

Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico

Carmina CASTELLANO-TEJEDOR

Gemma COSTA REQUENA

Pilar LUSILLA PALACIOS

Elisa BARNOLA SERRA

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona (España)

Resumen

Objetivo: describir la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) de pacientes lumbalgia crónica inespecífica, así como su relación con distintas variables médicas, socio-demográficas y psicosociales. *Diseño:* estudio descriptivo-correlacional transversal. *Participantes:* 94 pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico pertenecientes al área de Rehabilitación (Algias) del hospital de referencia. *Instrumentos de evaluación:* los datos médicos y socio-demográficos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas y de una entrevista semi-estructurada. Asimismo, se administraron cuestionarios de CVRS, dolor auto-percibido, discapacidad, sintomatología ansioso-depresiva, apoyo social y satisfacción vital. *Resultados:* el aspecto físico de la CVRS fue el más deteriorado y éste estuvo explicado en gran parte ($R^2=47.3\%$) por la edad del paciente y su disfunción valorada a partir de la escala Oswestry. Asimismo, el aspecto mental de la CVRS, que se mostró más cercano al promedio poblacional, se explicó por la disfunción y la ansiedad-rasgo (STAI/R) de los pacientes ($R^2=47.3\%$). *Conclusiones:* la disfunción, la edad y la ansiedad-rasgo de los participantes con lumbalgia crónica han mostrado ser factores clave para explicar su CVRS global. Así pues, es preciso tomarlos en consideración a la hora de favorecer un adecuado abordaje integral y multidisciplinar de esta población.

Palabras clave: dolor crónico, lumbalgia inespecífica, calidad de vida en relación a la salud, SF-12_{v2}, discapacidad funcional.

Abstract

Objective: To describe health-related quality of life in (HRQoL) in a sample of patients with nonspecific chronic low back pain, and their relationship with various medical, socio-demographic and psychosocial variables. *Design:* Descriptive-correlational cross-sectional study. *Participants:* A total of 94 patients with nonspecific chronic low back pain treated in the Rehabilitation Department from the reference hospital. *Assessment tools:* Medical and socio-demographic data were obtained from medical records and a semi-structured interview. Furthermore, HRQoL, self-perceived pain, functional disability, anxiety-depressive symptoms, social support and life satisfaction questionnaires were administered. *Results:* The physical domain of HRQoL was the most impaired and it was largely explained ($R^2 = 47.3\%$) by patient age and functional dysfunction assessed by means of the Oswestry scale. Similarly, the mental domain of HRQoL, that showed average mean scores more similar to normative population, was also explained by functional dysfunction and anxiety trait (STAI/T) of patients ($R^2 = 47.3\%$). *Conclusions:* Functional dysfunction, age and anxiety trait of participants with chronic low back pain have been shown to be key factors in explaining their overall HRQoL. Thus, these factors should be properly considered when designing appropriate comprehensive and multidisciplinary approaches to address the needs of this population.

Key words: Chronic pain; Nonspecific low back pain; Health-related quality of life; SF-12_{v2}; Functional disability.

El dolor es un fenómeno complejo resultante de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos. Su estudio y su adecuado manejo suponen unos costes económicos y de sufrimiento humano muy elevados, siendo esto más cierto cuando nos referimos al caso del dolor crónico (Martínez-Pintor & Durán-Pich, 2010).

Por dolor crónico entendemos “aquel dolor de causa incierta, que persiste más allá de la lesión o daño que lo generó, por un tiempo superior a 3-6 meses” (*International Association for Study of Pain*, 1979). La misma Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo describe como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión presente (real) o potencial o descrita en términos de la misma”. Así, desde esta perspectiva, el dolor se presenta como un fenómeno multidimensional, complejo y subjetivo, cuya etiopatogenia puede ser de tipo orgánica o psicógena-disfuncional, relacionada con fenómenos puramente conductuales basados en el aprendizaje (*International Association for Study of Pain*, 1979; Martínez-Pintor & Durán-Pich, 2010).

La prevalencia del dolor lumbar crónico inespecífico (en adelante, DLCI) se sitúa en torno al 23% y de éste, cerca de un 12% de los pacientes que lo padecen se encuentran incapacitados parcial o totalmente (*Institut Català de la Salut*, 2004). Así, los costes económicos directos e indirectos del DLCI se estiman en torno a un 2,2%-2,8% del producto interior bruto de los países industrializados (*Institut Català de la Salut*, 2004; Linton, 1999). En España, a partir de dichas estimaciones, se ha calculado unos costes de alrededor de los 13.000-16.000 millones de euros anuales, situándose dicho coste socio-sanitario en niveles similares a los producidos por el cáncer o las patologías cardiovasculares (*Institut Català de la Salut*, 2004; Linton, 1999).

La calidad de vida en relación a la salud (en adelante, CVRS) es el grado subjetivo de bienestar asociado con la carencia de síntomas, el estado psicológico y la posibilidad de desempeño de distintas actividades (García & Rodríguez, 2007). García y Rodríguez (2007) señalan que la CVRS puede considerarse como un indicador fiable que proporciona información válida sobre la evolución del estado de salud global de los individuos.

En pacientes con DLCI se ha descrito una CVRS significativamente inferior a la de la población general o incluso a la de pacientes con dolor lumbar agudo (Adorno & Brasil-Neto, 2013; Balagué, Mannion, Pellisé & Cedraschi, 2012; Molina, Figueroa & Uribe, 2013). Pese a ello, la mayor parte de trabajos sobre CVRS en DLCI son de tipo descriptivo (Adorno & Brasil-Neto, 2013; Molina *et al.*, 2013). No obstante, también existen algunos trabajos en los que se estudia el efecto de distintas intervenciones fisioterapéuticas o psicosociales (p.e. grupos de terapia cognitivo-conductual) sobre dicha CVRS (Lunde, Nordhus & Pallesen, 2009; Peña-Sagredo, Brieva-Beltrán & Peña-Martin, 2002; Rodríguez-Blanco *et al.*, 2010).

En este sentido, algunos trabajos han puesto de manifiesto cómo no sólo el propio dolor es susceptible de alterar la CVRS de estos individuos, sino que muy frecuentemente, es la alteración funcional y psicológica que éste puede suponer, la que modula en mayor medida la CVRS (Ferreira & Pereira, 2014; Keeley *et al.*, 2008; Scholich, Hallner, Wittenberg, Hasenbring & Rusu, 2012; Vereckei *et al.*, 2013). Así, se ha descrito sintomatología ansioso-depresiva, aislamiento social y pérdida de capacidad funcional a nivel social y/o laboral, en esta población (Ferreira & Pereira, 2014; Keeley *et al.*, 2008; Scholich *et al.*, 2012; Vereckei *et al.*, 2013).

Sin embargo, son escasos los trabajos que describan el posible efecto modulador de las distintas variables del modelo biopsicosocial, sobre la CVRS de los pacientes con DLCI en nuestro entorno cultural (Martínez-Pintor & Durany-Pich, 2010; Peña-Sagredo *et al.*, 2002; Rodríguez-Blanco *et al.*, 2010).

Por ello, el presente trabajo tiene por objetivo determinar la relación existente entre distintas variables de tipo psico-social (sintomatología ansioso-depresiva, satisfacción vital, apoyo social) y variables clínicas (intensidad del dolor y disfunción auto-percibida, patrón de evolución del dolor) con la CVRS de una muestra de pacientes con DLCI.

Método

Diseño

El diseño del presente trabajo es de tipo transversal, descriptivo-correlacional.

Muestra

Durante un año (octubre 2012-2013), se reclutó un total de 93 pacientes diagnosticados de DLCI pertenecientes al Servicio de Algias Vertebrales del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, por orden sucesivo de admisión a consulta externa. El diagnóstico de lumbalgia inespecífica requiere que exista dolor lumbar de causas desconocidas, pudiéndose éste acompañar o no de limitación dolorosa del movimiento y pudiéndose asociar o no a dolor irradiado (Fundació Kovacs, 2005; *Institut Català de la Salut*, 2004). Consideraremos dolor crónico aquel que se presente durante un periodo de más de tres meses de evolución (Fundació Kovacs, 2005; *Institut Català de la Salut*, 2004; *International Association for Study of Pain*, 1979).

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: (1) diagnóstico de DLCI y (2) ser mayor de edad en el momento del estudio. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: (1) pacientes con dolor lumbar de tipo crónico específico (fracturas, traumatismos, neoplasias, patología inflamatoria, osteoporosis, infecciones, patología degenerativa

severa o escoliosis $>12^\circ$, (2) deterioro cognitivo (MEC ≤ 23 puntos), (3) trastorno psiquiátrico previo no estabilizado en el momento del estudio (p.e. depresión mayor severa, trastorno por abuso de sustancias, etcétera), (4) diagnóstico de fibromialgia o fatiga crónica, (5) comorbilidades médicas graves (p.e. obesidad mórbida, cardiomiopatía grave) y (6) ganancias secundarias a la lumbalgia crónica (p.e., litigios).

La muestra del presente estudio estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (79.6%), casadas (69.6%), con estudios primarios (55.9%) y activas laboralmente (39.8%), con un nivel socio-económico medio (49.5%) medio-bajo (41.9%). La mayoría de pacientes presentan un periodo de evolución del dolor superior a un año (83.9%) con 3 (30.1%) o más episodios intensos de dolor (45.2%). El rango de edad del conjunto de la muestra fue de 22-77 años ($M=55.7$, $SD=11.66$).

Aspectos éticos

Para llevar a cabo la presente investigación, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética hospitalario, que lo concedió considerando la normativa ética interna, así como la de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Todos los participantes otorgaron su consentimiento por escrito tras recibir la información relativa al trabajo y sus objetivos.

Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo íntegramente en las instalaciones del servicio de Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, área de Algias Vertebrales. Todos los participantes fueron evaluados por una psicóloga y una rehabilitadora en una única sesión de evaluación de alrededor de 60 minutos de duración. En dicha sesión se informó del estudio y se obtuvo los consentimientos informados, se recogieron los datos socio-demográficos y médicos en relación a la lumbalgia y, seguidamente, se procedió a administrar los distintos cuestionarios de estudio.

Material

Los datos socio-demográficos (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral actual y nivel socio-económico) y médicos (antecedentes médicos y psicopatológicos, tiempo de evolución del dolor, episodios de dolor intenso o recidivas) se recogieron siguiendo el *protocolo estándar hospitalario*.

La CVRS se evaluó a partir de la *adaptación española del cuestionario de salud SF-12v₂* (Alonso, 2007) través de una entrevista semi-estructurada. El SF-12 es un instrumento auto o hetero-administrado, que mide auto-percepción de salud y bienestar a partir de 12 ítems provenientes de las

ocho dimensiones del SF-36 (Alonso, 2007; Alonso *et al.*, 1998; Vilagut *et al.*, 2008; Ware, Kosinski & Keller, 1996), con respuesta en una escala tipo Likert (de 3 y 6 puntos, dependiendo del ítem) que evalúan intensidad o frecuencia. A partir de estos doce ítems se obtienen las dos puntuaciones sumario que ofrece el cuestionario: componente físico y componente mental. Estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales de forma que un valor de 50 (con una desviación típica de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores respectivamente, que los de la población de referencia (Vilagut *et al.*, 2008). Los coeficientes alfa de Cronbach para cada uno de los componentes sumario del SF-12v₂ se han mostrado satisfactorios (0.85 para físico y 0.78 para mental); (Vilagut *et al.*, 2008).

Para evaluar la intensidad subjetiva del dolor lumbar se utilizó una *Escala Visual Analógica* (EVA) en cuyos extremos se encontraban las expresiones extremas de dolor, donde cero indicaba ausencia de dolor y diez dolor máximo.

Para evaluar la discapacidad del dolor se utilizó el *Cuestionario de incapacidad por dolor lumbar* de Oswestry (*Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire*, de Fairbank, Davies, Couper & O'Brien, 1980) en su adaptación española (Flórez-García *et al.*, 1995), considerado como un "gold estándar" de las escalas de dolor lumbar. Tiene valor predictivo de cronificación del dolor, duración de la baja laboral y de resultado de tratamiento, conservador y quirúrgico. Esta escala es de tipo auto-administrado y consta de 10 ítems con opción de respuesta de 0-6 puntos (puntuación total entre 0-50 puntos), donde mayores puntuaciones indican mayor discapacidad funcional. En la versión española se han observado buenos valores de fiabilidad ($\alpha = 0.86$) (Flórez-García *et al.*, 1995).

Para evaluar la ansiedad se utilizó la *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo* (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI, adaptada por Buéla-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos-Cubero, 2011). Se trata de un cuestionario de autoevaluación de dos conceptos independientes de ansiedad, con 20 ítems para cada subescala. La subescala "estado" describe cómo se siente la persona en ese momento, y la subescala "rasgo" identifica cómo se siente la persona habitualmente. El rango de respuesta para cada ítem oscila de 0 (*nada*) a 3 (*mucho*) y la puntuación para cada subescala puede oscilar de 0-30 puntos, donde las puntuaciones más altas señalan mayores niveles de ansiedad. En población española la consistencia interna para la subescala "estado" ($\alpha = 0.90-0.93$) y subescala "rasgo" ($\alpha = 0.84-0.87$) muestra valores adecuados, con aceptable fiabilidad test-retest en la subescala "rasgo" ($\alpha = 0.73-0.86$); (Guillén-Riquelme & Buéla-Casal, 2001).

Para evaluar la presencia y gravedad de síntomas clínicos de depresión, se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck, versión abreviada* (BDI-II-SF, de Groth-Marnat,

1990). El BDI-II-SF es un auto-informe de 13 ítems con respuesta tipo Likert en una escala de 4 puntos (de 0-3). El rango en la puntuación total va de 0-39 puntos, entendiéndose que a mayores puntuaciones en la escala, mayor severidad en la sintomatología depresiva. La consistencia interna de la versión abreviada es semejante a la de otras versiones del cuestionario ($\alpha=0.86$) con aceptables propiedades psicométricas (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003).

Para evaluar el apoyo social percibido se administró el *Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11* (de la Revilla *et al.*, 1991). Se trata de un instrumento de 11 ítems auto-administrado en respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos, que ofrece una puntuación total y dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo social afectivo. El rango en la puntuación total oscila de 11-55 puntos, donde a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. En población española se han obtenido valores aceptables de consistencia interna para la puntuación total ($\alpha=0.90$) y estabilidad temporal (correlaciones test-retest intra-clase de 0.92); (Bellon-Saameno, Delgado-Sánchez, Luna del Castillo & Lardelli, 1996).

Para valorar la satisfacción vital de la muestra se utilizó el cuestionario *LISAT-8* (Fugl-Meyer, Lodnert, Brähler & Fugl-Meyer, 1997). Se trata de un cuestionario auto-administrado que consta de 8 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 6 puntos (de 1 “*muy insatisfactoria*” a 2 “*muy satisfactoria*”) y que miden la satisfacción en 8 facetas diferentes de la vida del paciente: vida en general, relación de pareja y vida íntima, vida familiar, relación con amigos y conocidos, ocio, situación laboral y situación económica; agrupadas en 3 dimensiones: Satisfacción con la faceta social de la vida, satisfacción con la faceta afectiva de la vida y satisfacción con la faceta laboral-económica de la vida. La puntuación total oscila entre 8 (mínima satisfacción) y 48 puntos (máxima satisfacción). La fiabilidad interna del instrumento es elevada (alfa de Cronbach =0.84); (Rejas, Gil de Miguel, San Isidro, Palacios & Carrasco, 2004).

Análisis estadístico

El estudio estadístico se llevó a cabo con el paquete SPSS versión 19. Se llevaron a cabo análisis descriptivos (medias, desviaciones estándar y frecuencias) de las características socio-demográficas y médicas de la muestra y de las puntuaciones del resto de instrumentos administrados. Mediante pruebas *t* de comparación de medias para muestras independientes y pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis, se compararon las puntuaciones de cada componente sumario de CVRS (MCS y PCS) en base a las variables demográficas (género) y médicas seleccionadas (evolución del tiempo de dolor y recidivas). Asimismo, mediante el coeficiente de correlación bilateral de *Pearson* se comprobó la relación entre los valores de CVRS y la edad. Por último,

para evaluar la relación entre las distintas variables criterio y las variables explicativas del estudio se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple con el método de pasos sucesivos (*stepwise*). Para todos los análisis, la significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados

La tabla 1 presenta las principales características socio-demográficas y médicas de la muestra.

Tabla 1. Descriptivos de la muestra (N = 93).

	%	N
Sexo		
<i>Varón</i>	20.4	19
<i>Mujer</i>	79.6	74
Estado civil		
<i>Soltero/a</i>	8.6	8
<i>Casado/a o pareja estable</i>	69.9	65
<i>Separado/a o divorciado/a</i>	11.8	11
<i>Viudo/a</i>	9.7	9
Nivel académico		
<i>Primarios incompletos</i>	10.8	10
<i>Primarios</i>	16.1	15
<i>Bachiller/FP o similares</i>	55.9	52
<i>Universitarios y otros</i>	16	17,3
Situación laboral		
<i>Trabajador/a activo/a</i>	39.8	37
<i>Desempleado/a</i>	16.1	15
<i>Incapacitado/a o pensionista</i>	29	27
<i>Tareas del hogar</i>	8.6	8
<i>Estudiante y otros</i>	6.4	6
Nivel socioeconómico autopercebido		
<i>Medio-alto</i>	2.2	2
<i>Medio</i>	49.5	46
<i>Medio-bajo</i>	41.9	39
<i>Bajo</i>	6.5	6
Antecedentes psiquiátricos	36.6	34
Tiempo de evolución del dolor		
<i>Menos de 6 meses</i>	3.2	3
<i>De 6 a 12 meses</i>	12.9	12
<i>Más de 12 meses</i>	83.9	78
Recidivas de dolor		
<i>1</i>	11.8	11
<i>2</i>	11.8	11
<i>3</i>	30.1	28
<i>Más de 3</i>	46.2	43

Al realizar el test de comparación de medias no se observaron relaciones estadísticamente significativas entre los valores de CVRS y las variables médicas contempladas en el presente trabajo (antecedentes psicopatológicos, tiempo de evolución del dolor y número de recidivas de dolor). Lo mismo sucedió con las variables socio-demográficas (sexo, nivel educativo, situación laboral y nivel socio-económico auto-percibido), a excepción de la edad, que sí correlacionó significativamente con las puntuaciones de CVRS en el componente físico ($r = -0.310, p = 0.003$).

Los estadísticos descriptivos para las variables criterio y las variables explicativas del trabajo se muestran en la tabla 2. Para la variable criterio de CVRS componente físico, no se observaron correlaciones estadísticamente significativas con la satisfacción vital (LISAT-8), ansiedad estado/rasgo (STAI E/R) y apoyo social (DUKE-UNK-11), pero sí para con el dolor valorado a través de la EVA ($r = -0.357, p < 0.001$), la discapacidad funcional evaluada con la escala Oswestry ($r = -0.618, p < 0.001$) y la sintomatología ansioso-depresiva valorada a partir del BDI-II-SF ($-0.337, p < 0.001$). Por otra parte, todas las variables explicativas consideradas en el presente trabajo, mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el componente mental de CVRS, a excepción de la percepción subjetiva del dolor evaluada a partir de la EVA.

Posteriormente, a partir de los análisis de regresión lineal se obtuvieron dos modelos, uno para cada variable criterio considerada: componente mental ($F_{(2,90)} = 40.310$;

$p < 0.001$) y componente físico ($F_{(2,90)} = 40.355; p < 0.001$); explicando cada uno de ellos un 47.3% de la varianza (R^2). Ambos modelos incluyeron dos variables explicativas. En el modelo del componente mental, ansiedad-rasgo y discapacidad funcional y, en el modelo de regresión para el componente físico de CVRS, se incluyeron la discapacidad funcional y la edad (véase tabla 3).

Discusión

En este estudio se ha descrito la CVRS de una muestra de pacientes con DLCI y se ha estudiado su relación con toda una serie de variables no sólo médicas y estrictamente relacionadas con el dolor, sino psicosociales, potencialmente moduladoras de la misma.

En primer lugar, de los resultados obtenidos podemos extraer que a nivel global, la CVRS de nuestra muestra está en torno al promedio poblacional para el aspecto mental de CVRS, pero por debajo del promedio (más de una desviación estándar por debajo) en lo que se refiere al aspecto físico de CVRS. Como se ha comentado, el DLCI tiene una afectación multidimensional y muy heterogénea sobre la CVRS de los individuos que lo padecen (Casals & Samper, 2004). En este sentido, nuestros resultados corroboran una mayor afectación de los aspectos físicos y funcionales, frente a los aspectos más psicológicos de la CVRS que parecen más preservados. Estos resultados van en la línea de lo descrito en la literatura científica (Adorno & Brasil-Neto, 2013; Ferreira & Pereira, 2014; Molina *et al.*, 2013), aunque difieren ligeramente con respecto a las altas tasas de alteraciones del estado de ánimo asociadas al DLCI (Adorno & Brasil-Neto, 2013; Ferreira & Pereira, 2014; Molina *et al.*, 2013; Institut Català de la Salut, 2004; Janowski, Steuden & Kurylowicz, 2010). Es posible que nuestra muestra, al no tratarse íntegramente de población con un periodo de evolución del dolor superior a 12 meses, aún no muestre sintomatología de este tipo y los resultados en relación a los aspectos mentales de su CVRS sean más favorables.

En segundo lugar, los resultados descriptivos del resto de factores contemplados muestran puntuaciones medias-altas de dolor percibido, puntuaciones medias de discapacidad funcional, y bajas en lo que se refiere a sintomatología ansioso-depresiva; si bien es cierto que la ansiedad-rasgo mostró puntuaciones ligeramente superiores que la ansiedad-estado. Por otra parte, tanto la satisfacción vital como el apoyo social mostraron puntuaciones medias-altas.

Tabla 2. Descriptivos de los cuestionarios administrados.

	<i>Media (SD)</i>	<i>Rango</i>
Variables criterio		
<i>Componente mental (SF-12v₂)</i>	47.21 (12.24)	22.87-72.85
<i>Componente físico (SF12v₂)</i>	38.27 (9.58)	18.23-56.66
Variables explicativas		
<i>EVA Dolor lumbar</i>	6.30 (2.10)	0-10
<i>Oswestry discapacidad</i>	43.07 (12.82)	22-78
<i>STAI Estado</i>	14.79 (10.37)	0-50
<i>STAI Rasgo</i>	30.58 (11.48)	10-69
<i>BDI total</i>	5.46 (5.25)	0-25
<i>DUKE total</i>	43.74 (9.38)	20-55
<i>Lisat-8</i>	31.19 (8.36)	13-47

Tabla 3. Modelos de regresión obtenidos.

<i>Variable criterio</i>	<i>Variables explicativas</i>	<i>Coficiente</i>	<i>IC al 95%</i>	<i>R²</i>	<i>p</i>
Componente mental	<i>Ansiedad-rasgo</i>	-0.507	-0.681 a -0.334	47.3	< 0.001
	<i>Discapacidad funcional</i>	-0.340	-0.495 a -0.185		
Componente físico	<i>Discapacidad funcional</i>	-0.459	-0.573 a -0.345	47.3	< 0.001
	<i>Edad</i>	-0.249	-0.374 a -0.124		

Al tratarse de pacientes que están en fase de cronificación del dolor, no es de extrañar que las puntuaciones subjetivas de dolor no sean extremas (Adorno & Brasil-Neto, 2013; Molina *et al.*, 2013). Asimismo, aunque la capacidad funcional también puede verse muy alterada, es posible que los individuos hayan desarrollado una cierta adaptación a su problemática y puedan empezar a desarrollar ciertas actividades que en las fases agudas habían dejado de lado (p.e. actividades sociales, desplazamientos, etc.) (Bunzli, Watkins, Smith, Schütze & O'Sullivan, 2013). A pesar de lo indicado en la literatura científica al respecto (Yamada *et al.*, 2014), en nuestro estudio, la sintomatología depresiva ha sido media-baja. Esto podría deberse a que, en nuestro trabajo, se ha excluido a todos aquellos pacientes en tratamiento psiquiátrico por patología mental severa. No obstante, la sintomatología depresiva sí se relacionó significativamente con peor componente físico de CVRS. Esto podría explicarse por el aislamiento y la privación socio-funcional que dicha sintomatología podría conllevar (Casals & Samper, 2004; Janowski *et al.*, 2010). Por otra parte, en nuestro trabajo, la sintomatología ansiosa estaba relacionada con peor CVRS en su dimensión mental, aspecto de especial relevancia para poder abordar adecuadamente los aspectos emocionales de estos pacientes a lo largo de su proceso algico. En este sentido, un rasgo ansioso elevado puede predisponer a una mayor reactividad y atención al dolor que, a su vez, favorece una mayor percepción de éste con el consiguiente detrimento en el bienestar del individuo (Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens, 1999). Diversos trabajos han documentado dicha asociación (Leeuw *et al.*, 2007; Lethem, Slade, Troup & Bentley, 1983). Por último, y en línea con los resultados de nuestro trabajo en relación al componente mental de la CVRS, la satisfacción vital y el apoyo social percibido de estos pacientes mostró valores promedio satisfactorios. Otros estudios con pacientes con dolor crónico han encontrado resultados similares (López-Roig *et al.*, 1994).

Por su parte, de las variables socio-demográficas y médicas consideradas, sólo la edad mostró correlaciones significativas con la dimensión física de CVRS, donde a mayor edad, peores puntuaciones. Estudios previos también señalan la edad y la intensidad del dolor como variables indicadoras de peor percepción en el estado físico en general, probablemente por la mayor discapacidad funcional que provocan (Casals & Samper, 2004; Janowski *et al.*, 2010).

En resumen, partiendo de los dos modelos de regresión obtenidos podemos concluir que el componente físico de la CVRS estaba mayormente relacionado con la edad del paciente con DLCI y su discapacidad, mientras que el componente mental lo estaba por la ansiedad-rasgo e, igualmente, la discapacidad funcional. Así pues, la discapacidad funcional es uno de los factores clave para predecir la CVRS global de las personas que padecen DLCI.

Algunas limitaciones del presente trabajo son: su diseño transversal, siendo más recomendable el llevar a cabo un

seguimiento longitudinal de los pacientes y su CVRS. Por otro lado, el que no se hayan considerado algunas variables que podrían estar igualmente modulando la CVRS de los pacientes, tales como el uso de terapias alternativas para controlar su dolor o incluso el tipo de profesión, que también podría determinar la percepción subjetiva de dolor y su consiguiente limitación funcional. No obstante, pensamos que se trata de un trabajo con muchas fortalezas -tales como su enfoque multidisciplinar, la adecuación de los instrumentos de evaluación, el tamaño y representatividad de la muestra- que puede aportar información de gran interés para la práctica clínica no sólo de rehabilitadores, sino de profesionales de salud mental encargados del manejo de este tipo de pacientes.

En resumen, sabemos que el DLCI supone unos elevados costes socio-sanitarios y personales para los individuos que lo padecen. Una de las principales problemáticas es la afectación de su funcionalidad tanto física como psicológica y su CVRS. Este trabajo aporta una descripción específica de la influencia diferencial que ejercen determinadas variables psico-sociales en las dimensiones física y mental de la CVRS de individuos con DLCI. Así, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de un abordaje multidisciplinar a la hora de diseñar y efectuar un correcto tratamiento rehabilitador de esta población (Moyá *et al.*, 2000).

Referencias

- Adorno, L.M., & Brasil-Neto, J.P. (2013). Assessment of the quality of life through the SF-36 questionnaire in patients with chronic nonspecific low back pain. *Acta Ortopédica Brasileira*, 21(4), 202-207.
- Alonso, J. (2002). *Adaptación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-12*. Instituto municipal de investigación médica (IMIM-IMAS) [Disponible en red, obtenido en enero de 2007 de www.imim.es].
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 410-416.
- Balagué, F., Mannion, A.F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low-back pain. *The Lancet*, 379 (9814), 482-491.
- Bellon-Saameno, J.A., Delgado-Sánchez, A., Luna del Castillo, J.D., & Lardelli, C.P. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support (Spanish). *Atención Primaria*, 18, 153-156.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos-Cubero, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación española*, 8ª Ed. Madrid: TEA Ediciones.
- Bunzli, S., Watkins, R., Smith, A., Schütze, R., & O'Sullivan, P. (2013). Lives on hold: A qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 29 (10), 907-916.

- Casals, M., & Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ÍTACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (5), 260-269.
- Crombez, G., Vlaeyen, J.W., Heuts, P.H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.
- De la Revilla, L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M.A., & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- Fairbank, J.C.T., Davies, J.B., Couper, J., & O'Brien, J.P. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271-273.
- Ferreira, M.S., & Pereira, M.G. (2014). The mediator role of psychological morbidity in patients with chronic low back pain in differentiated treatments. *Journal of Health Psychology*, 19 (9), 1197-1207.
- Flórez-García, M.T., García-Pérez, M.A., García-Pérez, F., Armenteros-Pedrerros, J., Álvarez-Prado, A., & Martínez-Lorente, M.D. (1995). Adaptación transcultural a la población española de la Escala de Incapacidad Por Dolor Lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*, 29, 138-145.
- Fugl-Meyer, A.R., Lodnert, G., Bråholm, I.B., & Fugl-Meyer, K.S. (1997). On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 9 (3), 141-148.
- Fundación Kovacs. (2005). *Versión española de la Guía de Práctica Clínica del programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica: Lumbalgia Inespecífica*. [Guía electrónica] [Accedido en septiembre de 2012, disponible en: http://www.kovacs.org/descargas/GUIADEPRACTICACLINICALUMBALGIAINESPECIFICA_136paginas.pdf].
- García, C.R.V., & Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6 (4), 1-9.
- Groth-Marnat, G. (1990). *The Handbook of Psychological Assessment (2nd Ed.)*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2001). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory. *Psicothema*, 23, 510-515.
- Institut Català de la Salut. (2004). *Patologia de la columna lumbar en l'adult. Direcció clínica en l'atenció primària*. [Guía electrónica] [Accedido en septiembre de 2012, disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_lumbalgies.pdf].
- International Association for Study of Pain (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 14, 205-208.
- Janowski, K., Steuden, S., & Kurylowicz, J. (2010). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *European Spine Journal*, 19 (4), 613-623.
- Keeley, P., Creed, F., Tomenson, B., Tood, C., Borglin, G., & Dickens, C. (2008). Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilization in people with chronic low back pain. *Pain*, 135 (1-2), 142-150.
- Leeuw, M., Goossens, M.E., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J.W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 77-94.
- Lethem, J., Slade, P.D., Troup, J.D., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception (I). *Behavioral Research and Therapy*, 21, 401-408.
- Linton, S.J. (1999). Impacto socioeconómico del dolor de espalda crónico: ¿se está beneficiando alguien? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 333-342.
- López-Roig, S., Salas, S., Pastor-Mira, M.A., Rodríguez-Marrín, J., Terol-Cantero, M.C., & Sánchez, S. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. Un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 9 (2), 179-92.
- Lunde, L.H., Nordhus, I.H., & Pallesen, S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262.
- Martínez-Pintor, F., & Durany-Pich, N. (2010). El dolor de espalda bajo una visión psicósomática. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 93-94, 9-15.
- Molina, J.M., Figueroa, J., & Uribe, A.F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 55-62.
- Moyá, F., Grau, M., Riesco, N., Núñez, M., Brancós, M.A., Valdés, M., & Muñoz-Gómez, J. (2000). Dolor lumbar crónico. Valoración multidisciplinaria de 100 pacientes. *Atención Primaria*, 26 (4), 239-244.
- Peña-Sagredo, P., Brieva-Beltrán, C., & Peña-Martin, P. (2002). Unidades de espalda: un modelo multidisciplinario. *Revista Española de Reumatología*, 29 (10), 499-502.
- Rejas, J., Gil de Miguel, A., San Isidro, C., Palacios, G., & Carrasco, P. (2004). Adaptación cultural y validación psicométrica del cuestionario de satisfacción con la vida de Fugl-Meyer -LISAT 8- en población española masculina con disfunción eréctil. *Pharmacoeconomics Spanish Research Articles*, 1, 87-99.
- Rodríguez-Blanco, T., Fernández-San Martín, I., Balagué-Corbella, M., Berenguer, A., Moix, J., Montiel-Morillo, E., Núñez-Juárez, E., González-Moneo, M.J., Pie-Oncins, M., Martín-Peñacoba, R., Roura-Olivan, M., Núñez-Juárez, M., & Pujol-Ribera, E.

- Study protocol of effectiveness of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population: Cluster randomised trial. *BMC Health Services Research*, 10, 12.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Schlich, S.L., Hallner, D., Wittenberg, R.H., Hasenbring, M.I., & Rusu, A.C. (2012). The relationship between pain, disability, quality of life and cognitive-behavioral factors in chronic low back pain. *Disability Rehabilitation*, 34 (23), 1993-2000.
- Vereckei, E., Susanszky, E., Kopp, M., Ratko, I., Czimbalmos, A., Nagy, Z., Palkonyai, E., Hodinka, L., Temesvari, P.I., Kiss, E., Tőro, K., & Poor, G. (2013). Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatology International*, 33 (3), 587-592.
- Vilagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 130 (19), 726-735.
- Ware, J.E. Jr., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34 (3), 220-233.
- Yamada, K., Matsudaira, K., Takeshita, K., Oka, H., Hara, N., & Takagi, Y. (2014). Prevalence of low back pain as the primary site and factors associated with low health-related quality of life in a large Japanese population: a pain-associated cross-sectional epidemiological survey. *Modern Rheumatology*, 24 (2), 343-348.