbar crónico en personas menores de 45 años.

En general se ha venido trabajando acerca del tema de incapacidad y relación con el dolor por las múltiples atenciones a nivel de salud pública en todo el mundo, ya que la persona que enfrenta una sintomatología de este tipo puede tener riesgo psicosocial, bien sea depresivo o como tal fisiológico, todo ello, enfocado hacia el aislamiento social y la pérdida de motivación

frente a su proyecto de vida, entendido como acciones de la vida diaria, en las cuales el paciente tenía la capacidad de realizar, ya que su estado de salud lo permitía, sin embargo debido a su sintomatología de dolor, este tipo de actividades deben transformarse o algunas veces evitarse, ya que la capacidad y habilidad no tienen la misma consolidación (Salvatti et al. 2014).

CONCLUSIONES

La relación entre el nivel de dolor y el grado de incapacidad es significativa, evaluada desde diferentes dimensiones del dolor asociadas a algunas actividades funcionales, teniendo en cuenta que es característica en mujeres, entre el rango de 20 a 45 años de edad, con un nivel de formación de pregrado y posgrado, que sean estrato 4.

Existen diferencias entre nivel de dolor de acuerdo con una variable sociodemográfica, tal como es la edad, ya que se relaciona con la dimensión sensorial y con el puntaje total de dolor, mientras que el estrato, el género y el nivel educativo no presentan relaciones significativas.

Efectivamente hay diferencias entre la relación del grado de incapacidad con el género ya que influye en las actividades de cuidados personales, lo cual incide en que el paciente al sentirse incapacitado cuando se bañe, se vista, o se peine, se cohibe de poder tener un espacio de ocio y tiempo libre entendido como vida social.

La variable sociodemográfica de la edad tiene relación con el grado de incapacidad en su puntaje total, así mismo, se relaciona con la intensidad de dolor percibida, como a poder levantar peso, estar sentado y estar de pie por un tiempo determinado, viajar, poder dormir, tener actividad sexual y vida social.

El estrato sociodemográfico en función del grado de incapacidad solo presenta relación significativa con la actividad de estar sentado, mientras que con las restantes no presenta ninguna.

La dimensión sensorial del dolor es la que más significancia presenta en el paciente con sintomatología de dolor lumbar, ya que puede evidenciar dificultades a la hora de realizar actividades de rutina, no solamente afectándola a nivel físico, sino también a nivel psicológico, por ende se debe vincular a la familia, a su red de apoyo social estableciendo un acompañamiento psicológico en estrategias de afrontamiento de la sintomatología y adherencia al tratamiento.

La dimensión evaluativa, vista desde la intensidad de dolor, puede ser un factor significativo en la actividad física, ya que se encuentra mediada por experiencias de dolor, que hacen parte de la dimensión sensorial, pero que también determinan el nivel de autoeficacia que el paciente pueda desarrollar mientras presente la sintomatología, por ende es de vital importancia trabajar con ésta para fortalecer las actividades que aún no tienen funcionalidad en el paciente.

Recomendaciones

Las posibles debilidades del estudio, se presentan debido a que la muestra de la población no es representativa, lo cual lo hace un muestreo no probabilístico; tal característica hace que los resultados observados tengan una limitada generalización. Adicional a ello, el cuestionario McGill del dolor, es un instrumento de medición de carácter subjetivo y puede cambiar ciertos factores de criterio del paciente, determinantes en la percepción del participante de la investigación.

Otra posible dificultad del estudio es que el instrumento de Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry, no posee la validación para Colombia, por lo cual se utilizó la versión validada para España traducida al idioma castellano, ya que ésta es una de las más utilizadas a nivel de Europa.

No obstante, a pesar de tales limitaciones, el estudio ha permitido observar algunas diferencias en las medidas de dolor y de incapacidad según las características sociodemográficas evaluadas, a la vez que da a conocer cómo algunas dimensiones específicas del dolor podrían tener una relación con la incapacidad de las personas con dolor lumbar en actividades determinadas.

DISPOSICIONES VIGENTES

Según La ley 1090 que regula el ejercicio de la psicología en Colombia, el proyecto debe asegurar el cumplimiento de las siguientes disposiciones:

Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad. (Ver Anexo 1: consentimiento informado).

Bienestar del usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las

intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

Artículo 30. Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se encuentra en el grupo de investigación Psicología, Biología y Neurodesarrollo, el cual se encuentra registrado en Conciencias.

REFERENCIAS

- Alcántara, S., Flórez, M., Echávarri, C. & García, F. (2006). Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*, 40(3), 150-158.
- Alvarez, M. (2008). *Semiología clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Anandani, G., Shetty, G., Bafna, S., Narula, N. & Gandhi, A. (2015). Effectiveness of device-based therapy for conservative management of low back pain. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(7), 2139–2141.
- Andersson, G. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet*, 354(9178), 581-585.
- Arce, S., Parra, E. & Cruz, A. (2015). Costos por Dolor Lumbar en una EPS en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(2), 22-25.
- Artazcoz, L., Cortés, I., Moncada, S. & Brotons, M. (1999). Diferencias de género en los factores asociados al dolor de espalda crónico en trabajadores. *Archivo Prevención de Riesgos Laborales*, 2(1), 11-18.
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M. & Baños, J. (2003). El dolor de espalda en la población catalana: Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 97-107.
- Cadena, J., Alpi, S., Contreras, F., Londoño, L. & Anaya, J. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(1), 129-142.
- Cañete, J., Gomez, J., González, M., Herrero, G., Morillas, L., Pablos, J. & Sanmarti, R. (2008). *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.

- Castellano, C., Requena, G., Palacios, P., & Serra, E. (2014). Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. *Apuntes de Psicología*, 32(1), 77-84.
- Castro, J. & Benavides, M. (2005). *Medicina del Dolor*. Universidad del Rosario.
- Coura, A., de França, I., Enders, B., Barbosa, M. & Souza, J. (2012). Incapacidad funcional y asociaciones con aspectos socio-demográficos en adultos con lesión medular1. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 20(1). 1-9.
- Díaz, M., & Gervas, J. (2002). El dolor lumbar. *Semergen Medicina de Familia*. 28(1). 21-41.
- França, F., Burke, T., Hanada, E. & Marques, A. (2010). Segmental stabilization and muscular strengthening in chronic low back pain - a comparative study. *Clinics*, 65(10), 1013–1017.
- Garbi, M., Hortense, P., Gomez, R., Da Silva, T., Castanho, A. & Sousa, F. (2014). Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico1. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 22(4), 569-75.
- González, A. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.
- González, C. & Moreno, M. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 422-427.
- González, H., Gómez, L. & Santiago, N. (2013). De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la intervención psicológica. *Informes Psicológicos*, 13(2), 79-101.
- Guic, E., Rebolledo, P., Galilea, E. & Robles, I. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista Médica de Chile*, 130(12). 1411-1418.
- Hame R. & Gutiérrez, L. (2005). *Salud y bienestar en el adulto mayor en la ciudad de México*. México: Pan American Health Org.

- Humbría, A. (2004). Consulta monográfica de columna lumbar. Protocolo de investigación clínica, ¿cómo son los pacientes con lumbalgia crónica inespecífica?. *Revista Española de Reumatología*, 31(8), 453-461.
- Juárez, F., Cadena, J., Alpi, S., Anaya, J. & Contreras, F. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 91-103.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Martínez, E. (2012). Consideraciones generales del dolor lumbar agudo. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 27-36.
- Maslo, P. (2001). *Las dolencias de la espalda*. Barcelona: editorial Paidotribo.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1(3). 277-99.
- Melzack, R. & Casey, K. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. *The Skin Senses*. 423-439.
- Micheli, F. (2002). *Tratado de neurología clínica*. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana.
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Guía de atención integral basada en la evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo*. Bogotá.
- Nogales, J., Donoso, A., Renato, J., & Verdugo, R. (2005). *Tratado de neurología clínica*. Chile: Editorial Universitaria S.A.

- Plata, M., Castillo, M. & Guevara, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana Anestesiología*, 27(1). 16-23.
- Prada, D., Hernández, C., Gómez, J., Gil, R., Reyes, Y., Solís, U. & Molinero C. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(1), 48-60.
- Pueyo, M., Surís, X., Larrosa, M., Auleda, J., Mompart, A., Brugulat, P., Tresserras, R. & De la Puente, M. (2012). Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(1). 30-36.
- Reyes, D., González, J., Mohar, A. & Meneses A. (2011). Epidemiología del dolor por cáncer. *Revista de La Sociedad Española del Dolor*, 18(2), 118-134.
- Ruvalcaba, G. & Domínguez, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Revista Psicología y Salud*, 19(2) 247-252.
- Salvetti, M., Pimenta, C., Braga, P. & Correa, C. (2012). Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (spe), 16-23.
- Sardar, Z., Alexander, D., Oxner, W., Plessis, S., Yee, A., Wai, E., Anderson, D. & Jarzem, P. (2015). Twelve-month results of a multicenter, blinded, pilot study of a novel peptide (B2A) in promoting lumbar spine fusion. *Journal of Neurosurgery: Spain*. 22(4) 358-366.
- Schiffman, H. (2004). *Sensación y percepción: Un enfoque integrador*. México: Manual Moderno.

- Silverthorn, D. (2009). *Fisiología humana: un enfoque integrado*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Torres, M. & Compañ, V. (2006). *La experiencia del Dolor*. Barcelona: UOC.
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3). 295-320.
- Veresciagina, K., Ambrozaitis, K. & Spakauskas, B. (2008). The measurements of health-related quality-of-life and pain assessment in the preoperative patients with low back pain. *Medicina Kaunas. Lithuania*, 45(2). 111-122.
- Vértice, E. (2010). *Salud pública y comunitaria*. Madrid: Publicaciones Vértice.
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Revista Psicología y Salud*, 15(2). 207-220.
- Viñals, M. & Bueno, V. (2011). *La experiencia del dolor*. Editorial UOC.

ANEXO 1
Consentimiento informado

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____, ACEPTO la invitación a participar como sujeto de investigación en el estudio “Relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con sintomatología de dolor lumbar”, que adelanta la candidata a magíster de Psicología de la salud y la discapacidad.. Este estudio pretende determinar la significancia entre la relación existente de dolor e incapacidad en paciente con dolor lumbar.

Se me ha explicado la naturaleza y propósito del estudio, también se me ha informado acerca de las ventajas y molestias. Adicionalmente he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la realización de este estudio, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente y he leído el documento EXPLICATIVO. También tengo la garantía de que mis preguntas realizadas en cualquier momento del estudio serán contestadas satisfactoriamente, y que recibiré información actualizada aun cuando ésta pueda afectar mi voluntad de participación. También se me ha explicado que en cualquier momento si es mi deseo, puedo retirarme del estudio sin ningún perjuicio para mi tratamiento, así mismo entiendo que no tendré ninguna compensación. Conozco que los datos que se obtengan serán beneficiosos para el estudio de pacientes con dolor lumbar, lo cual aumentará el conocimiento que se tiene en relación a esta sintomatología.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma del paciente o persona responsable

C.C:

Testigo 1.

C.C:

Testigo 2

C.C:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas y molestias del estudio, y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado

Fecha:

Firma del investigador

C.C.

ANEXO 2

Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry.

Por favor lea atentamente: Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se pueda aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

1. Intensidad de dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- Los calmantes me alivian completamente el dolor
- Los calmantes me alivian un poco el dolor
- Los calmantes apenas me alivian el dolor
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

2. Cuidados personales (lavarlos, vestirse, etc.)

- Me los puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- Me los puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- Lavarlos, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- No puedo vestirme, me cuesta lavarlos, y suelo quedarme en la cama

3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto

4. Andar

- El dolor no me impide andar
- El dolor me impide andar más de un kilómetro
- El dolor me impide andar más de 500 metros
- El dolor me impide andar más de 250 metros
- Sólo puedo andar con bastón o muletas
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a ras tras al baño

5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- El dolor me impide estar sentado más de una hora
- El dolor me impide estar sentado más de media hora
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- El dolor me impide estar sentado

6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de una hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie

7. Dormir

- El dolor no me impide dormir bien
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas
- El dolor me impide totalmente dormir

8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- No tengo vida social a causa del dolor

10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- El dolor es fuerte, pero aguento viajes de más de dos horas
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

ANEXO 3

Cuestionario McGill de dolor.

Figura 4. Cuestionario McGill de Dolor (MPQ, McGill Pain Questionnaire)

1	2	
- Que tiembla - Que pulsa - Que vibra - Que martilla	- Brusco - Corrientazo - Disparo	
3	4	5
- Como agujas - Que perfora - Que apuñala	- Punzante - Cortante	- Que pellizca - Que presiona - Que tritura - Como calambre
6	7	8
- Como tirones - Que estira - Que retuerce	- Caliente - Que arde - Que quema	- Comezón - Rasquiña - Hormigueo
9	10	11
- Lento - Resentido - Que lastima	- Sencible - Tenso - Como si fuera a partir	- Fatigante - Extenuante
12	13	14
- Enfermante - Sofocante	- Que da miedo - Deprimente	- Violento - Cruel - Fastidioso - Que mata
15	16	17
- Desesperante - Encogecedor	- Molesto - Problemático - Intenso - Insoportable	- Que se extiende - Que penetra - Que traspasa
18	19	20
- Rígido - Tirante - Que aprieta - Que desgarr	- Frio - Helado - Congelado	- Repugnante - Atroz - Agonizante - torturante

ANEXO 4
Entrevista de Características Sociodemográficas

Entrevista de características sociodemográficas
“Relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con sintomatología de dolor lumbar”
Nombre del paciente:
Diagnóstico por medio de historia clínica:
Tiempo de tratamiento:
Edad:
Sexo:
Estrato: <ul style="list-style-type: none">• 1• 2• 3• 4• 5• 6
Nivel Educativo: <ul style="list-style-type: none">a) Bachillerb) Técnicoc) Profesionald) Posgrado