



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

VALORACIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA EN EL ANCIANO

MEDIANTE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA

Tesis Doctoral presentada por:

MARIA MILAGROSA JIMENEZ TELLO

Director:

Prof. José Antonio De Pedro Moro

Salamanca. octubre de 2011



Departamento de Cirugía
Universidad de Salamanca

**PROF. DR. D. CLEMENTE MURIEL VILLORIA. CATEDRÁTICO DE
UNIVERSIDAD Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA.
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, titulado : **”VALORACIÓN DEL DOLOR DE
ESPALDA EN EL ANCIANO MEDIANTE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE
VIDA”** ha sido realizado por Dña. María Milagrosa Jiménez Tello en el Departamento
de Cirugía de la Universidad de Salamanca, para optar al Grado de Doctor, cumpliendo
todos los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el Tribunal
Calificador.

Y para que así conste y obre los efectos oportunos, firmo el presente certificado en,
Salamanca a uno de octubre de dos mil once.

Fdo. Prof. Clemente Muriel Villoria.

Director del Departamento de Cirugía



Departamento de Cirugía
Universidad de Salamanca

PROF. DR. D. JOSE ANTONIO DE PEDRO MORO, CATEDRÁTICO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

HACE CONSTAR:

Que el trabajo “**VALORACIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA EN EL ANCIANO MEDIANTE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA**“, presentado por Doña María Milagrosa Jiménez Tello para optar al Grado de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección y que cumple los requisitos necesarios para ser juzgado por el tribunal correspondiente.

Dr. José A. de Pedro Moro

Salamanca a 1 de octubre de 2011.

I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCIÓN

Los síntomas osteo musculares representan uno de los mayores problemas en países industrializados. Es necesario que existan medidas confiables y estándar internacionalmente para analizar síntomas musculares esqueléticos^(1,3,204). Entre estos síntomas se destaca el dolor lumbar^(2,63,65). La lumbalgia es una de las lesiones más comunes en el local de trabajo y está asociada con altos costos para la industria y para los trabajadores, pudiendo influenciar negativamente la calidad de vida de sus portadores. Existen diversas razones para evaluar la calidad de vida en personas con dolor lumbar, tales como: establecer objetivos y planificar tratamiento, monitoreo de la evolución del cuadro de intensidad del dolor, así como evaluar el resultado de la asistencia⁽³⁾. Por lo tanto existen varias ventajas para el empleo de un protocolo clínico estandarizado en el tratamiento de la lumbalgia^(4,210).

El Spitzer Quality of Life Index - Spitzer (QLI), es un instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida (CV) que fue empleado inicialmente en pacientes portadores de cáncer y otras enfermedades crónicas^(5,6,220). El Spitzer (QLI) ha sido utilizado para evaluar la calidad de vida en individuos con diferentes afecciones, así como para determinarla después de la intervención quirúrgica^(7,8,220). En la literatura internacional se evidencia el empleo del Spitzer (QLI) en la evaluación de la calidad de vida de pacientes ancianos con disfunciones osteomusculares^(6,220). El Spitzer (QLI) también ha sido empleado en protocolos clínicos para evaluar la eficacia de tratamientos de la lumbalgia^(4,220), así como utilizado en investigaciones como instrumento de evaluación de la calidad de vida en pacientes con dolor dorsal^(9,220). El Spitzer (QLI) fue desarrollado originalmente para ser utilizado por profesionales del área de la salud.

DOLOR DE ESPALDA (LUMBALGIA)

La lumbalgia, término que proviene del griego *lumbos* (columna) y *algios* (dolor) es una enfermedad de etiología múltiple que afecta al esqueleto axial.

La lumbalgia suele iniciarse en la cuarta década de la vida. En una serie constituida por un número importante de enfermos, publicada recientemente, el 90% de los pacientes tienen entre 25 y 60 años en el momento del inicio de los síntomas; en el 4% la enfermedad comienza antes de los 25 años y en un 6% después de los 60⁽²⁶⁵⁾.

Habitualmente la enfermedad tiene un inicio insidioso lo que suele provocar una demora en el diagnóstico. El paciente suele referir un dolor profundo en las nalgas o en la región lumbar baja que se acompaña de marcada rigidez matutina; suele mejorar con

el movimiento y reaparecer con el reposo. Es frecuente que los pacientes empeoren durante la noche.

El dolor vertebral constituye la forma de inicio más frecuente; se localiza en la mayor parte de los casos en la columna lumbar. De forma característica el dolor aparece con el reposo, fundamentalmente de madrugada y despierta al paciente. La actividad física, los cambios de postura en la cama o el hecho de levantarse pueden aliviar los síntomas.

Aparece dolor en el cuadrante superointerno de la nalga que en ocasiones se refiere por la cara posterior del muslo a modo de ciatalgia. Puede ser bilateral y al igual que el dolor lumbar aparece con mayor frecuencia en reposo y de madrugada.

En la mayoría de los pacientes la enfermedad suele tener una evolución poco agresiva. En un 20% de los casos, sin embargo, evoluciona de forma grave y provoca un importante grado de discapacidad^(122,178).

El principal signo que aparece en la exploración física es la limitación de la movilidad lumbar con disminución de la extensión, de la flexión y de la lateralización.

La expresividad clínica de la enfermedad es muy variable. Oscila entre una limitación leve de la movilidad hasta una anquilosis por fusión vertebral total. En los casos graves de larga evolución suele producirse una progresiva desaparición de la lordosis fisiológica lumbar y un aumento de la cifosis dorsal^(13,111,152).

En los extremos anteriores de los cuerpos vertebrales pueden aparecer lesiones erosivas en relación con la inflamación del anillo fibroso y con la osteítis; el intento de reparación de estas lesiones da lugar a una imagen de cuadratura de los cuerpos vertebrales característico de la enfermedad. En fases posteriores la osificación gradual del anillo fibroso y el establecimiento de puentes óseos entre distintas vértebras o sindesmofitos puede dar lugar a una fusión completa. En ocasiones las erosiones del anillo discal afectan la totalidad de la plataforma vertebral dando lugar a una imagen de discitis aséptica. Las articulaciones interapofisarias pueden afectarse y tienen una gran tendencia a fusionarse entre sí, contribuyendo con ello a la disminución de la movilidad. En las inserciones la presencia de entesitis puede provocar erosiones y esclerosis en el hueso subyacente^(161,248).

El diagnóstico de la lumbalgia se basa en los datos clínicos y en la evidencia radiológica. Actualmente siguen utilizándose los criterios de clasificación de Nueva York de 1984 que poseen una sensibilidad del 83% y una especificidad del 98%, pero que son poco útiles para el diagnóstico precoz.

Son los siguientes:

1. Dolor lumbar de al menos 3 meses de duración que mejora con el ejercicio y no se alivia con el reposo.
2. Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital⁽¹⁵⁸⁾.

La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de consulta médica.

El dolor lumbar pueden ser de origen propiamente vertebral o bien ser consecuencia de una alteración neurológica, vascular, visceral o psicógena.

Dentro de las causas de dolor lumbar de causa vertebral deben diferenciarse las de naturaleza mecánica y las de naturaleza inflamatoria. La lumbalgia mecánica mejora, característicamente, con el reposo y empeora con el ejercicio. Entre las lumbalgias mecánicas destacan las de causa degenerativa (artrosis intervertebral, artrosis interapofisarias), estructural (cifoescoliosis dorso-lumbar, hernia discal) y traumática (fractura vertebral o sacra). En el grupo de las lumbalgias inflamatorias se incluyen, además de las espondiloartropatías, las infecciones (piógena, brucelar o tuberculosa) y las neoplasias tanto benignas (osteoma osteoide) como malignas (mieloma y metástasis entre otras).

Debe tenerse presente que sólo un mínimo porcentaje de los pacientes afectados de lumbalgia presentan una AR.

La presencia de sindesmofitos en el estudio radiológico tiene también un gran valor en el diagnóstico diferencial. En ocasiones resulta difícil establecer una diferenciación con osteofitos degenerativos o con las calcificaciones del ligamento vertebral anterior.

Los signos radiológicos son similares en las diversas formas de espondiloartropatía aunque pueden existir pequeños cambios que ayudan a su diferenciación.

En algunos pacientes la afección articular periférica predomina sobre la afección axial y en estos casos el diagnóstico diferencial puede ser más complejo. La diferenciación con la AR es relativamente fácil en base a la distribución articular, a las erosiones radiológicas, a la positividad del factor reumatoide, a la presencia de nódulos reumatoides y a la afección multisistémica que pueden presentar estos pacientes. Algunas formas evolutivas de artropatía microcristalina (gota o condrocalcinosis) pueden en ocasiones presentarse de forma similar a las espondiloartropatías con afección periférica. La historia clínica, el estudio del líquido articular y los hallazgos radiológicos permitirán establecer un diagnóstico correcto.

El diagnóstico diferencial entre la lumbalgia y otras enfermedades del grupo de las espondiloartropatías puede resultar especialmente difícil, ya que tienen un patrón de distribución articular similar (oligoartritis de predominio en extremidades inferiores, entesopatía y afección uni o bilateral de sacroilíacas).

La constatación de la existencia de elementos diferenciales (enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea, uretritis, y psoriasis entre otros) será de gran utilidad para establecer el diagnóstico definitivo^(26,42,70).

En la lumbalgia, a diferencia de lo que ocurre en la AR, existe poca información acerca de los factores que determinan el pronóstico de la enfermedad.

Establecer con precocidad un pronóstico repercute positivamente sobre el paciente al permitirle una mejor adaptación a los cambios sociales, económicos, laborales y emocionales. Además, posibilitará que el médico elija con mayores garantías la estrategia terapéutica teniendo en cuenta el riesgo/beneficio de cada uno de los fármacos.

La lumbalgia es una enfermedad crónica, heterogénea sin un patrón predecible de progresión. Datos procedentes de un estudio prospectivo realizado con pacientes afectados de una lumbalgia de reciente instauración, parecen indicar que en los primeros diez años de la enfermedad se establece el patrón predictivo de la evolución futura^(208,212).

Con el fin de establecer un consenso sobre los instrumentos que mejor valoran el estado de la enfermedad, el Grupo Internacional de Trabajo en lumbalgia y las reuniones de expertos de OMERACT (*Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials*) han trabajado en el desarrollo de medidas aplicables en diferentes escenarios, así como en la selección de instrumentos adecuados para la medición de cada uno de ellos.

En los diversos escenarios considerados, las medidas o dominios de evaluación que se incluyeron fueron las siguientes: a) función física, b) dolor, c) movilidad de la columna, d) rigidez espinal, e) evaluación global de la actividad de la enfermedad establecida por el enfermo, f) presencia de artritis periférica o entesitis periférica, g) reacción de fase aguda, h) astenia o fatiga, e i) estudio radiológico de la columna.

En la reunión de OMERACT IV se consensuaron los instrumentos recomendados para medir cada uno de los dominios propuestos.

Para aceptar que una medida es aplicable en un determinado escenario debe cumplir 3 conceptos que constituyen el denominado “filtro OMERACT”:

- a) *verdad*: la medida es creíble y mide lo que pretende;
- b) *discriminación*: la medida diferencia entre diversas situaciones y es sensible al cambio;
- c) *viabilidad*: la medida se puede realizar e interpretar de forma sencilla.

Para cada uno de los dominios, los instrumentos finalmente propuestos fueron los siguientes:

- a) Función física: Índice Funcional de Dougados (DFI),
- b) Dolor: dolor en la columna y dolor nocturno durante la última semana evaluado mediante la escala visual analógica (EVA).
- c) Movilidad espinal: prueba de Schober modificada, expansión torácica y distancia occipucio-pared.
- d) Rigidez espinal: duración de la rigidez matutina de la columna durante la última semana, evaluada mediante EVA.
- e) Valoración global de la enfermedad establecida por el enfermo mediante EVA de la última semana.
- f) Presencia de artritis periférica y entesis: número de articulaciones inflamadas (recuento de 44 articulaciones); para la entesis no hubo consenso definitivo;
- g) Reacción de fase aguda, analizada mediante la VSG y la PCR;
- h) Astenia o fatiga: valorada mediante EVA de la última semana; i) estudio radiológico de la columna: radiografía frente y lateral del segmento lumbar, lateral del segmento cervical y frente de pelvis.

Además, con la finalidad de valorar la actividad de la enfermedad por parte del paciente y la calidad de vida se han desarrollado cuestionarios que una vez validados han supuesto un notable avance en la evaluación del enfermo afecto de lumbalgia^(4,133, 205).

Se describen a continuación las características de los instrumentos, haciéndose un énfasis especial en los utilizados en el presente trabajo.

La función física incluye aspectos relacionadas con la movilidad y la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y es un área fundamental de la calidad de vida. Los dos instrumentos recomendados por OMERACT son el Índice Funcional de Dougados (IFD) y el *Health Assessment Questionnaire for the Spondyloarthropaties (HAQ-S)*.

Es un instrumento cronológicamente anterior al BASFI. Inicialmente se elaboró con formato de entrevista si bien después se transformó en un cuestionario autoadministrado.

Consta de 20 preguntas acerca de la dificultad para realizar diferentes actividades de la vida diaria. Las preguntas se responden mediante escalas de tipo Likert con 3 posibilidades de respuesta (“sin dificultad” / “con dificultad” / “no puedo hacerlo”). El cuestionario sólo es evaluable si se contestan al menos 18 de las 20 preguntas y la puntuación global, que oscila entre 0 y 40 (de mejor a peor función), es la suma de las puntuaciones de cada pregunta^(71,82,90).

El dolor de naturaleza inflamatoria se considera una manifestación de actividad de la enfermedad. Se recomienda la utilización de 2 EVA de 100 mm para la evaluación del dolor donde 0 significa “no dolor” y 100 el “máximo dolor imaginable”. Una escala hace referencia específicamente al dolor nocturno experimentado por el paciente en la última semana y la otra al dolor de día y de noche percibido en la última semana. En este estudio se ha utilizado una escala de dolor correspondiente al dolor sin restricción temporal, experimentado la última semana donde 0 corresponde a “no dolor” y 100 a “dolor insoportable”^(110,115,120).

Entre las medidas disponibles para evaluar la movilidad espinal destacan la distancia occipucio-pared y trago-pared, la distancia dedo-suelo, la prueba de Schober y sus diferentes modificaciones, la flexión lateral, la rotación cervical, la distancia intermaleolar, la expansión torácica y la rotación tóraco-lumbar.

Estas medidas son, sin embargo, poco sensibles al cambio y los tratamientos disponibles para la lumbalgia, suelen tener poco efecto sobre ellas. El consenso del grupo ASAS y OMERACT recomienda utilizar la distancia occipucio-pared, la expansión torácica, medida en cm, y la prueba de Schober modificada.

La distancia occipucio-pared se mide estando el paciente de pie con las nalgas tocando la pared, las rodillas rectas y la cabeza lo más hacia atrás posible.

La expansión torácica se mide por la diferencia en el momento de la inspiración y la espiración máxima a nivel del cuarto espacio intercostal. Se realizan tres mediciones consecutivas y se registra finalmente la mejor de ellas^(113,162,224).

La prueba de Schober modificada que evalúa la flexión lumbar, se realiza estableciendo 2 marcas, una 5 cm por debajo de la unión lumbosacra y otra 10 cms por encima y se pide a continuación al paciente que se doble hacia delante lo más posible manteniendo las rodillas rectas. Se realiza una nueva medición de la distancia entre las

dos marcas y se registra la diferencia de la separación entre ellas que había en relación al principio. Las tres medidas se han utilizado en el presente estudio^(230,243).

Se recomienda la utilización de una EVA sobre la situación global del paciente en la última semana.

En el presente estudio se ha utilizado una EVA de 0 a 100 mm en la que la cuestión planteada al paciente era: “Considerando todos los aspectos y maneras en los que le afecta su lumbalgia marque una X sobre la línea horizontal para indicar como se encuentra en relación a la última semana”. En el extremo izquierdo de la línea aparecía la frase “muy bien” (puntuación 0) y en el extremo opuesto “muy mal” (puntuación 100)^(6,198,202,244).

La radiología convencional sigue siendo una importante herramienta en el estudio de la lumbalgia. Las alteraciones radiológicas reflejan la historia de la enfermedad y permiten evaluar la extensión del daño estructural en base a diversos métodos validados.

El SASSS cuantifica el daño de la columna en proyección lateral valorando el margen anterior y posterior de las plataformas superior e inferior de cada uno de los cuerpos vertebrales de la columna lumbar, de la plataforma inferior de D12 y de la plataforma superior de S1. En total se valoran 24 localizaciones y la puntuación que se otorga a cada lesión va de 0 a 3, por lo que la puntuación global máxima es 72. Para la normalidad la puntuación es 0, la presencia de erosión, cuadratura o esclerosis corresponde a 1, la presencia de sindesmofitos incipientes sin llegar a formar puentes entre dos vértebras corresponde a 2 y formando puentes a 3. Este método presenta una moderada variación intra e interobservador. Sus limitaciones radican fundamentalmente en la valoración de los bordes posteriores y en la no inclusión de la columna cervical.

Para la columna lumbar, el grado 0 corresponde a la radiografía normal o ausencia de alteraciones; el grado 1 o dudoso: cambios no definitivos; el grado 2 o leve: presencia de cualquier erosión, cuadratura (*squaring*), esclerosis y/o sindesmofito; el grado 3 o moderado: sindesmofitos en 3 o más vértebras y/o fusión de 2 vértebras; el grado 4 o grave: fusión de más de 3 o más vértebras.

Este método es rápido, sencillo de desarrollar, reproducible y con una buena variación intra e interobservador; la sensibilidad al cambio se sitúa alrededor de los 2 años. Se considera una herramienta adecuada para el seguimiento de la enfermedad en la práctica clínica habitual^(28,35,231).

La actividad de la lumbalgia no está incluida de forma específica en el consenso pero se considera que incluye diversos dominios definidos por ASAS y OMERACT que serían dolor, reactantes de fase aguda, rigidez matutina espinal y, en las formas periféricas, número de articulaciones inflamadas y entesitis. El BASDAI es un cuestionario validado para la evaluación de la actividad por parte del propio paciente.

CALIDAD DE VIDA CONCEPTO

La definición de salud es, según el documento publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, el total bienestar social, psicológico y físico. Debe señalarse en primer lugar que este concepto de salud no está basado únicamente en la “ausencia de enfermedad” sino que establece una perspectiva positiva en la que se destaca el estado de bienestar del individuo.

En segundo lugar, la salud es considerada como concepto tridimensional en la que se tiene en cuenta, junto con el concepto clásico de salud física, los componentes psíquico y social.

A pesar de que se cumplen 60 años de la definición de la OMS, la mayor parte de los trabajos sobre enfermedades siguen centrándose en aspectos físicos o biológicos. En los últimos años se ha empezado a incluir en los estudios otros parámetros que valoran además la funcionalidad, la influencia social, los trastornos psicológicos y la incidencia de los costes económicos entre otros parámetros y que tienen como finalidad considerar la percepción del paciente acerca de su enfermedad.

El resultado de estas consideraciones ha supuesto la introducción del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

El concepto de calidad de vida puede tener distintos significados para cada persona y tiene relación con datos objetivos como el nivel social o económico o el estado de salud y también con otros parámetros mucho más subjetivos como las creencias, la escala de valores o las expectativas vitales. En el contexto de las ciencias de la salud, se hace referencia a la CVRS para una mejor evaluación de la calidad de vida.

La CVRS es un concepto complejo y multidimensional que se refiere a la forma en que una persona percibe y reacciona ante su estado de salud esto es, al impacto de la enfermedad en la vida de las personas y en la percepción del bienestar físico, psíquico y social. La CVRS puede ser considerada como una medida de desenlace de las

enfermedades reumáticas y su medición resulta de gran interés tanto para conocer la repercusión de la enfermedad en la vida diaria de los pacientes como para valorar el resultado de las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, no se ha incluido en el núcleo central de medidas de desenlace propuesto por ASAS y OMERACT para la lumbalgia.

Los cuestionarios de calidad de vida son la herramienta de que se dispone para medir de forma operativa la CVRS. La presencia de dolor, dificultad para la deambulación, depresión o limitación en las relaciones sociales son consecuencias importantes de la enfermedad que reducen la calidad de vida y modifican el pronóstico.

En general los cuestionarios de calidad de vida se clasifican en dos grandes grupos: cuestionarios genéricos de salud que son aplicables a diferentes enfermedades y cuestionarios específicos para enfermedades concretas.

CUESTIONARIOS GENÉRICOS. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Proporcionan información sobre diversas dimensiones de la salud (física, psicológica y social) y permiten describir el nivel de salud de grupos de población o de enfermos con una misma o diferentes enfermedades y compararlos entre sí. Se utilizan sobretodo en estudios epidemiológicos y económicos. Son menos sensibles a los cambios de la enfermedad y tienen un contenido menos relevante para el clínico que los cuestionarios específicos.

Entre los cuestionarios genéricos se diferencian los denominados perfiles de salud y los cuestionarios de utilidad.

Los perfiles de salud proporcionan una estimación del estado de salud física, psicológica y social percibido por el paciente, basándose en preguntas sobre actividades, sentimientos y emociones que abarcan un gran número de situaciones diarias. Predomina el componente subjetivo. Dentro de este grupo de cuestionarios se incluye el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), las láminas de COOP-WANCA y el Cuestionario de Salud SF-36. Este último es un instrumento muy utilizado en numerosas enfermedades reumáticas. Tiene la ventaja de que aporta una información muy completa que puede ser comparada, debido al uso generalizado del instrumento, con la obtenida en otras enfermedades. Su principal inconveniente radica en que los pacientes suelen tardar alrededor de 15 minutos en completarlo y en que el grado de comprensión no siempre es óptimo, con un porcentaje de preguntas sin contestar que puede situarse alrededor del 20%. Se dispone de una versión validada en español. Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de

los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental^(131,132,133,243).

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.

B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

En cuanto al cuestionario:

No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación, Tabla 1.

Existe una “versión estándar ” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones.

Tabla 1.- Escalas del estado de salud e interpretación de resultados bajos y altos. Encuesta de Salud SF-36
Significado de los resultados

<i>Conceptos</i>	<i>Nº de preguntas</i>	<i>Bajo</i>	<i>Alto</i>
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias Como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que Probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las Actividades sociales normales debido a Problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades Diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el Tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: Traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)⁽³⁾.

Los cuestionarios de utilidad cuantifican la importancia que una persona concede a su estado de salud en función de los riesgos o sacrificios que estaría dispuesto a correr para mejorarla. Precisan de un entrevistador experto para su cumplimentación. Incluyen el *Index of Well-Being (IWB)*, el *Standard Gamble Questionnaire*, el *Patient Utility Measurement Set (PUMS)*, el *Willingness-topay Questionnaire* y el *European Quality of Life Measurement (EURO-QOL-5D)*. Este último consta de un perfil de salud compuesto por 5 preguntas sobre movilidad, aseo y cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión, y una escala visual de estado de salud. Es bastante sencillo y existe una versión validada en español.

CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS

Incluyen sobre todo dimensiones de la salud que se ven más afectadas por las diversas enfermedades como la discapacidad y el dolor. En algunos casos abordan también aspectos sociales y psicológicos. El más utilizado es el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). El HAQ completo es muy complejo y extenso y aborda 5 dimensiones: malestar, discapacidad, toxicidad por fármacos, coste económico y muerte. La amplia difusión alcanzada por la escala de discapacidad ha convertido la denominación HAQ en sinónimo de la misma, olvidándose del resto de componentes. Esta escala consta de 20 preguntas que evalúan el grado de dificultad autopercibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, presión y otras actividades. El tiempo estimado necesario para su cumplimentación varía entre 5 y 15 minutos y es probablemente el cuestionario de capacidad más utilizado en nuestro país. Existe una adaptación del HAQ para pacientes con espondiloartropatía o *Health Assessment Questionnaire-Spondyloarthritis* (HAQ-S), del que se dispone de una versión adaptada y validada en español y que ha sido comentado anteriormente en el apartado de instrumentos para medir la función física.

Se ha desarrollado un instrumento específico para medir la CVRS en sus diferentes dimensiones en pacientes con lumbalgia: el *Patient Generated Index* (PGI).

El PGI es una medida individualizada de CVRS que ha sido aplicada a diferentes enfermedades y que recientemente se ha desarrollado específicamente para la lumbalgia. El paciente valora las 5 áreas de su vida que él mismo considera más afectadas por la enfermedad y aquellas que considera que su mejoría es más prioritaria. El índice ha demostrado propiedades aceptables con suficiente reproducibilidad, moderada sensibilidad al cambio y correlación con otras medidas de CVRS.

En estos momentos no existe un consenso definitivo sobre cual puede ser el instrumento más apropiado para el estudio de la CVRS en la lumbalgia^(5,7,11,32,262).

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Los trastornos psicológicos asociados a enfermedades reumáticas han merecido escasa atención en la literatura médica. Este hecho es especialmente marcado en el ámbito de la lumbalgia.

Las enfermedades reumáticas provocan, a lo largo de su evolución, discapacidad y dolor crónico que pueden influir en el desarrollo de trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión. La relación entre dolor crónico y ansiedad y depresión merece una revisión inicial que ayude a centrar el problema.

El dolor es una señal de alarma que cumple una función defensiva. Tiene una finalidad beneficiosa para el organismo y lo habitual es que remita cuando el proceso haya finalizado. Esto es válido fundamentalmente para el dolor agudo, pero en el caso de dolor crónico, que persiste durante meses o años, puede condicionar la vida del paciente e incluso de las personas de su entorno con la aparición de consecuencias en la esfera psicológica y social.

El dolor crónico altera las relaciones laborales, familiares, sociales y de ocio. En las familias en que la madre padecía dolor crónico, las propias pacientes, sus esposos y sus hijos presentaban unos niveles superiores de depresión que los observados en las familias que no tenían problemas de dolor.

Existe una relación evidente entre estado emocional y dolor crónico que puede considerarse bidireccional. La experiencia algida puede generar cambios emocionales, pero ello no es óbice para que ciertos cambios emocionales puedan incidir asimismo sobre el dolor. Las emociones más directamente relacionadas con el dolor crónico son el miedo y la tristeza que pueden caracterizarse clínicamente con los diagnósticos de ansiedad y depresión.

Tanto uno como otro pueden producir un agravamiento del dolor. Cuando no hay un adecuado manejo de los cambios emocionales producidos por el dolor, la concurrencia de la ansiedad y la depresión afectan de un modo determinante a la percepción del dolor.

El dolor puede provocar ansiedad que conducirá a su vez a un aumento en la percepción del propio dolor. Sin embargo, cuando el miedo y la ansiedad no están provocados por el dolor sino que son consecuencia de otras circunstancias la sensación de dolor puede disminuir.

Esta conducta paradójica parece explicarse por el hecho de que las situaciones ajenas al dolor disminuyen el foco de atención sobre el dolor y por la liberación de opiáceos endógenos que se produce en ciertos casos de ansiedad. La influencia de la ansiedad en la percepción del dolor se ha estudiado poco pero parece que el nivel de dolor referido por el paciente estaría en relación con el nivel de ansiedad inducido y con la situación de atención o distracción hacia el dolor.

Respecto a la depresión, su relación con el dolor deber ser contemplada desde dos vertientes. Por un lado la presencia de dolor en los pacientes deprimidos y por otro, la prevalencia de depresión en los pacientes con dolor crónico. Se ha señalado que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes deprimidos aunque los resultados son dispares y oscilan entre el 100% y el 59%. Debe indicarse que el tipo de dolor es variado e incluye cefaleas, dolores torácicos, osteomusculares y abdominales entre otros. También se ha señalado que los pacientes con dolor crónico que están deprimidos refieren mayores niveles de intensidad del dolor, más interferencia debida al dolor y mayor cantidad de conductas de dolor que los pacientes no deprimidos. Por otro lado, el estado emocional que más frecuentemente aparece como consecuencia de los problemas de dolor crónico es la depresión. Ésta sería una consecuencia lógica del estilo de vida de los pacientes con dolor crónico: evitación de las actividades laborales, sociales o de ocio que incrementarían el dolor y disminuirían los reforzamientos o beneficios que con ellas obtendrían.

En la literatura se observan grandes diferencias entre los diversos estudios realizados que pueden atribuirse a los diferentes criterios y métodos utilizados. Si limitamos los estudios a aquellos en que se analiza la relación entre lumbalgia y depresión observamos que la prevalencia de depresión mayor en estos pacientes oscila entre el 32% y el 5%. Además, en este último estudio existe un 51% de los pacientes que presenta algún síntoma depresivo (un 23% trastorno distímico y un 28% trastorno de ajuste), con lo que el porcentaje total de pacientes con algún síntoma depresivo asciende al 56%.

En los trabajos que utilizan el *Beck Depression Inventory* o Inventario de Depresión de Beck (BDI), que es el empleado en este estudio, también se ha establecido la presencia de depresión en pacientes con lumbalgia con resultados que oscilan entre el 26 y el 78%.

Las diferencias en el grado de dolor y en el tipo de pacientes incluidos en los estudios pueden ser la causa de las discrepancias en los resultados. La influencia de la ansiedad y la depresión sobre el dolor tiene claros efectos sobre el riesgo de padecer el dolor, su mantenimiento y la facilidad para verse influido por la propia experiencia álgida. La relación entre depresión y dolor vendría dado por cuatro posibles factores: estrés emocional, apoyo social, dolor percibido y capacidad funcional^(18,46,59,77,131).

Cabe destacar en primer lugar que el diagnóstico, tanto de depresión como de ansiedad, requiere del uso de entrevistas estructuradas y del cumplimiento de criterios definidos previamente para establecer la categorización diagnóstica según el Manual Diagnóstico y Estadístico Revisado (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

El presente trabajo se ha realizado mediante cuestionarios validados para la detección de síntomas de depresión y de ansiedad. A partir de la puntuación obtenida en los cuestionarios, se considera la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad o de depresión sin que ello comporte el establecimiento de un diagnóstico. Existen diversos cuestionarios diseñados con el fin de detectar la presencia de estos síntomas, que son los que se describen a continuación, con especial atención a los utilizados en este trabajo^(123,144,146,166).

Es un cuestionario autoadministrado desarrollado por el *National Institute of Mental Health* y publicado por Randolff en 1977, para detectar depresión clínica en adultos y adolescentes. Las preguntas son sencillas y fáciles de responder y cubren las diversas áreas incluidas en el diagnóstico de depresión⁽¹⁸⁷⁾.

Posee una gran consistencia interna, una aceptable estabilidad test-retest y validez. Consta de 20 preguntas y para su cumplimentación se requieren unos 10 minutos. Las respuestas están codificadas en una escala de Likert de 4 puntos. A cada respuesta se le otorga una puntuación de 0 a 3 y la puntuación total se calcula con la suma de las respuestas de los 20 ítems. El intervalo de puntuación oscila pues entre 0 y 60. Niveles elevados de puntuación indican niveles elevados de depresión. Además se ha establecido una puntuación de 16 como punto de corte o "*cut-off*" para dicotomizar entre "deprimidos" y "no deprimidos". Este cuestionario ha sido utilizado en diversos trabajos para el estudio de la depresión en pacientes con AR, sin embargo algunos autores han señalado que contiene los "criterios de contaminación". Este concepto, propuesta por Pincus, hace referencia al hecho de que pacientes con enfermedades somáticas presentan puntuaciones altas de depresión pero que pueden ser explicadas por los propios síntomas físicos, más que por la depresión. Los "criterios de contaminación" han sido descritos, en la AR, en muchas escalas de depresión usadas habitualmente^(30,44,61,67,68).

MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONAL INVENTORY (MMPI): Es un test psicológico autoadministrado en el que el paciente responde como "verdadero" o "falso" a un conjunto de 556 preguntas y se utiliza para conocer la personalidad y las

alteraciones psicológicas del individuo. Las variables del MMPI incorporan en 10 subescalas de acuerdo con el patrón de respuesta: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, problemas de género, paranoia, psicoastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social.

Se considera que el MMPI, al igual que la mayoría de test autoadministrados, es sólo un elemento de valoración psicológica y no debería por si solo constituir la base para el diagnóstico. Una segunda versión, el MMPI-2 fue publicada en 1989 y recientemente se ha revisado de nuevo. Para su total cumplimentación se requieren entre 60 y 90 minutos y para su interpretación correcta se precisa de la participación de psicólogos o psiquiatras entrenados.

Las subescalas más utilizadas en estudios de pacientes con AR han sido las de hipocondriasis, depresión e histeria. Estas tres subescalas incluyen un total de 117 variables. En los últimos años ha sido poco utilizado en la AR debido a su complejidad y a que incluye criterios de contaminación que elevan la puntuación de las escalas de depresión, hipocondriasis e histeria^(80,91,99,147,193,266).

ARTHRITIS IMPACT MEASUREMENT SCALES (AIMS): Es un instrumento autoadministrado, multidimensional diseñado para medir el estado de salud de pacientes con enfermedades reumáticas. Evalúa capacidad funcional, dolor y aspectos psicológicos y sociales. La primera versión fue publicada en 1980 y revisada en 1992. Consta de 45 cuestiones agrupadas en nueve escalas: movilidad, actividad física, destreza, actividades del hogar, actividades de la vida diaria, ansiedad depresión, interacción social y dolor.

Las diferentes escalas se han agrupado en tres componentes (físico, psicológico y dolor). Precisa de unos 20 minutos para cumplimentarse y su corrección es compleja.

Existe una versión en español realizada fuera de nuestro país y su aplicación en nuestro entorno plantea dudas. Se ha propuesto una forma reducida del AIMS-2 (*Short-form*) que aportaría información similar de forma más eficiente^(15,132,153,170,209,269).

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HAMILTON DEPRESSION SCALE): Es una escala que incluye valores de componentes conductuales y cognitivos de la depresión, con especial atención en la valoración de aspectos somáticos. Consta de 21 variables que incluyen diversas categorías de síntomas somáticos como musculares, cardiovasculares, respiratorios o gastrointestinales. No se utiliza para establecer el diagnóstico de depresión, sino para conocer su gravedad una vez que se ha establecido el diagnóstico^(102,108,130).

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS): Es un cuestionario autoadministrado de fácil cumplimentación desarrollado específicamente para su utilización en pacientes con diversas enfermedades y se considera libre de criterios de contaminación. Ha sido utilizado en el estudio de pacientes con AR y permite la detección de estados de ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios externalizados. Consta de 14 preguntas divididos en dos subescalas, una para la ansiedad y otra para la depresión^(195,221,260,268).

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GERIATRIC DEPRESSION SCALES, GDS): Esta escala fue diseñada específicamente para ancianos con el objetivo de intentar evitar que los síntomas somáticos predominaran sobre los afectivos y cognitivos en la valoración de la depresión. La versión original consta de 30 ítems pero con el fin de evitar el cansancio y la pérdida de atención del anciano en la cumplimentación del cuestionario, se desarrolló posteriormente una versión reducida con 15 ítems con similar correlación significativa y positiva. Su valoración por parte del examinador es sencilla y posee pocos ítems que expresen síntomas somáticos^(213,216,229,239).

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI): Es un cuestionario autoaplicado, diseñado por Beck et al en 1961 para medir la presencia y el grado de depresión en adolescentes y adultos. Existen diversas versiones de la prueba. La original consiste en un inventario de 21 ítems que incluye cada uno de ellos de 4 a 6 manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente de 0 a 3, correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma depresivo. En nuestro país, Conde López et al llevaron a cabo una adaptación castellana de la escala que es la que se ha utilizado en el presente trabajo. La fiabilidad, validez, consistencia interna y homogeneidad del BDI ha sido corroborada, en distintos trabajos, de manera reiterada^(27,28,55,119,136,219).

Los diferentes intervalos obtenidos en los estudios iniciales permitieron la diferenciación en diversos grados de depresión: a) depresión mínima o ausente de 0 a 9 puntos; b) depresión leve de 10 a 18 puntos; c) depresión moderada de 19 a 29 puntos y d) depresión grave de 30 a 63 puntos.

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI): La comodidad de aplicación, la reconocida utilidad y el hecho de estar traducida al español han sido los factores que han influido decisivamente en la utilización, en este trabajo, del *State-Trait Anxiety Inventory*, publicado en su primera versión en 1967 por Levitt y comúnmente conocido como STAI, para la valoración de la ansiedad.

El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad estado (E) y la ansiedad rasgo (R).

La ansiedad E hace referencia a un estado o condición emocional transitoria del organismo que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad R indica una propensión ansiosa más estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad E.

La ansiedad E sería una manifestación en un determinado momento y con un grado de intensidad determinado, mientras que la ansiedad-R indicaría diferencias en la predisposición para ocasionar un determinado tipo de reacción. En general los pacientes ansiedad R positivo (mayor ansiedad rasgo) presentarán una ansiedad E también positivo (mayor ansiedad estado) ya que perciben muchas más situaciones amenazadoras. Sin embargo, el hecho que las personas que difieren en ansiedad R muestren unas correspondientes diferencias en ansiedad E, dependerá del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa y esto está influido por las experiencias pasadas.

La adaptación española se realizó en 1970 siguiendo un proceso de tipificación similar al original. La escala de ansiedad E consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir como se siente “en un momento particular” mientras que la escala ansiedad R, también con 20 frases, puede indicar como se muestra el sujeto “habitualmente”.

El STAI fue diseñado para su autoaplicación, no tiene tiempo limitado y se requiere aproximadamente un cuarto de hora para su aplicación completa. Se recomienda aplicar primero la parte ansiedad E y después la parte ansiedad R. Los sujetos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. Las correspondencias son las siguientes: a) STAI ansiedad E, 0: Nada; 1: Algo; 2: Bastante; 3: Mucho; b) STAI ansiedad R, 0: Casi nunca; 1: A veces; 2: A menudo; 3: Casi siempre. Las puntuaciones ansiedad E y ansiedad R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Aunque en los estudios originales se ha utilizado la escala T (media = 50, desviación = 10), en la tipificación española se ha

creído más conveniente obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante la aplicación correcta de los instrumentos oportunos, se buscan en las tablas establecidas a este uso dicha puntuación y se encuentra la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna final de la tabla^(209,217,240).

En los últimos 30 años, las alteraciones psicológicas se han incluido dentro del espectro clínico de la lumbalgia y para algunos autores constituyen un apartado muy importante dentro de las manifestaciones de la enfermedad. Actualmente se acepta que los factores psicosociales se relacionan con diversos aspectos de la enfermedad como el dolor, la capacidad funcional e incluso la mortalidad y están empezando a conocer las complejas interacciones que existen entre el entorno, el estado psicológico, el proceso biológico y la evolución de la enfermedad.

Los estudios iniciales relacionaron la depresión observada en pacientes con AR a una determinada “personalidad reumatoide”, pero posteriormente la depresión fue atribuida al efecto invalidante de la enfermedad. Actualmente se acepta que el cuidado completo del paciente reumático debe incluir la atención de los aspectos psicológicos aunque la etiología precisa de la depresión está todavía lejos de aclararse.

La prevalencia de la depresión en la AR, reflejada en los trabajos publicados, ha ido disminuyendo con el paso de los años. Estudios iniciales establecieron un porcentaje de depresión de hasta un 80% , que se ha visto reducido sustancialmente debido sobre todo a una mejoría en los métodos de detección empleados.

En estudios publicados más recientemente, la prevalencia de depresión en la AR oscila entre el 15 y el 50% lo que significa una cifra dos o tres veces superior a la que se ha observado en la población general.

La definición de depresión, los métodos empleados y la población incluida son los factores que suelen justificar esta dispersión de resultados. Para el estudio de las alteraciones psicológicas en pacientes con AR se han utilizado muchos cuestionarios o encuestas estandarizadas como *el Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, *el BDI*, *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)*, las subescalas de depresión y ansiedad del *Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS)* y entrevistas psiquiátricas estructuradas^(10,21,38,98149,187).

El método empleado en la detección de síntomas de depresión puede crear confusión con los síntomas somáticos atribuibles a la propia AR. En un estudio de

Pincus en el que se utiliza el MMPI, se constata que 5 preguntas de esta prueba pueden estar más en relación a la AR que a la propia depresión asociada; por ello la utilización de esta prueba sería poco aconsejable en pacientes con AR. Cuando se emplean cuestionarios autoadministrados para determinar la depresión, es difícil controlar los síntomas somáticos que pueden ser atribuibles a la inflamación articular más que a la depresión.

En relación al BDI, diversos trabajos han intentado solventar esta dificultad. Bishop concluye que los ítems somáticos del BDI se correlacionan correctamente con la puntuación de la depresión y no con la actividad de la AR por lo que los síntomas somáticos detectados en el cuestionario son parte del cuadro depresivo⁽³³⁾. Newman ajusta la puntuación del BDI excluyendo los 3 ítems somáticos que aparecen en el inventario⁽¹⁶⁴⁾.

Algunos estudios han comparado la prevalencia de depresión en la AR con otras enfermedades. Hay hasta 9 artículos que comparan los pacientes con AR con pacientes con fibromialgia y en un meta-análisis realizado recientemente se ha observado que los paciente con fibromialgia presentan niveles más elevados de depresión que los pacientes con AR. En relación a pacientes con lumbalgia crónica existen niveles similares de depresión, mientras que si el grupo control son pacientes con artrosis, los pacientes con AR presentan mayor prevalencia de depresión^(173,217,229,263).

Clásicamente se había asumido que la depresión que ocurre en la AR es una reacción a la propia enfermedad, de forma similar a lo que ocurre en otras enfermedades físicas, circunstancia que se ha denominado “reacción psicológica a enfermedad física”.

La evidencia de una relación directa entre la gravedad de la AR y la depresión proviene de estudios que indican que el incremento de la discapacidad o de la actividad de la AR estaba asociado a un incremento de la depresión y que el tratamiento hospitalario de la AR se asociaba con mejoría de la depresión. Sin embargo, estudios más reciente parecen indicar que la relación entre la gravedad de la artritis y la depresión no es tan evidente ya que los diversos estudios que han correlacionado la interacción de la depresión con las distintas variables de la enfermedad han aportado conclusiones dispares.

En un estudio longitudinal a tres años en el que se incluían 30 pacientes afectos de AR, no se demostró correlación entre los niveles de depresión, valorados con el BDI, y variables de actividad de la AR como el índice de Ritchie, la tumefacción de las articulaciones interfalángicas proximales, la EVA del dolor o la rigidez matutina. La

única variable que se correlacionaba con la depresión era el grado de discapacidad^(34,55,109,136,156,190,259).

En dos trabajos realizados mediante entrevista estructurada se ha estudiado también la relación con cierto detenimiento. En un primer estudio los pacientes con depresión referían más dolor pero no existía relación significativa entre la depresión y el número de articulaciones dolorosas, el tiempo de marcha, la fuerza de prensión o la duración de la rigidez matutina.

En el segundo estudio, en el que se empleaban criterios más estrictos para el diagnóstico de depresión, incluyendo la entrevista estructurada y el BDI, tampoco se observó correlación con las siguientes medidas de gravedad de la AR: VSG, cifras de hemoglobina, factor reumatoide, número de erosiones, número de síntomas sistémicos, número de articulaciones dolorosas, índice de Ritchie, duración de la rigidez matutina, grado funcional de Steinbroker y duración de la enfermedad. Había tres factores que diferían significativamente en los pacientes con depresión y eran una menor fuerza de prensión, una mayor discapacidad evaluada por el HAQ y una mayor puntuación del dolor. Ninguna de estas tres variables indica forzosamente causalidad ya que tanto podrían ser el resultado de la depresión como su causa.

En un estudio prospectivo realizado con 400 pacientes durante una media de 3 años, los cambios en la puntuación de la depresión no estaban asociados a la fuerza de prensión, el número de articulaciones tumefactas, el dolor o la discapacidad valorada por el HAQ. En este estudio, los valores que alcanzaron significación estadística al practicar un análisis de regresión fueron la edad, el nivel de educación, el estado civil y los ingresos económicos familiares. Los autores concluyen en este caso que las variables demográficas y sociales estarían más asociados a la depresión que las propias manifestaciones clínicas.

En un estudio completo en el que se incluyeron 158 pacientes y en el que la depresión se valoró mediante el BDI, el análisis de regresión permitió atribuir a las variables demográficas, al estado funcional, a la duración de la enfermedad, a variables sociales y a factores económicos la presencia de depresión. La actividad de la enfermedad (VSG, Índice de Ritchie), el dolor o la rigidez no se relacionaron con la presencia de depresión.

En un estudio similar Wolfe et al. analizaron 713 pacientes de los que se disponía de datos clínicos, demográficos y psicológicos en 2 ocasiones distintas en un período de 10 años. Dentro de las variables se incluían la VSG, la fuerza de prensión, la

rigidez matutina, la EVA del dolor, el HAQ, el género, el estado civil, la raza y el nivel educativo. Mediante un análisis de regresión, el 32% de la puntuación de la depresión valorada mediante el AIMS se pudo atribuir fundamentalmente al dolor y a la puntuación del HAQ y al número de articulaciones tumefactas. En este estudio las variables demográficas tenían poca relación con los cambios de la depresión. En sus conclusiones, los autores destacan que la depresión estaría en una pequeña parte relacionada con los cambios clínicos y el estado de la AR pero que la mayor parte de la depresión observada continua sin ser explicada^(17,24,192,245,260).

Estudios realizados en otros referentes culturales ponen de manifiesto también una prevalencia de depresión similar (23%) y que ésta se correlaciona más con la discapacidad funcional (HAQ) o con el estado civil (no casado) que con variables clínicas de la AR (índice de Ritchie, factor reumatoide y fuerza de prensión entre otras). En relación al estado civil, éste ya había sido señalado anteriormente por Katz como un factor asociado a la depresión. En este mismo estudio, la mayor duración de la enfermedad se relacionaba también con la depresión lo que contrastaba con estudios previos en el que la depresión era superior en pacientes con un diagnóstico más reciente^(119,129,138,150,167).

En un estudio noruego en el que se incluyeron 238 pacientes, la intensidad de dolor referido por el paciente no se relacionó con el género, la edad, el nivel educacional, los ingresos económicos, la VSG o la PCR; fue precisamente el índice de dolor la principal variable que estaba relacionada de forma significativa con la depresión. Estos mismos autores, en dos estudios longitudinales en que valoran a los pacientes a los 2 y a los 5 años, concluyen que son el dolor y la discapacidad las variables que de manera más consistente se relacionan con los síntomas de ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con los de otros estudios realizados anteriormente. En uno de ellos, las variables clínicas explicaban hasta el 44% de la puntuación de la depresión fundamentalmente a expensas de la discapacidad, mientras que las variables correspondientes a la actividad de la enfermedad o incluso el dolor no se correlacionaban con la depresión de forma significativa. En otro de los estudios eran la discapacidad y el dolor las variables relacionadas con los síntomas de la depresión⁽⁵⁷⁾.

En un meta-análisis publicado recientemente se considera que el nivel de dolor es la principal causa asociada a la aparición de depresión.

En los diversos estudios publicados han aparecido otras variables que también se han correlacionado de forma significativa con la depresión. El apoyo social tanto

familiar como por parte de amigos y vecinos, los recursos económicos y la relación de pareja o la adaptación a la enfermedad tiene una marcada influencia en el desarrollo de depresión y en el grado de discapacidad del paciente con AR. En un estudio previo se indicaba también que la depresión mejora rápidamente durante el ingreso del paciente con AR y vuelve a empeorar después del alta lo que sugiere que algún factor doméstico es el causante del agravamiento de la depresión.

El mecanismo por el cual el dolor y la discapacidad provocan depresión no está completamente establecido. Tanto el dolor como la discapacidad son potentes estresores y pueden aumentar la probabilidad de la depresión. Sin embargo un gran número de pacientes que sufren dolor y discapacidad no presentan depresión asociada con lo que otros factores deben estar también involucrados. Existen evidencias que indican que el dolor y la discapacidad no son suficientes por sí solos para causar depresión excepto en casos de enfermedad muy avanzada. Se considera que el dolor y la discapacidad podrían sólo precipitar la depresión cuando existen además problemas sociales y limitar la actividad del paciente suficientemente como para reducir su acceso al apoyo social.

Siguen habiendo dudas sobre si la depresión refleja simplemente una reacción al dolor producido por la AR o si la depresión contribuye a la sensación de dolor. En estudios realizados en pacientes con dolor músculo-esquelético crónico parece observarse, sin embargo, que la relación causal entre dolor y depresión puede actuar en ambas direcciones; el dolor aumenta la depresión y la depresión incrementa el dolor.

La depresión también está asociada con un aumento de la discapacidad funcional en pacientes con AR. Mediante estudios longitudinales se ha puesto de manifiesto que la depresión ocurre siguiendo a un deterioro en la capacidad funcional; parece que la asociación causal entre depresión y discapacidad actuaría también en ambas direcciones.

En resumen a todo ello se puede concluir que la depresión es más frecuente en la lumbalgia que en la población general y que las variables relacionadas con la actividad de la enfermedad jugarían un escaso papel en su desarrollo. La sensación de dolor, la discapacidad y probablemente también algunos determinantes socioculturales intervendrían de manera más decisiva.

Además de las consecuencias lógicas de morbilidad y la posibilidad de complicaciones graves en algunos pacientes con depresión se ha observado que los que tenían más ansiedad y depresión requieren mayor atención médica y llevan a cabo una mayor utilización de los servicios sanitarios, con un mayor número de ingresos. Ello

puede indicar que la identificación precoz y el tratamiento efectivo de las alteraciones psicológicas puede reducir los costes económicos de la enfermedad así como aumentar el bienestar del paciente.

Pocos estudios han incluido la valoración de la ansiedad diferenciada de la depresión dentro del estudio de los factores psicológicos aunque algunas escalas de valoración de la denominada “reacción psicológica a la enfermedad física” como el *AIMS* incluyen tanto a la depresión como también a la ansiedad. Mediante el HADS, Chandarana observaron una prevalencia similar de ansiedad (21%) y de depresión (19%) y en un estudio posterior en el que se utiliza la misma herramienta, se evidencia que los pacientes con AR presentan con mayor frecuencia este tipo de alteraciones psicológicas que los pacientes del grupo control. Hawley analizaron la presencia de ansiedad mediante el *AIMS* y observaron que la ansiedad es común en la AR aunque con niveles de puntuación relativamente bajos y similares a los que se observan en otras enfermedades osteoarticulares. En este mismo estudio longitudinal la puntuación de ansiedad presentó muy pocos cambios a los 3 años y no parece relacionarse con la actividad de la enfermedad.

Otros autores han indicado que pacientes diagnosticados de depresión también presentan puntuaciones elevadas de ansiedad al igual que ocurre en las consultas médicas generales.

Mediante análisis de regresión se ha establecido que la ansiedad se correlaciona fundamentalmente con los niveles de dolor y de discapacidad al igual que ocurre con la depresión y que suele mantenerse con niveles muy estables con el paso del tiempo. En otro estudio, la presencia de los síntomas de ansiedad y de depresión se correlacionaron significativamente con la capacidad funcional establecida por el HAQ; la ansiedad se correlacionaba además con la rigidez matutina y con el género masculino.

En un estudio reciente en el que se analizan independientemente los trastornos psicológicos en la lumbalgia mediante el *Research Diagnostic Criteria for the International Classification of Diseases*, los autores observaron que la ansiedad es más frecuente (70%) que la depresión (66,2%) y que se relaciona fundamentalmente con la depresión y con el índice de Ritchie. En otros estudios se ha relacionado la presencia de síntomas de ansiedad de los pacientes con lumbalgia con las características de la personalidad, con un peor estado clínico y con un menor nivel educativo.

JUSTIFICACION

Las alteraciones psicológicas constituyen una manifestación muy importante en las enfermedades crónicas, especialmente en aquellas que provocan dolor y limitación funcional.

Al observar, de forma atenta y reiterada, los síntomas referidos por los pacientes afectos de lumbalgia, se constata la presencia de trastornos que no se justifican por la actividad de la enfermedad, y que claramente pertenecen a la esfera psíquica.

La revisión de la literatura existente acerca de la prevalencia de síntomas psicológicos en la lumbalgia resulta decepcionante por la escasez de resultados y anima a emprender estudios que aporten datos sobre este tema.

El presente estudio quiere conocer la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad (síntomas psicológicos) en pacientes afectos de lumbalgia y determinar los factores socio-demográficos, clínicos, analíticos, metrológicos y radiológicos que influyen en su aparición.

Para ello se han utilizado cuestionarios validados de ansiedad y de depresión ampliamente aceptados y utilizados en muchos estudios clínicos. Para el resto de variables se utilizan determinaciones analíticas, cuestionarios de actividad, de funcionalidad, así como valoraciones metrológicas y radiológicas que gozan de un amplio consenso sobre su validez en la literatura médica actualmente disponible.

El conocimiento de la presencia de trastornos psicológicos en esta enfermedad y de los factores que influyen en su desarrollo debe permitir una mejoría en la atención global del paciente con lumbalgia.

HIPÓTESIS

Los pacientes con lumbalgia presentan una prevalencia de síntomas de depresión y de ansiedad (síntomas psicológicos) similar a la que se ha observado en pacientes afectos de otras enfermedades reumáticas, especialmente en la AR.

El dolor y la discapacidad funcional son los principales determinantes de la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con lumbalgia.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de síntomas de depresión y de ansiedad (síntomas psicológicos) en pacientes afectos de lumbalgia. Análisis de la calidad de vida mediante cuestionario SF-36 de la lumbalgia relacionando variables generales.

Determinar los factores que determinan la presencia de síntomas psicológicos en pacientes con lumbalgia. Análisis de la calidad de vida mediante cuestionario SF-36 de la lumbalgia en función de la variable edad (> 65 años).

II. PACIENTES Y MÉTODOS

II. PACIENTES Y MÉTODOS

1. PACIENTES

Desde hace 10 años se viene realizando una consulta dirigida a pacientes con lumbalgia en la que se visitan los enfermos con una periodicidad nunca superior a los 12 meses. Desde su inicio, el médico responsable ha sido el mismo.

En el presente estudio se han incluido todos los pacientes afectos de lumbalgia, evaluados entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de Septiembre de 2009 en las Consultas Externas del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico de Salamanca. Una paciente que había sido diagnosticada de esquizofrenia con anterioridad al diagnóstico de lumbalgia, se excluyó del estudio.

Todos los paciente incluidos (n=160) fueron evaluados por el mismo médico. En el momento de la visita se llevó a cabo el interrogatorio y la exploración física, se cumplieron las escalas analógicas y se administraron los cuestionarios.

2. VARIABLES

Se exponen a continuación las variables que se incluyeron en el estudio.

2.1. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

PACIENTES Y MÉTODOS: 76

2.1.1. Género

Incluye las variables hombre y mujer.

2.1.2. Edad

Se consideró la edad, en años cumplidos, que presentaba el paciente en el momento de la visita.

2.1.3. Estado civil

Se establecieron dos grupos: a) pacientes que estaban casados o que convivían con pareja estable y b) pacientes solteros, separados o viudos.

2.1.4. Nivel de estudios

Se diferenciaron 3 grupos en virtud del máximo alcanzado: a) pacientes con estudios primarios, b) pacientes con estudios secundarios y c) pacientes con estudios superiores.

2.1.5. Actividad laboral

Se consideraron 3 grupos: a) pacientes en situación laboral activa o que ejercían labores en el domicilio propio, b) pacientes en situación de incapacidad laboral permanente y c) pacientes en incapacidad laboral temporal, en situación de paro, jubilados o que estaban cursando estudios.

2.2. VARIABLES CLÍNICAS

2.2.1. Edad al inicio de la enfermedad

Se estableció mediante interrogatorio la edad que presentaba el paciente en el momento de iniciarse los síntomas que permitieron, con posteridad, realizar el diagnóstico de lumbalgia.

2.2.2. Tiempo de evolución de la enfermedad:

Se calculó a partir de la edad del paciente y de la edad al inicio de la enfermedad.

2.2.3. Dolor

Se valoró, mediante EVA de 0 a 100 mm, la intensidad de dolor percibido por el paciente, en cualquier momento del día, durante la semana previa a la visita.

2.2.4. Dolor nocturno

Se interrogó, en el momento de la visita, acerca de la presencia de dolor nocturno en la semana previa. Se consideró como tal el dolor que despertaba al paciente antes de lo habitual y que le obligaba a levantarse o a cambiar de postura en la cama. Se diferenciaron dos grupos en virtud de que los pacientes presentaran o no dolor nocturno.

2.2.5. Valoración global de la enfermedad establecida por el paciente

Se valoró, mediante EVA de 0 á 100mm, la percepción que el paciente tenía acerca de la actividad de la enfermedad.

2.2.6. Cirugía previa sobre el aparato locomotor

Se consideró todo acto quirúrgico que se hubiera practicado sobre una estructura del aparato locomotor (ósea, articular o de partes blandas). Se diferenciaron dos grupos en virtud de que los pacientes hubieran estado sometidos o no a cirugía del aparato locomotor.

2.2.7. Comorbilidad

Para la valoración de la comorbilidad se utilizó el Índice de Charlson. Con este instrumento se valora la existencia de diversas condiciones clínicas y, en virtud del efecto que cada una de ellas ejerce sobre el pronóstico de la mortalidad del paciente se establece una puntuación. La puntuación asignada a cada una de las enfermedades se expone a continuación:

- a) puntuación 1: infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, vasculopatía periférica, enfermedad cerebro-vascular, demencia, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad del tejido conectivo, úlcera péptica, hepatopatía crónica y diabetes mellitus no complicada.
- b) puntuación 2: accidente vascular cerebral establecido, insuficiencia renal crónica moderada-grave, diabetes mellitus complicada, tumor o neoplasia sólida no metastásica, leucemia y linfoma.
- c) puntuación 3: hepatopatía crónica grave; d) puntuación 6: tumor o neoplasia sólida metastásica y SIDA definido.

Se diferenció entre los pacientes que presentaban alguna de las condiciones clínicas que conforman el Índice de Charlson (pacientes con comorbilidad) y los que no presentaban ninguna (pacientes sin comorbilidad).

2.2.8. Hábito tabáquico

Su existencia se estableció mediante interrogatorio. Se consideraron fumadores aquellos pacientes que habían fumado como mínimo un cigarrillo en el mes previo al día de la visita. Se diferenciaron dos grupos en virtud de que los pacientes fueran o no fumadores.

2.6. VARIABLES PSICOLÓGICAS

Los cuestionarios de depresión y ansiedad fueron cumplimentados por el paciente el mismo día de la visita, tras completar los cuestionarios de capacidad funcional y de actividad de la enfermedad. El personal de enfermería y personal auxiliar, previamente instruidos, ayudaron a su correcta comprensión y cumplimentación.

Una psicóloga, con amplia experiencia en la utilización clínica de los cuestionarios empleados en el estudio, valoró los cuestionarios del BDI, STAI-E y STAI-R.

TABLA.-2. CUESTIONARIO BDI (A. Beck-adaptado por V. Conde^{28,55})

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo **describe mejor su situación actual**. Marque con una cruz la afirmación que haya elegido. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1.- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
No me encuentro triste.
Me siento algo triste.
Ya no puedo soportar esta pena.
Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

- 2.- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
No espero nada bueno de la vida.
No espero nada. Esto no tiene remedio.

- 3.- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.).
He tenido más fracasos que la mayoría de las personas.
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
No me considero fracasado.
Veo mi vida llena de fracasos.

- 4.- Ya nada me llena.
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
Ya no me divierte lo que antes me divertía.

No estoy especialmente insatisfecho.
Estoy harto de todo.

- 5.- A veces me siento despreciable y mala persona.
Me siento bastante culpable.
Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable.
Me siento muy canalla.

PASE A LA HOJA SIGUIENTE

- 6.- Presiento que algo malo me puede suceder.
Siento que merezco ser castigado.
No pienso que esté siendo castigado.
Siento que me están castigando o me castigarán
Quiero que me castiguen.

- 7.- Estoy descontento de mí mismo.
No me aprecio.
Me desprecio.
Estoy asqueado de mí.
Estoy satisfecho de mí mismo.

- 8.- No creo ser peor que otros.
Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
Siento que tengo muchos y muy grandes defectos.
Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.

- 9.- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.
Siento que estaría mejor muerto.
Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
No tengo pensamientos de hacerme daño.

- 10.- No lloro más de lo habitual.
Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.
Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
Ahora lloro más de lo normal.

- 11.- No estoy más irritable que normalmente.
Me molesto e irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

- 12.- He perdido todo interés por los demás y no me importa en absoluto.
Me intereso por la gente menos que antes.
No he perdido mi interés por los demás.
He perdido casi todo el interés por los demás y apenas tengo sentimientos

hacia ellos

CONTINUE CON LA PAGINA SIGUIENTE

- 13.- Ahora estoy inseguro de mi mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
Tomo mis decisiones como siempre.
Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
- 14.- Estoy preocupado porque me veo envejecido y desmejorado.
Me siento feo/a y repulsivo.
No me siento con peor aspecto que antes.
Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen menos atractivo.
- 15.- Puedo trabajar también como antes.
Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
No puedo trabajar en nada.
Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
No trabajo tan bien como lo hacía antes.
- 16.- Duermo tan bien como antes.
Me despierto más cansado por la mañana.
Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
Tardo una o dos horas en dormirme por la noche.
Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.
Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de 5 horas.
No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.
- 17.- Me canso más fácilmente que antes.
Cualquier cosa que hago me fatiga.
No me canso más de lo normal.
Me canso tanto que no puedo hacer nada.

CONTINUE CON LA SIGUIENTE PAGINA.

- 18.- He perdido totalmente el apetito.
Mi apetito no es tan bueno como antes.
Mi apetito es ahora mucho mejor.
Tengo el mismo apetito de siempre.
- 19.- No he perdido peso últimamente.
He perdido más de 2 ½ Kg.
He perdido más de 5 Kg.
He perdido más de 7 Kg.
- 20.- Estoy tan preocupado por mi salud que me es defécil pensar en otras cosas.
Estoy preocupado por dolores y trastornos.
No me preocupa mi salud más de lo normal.
Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.
- 21.- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
He perdido todo mi interés por el sexo.
Apenas me siento atraído sexualmente.
No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

TABLA 3.- CUESTIONARIO STAI A-E

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente Ud. Ahora mismo**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Situación	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento calmado	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
Estoy tenso	0	1	2	3
Estoy contrariado	0	1	2	3
Me siento cómodo, estoy agusto	0	1	2	3
Me siento alterado	0	1	2	3
Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Me siento angustiado	0	1	2	3
Me siento confortable	0	1	2	3
Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
Me siento nervioso	0	1	2	3
Estoy desasosegado	0	1	2	3
Me siento my atado, muy oprimido	0	1	2	3
Estoy relajado	0	1	2	3
Me siento satisfecho	0	1	2	3
Estoy preocupado	0	1	2	3
Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
Me siento alegre	0	1	2	3
En este momento, me siento bien	0	1	2	3

Compruebe si ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

Ahora vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases

TABLA 4.- CUESTIONARIO STAY A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente Ud. En general** en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. Generalmente.

Situación	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Me siento bien	0	1	2	3
Me canso rápidamente	0	1	2	3
Siento ganas de llorar	0	1	2	3
Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
Soy feliz.	0	1	2	3
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
Me falta confianza en mi mismo.	0	1	2	3
Me siento seguro.	0	1	2	3
No suelo afrontar las crisis o dificultades.	0	1	2	3
Me siento triste, melancólico.	0	1	2	3
Estoy satisfecho.	0	1	2	3
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
Soy una persona estable.	0	1	2	3
Cuando pienso sobre asuntos y	0	1	2	3

preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.

Compruebe si ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

2.6.1. Depresión

Los síntomas de depresión se evaluaron mediante el cuestionario autoadministrado BDI. Se dispone de una adaptación validada en castellano que es la que se ha utilizado en el presente estudio. Consiste en un inventario de 21 items; cada uno de ellos incluye de 4 á 6 manifestaciones graduadas cuantitativamente de 0 á 3, correspondientes a grados crecientes de intensidad de los síntomas de depresión. La puntuación mínima es de 0 y la máxima posible de 63.

Para el BDI no se ha definido un punto de corte concreto y en los diversos estudios varía en función de los autores y de las enfermedades estudiadas. En el presente estudio, se ha utilizado por un lado la categorización inicial de Beck para síntomas depresivos leves (BDI 10-18), moderados (BDI 19-29) y graves (BDI >30).

Por otro lado en virtud de la puntuación obtenida se diferenciaron dos grupos: a) pacientes con síntomas de depresión (puntuación igual o superior a 18) y b) pacientes sin síntomas de depresión (puntuación inferior a 18). La puntuación de 18 corresponde a una desviación estándar por encima de la media de los pacientes con lumbalgia. Esta medida que se ha considerado también como punto de corte en trabajos realizados con pacientes afectos de otras enfermedades^(26,27,28).

2.6.2. Ansiedad

Los síntomas de ansiedad se valoraron mediante el cuestionario STAI, compuesto por escalas separadas que miden dos conceptos independientes, la ansiedad E y la ansiedad R. La primera hace referencia a un estado o condición emocional transitoria del organismo en un determinado momento y que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad R indica una propensión ansiosa más estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad E.

Aunque originalmente el STAI fue concebido como un instrumento para ser aplicado en adultos normales, resulta también útil en enfermos. Las puntuaciones ansiedad E y ansiedad R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Las puntuaciones se transformaron, mediante las correspondientes tablas, en escalas de centiles y decatipos con el fin de facilitar el estudio estadístico.

En virtud de la puntuación obtenida se diferenciaron dos grupos: a) pacientes con síntomas de ansiedad (puntuación igual o superior a 8) y b) pacientes sin síntomas de ansiedad (puntuación inferior a 8). La puntuación de 8 corresponde a una desviación estándar por encima de la media de los pacientes con lumbalgia.

2.6.3. Descripción de la Muestra: Proceso de adaptación cultural

Participaron del presente estudio 120 sujetos con un promedio de edad de 37,4 ($\pm 18,3$) años, predominio del intervalo de edad entre 20 y 29 años (29,2%), con mayor ocurrencia de lumbalgia en el sexo femenino (77,5%). Fue constatada una mayor duración del dolor lumbar entre 25 y 60 meses (31,7%), seguido por el período entre 13 y 24 meses (25,8%). Los datos de la caracterización sociodemográfica y clínica de los sujetos estudiados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Características sociodemográficas (n=120). Calidad de vida y evaluación del dolor lumbar.

	N	%	Promedio (\pm DE)
Edad (en años)			37,4 ($\pm 18,3$)
Sexo			
Masculino	27	22.5	
Femenino	93	77.5	
Escolaridad (en años)			10.7 (± 4.6)
Vínculo de empleo			
Activo	43	35.8	
Inactivo	36	30.0	
Ama de casa	06	5.0	
Sin Vínculo	35	29.2	
Duración del dolor lumbar (en meses)			60.2 ($\pm 81,5$)
4-12	22	18.3	
13-24	31	25.8	
25-60	38	31.7	

3. MÉTODOS

3.1. Evaluación de las propiedades psicométricas

Confiabilidad: La confiabilidad fue evaluada por medio de la consistencia interna y de la estabilidad (prueba y revalidación). La estabilidad fue evaluada por medio de la auto aplicación del cuestionario para un mismo grupo de pacientes en dos ocasiones diferentes.

Validad Convergente: La validad fue analizada por medio de la correlación entre el puntaje del Spitzer (QLI) y los resultados obtenidos con el cuestionario Roland-Morris y Medical Outcome Study Short Form - 36 Health Survey (SF-36).

Sujetos y Escenario del Estudio: Los datos fueron recolectados en un consultorio de Traumatología del Hospital Clínico de Salamanca. Los pacientes portadores de lumbalgia son atendidos en este Hospital, en el servicio de Traumatología, mediante exploración y diagnóstico médico. Formaron parte de este estudio, pacientes adultos de ambos sexos, con edad superior a 18 años con diagnóstico de dolor lumbar. Fue considerado como lumbalgia crónica, el dolor localizado en la región lumbar con duración superior a 12 semanas⁽¹⁴⁾. Pacientes que presentaron incapacidad de comprensión y comunicación verbal efectiva y/o eran analfabetos fueron excluidos de este estudio. En estudios de adaptación cultural es sugerido un número mínimo de 100 sujetos⁽¹⁰⁾. La muestra de este estudio fue constituida por 120 pacientes.

3.2. Recolección de datos

Los datos fueron recolectados antes de las sesiones de fisioterapia. Los sujetos del estudio respondieron a los cuestionarios de forma individual, en una sala privada del servicio de Traumatología. La primera etapa de la recolección de datos fue realizada para obtener los datos que posibilitaron la caracterización sociodemográfica de los pacientes, seguida de la autoaplicación del cuestionario Spitzer (QLI), Medical

Outcome Study Short Form - 36 Health Survey (SF-36) y del Roland-Morris. La segunda etapa (revalidación), fue realizada 48 horas después de la primera, en los mismos pacientes (120 pacientes) y en el mismo local, mediante la evaluación del cuadro de intensidad del dolor, por medio de la auto aplicación del Spitzer (QLI).

3.3. Instrumentos de recogida de datos

La recolección de datos fue orientada por la aplicación de cuatro instrumentos: instrumento de caracterización sociodemográfica, el Spitzer (QLI), el Medical Outcome Study Short Form - 36 Health Survey (SF-36) y el Roland-Morris.

El SF-36 es un instrumento genérico. Este instrumento fue traducido y adaptado para la cultura española en pacientes portadores de artritis reumatoide⁽¹³⁾. Contiene ocho dominios que pueden ser agrupados en dos componentes: *Físico*, compuesto por: capacidad funcional, aspectos físicos, dolor y estado general de salud; y el *Mental*, que engloba vitalidad, aspectos emocionales, aspectos sociales y salud mental. Para evaluar los resultados se atribuye un puntaje a cada dimensión, los cuales son posteriormente transformados en una escala de cero a 100, en la cual el cero corresponde al peor estado de salud posible, y 100 a un mejor estado de salud⁽¹⁵⁾. En este estudio, se optó por utilizar el SF-36 por ser fácilmente aplicable y comúnmente utilizado en pacientes con dolor lumbar⁽¹⁶⁾.

El cuestionario de Roland-Morris es un instrumento específico, utilizado para evaluar la incapacidad en pacientes portadores de dolor lumbar, habiendo sido adaptado y validado para la cultura brasileña. Es un cuestionario compuesto de 24 ítems relacionados a las actividades de vida diaria, llevando en promedio cinco minutos para ser llenado⁽¹⁷⁾. El puntaje del cuestionario es calculado por el total de preguntas señaladas, variando de cero a 24, siendo que cero corresponde a la ausencia de incapacidad y 24 a la incapacidad severa⁽¹⁸⁾.

The Spitzer (QLI), desarrollado por Spitzer, es un instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida (CV) que fue empleado inicialmente en pacientes portadores de cáncer y otras enfermedades crónicas⁽⁵⁾. En la literatura internacional se evidencia el empleo del Spitzer (QLI) en la evaluación de la calidad de vida de pacientes ancianos con disfunciones osteomusculares. The Spitzer (QLI) está

compuesto por cinco dominios, siendo que cada uno representa un aspecto diferente del funcionamiento de la vida: involucramiento en actividades ocupacionales y domésticas; actividades de la vida diaria; percepción de la propia salud; soporte de la familia y amigos y percepción de las perspectivas de vida. Cada uno de los dominios es formado por tres preguntas que son puntuadas por 0, 1 o 2, siendo que 2 es la respuesta más positiva y 0 la peor respuesta. El índice de calidad de vida es calculado por la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los dominios, resultando un valor de 0 a 10. De esa forma, el puntaje más elevado posible de ser obtenido es 10, lo que representa una mejor calidad de vida⁽⁵⁾. El Spitzer (QLI) presenta medidas psicométricas confiables siendo constatada la validez de contenido y de constructo junto a los pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas. La confiabilidad fue evaluada por medio de la consistencia interna y correlación entre los observadores. La consistencia interna demostró elevado coeficiente de alfa de Cronbach (0,77) y la correlación de Spearman entre los datos fue estadísticamente significativa (0,81, $p < 0,001$).

3.4 Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron inicialmente transportados para el programa Microsoft Office Excel (Microsoft Office 2003) y luego para el programa SAS - System for Windows (Statistical Analysis System), versión 8.02, para los siguientes análisis:

- Análisis descriptivo para datos del instrumento de caracterización sociodemográfica y clínica, y para los puntajes de los dominios del SF-36 y puntaje total del Spitzer (QLI) y Roland-Morris.
- Coeficiente alfa de Cronbach: para verificar confiabilidad. Fue establecido como evidencia de consistencia interna satisfactoria valores alfa de Cronbach $> 0,70$ ⁽¹⁹⁾.
- El puntaje total del Spitzer (QLI) fue considerado como variable continua con distribución no normal siendo, por lo tanto, utilizada una estadística no paramétrica.
- Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC): utilizado para verificar la confiabilidad en lo que se refiere a la estabilidad del instrumento (prueba y revalidación). Fue considerado como evidencia de estabilidad valores de ICC $\geq 0,90$ ⁽²⁰⁾.
- Coeficiente de Correlación de Spearman: empleado para verificar la prueba y la revalidación y evaluar la validez, o sea, la correlación entre los puntajes total del Spitzer (QLI) y Roland-Morris y los dominios del SF-36.

El nivel de significancia adoptado para las pruebas estadísticas fue de 5%.

Aspectos Éticos

Todos los pacientes que participaron de este estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad.

Previo al análisis de los datos se procedió a una verificación y depuración de los mismos por medio de detección de valores imposibles, a través de la edición del valor mínimo y el valor máximo de cada variable cuantitativa, y mediante tablas de frecuencias en variables cualitativas. Posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo y analítico.

El análisis estadístico descriptivo consistió en la descripción de variables cualitativas mediante números absolutos y porcentajes sobre el total, mientras las variables cuantitativas se describieron a través de medidas de tendencia central (media y/o mediana) y de dispersión (desviación estándar y/o rango).

El análisis estadístico analítico consistió en un estudio bivariado para determinar la posible asociación entre cada una de las variables de estudio y la variable resultado (ansiedad E, ansiedad R y depresión) y multivariado para el estudio de asociación con la variable resultado independiente de otros factores.

El análisis estadístico bivariado se fundamentó en el uso del test de Chi-cuadrado para las variables cualitativas, o test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas eran < 5 en $> 20\%$ de las casillas.

Para las variables cuantitativas, tras comprobar la normalidad en su distribución por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y por tratarse de datos independientes, utilizamos el test de la t-Student. Fueron estudiadas a su vez la presencia o ausencia de asociación entre ellas por medio del test de correlación de Pearson y representadas gráficamente por medio de gráficos de dispersión.

Aquellas variables que mostraron una asociación estadísticamente o clínicamente relevante, sin colinealidad fueron consideradas en tres modelos de regresión logística, considerando como variables dependientes o resultados las variables “ansiedad-E, ansiedad-R y depresión”.

Posteriormente se procedió a un análisis de regresión lineal tras confirmar la normalidad, homocedasticidad o varianzas homogéneas, independencia y asociación lineal entre las variables para observar cual es la magnitud de asociación estadística entre las variables e incluso predecir el valor de una variable conociendo el valor de otra. Por consiguiente dichos modelos de regresión nos permitieron proceder a una predicción.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0, considerando como nivel de significación estadística un 5% ($p < 0.05$).

8. RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA: CUESTIONARIO SF-36

8.1. DATOS GENERALES:

- ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Se estudiaron un total de 164 enfermos de lumbalgia, 45,7% fueron varones y el 54,3% restante mujeres. La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 61,33 años con una desviación estándar de 12,59 y una moda de 63,00.

Respecto al nivel educativo de los pacientes incluidos en el estudio, 34,7% habían cursado estudios universitarios y 33 (25,6%) tenían estudios de primaria o menos.

Tabla 23.- Análisis descriptivo global del cuestionario SF-36

Estadísticos descriptivos					
	N	Media		Desv. tip.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
1_Salud Actual	165	67,12	1,690	21,704	471,083
2_Salud comparada con año anterior	163	43,40	2,591	33,081	1094,354
3a_Limitacion al hacer esfuerzos	164	31,40	2,741	35,096	1231,763
3b_Limitacion al hacer esfuerzos moderados	164	46,34	2,983	38,196	1458,926
3c_Limitacion Coger o llevar compra	164	54,27	2,978	38,132	1454,063
3d_Limitacion para subir escaleras	164	38,41	2,920	37,399	1398,698
3e_Limitacion al subir un piso	164	60,98	2,935	37,584	1412,539
3f_Limitacion al agacharse	164	33,84	2,801	35,866	1286,380
3g_Limita a caminar un km o más	164	56,10	3,201	40,992	1680,383
3h_Limita a caminar una manzana	164	56,71	3,134	40,139	1611,178
3i_Limita a caminar 100 metros	164	75,30	2,752	35,245	1242,238
3j_Limitizacion para bañarse	164	71,95	2,602	33,321	1110,280
4a_Tuvo que reducir tiempo de sus actividades por la enfermedad	163	49,08	3,928	50,146	2514,580
4b_Hizo menos de lo que quería por su salud física	165	37,58	3,782	48,579	2359,941
4c_Dejo de hacer tarea a causa de su salud física	165	39,41	3,814	48,997	2400,683
4d_Tuvo dificultad en sus actividades cotidianas a causa de su salud física	165	38,18	3,794	48,731	2374,723
5a_Tuvo que reducir tiempo de sus actividades por causas emocionales	164	64,63	3,745	47,957	2299,865
5b_Hizo menos de lo que quería por razones emocionales	164	64,02	3,759	48,140	2317,447
5c_No hizo las cosas cuidadosamente por razones emocionales	164	68,31	3,643	46,650	2176,203
6_Hasta que punto ha dificultados sus actividades sociales	164	25,30	2,329	29,824	889,477
7_Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo	165	57,09	2,250	28,903	835,388
8_Tuvo dolores que le dificultaran su trabajo	164	47,29	2,627	33,642	1131,803
9a_Cuanto tiempo se sintió lleno de vitalidad	163	54,72	2,248	28,703	823,843
9b_Cuanto tiempo se sintió nervioso	163	69,82	1,964	25,079	628,978
9c_Cuanto tiempo se sintió bajo de moral	164	76,34	1,873	23,989	575,490
9d_Cuanto tiempo se sintió tranquilo	163	38,65	2,277	29,070	845,081
9e_Cuanto tiempo se sintió lleno de energia	163	50,31	2,278	29,090	846,202
9f_Cuanto tiempo se sintió triste	162	70,12	1,936	24,646	607,438
9g_Cuanto tiempo se sintió Agotado	163	62,33	2,025	25,857	668,606
9h_Cuanto tiempo se sintió Feliz	162	45,80	2,328	29,630	877,923
9i_Cuanto tiempo se sintió Cansado	162	54,57	2,087	26,565	705,713
10_Con qué frecuencia su salud o problemas emocionales le han dificultado sus relaciones sociales	163	67,33	2,212	28,237	797,309
11a_Creo que enfermo mas facilmente que los demas	163	60,28	2,151	27,461	754,090
11b_Estoy tan sano como cualquiera	163	45,71	2,182	27,860	776,197
11c_Creo que mi salud va a empeorar	161	53,26	1,996	25,331	641,644
11d_Creo que mi salud es excelente	163	52,61	2,389	30,507	930,660
Edad	162	66,80	,871	11,083	122,843
N válido (según lista)	146				

Tabla 24.- Relación hombre/mujer en la serie global

		Sexo	Frecuencia
Válidos	Hombre		75
	Mujer		89
	Total		164

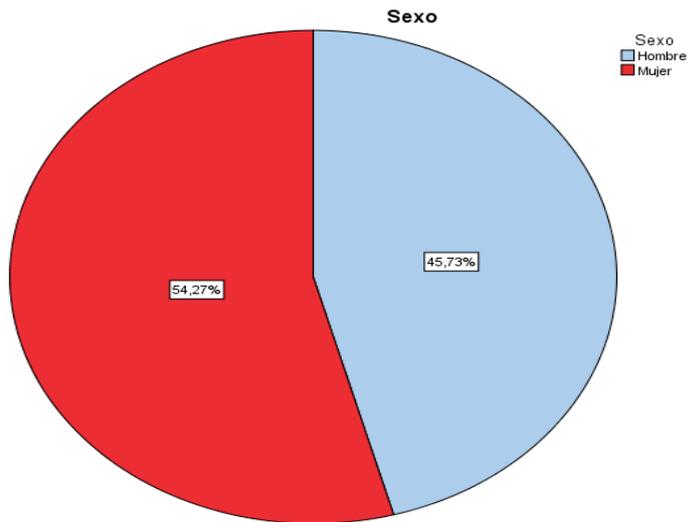


Fig. 5.- Relación hombre/mujer en la serie global.

Tabla 25.- Estadísticos descriptivos en la serie global. Resultados generales

	Estadísticos descriptivos				
	N	Media		Desv. tip.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
físico	164	52,5305	2,28624	29,27811	857,208
rol físico	165	40,9136	3,52593	45,29142	2051,313
dolor	165	52,1091	2,28752	29,38366	863,400
rol social	165	45,9848	1,10111	14,14401	200,053
mental	165	60,1394	,63134	8,10969	65,767
rol emocional	164	65,6565	3,46461	44,36865	1968,577
energía y vitalidad	165	57,3939	,77417	9,94444	98,892
salud general	165	57,7289	,69309	8,90291	79,262
N válido (según lista)	163				

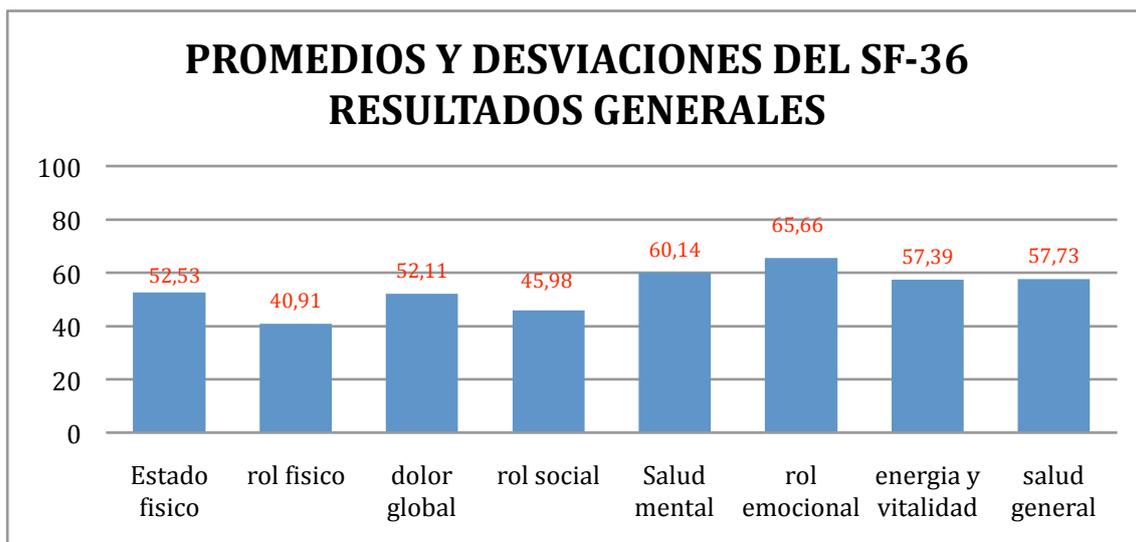


Fig. 6.- Resultados generales. Promedios y desviaciones del SF-36.

En el análisis comparativo de resultados de la calidad de vida se aprecia que existen evidencias estadísticas en las medias para los roles sociales, siendo mayores en los individuos <65 años.

También existen evidencias para afirmar que las medias de los roles emocionales son mayores en los Hombres.

Tabla 26.- Correlación de la edad y el sexo con los diferentes roles del cuestionario SF-36

	EDAD	SEXO
Estado físico	0,361	0,136
Rol físico	0,669	0,897
dolor	0,058	0,774
rol social	0,000	0,917
mental	0,764	0,810
rol emocional	0,531	0,020
energía y vitalidad	0,815	0,639
salud general	0,098	0,167

Tabla 27.- Descripción estadística con respecto a la variable edad. <65 años.

Estadísticos descriptivos					
	N	Media		Desv. típ.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
físico	53	49,4340	4,20937	30,64468	939,097
rol físico	53	39,1651	6,11902	44,54711	1984,445
dolor	53	58,0283	4,19269	30,52323	931,667
rol social	53	53,3019	1,72198	12,53623	157,157
mental	53	60,0000	,84846	6,17688	38,154
rol emocional	53	62,9119	6,26217	45,58931	2078,385
energía y vitalidad	53	57,6415	1,27500	9,28211	86,157
salud general	53	59,5145	1,09121	7,94413	63,109
N válido (según lista)	53				

Tabla 28.- Análisis estadístico descriptivo de la serie global. > 65 años

Estadísticos descriptivos					
	N	Media		Desv. típ.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
físico	108	53,9352	2,75802	28,66215	821,519
rol físico	109	42,4312	4,41421	46,08574	2123,896
dolor	109	48,7385	2,71435	28,33869	803,081
rol social	109	42,6606	1,28509	13,41673	180,009
mental	109	60,3578	,83211	8,68750	75,473
rol emocional	108	67,5926	4,21661	43,82025	1920,215
energía y vitalidad	109	57,2477	,99323	10,36965	107,530
salud general	109	57,0734	,87302	9,11462	83,076
N válido (según lista)	107				

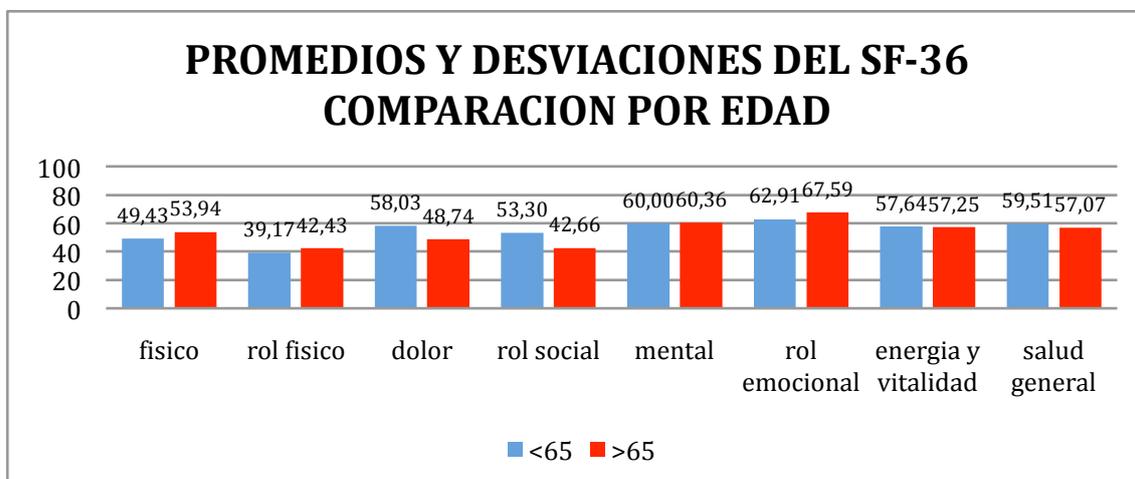


Fig. 7.- Análisis estadístico de la serie global. Comparativa de los diferentes roles y la edad.

Tabla 29.- Análisis descriptivo de la serie global. Sexo: varón

Estadísticos descriptivos HOMBRES

	N	Media		Desv. típ.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
fisico	74	56,2162	3,35460	28,85736	832,747
rol fisico	75	41,6667	5,33418	46,19534	2134,009
dolor	75	51,1000	3,50875	30,38670	923,351
rol social	75	45,8333	1,71659	14,86614	221,002
mental	75	59,9733	1,04027	9,00896	81,161
rol emocional	75	74,6667	4,59969	39,83449	1586,787
energia y vitalidad	75	57,7778	1,19991	10,39149	107,983
salud general	75	56,6956	,99722	8,63618	74,584
N válido (según lista)	74				

Tabla 30.- Análisis descriptivo de la serie global. Sexo: mujer

Estadísticos descriptivos MUJERES

	N	Media		Desv. típ.	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico	Estadístico
fisico	89	49,3258	3,13266	29,55341	873,404
rol fisico	89	40,7388	4,75094	44,82028	2008,858
dolor	89	52,4213	3,00856	28,38272	805,579
rol social	89	46,0674	1,44865	13,66652	186,774
mental	89	60,2809	,78090	7,36699	54,272
rol emocional	88	58,7235	4,96627	46,58776	2170,419
energia y vitalidad	89	57,0412	1,02314	9,65226	93,166
salud general	89	58,6303	,96675	9,12035	83,181
N válido (según lista)	88				

**PROMEDIOS Y DESVIACIONES DEL SF-36
COMPARACION POR SEXO**

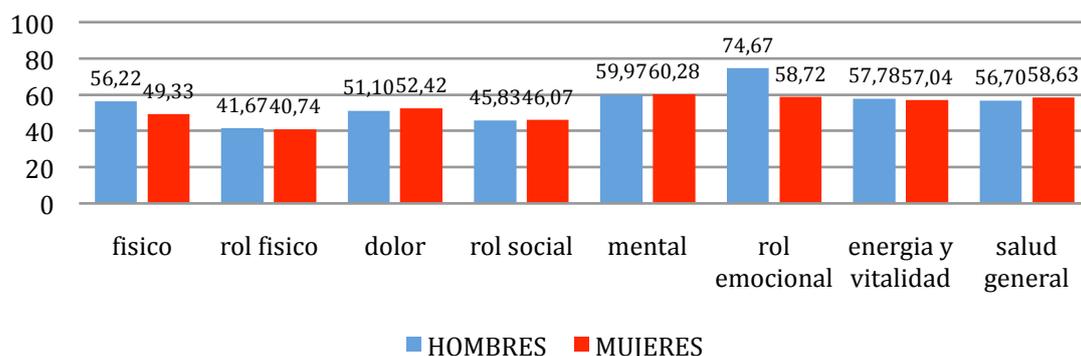


Fig. 8.- Análisis estadístico comparativo y correlativo de los diferentes roles y el Sexo

Entre los datos recogidos, sobre los antecedentes patológicos familiares de los pacientes con lumbalgia incluidos en el estudio, destaca que solo 9 de ellos no tenían antecedentes lo que corresponde al 33,2% y que 85 (66,8%) reportaron tener al menos una enfermedad como antecedente patológico familiar. En la tabla 1 se muestran las características de la presentación del antecedente patológico familiar.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria.

Entre los investigadores no hay consenso en la definición de "calidad de vida". Un concepto que involucra muchas variables subjetivas satisfacción, felicidad, autoestima... es difícil de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, la economía, el nivel socio-cultural los déficits funcionales, problemas de salud.

Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional: "no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos".

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el *envejecimiento de la sociedad* en una cuestión de máximo interés.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macrosocial como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar –en ocasiones con hijos/as dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso. La sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre

las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Políticas que tengan presente la dimensión femenina de los cuidados de salud, para que no contribuyan a seguir reforzando el rol dependiente de las mujeres cuidadoras.

Mucho mejor para algunos y peor para otros. Los americanos mayores que no desarrollan alguna enfermedad debilitante están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen un aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos a su misma edad. Estos jóvenes-mayores (muchos ya han sobrepasado su ochenta cumpleaños) dicen sistemáticamente a los investigadores "soy mucho más joven que mi madre o mi padre a esta edad". En la mayoría de las personas, los problemas graves de salud no surgen hasta al menos los 75 años. Los que se encuentran entre los 65 y 74, por ejemplo, casi el 80 por 100 no tiene ninguna dificultad con las actividades del cuidado de la casa – incluyendo las tareas pesadas. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores. Al inicio del siglo XX pocas personas mayores eran propietarios de su casa. Ya fuera una casa, apartamento o una habitación en una pensión, sólo el 29 por 100 de los adultos mayores casados y el 11 por 100 de los solteros vivían independientemente. En 1986, la situación dio un giro a la inversa. Dos factores han amparado esta tendencia. Una es la riqueza. Las personas mayores medias tienen más bienes que a principios de siglo.

Pocas personas mayores se ven forzadas por las circunstancias a vivir con un hijo u otro familiar (generalmente algún hermano/a). El segundo factor es el bajo índice de nacimientos durante la Gran Depresión. En 1975, los americanos tenían menos hijos de quienes depender cuando llegaran a la tercera edad.

Los padres de la generación del *baby-boom*, que ahora están llegando a la jubilación, también será una cohorte acomodada, porque nacieron durante la Gran Depresión y entraron en el mercado laboral en un momento de expansión económica, cuando relativamente poco dinero ofrecía amplias oportunidades económicas. Aunque tendrán más hijos vivos en quienes poder confiar, la mayoría los necesitarán menos que en generaciones anteriores. Cuando los hijos del *baby-boom* se jubilen, es posible que estén en peor situación que sus padres, y debido a su bajo índice de natalidad, probablemente tendrán menos hijos vivos.

En el futuro, un número cada vez mayor de parejas llegará a la tercera edad en etapas discrepantes de la vida. Al haber una proporción mayor de mujeres de mediana edad que trabajan fuera de casa, más hombres se encontrarán con que aunque ellos ya estén a punto de jubilarse, sus esposas todavía estarán muy absorbidas en sus trabajos.

Puesto que la mayoría de las mujeres son más jóvenes que sus esposos, esta tendencia aumentará - y cuanto mayor sea la diferencia de edad, más se agudizará el problema -. Otro tremendo cambio ha propiciado esta situación.

En 1870 no había problemas de jubilación. La mayoría de los hombres morían a los 61, cuando todavía estaban trabajando duro, y los que vivían más no podían retirarse porque no había pensiones ni seguridad social.

La mayoría de los enfermos con lumbalgia presentan dolor persistente y deterioro de la capacidad funcional. Estas circunstancias pueden, presumiblemente, determinar alteraciones en la esfera psíquica del enfermo. Sorprendentemente, apenas se dispone de estudios en los que se haya evaluado la frecuencia de los síntomas psicológicos en pacientes con lumbalgia, así como su relación con las variables socio-demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas propias de la enfermedad. Una de las circunstancias que pueden haber influido en la falta de dichos estudios, es el hecho de que durante mucho tiempo se ha sustentado, de una forma intuitiva, que el paciente con lumbalgia presentaba una menor tendencia a padecer alteraciones psicológicas. Se había establecido un estereotipo por el que se consideraba que el enfermo con lumbalgia era una persona activa, motivada, poco predispuesta a padecer alteraciones del estado

anímico, con un alto nivel de confianza, y con buena tolerancia al dolor. Por otra parte, de forma tradicional, las enfermedades reumáticas en general y la lumbalgia en particular se han estudiado, de forma casi exclusiva, desde la vertiente física, relegando las alteraciones psicológicas a un plano mucho más secundario^(19,40,73).

El presente estudio se ha realizado con un número importante de pacientes seguidos de forma protocolizada en una consulta monográfica de un servicio de Traumatología. La serie es representativa de la realidad de la lumbalgia en nuestro medio.

El diagnóstico tanto de depresión como de ansiedad requiere del uso de entrevistas estructuradas y no puede basarse en cuestionarios autoadministrados como el BDI o el STAI. Por ello, en este trabajo, a partir de la puntuación obtenida en los cuestionarios, se hace referencia a la presencia de síntomas de ansiedad o de síntomas de depresión sin que ello comporte el establecimiento de un diagnóstico. La utilidad de los cuestionarios radica en la detección, objetiva y rápida, de signos de alerta que pueden indicar la necesidad de una consulta especializada ante la sospecha de síntomas psicológicos relevantes^(89,100).

Con relación al diagnóstico de síntomas de depresión, y concretamente a la puntuación del BDI, cabe considerar que no se ha definido un punto de corte único que permita afirmar de forma inequívoca que el paciente presenta síntomas de depresión, habiéndose llegado a utilizar valores tan dispares como 9 y 29. En el presente estudio, se ha utilizado la categorización inicial de Beck para síntomas depresivos leves, moderados y graves; para el estudio de variables se ha escogido como punto de corte la puntuación de 18, que corresponde a una desviación estándar por encima de la media, un valor utilizado también en trabajos realizados con pacientes afectados de otras enfermedades⁽²⁶⁾. En nuestra serie la prevalencia de los síntomas depresivos oscila, según el punto de corte que se establezca, entre el 35% para síntomas depresivos leves, el 16% para síntomas depresivos moderados y el 1,9% para síntomas depresivos graves. Cuando se sitúa en el referido 18, de una desviación estándar por encima de la media, la prevalencia de los síntomas depresivos es del 23%. Se trata de un valor cercano al obtenido por MJ Moreno (22%) en un trabajo realizado en la Comunidad Murciana y que se ha presentado en forma de tesis doctoral⁽¹⁵⁶⁾. Diversos autores extranjeros han obtenido cifras similares. Así, Tavañan et al⁽²³⁰⁾ observaron una prevalencia del 31%, Ribeiro⁽¹⁸⁹⁾ del 36% y Pincus del 38% en un estudio publicado recientemente, cuyo

objetivo principal fue analizar la función sexual de un grupo de 65 varones con lumbalgia⁽¹⁸²⁾.

Las discrepancias se deben, en gran medida, al hecho de que las herramientas de evaluación han sido diferentes. Así, MJ Moreno realizó su trabajo con el GDS, mientras que Barlow et al utilizaron el CES-D y Bradna et al el HAD.

Únicamente en el estudio de Pirildar et al se analizó, como en el presente estudio, la presencia de síntomas depresivos mediante el BDI; se estableció el punto de corte en 13, que corresponde a síntomas leves. Además al comparar los distintos estudios debe tenerse en cuenta que si bien las series son relativamente homogéneas en cuanto a la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad, presentan notables diferencias en cuanto a la distribución por géneros, ya que en algunos estudios únicamente se incluyen varones, mientras que en otros el porcentaje de mujeres llega hasta el 27%, cifra similar a la del presente estudio (24%).

En cualquier caso la frecuencia obtenida pone de manifiesto la importancia de los síntomas depresivos en los pacientes con lumbalgia.

En la lumbalgia, el diagnóstico de depresión clínica mediante la utilización de entrevistas dirigidas se ha establecido en el 13-20%, cifra que supone el doble de la prevalencia de depresión en la población general.

Cabe tener en cuenta que en los estudios realizados en las distintas enfermedades reumáticas, se constata una importante dispersión de los resultados atribuible a la definición de depresión considerada, a los métodos empleados para establecer el diagnóstico y a la población incluida.

En los estudios publicados previamente existe escasa información acerca de los factores asociados a los síntomas de depresión en los pacientes con lumbalgia. En el estudio de Barlow et al se incluyeron 177 pacientes con una edad media de 43 años y una duración media de la enfermedad de 18 años. Los autores observaron que la depresión era más frecuente en mujeres (46%) que en varones (26%). En las mujeres, el único factor predictivo de depresión, estadísticamente significativo, fue la intensidad del dolor, que explicaba el 46,31% de la variación del CES-D. En los varones el factor predictivo fue, principalmente, el grado de discapacidad; se observó una menor correlación con la intensidad del dolor, con el control interno de la salud, con el nivel de autoestima y con la frecuencia en el ejercicio que, en conjunto, explicaban el 31,35% de la variación en la puntuación del CES-D^(184,196,211).

En el presente estudio la prevalencia de síntomas de depresión en mujeres (23,9%) fue similar a la observada en los varones (23%). La discrepancia con respecto al estudio de Barlow et al podría radicar en las diferencias en cuanto a la actividad de la enfermedad de las mujeres, dado que la prevalencia en los varones es similar (26% vs 23%) o bien a diferencias culturales en la percepción de la enfermedad.

En nuestro estudio destaca una asociación de la puntuación del BDI con variables clínicas como la presencia de dolor nocturno, la actividad de la enfermedad valorada por el paciente, la capacidad funcional valorada tanto por el HAQEA como por el BASFI y la actividad de la enfermedad valorada por el BASDAI. Todo ello parece indicar que la etiología de la depresión sería multifactorial; si bien influirían diversas esferas relacionadas con la enfermedad, tanto el dolor como la capacidad funcional serían los principales determinantes. Estos resultados estarían en consonancia con los obtenidos en estudios previos realizados en diversas enfermedades. Así, en la AR se ha observado que la depresión se asocia al incremento de los niveles de dolor; esta asociación sigue siendo significativa aún después de controlar el grado de actividad de la enfermedad. Es motivo de controversia si la depresión simplemente refleja una reacción al dolor producido por la enfermedad o si la depresión contribuye a la experiencia dolorosa por parte del paciente con AR. En estudios longitudinales realizados en pacientes con AR se ha observado que la depresión se asocia también a un aumento de la discapacidad física; de hecho, parece existir una relación bidireccional entre discapacidad física y depresión. El mecanismo por el cual el dolor y la discapacidad provocan depresión no está suficientemente aclarado^(239,250,258).

Ciertamente, ambos son factores que pueden conducir a la depresión, pero existe un número grande de pacientes con importante dolor y discapacidad que no presentan depresión lo que indica que otros elementos deben estar implicados; así factores como el estrés y la falta de apoyo social se han asociado con la depresión en pacientes con AR.

En el presente estudio, no se han observado diferencias entre pacientes con o sin síntomas de depresión en relación con variables sociodemográficas. La edad, el género, los años de estudio, la situación laboral, el estado civil, la edad de inicio y el tiempo de evolución de la lumbalgia no parecen condicionar la presencia de síntomas de depresión. Algunos de estos factores como la edad, el estado civil y los años de estudio se habían relacionado con la aparición de depresión en los pacientes con AR^(25,36,37,61,85,215).

La presencia de procesos comórbidos no se ha asociado con la presencia de síntomas depresivos. El índice de Charlson, utilizado en este estudio, identifica enfermedades asociadas a mortalidad, que son poco frecuentes en la lumbalgia⁽⁴⁶⁾. Esto podría explicar el bajo nivel de comorbilidad observado y su falta de relación con los síntomas de depresión. La presencia de uveítis o el antecedente de haberla padecido así como una historia de cirugía sobre el aparato locomotor tampoco se han asociado a síntomas de depresión.

Las variables clínicas con mayor correlación con los síntomas de depresión fueron la percepción del dolor, la actividad de la enfermedad valorada por el paciente, el BASFI, el HAQEA y el BASDAI. Estos datos parecen confirmar la validez de estos nuevos parámetros de valoración de capacidad funcional y de actividad. La inclusión de estas variables en los estudios en que se evalúe el estado psicológico de los pacientes con lumbalgia parece imprescindible para una correcta valoración del estado clínico del paciente.

Respecto a las variables metrológicas, únicamente se observó una correlación negativa entre el BDI y la expansión torácica; es decir, los pacientes con una menor movilidad torácica presentan más síntomas de depresión.

Se ha observado asociación entre la afección radiológica de la columna lumbar y la presencia de síntomas depresivos, especialmente en aquellos pacientes con puntuaciones medias de 2 y de 3. Esta mayor alteración en el BDI de los pacientes con puntuaciones intermedias de afección radiológica podría explicarse por el hecho de que los pacientes con escasa afección en las radiografías (puntuación 0-1) tendrían una menor actividad de la enfermedad y un mejor pronóstico y los pacientes con una afección muy avanzada (puntuación 4) se situarían en una fase de menor actividad, que determinaría un superior grado de tolerancia a la enfermedad.

La única referencia de la que se dispone con metodología similar a la de este estudio corresponde al trabajo realizado por MJ Moreno⁽¹³⁶⁾. Las características de los 115 pacientes de su serie son similares a la del presente trabajo aunque algunas variables como el BASDAI, el BASFI o el BASRI no se incluyeron. En el estudio tampoco se estableció correlación con la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la edad de inicio, la presencia de artritis periférica, la prueba de Schober, la distancia occipucio-pared y la presencia de lesiones radiológicas en la columna cervical. Los resultados coinciden con los del presente estudio en la correlación con la VSG, con la expansión torácica, con la actividad de la enfermedad, con la capacidad funcional y con

la valoración de los síntomas de ansiedad. Destaca sin embargo la falta de correlación con la EVA del dolor, que se había señalado en otros estudios como un factor importante relacionado con la depresión en pacientes con AR, con dolor lumbar crónico y con lumbalgia y que sí hemos observado en nuestro estudio.

La relación entre dolor y depresión ha sido objeto de diversas consideraciones pero la mayor parte de los autores coinciden en señalar la interrelación entre ambos procesos. En relación a la lumbalgia, en el estudio de Barlow et al se menciona un trabajo de Kazis⁽¹²⁰⁾ et al en el que se establece que la interacción entre la enfermedad física (artritis) y el *distress* psicológico (depresión) puede amplificar y exacerbar el proceso físico, y con ello aumentar el dolor y la discapacidad. Por otro lado se ha observado que la presencia de depresión puede condicionar una peor respuesta en el tratamiento y que la presencia de síntomas psicológicos puede influir en la evolución de la enfermedad, así como en la percepción del dolor y de la calidad de vida por parte del paciente.

También en la AR, Hawley y Wolfe⁽¹⁰⁸⁾, observaron que los pacientes con mayor grado de ansiedad y depresión tenían una superior demanda de atención clínica que se relacionaba con una mayor gravedad de la enfermedad reumatoide.

La importancia del BASFI como determinante independiente en la aparición de síntomas de depresión que se establece en el estudio de regresión logístico practicado no hace sino indicar hasta qué punto es importante para los pacientes con lumbalgia la capacidad de realizar actividades de su vida cotidiana.

Esta asociación entre los niveles de depresión y la disminución de la capacidad funcional ya había sido señalada en pacientes con AR; sin embargo la dirección de esta asociación no está definida. En la lumbalgia la asociación entre capacidad funcional y síntomas de depresión podría tener una relación inversa, esto es, que los pacientes que presentaran más síntomas de depresión tendrían una menor capacidad funcional.

En el presente trabajo el estudio de regresión lineal permiten identificar únicamente el 25% de la variabilidad de los síntomas de depresión cifra muy similar a la aportada en la tesis doctoral referida con anterioridad. No existen publicaciones previas en que se haya analizado la influencia de diversas variables en la lumbalgia. La mayor parte de los estudios se han centrado en la AR aunque con resultados contradictorios. Así Newman⁽¹⁶⁴⁾ et al identifican hasta un 44% de la variabilidad de la depresión con especial relevancia de la discapacidad física. Smedstad et al⁽²¹⁶⁾ consigue explicar el 25-28% de la variabilidad; los autores observan que el dolor no contribuye de forma

significativa a la presencia de síntomas de depresión. En otros estudios, en cambio, son el dolor y la discapacidad los factores más determinantes de los síntomas de depresión, mientras que algunos trabajos no se establece una correlación significativa entre los síntomas de depresión y las variables clínicas. En la AR, mediante estudios longitudinales se ha puesto de manifiesto que existe una fuerte asociación entre síntomas de depresión y ansiedad y algunas variables clínicas. En el estudio de Smedstad et al⁽²¹⁵⁾, el dolor y la discapacidad fueron la dos variables más consistentemente relacionadas con la ansiedad y depresión, mientras que el índice de Ritchie o la VSG no contribuía significativamente en la presencia de alteraciones psicológicas. La realización de estudios prospectivos en la lumbalgia podría ayudar a conocer las complejas relaciones entre síntomas psicológicos y variables clínicas y ayudar a desarrollar estrategias terapéuticas adecuadas.

La mayor parte de los estudios sobre alteraciones psicológicas en las enfermedades reumáticas se han focalizado en la depresión y apenas se ha prestado atención a la ansiedad. Se conoce, sin embargo, que la ansiedad puede constituir también un trastorno importante en los pacientes con AR y con otras enfermedades inflamatorias.

No existe un consenso sobre el punto de corte para la puntuación del STAI. Al igual que en otros trabajos, hemos optado por establecer el punto de corte a partir de una desviación estándar por encima de la media y que corresponde a 8.

Previamente, no se han publicado estudios en los que se haya analizado la prevalencia de la ansiedad en pacientes con lumbalgia. Únicamente disponemos de la referencia del estudio de MJ Moreno⁽¹⁵⁶⁾ en el que también se utiliza el STAI como prueba para la detección de síntomas de ansiedad. La prevalencia se estableció en el 30%, utilizando el punto de corte en 7, sin que se observaran diferencias significativas en el género. En este estudio la capacidad funcional valorada por el HAQEA fue la variable que más se relacionó con la ansiedad. El género, el tiempo de evolución o la edad de inicio no influyeron en la existencia de síntomas de ansiedad. En el presente estudio con el punto de corte establecido en 8, casi una cuarta parte de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad E o de ansiedad R. La prevalencia fue muy similar a la observada en relación a los síntomas depresivos; el valor aumenta hasta el 38,8% para la ansiedad E y el 37,5% para la ansiedad R si el punto de corte se establece en 7.

Se establece una importante asociación entre la puntuación del STAI y diversas variables clínicas, de forma similar a lo observado con relación a los síntomas de

depresión. La percepción del dolor, la actividad de la enfermedad según el paciente y mediante el BASDAI y la capacidad funcional (HAQEA y BASFI) son los principales variables clínicas asociadas a la presencia de síntomas de ansiedad. Los pacientes con síntomas de ansiedad R presentan asimismo niveles superiores de VSG que los que no presentan los síntomas. Esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa con relación a la ansiedad E aunque ello pueda ser debido al tamaño de la muestra.

Respecto a las variables metrológicas, se observa una mayor limitación de la movilidad axial en aquellos pacientes con puntuaciones superiores de STAI. La puntuación del BASRI en columna lumbar tiene una correlación similar a lo señalado con relación a la depresión ya que también las puntuaciones medias del BASRI (2 y 3) son las que se asocian a una mayor puntuación de STAI. Al igual que en otros trabajos, no hemos encontrado asociación entre síntomas de ansiedad y duración de la enfermedad. Tampoco se ha observado asociación de los síntomas psicológicos con los factores sociolaborales. Esto puede ser debido a que en nuestro entorno las enfermedades crónicas causen una menor alteración psicológica, posiblemente debido a una generalización de la asistencia sanitaria y a una mejor política de subsidios que en otros países, lo que hace que el status socio-económico sea menos relevante en la adaptación a la enfermedad.

Para algunos autores la depresión y la ansiedad representarían diferentes aspectos de una misma enfermedad (modelo unitario); los dos conceptos pertenecen al mismo trastorno que difieren cuantitativamente y que pueden variar a lo largo del tiempo. La ansiedad podría anteceder a la depresión y su persistencia ser un factor etiológico de la depresión. Para otros autores (modelo dualista) la depresión y la ansiedad son entidades distintas e independientes. Existe una tercera opinión (modelo mixto) que aboga por la existencia de un síndrome ansioso-depresivo, que sería una mezcla de los dos conceptos, aunque diferente tanto de la ansiedad como de la depresión primaria.

En el caso de los pacientes con AR, que presentan niveles superiores de ansiedad y de depresión que la población general, se ha constatado que los que se identifican como deprimidos presentan, asimismo, niveles superiores de ansiedad. Se observa una clara superposición entre ambos trastornos. La ansiedad y la depresión constituyen condiciones de comorbilidad comunes y, típicamente, están correlacionadas. Se ha señalado que podría existir un orden temporal. En primer lugar aparecería la ansiedad y

a continuación los síntomas depresivos; asimismo se ha señalado que los niveles de ansiedad pueden disminuir con la evolución de la enfermedad.

La importancia de la capacidad funcional determinada por el BASFI como determinante independiente en la aparición de síntomas de ansiedad E y de ansiedad R, que se establece mediante el estudio de regresión logística, confirma la importancia de esta variable en la aparición de síntomas psicológicos en pacientes con lumbalgia. Otras variables clínicas, radiológicas o metrológicas se relacionan también con los síntomas psicológicos si bien no actúan como variables independientes.

En el modelo de regresión lineal las variables incluidas explican un porcentaje bajo, cercano al 25%, en la aparición de síntomas de ansiedad. Los rasgos de personalidad de cada uno de los pacientes, la capacidad de afrontamiento de la enfermedad (“coping”), la relación con el entorno y el grado de apoyo familiar y social son otros posibles factores no valorados en este trabajo y que podrían explicar también en parte la aparición de factores psicológicos; en nuestra opinión, estos factores deberían contemplarse en estudios posteriores. Al igual que ocurrían con los síntomas de depresión, tampoco en el caso de los síntomas de ansiedad existen estudios publicados en que se analice mediante estudios de regresión logística y lineal las variables que determinan su aparición; por ello, no podemos establecer comparaciones. En el trabajo de Moreno se utiliza un método similar al del presente estudio; en el análisis de regresión lineal las variables incluidas explican, como en nuestro caso, alrededor del 25% de la puntuación de los cuestionarios de ansiedad y de depresión.

En conjunto podemos confirmar la presencia de un alto porcentaje de síntomas de psicológicos en pacientes con lumbalgia que es comparable al observado en otras enfermedades de naturaleza inflamatoria. La detección de estos síntomas es especialmente importante por su relación con la calidad de vida relacionada con la salud, con la adherencia a los tratamientos, con el empleo de recursos sanitarios y con la percepción del dolor.

La depresión puede tener efectos negativos significativos en los pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo el empeoramiento de los síntomas físicos, el aumento de los días de baja laboral e incluso el aumento de la mortalidad.

La mejoría del dolor es uno de los aspectos más importantes en la terapéutica de la lumbalgia. En muchas ocasiones, los tratamientos empleados en el control sintomático del dolor como los analgésicos, los antiinflamatorios, los tratamientos de segunda línea o más recientemente los tratamientos biológicos contribuyen a mejorar la

percepción del dolor, pero no son suficientes en todos los casos. La mejoría del estado psicológico mediante fármacos específicos (ansiolíticos/antidepresivos) tienen un efecto positivo para el paciente al mejorar, al mismo tiempo el estado psicológico y la percepción del dolor.

Tradicionalmente la valoración de las enfermedades reumáticas se ha sustentado en el estudio de variables de carácter físico. La introducción en los últimos años de los factores psicológicos en la evaluación de las enfermedades está adquiriendo una especial importancia en la AR, ya que pueden influir en la expresión del dolor y en la capacidad funcional de los enfermos con consecuencias prácticas de índole económica y terapéutica.

Es evidente que no sería factible la realización de entrevistas estructuradas a todos los pacientes con enfermedades crónicas, si bien existe una clara necesidad de detectar a los pacientes con síntomas psicológicos. A partir de cuestionarios o incluso mediante signos de alarma recogidos del estudio clínico, como la intensidad del dolor o la capacidad funcional, podría establecerse el perfil de riesgo de presentar alteraciones psicológicas y establecer en estos casos una estrategia encaminada al estudio y tratamiento de los pacientes.

De los resultados obtenidos en este estudio, se infiere la necesidad de realizar estudios longitudinales para establecer, con mayor precisión, los factores determinantes de los síntomas psicológicos y su evolución a lo largo del tiempo. La realización de estos estudios de forma correcta debería comportar las condiciones de calidad básicas señaladas por Tamar Pincus⁽¹⁸³⁾:

- a) Los factores de riesgo deben ser valorados al inicio de la presentación de los síntomas.
- b) Estos factores deben ser valorados mediante herramientas validadas.
- c) La muestra y el estudio estadístico utilizado debe ser el correcto y
- d) Los estudios deben ser prospectivos y utilizar un periodo razonable de seguimiento

El reconocimiento de la presencia de síntomas psicológicos en los pacientes con lumbalgia es un primer escalón para un mejor manejo de los pacientes con esta enfermedad. La realización de pruebas relativamente sencillas, fundamentalmente a aquellos pacientes con mayor riesgo, nos ayudarán a detectar pacientes con síntomas psicológicos y a poderles ofrecer un tratamiento más integral.

El proceso de adaptación cultural siguió todas las etapas sugeridas por la metodología internacional. La principal modificación fue transformar la versión de este

estudio en auto respondida a fin de tornar el instrumento más apropiado para la cultura brasileña. Esta alteración fue realizada en función de la perspectiva conceptual de la calidad de vida, que considera el concepto medido como subjetivo. Además de eso, esta evaluación debe ser basada en el relato del propio sujeto. Se destaca que en estudios realizados en otros países, como en Australia, el instrumento también fue utilizado en su forma auto respondida^(5,21).

En este estudio, hubo predominio de sujetos del sexo femenino, afectando a la población en edad económicamente productiva, lo que ocasiona un gran número de indemnizaciones de trabajo. La mayor ocurrencia de la duración del dolor lumbar en el grupo estudiado fue entre 25 y 60 meses (31,7%), caracterizando una población con síntomas crónicos, como fue previamente relatado⁽¹⁶⁾. La versión del instrumento fue fácilmente comprendida por los pacientes. La escolaridad promedio de los participantes fue de 10,7 ($\pm 4,6$) años de estudio, siendo, por lo tanto, necesarios nuevos estudios con individuos con menor nivel de escolaridad.

En relación a la calidad de vida, el análisis del puntaje obtenido con la aplicación del Spitzer (QLI) prueba y revalidación reveló una calidad de vida moderada ratificada por los resultados alcanzados con la aplicación del instrumento Roland-Morris. Las dimensiones del instrumento SF-36 que presentaron las menores puntuaciones fueron: Dolor, Aspectos Emocionales, Aspectos Físicos y Vitalidad. Resultados semejantes han sido destacados en la literatura actual en estudios de desordenes osteo musculares, específicamente en dolor lumbar⁽¹⁶⁾. Nuevas dimensiones de salud están siendo incorporadas a la evaluación tradicional de parámetros clínicos, de laboratorio y radiográficos para pacientes que presentan enfermedades crónicas. Algunos estudios han confirmado la interferencia negativa de síntomas osteo musculares en varias dimensiones de la calidad de vida, particularmente el dolor y los aspectos físicos⁽²²⁾. Así, es cada vez más importante mensurar el impacto del dolor lumbar en la calidad de vida de estos pacientes.

La literatura internacional relata que instrumentos de calidad de vida relacionados a la salud están siendo ampliamente recomendados como medida de resultados para pacientes portadores de desordenes dorsales. El seguimiento de esos resultados resultan en un método sistemático de monitoreo de la eficacia del tratamiento en la lumbalgia.

En el presente estudio, la evaluación de la confiabilidad demostró una consistencia interna satisfactoria indicada por el coeficiente alfa de Cronbach de 0,76

para la prueba y de 0,77 para la revalidación. Estos resultados son semejantes a los encontrados en el estudio original⁽⁵⁾ realizado junto a 91 pacientes portadores de cáncer y otras enfermedades crónicas, en el cual fue relatado alfa de Cronbach=0,77. El coeficiente alfa de Cronbach también fue calculado para una muestra de 261 pacientes con enfermedades crónicas, en un estudio de validación del Quality of Life Index en Canadá, en el cual fue encontrado un valor de 0,78. Un subgrupo de estos pacientes con cáncer presentó un alfa de 0,85⁽²³⁾. Se destaca que en esos estudios fue utilizada la forma original de aplicación del instrumento. Estos resultados ratifican que el instrumento Spitzer (QLI) presenta consistencia interna confiable en la versión auto respondida^(9,16,23,31,83,121,220).

La estabilidad prueba y revalidación del cuestionario de Spitzer (QLI) fue evaluada con intervalo de 48 horas entre la primera y la segunda entrevista, obteniéndose una correlación de Spearman de 0,937 ($p < 0,001$) y coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,960 ($p < 0,001$; IC95%: 0,943; 0,972). Recordamos que durante la primera recolección de datos fueron aplicados cuatro instrumentos diferentes. La literatura destaca la importancia de considerar el intervalo de tiempo, de forma que las respuestas de la segunda entrevista no sean influenciadas por la memoria de la primera, y también no sea un intervalo de tiempo muy largo, que posibilite cambios en la evolución natural de la enfermedad⁽²⁴⁾.

El cuestionario Spitzer (QLI) presentó resultados satisfactorios en lo que se refiere a la evaluación de sus propiedades psicométricas siendo considerado confiable para utilización en individuos con dolor lumbar.

La consistencia interna fue satisfactoria con coeficiente de alfa de Cronbach de 0,76 para la prueba y de 0,77 para la revalidación. La estabilidad (prueba y revalidación) fue evidenciada por medio del Coeficiente de Correlación Intracase (CCI) de 0,960 ($p < 0,001$; IC 95%: 0,943; 0,972) y del Coeficiente de Correlación de Spearman ($r = 0,937$). La validez fue confirmada por medio de la correlación significativa entre el Spitzer (QLI) y el cuestionario Roland-Morris ($r = -0,730$) y las diferentes dimensiones del SF-36, siendo constatadas correlaciones de fuerte magnitud con las dimensiones: dolor ($r = 0,699$), aspectos físicos ($r = 0,687$), capacidad funcional ($r = 0,682$) y aspectos sociales ($r = 0,680$).

En el estudio original⁽⁵⁾, la confiabilidad del cuestionario fue evaluada por medio de la consistencia interna y por la correlación entre observadores. En pacientes canadienses, los médicos aplicaron el instrumento de forma independiente para un

grupo de sujetos, con intervalo de siete días entre la prueba y revalidación. Para una muestra de 64 pacientes, la correlación de Spearman fue 0,81⁽²⁵⁾.

En el presente estudio, las correlaciones entre el puntaje del Spitzer (QLI) y las dimensiones del SF-36 fueron significativas, específicamente las correlaciones entre los dominios dolor, aspectos físicos, capacidad funcional y aspectos sociales. Fue también constatada una correlación negativa satisfactoria entre los puntajes del Spitzer (QLI) y los del cuestionario Roland-Morris.

En estudio realizado junto a los pacientes con insuficiencia cardiaca, el cuestionario de Spitzer mostró ser efectivo en discriminar entre el grupo experimental y el de control, cuando son comparado con los instrumentos *Sicknes Impact Profile* (SIP) y *Quality of Well-Being* (QWB)⁽²⁶⁾.

Los datos mostraron que la versión adaptada de ese instrumento puede ser útil una vez que es de fácil aplicación, particularmente en evaluaciones e intervenciones clínicas. Se espera su utilización y evaluación psicométrica en otras condiciones crónicas en la realidad brasileña.

De acuerdo a nuestro conocimiento éste es el primer trabajo de investigación, sobre los factores asociados y calidad de vida en los enfermos de lumbalgia. La información obtenida en este estudio puede ayudar a mejorar los esquemas de manejo y reforzar los programas para la prevención la lumbalgia.

Por otro lado, se trata de un estudio transversal, por lo tanto ninguna relación causal puede ser inferida, por lo tanto los resultados no pueden ser generalizados a población abierta.

En este estudio, encontramos una mayor prevalencia de lumbalgia en las personas del sexo femenino. Esta relación ha sido reportado por otros autores^(179,150,195,233). Schneider y col.,⁽²⁰⁴⁾ y Maneck y col.,⁽¹⁴³⁾ muestran que el género femenino constituye un factor de riesgo importante para hospitalización de los pacientes con lumbalgia.

Reportes recientes muestran que la lumbalgia es causa importante de limitación funcional y laboral de los enfermos^(230,233,246). Nuestros resultados apoyan estas observaciones. Adicionalmente, en este estudio, un 49,6% de los enfermos refirieron el antecedente de levantar un objeto pesado como causa del dolor bajo de espalda.

Con relación a la prevalencia de tabaquismo registrada en nuestro estudio que fue de 41,4%. y por las características del diseño de investigación no fue posible

establecer una relación de causalidad entre tabaquismo y lumbalgia.

Por lo que hace a la prevalencia documentada de sobrepeso y obesidad en los pacientes con lumbalgia que nosotros estudiamos rebasa el 60% la cual es un factor de riesgo para la lumbalgia.

Se ha documentado que el impacto negativo de la lumbalgia no solo se produce en la persona que padece la enfermedad, sino también en la familia, los servicios de salud y a la planta productiva. El ausentismo laboral que frecuentemente acompaña a la lumbalgia como consecuencia de la limitación física que a esta se asocia, es un indicador palpable del impacto negativo que produce a la planta productiva. El análisis en este estudio ha permitido corroborar el efecto negativo que la lumbalgia genera a la planta productiva al registrar que el 45,7% de los participantes habían recibido un certificado medico de incapacidad temporal laboral^(85,92,225).

El efecto de la lumbalgia en la calidad de vida de los sujetos estudiados apenas alcanza un 29,1% del total de la muestra estudiada tenía una mala calidad. No obstante, los resultados encontrados en el estudio, un porcentaje mayor de pacientes con lumbalgia que tienen mala calidad de vida se encontró en aquellos enfermos que no podían rotar el cuerpo en comparación con aquellos que si podían rotar el tronco sobre la cintura. El riesgo de que un paciente con lumbalgia tenga mala calidad de vida es 5 veces mayor si no puede rotar el cuerpo comparativamente con los tienen una movilidad normal del cuerpo.

De acuerdo a reportes recientes, España es uno de los países con mayor porcentaje de obesos a nivel mundial. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2005, el 71.9% de la población mayor de 20 años sufre de sobrepeso u obesidad. Los resultados en este estudio muestran que el 68.7% de los enfermos tienen sobrepeso o son obesos⁽⁹¹⁾.

Más aún, basados en los resultados del análisis el porcentaje mayor de pacientes con lumbalgia que tienen mala calidad se encuentra en el grupo de enfermos con sobrepeso en comparación con los que tienen peso normal. El riesgo de que un paciente con lumbalgia tenga mala calidad de vida es doble si sufren de sobrepeso, determinado por un modelo de regresión logística con ajuste para género, peso normal y obesidad.

Por ello resulta de gran importancia reforzar los programas preventivos de obesidad para limitar el daño que esta produce tanto en personas como en aquellos que son portadores de alguna patología como la lumbalgia.

VI.- CONCLUSIONES

VI.- CONCLUSIONES

1.- Los cuestionarios aplicados ofrecen una elevada confianza para alcanzar los objetivos establecidos en este estudio, pues este ha sido validado a través de múltiples investigaciones y han mostrado una elevada sensibilidad y especificidad para determinar la calidad de vida en las personas y analizar las propiedades psicométricas.

2.- La consistencia interna fue satisfactoria con coeficiente de alfa de Cronbach. La estabilidad (prueba y revalidación) fue evidenciada por medio del Coeficiente de Correlación Intracase (CCI) y del Coeficiente de Correlación de Spearman.

3.- La validez fue confirmada por medio de la correlación significativa entre el Spitzer (QLI) y el cuestionario Roland-Morris y las diferentes dimensiones del SF-36, siendo constatadas correlaciones de fuerte magnitud con las dimensiones: dolor, aspectos físicos, capacidad funcional y aspectos sociales.

4.- En los enfermos afectos de lumbalgia, la prevalencia de los síntomas psicológicos de depresión se sitúa en el 23%, la de la ansiedad rasgo en el 24% y la de la ansiedad estado en el 23%. Se trata de prevalencias altas, similares a las que se han descrito en otras enfermedades articulares de naturaleza inflamatoria.

5.- En los enfermos afectos de lumbalgia, la presencia de síntomas psicológicos se asocia al dolor percibido por el paciente, a la actividad de la enfermedad, a la capacidad funcional, a variables metrológicas y al grado de afectación radiológica de la columna lumbar.

6.- En nuestro estudio se documentó que el 19.6% de los enfermos con lumbalgia tienen mala calidad de vida. Los enfermos de lumbalgia con menor nivel educativo presentaron el mayor porcentaje de sujetos con mala calidad de vida.

7.- El estudio demuestra una correlación significativa entre alergia medicamentosa y mala calidad de vida de los enfermos de lumbalgia ($p < 0,001$).

8.- Los enfermos de lumbalgia, que tienen limitación para rotar el cuerpo, tienen una

mala calidad de vida en comparación con aquellos enfermos que si pueden rotar el cuerpo ($p = 0,004$).

9.- Aproximadamente, 74% de los enfermos de lumbalgia tenían sobrepeso o eran obesos. La mayor prevalencia de pacientes con lumbalgia que tienen mala calidad de vida se encuentra en los pacientes que tienen sobrepeso ($p = 0.010$).

VI.- BIBLIOGRAFÍA

VI.- BIBLIOGRAFÍA

1. **Abdel-Nasser AM, El-Nazin SA, Taal E, El-Badawy A. Rasker JJ, Valkenburg HA.** Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheum* 1998; 37: 391-7.
2. **Abelló-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R, Alarcón Segovia D.** Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). *J Rheumatol* 1994; 21: 1250-5.
3. **Ahrens C, Schiltenswolf M, Wang H.** Health-related quality of life (SF-36) in chronic low back pain and comorbid depression]. *Schmerz*. 2010 Jun;24(3):251-6.
4. **Aiyasanon N, Premasathian N, Nimmannit A, Jetanavanich P, Sritippayawan S.** Validity and reliability of CHOICE Health Experience Questionnaire: Thai version. *J Med Assoc Thai*. 2009 Sep;92(9):1159-66.
5. **Albers M, Fratesi AC, Luccia, N.** Assessment of quality of life of patients with severe ischemia as a result of infrainguinal arterial occlusive disease. *J Vasc Surg* 1992; 16(1):54-9.
6. **Alden D, Austin C, Sturgeon R.** A correlation between the Geriatric Depression Scale Long and Short forms. *J Gerontol* 1989; 44: 124-5.
7. **Alexandre NMC, Guirardello EB.** Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(2):109-11.
8. **Alexandre NMC, Nordin M, Hiebert R, Campello M.** Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(2):86-94.

9. **Allardt, E.** Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar, en: La calidad de vida, compilada por Nussbaum, Martha y Sen, Amartya, México D.F. *Fondo de cultura económica*. 1998.
10. **Allen TW, Glicksman M.** Psychologic involvement in SLE: a psychometric approach. *Clin Rheum Pract* 1986; 13: 570-576.
11. **Alonso J, Prieto L, Antó JM.** La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
12. **Andersen T, Christensen FB, Ernst C, Fruensgaard S, Østergaard J, Andersen JL, Rasmussen S, Niedermann B, Høy K, Helmig P, Holm R, Lindblad BE, Hansen ES, Egund N, Bünger C.** The effect of electrical stimulation on lumbar spinal fusion in older patients: a randomized, controlled, multi-center trial: part 1: functional outcome. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Oct 1;34(21):2241-7.
13. **Andersen T, Christensen FB, Niedermann B, Helmig P, Høy K, Hansen ES, Bünger C.** Impact of instrumentation in lumbar spinal fusion in elderly patients: 71 patients followed for 2-7 years. *Acta Orthop*. 2009 Aug;80(4):445-50.
14. **Antonopoulou MD, Alegakis AK, Hadjipavlou AG, Lionis CD.** Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009 Nov 20;10:143.
15. **Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F.** Comorbidity depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005; 32: 1013-9.
16. **Ardila, P E.** ¿Qué es para usted calidad de vida? En: Calidad de Vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto, Bogotá D.C. Universidad Nacional. (2004).
17. **Arntz A, Jong P.** Anxiety, attention and pain. *J Psychosom Res* 1993; 37: 423-432.
18. **Ayis S, Arden N, Doherty M, Pollard B, Johnston M, Dieppe P.** Applying the impairment, activity limitation, and participation restriction constructs of the

- ICF model to osteoarthritis and low back pain trials: a reanalysis. *J Rheumatol*. 2010 Sep;37(9):1923-31.
19. **Ayuso Gutierrez JL**. Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. *Psiquiatría. COM (revista electrónica)* 1997; 1 (I). Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/vol1num1/art_2.htm
 20. **Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A**. The Spanish version of the EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life Scale. Med Clin (Barc)* 1999; 112 (suppl 1): 79-85.
 21. **Badía X, Salamero M, Alonso J**. La medida de la salud. En: *Guía de escalas de medición en español*. 2.^a ed. Barcelona: Edimac; 1999.
 22. **Barros ENC, Alexandre NMC**. Cross-cultural adaptation of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire. *Int Nurs Rev* 2003; 50:101-8.
 23. **Battle-Gualda E**. Mediciones (II). ¿Cómo medir la calidad de vida?. *Cuestionarios y escalas de salud*. En: Ballina FJ, Carmona L, editores. *Manual de Epidemiología para reumatólogos*. Madrid: Ediciones Ergon, 2000; p. 41-69.
 24. **Bautz-Holter E, Sveen U, Cieza A, Geyh S, Røe C**. Does the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for low back pain cover the patients' problems? A cross-sectional content-validity study with a Norwegian population. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008 Dec;44(4):387-97.
 25. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB**. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25(24):3186-91.
 26. **Beck AT**. *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row editors, 1967.
 27. **Beck AT, Steer RA, Harbin MG**. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of avaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100.
 28. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J**. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 1961; 4: 561-571.
 29. **Benedek TG, Rodnan GD**. A brief history of the rheumatic diseases. *Bull Rheum Dis* 1982; 32: 59-68.

30. **Benrud-Larson LM, Haythornthwaite JA, Heinberg, Boling C, Reed J, White B, et al.** The impact of pain and symptoms of depression in scleroderma. *Pain* 2002; 95: 267-75.
31. **Bentsen SB, Hanestad BR, Rustøen T, Wahl AK.** Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion. *J Clin Nurs.* 2008 Aug;17(15):2061-9.
32. **Bentsen SB, Wahl AK, Strand LI, Hanestad BR.** Relationships between demographic, clinical and pain variables and health-related quality of life in patients with chronic low back pain treated with instrumented fusion. *Scand J Caring Sci.* 2007 Mar;21(1):134-43.
33. **Bishop D, Green A, Cantor S, Torresin W.** Depression anxiety and rheumatoid arthritis activity. *Clin Exp Rheumatol* 1987; 5: 147-50.
34. **Blumer D, Heilbronn M.** Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381-94.
35. **Bolles RC, Fanselow MS.** A perceptual-defensive-recuperative model for fear and pain. *Brain and Behavioral Sciences* 1980; 2: 291-323.
36. **Bracher ES, Pietrobon R, Eluf-Neto J.** Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian Portuguese version of the chronic pain grade. *Qual Life Res.* 2010 Aug;19(6):847-52.
37. **Bradley LA.** Psychosocial factors and disease outcomes in rheumatoid arthritis: old problems, new solutions and future agenda (editorial). *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1611-14.
38. **Bradley LA.** Psychological dimensions of rheumatoid arthritis. En: Wolfe F, Pincus T. Eds. Rheumatoid Arthritis. Pathogenesis, Assessment, Outcome and Treatment. Marcel Dekker Inc. New York. 1994; pags: 273-95.
39. **Bronfort G, Bouter LM.** Responsiveness of general health status in chronic low back pain: a comparison of the COOP charts and the SF-36. *Pain* 1999;83:201-9.
40. **Burg MM, Abrams D.** Depression in chronic medical illness: the case of coronary hearth disease. *J Clin Psicol* 2001; 57: 1323-37.
41. **Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group.** The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.

42. **Carreon LY, Glassman SD, Howard J.** Fusion and nonsurgical treatment for symptomatic lumbar degenerative disease: a systematic review of Oswestry Disability Index and MOS Short Form-36 outcomes. *Spine J.* 2008 Sep-Oct;8(5):747-55.
43. **Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA, et al** Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. *N Engl J Med* 1984; 311: 506-11.
44. **Ceran F, Ozcan A.** The relationship of the Functional Rating Index with disability, pain, and quality of life in patients with low back pain. *Med Sci Monit.* 2006 Oct;12(10):CR435-9.
45. **Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, Bellamy N, Allen S.** The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychology* 1987; 32: 356-61.
46. **Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR.** A new method of classifying comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40:373-83.
47. **Cheng MB, Ferrante FM.** Health-related quality of life in sacroiliac syndrome: a comparison to lumbosacral radiculopathy. *Reg Anesth Pain Med.* 2006 Sep-Oct;31(5):422-7.
48. **Chernysheva TV, Bagirova GG.** [Comparison of quality of life and treatment efficacy in patients with chronic low back pain syndrome]. *Ter Arkh;* 2006;78(6): 53-9.
49. **Ciconelli RM.** Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)" [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1997.
50. **Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR.** Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3):143-50.
51. **Cieza A, Bostan C, Oberhauser C, Bickenbach JE.** Explaining functioning outcomes across musculoskeletal conditions: a multilevel modelling approach. *Disabil Rehabil.* 2010;32 Suppl 1:S85-93.

52. **Collantes E, Muñoz-Gomáriz E, Batlle JL, Fernández-Sueiro CM, González J, Gratacós X, Juanola J, Mulero JC, Torre-Alonso, Zarco P.** Registro nacional de pacientes con espondiloartropatía (REGISPONSER) Características clínicas de los 961 primeros pacientes incluidos. *Reumatol Clin* 2005; 1 (Especial Congreso): 21
53. **Colligan RC, Osborne D, Swenson WM, Offord KP.** The MMPI, a contemporary normative study. New York: Praeger Scientific, 1983.
54. **Colombo MR.** De Re Anatomica Venice 1559.
55. **Conde López V, Esteban T, Useros E.** Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1976; 31: 469-97.
56. **Connor B.** Sur la continuité de plusieurs os, à l'occasion d'un tron de squelette humain, ou les vertebres, les côtes, l'os sacrum, et les os des iles, qui naturellement son distincs et separés, ne font qu'un seul os continu et inseparable. MD Thesis. University of Rheims, France, 1691.
57. **Covic T, Adamson B, Hough M.** The impact of passive coping on rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000; 39: 1027-30.
58. **Creed F.** Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus. *Ann Rheum Dis* 1990; 49: 808-12.
59. **Creed F, Ash G.** Depression in rheumatoid arthritis: aetiology and treatment. *Int Rev Psychiatry* 1992; 4: 23-43.
60. **Creed F, Murphy S, Jayson MV.** Measurement of psychiatric disorder in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1990; 34: 79-87.
61. **Crown S, Crown JM, Fleming JM.** Aspects of the psychology and epidemiology of rheumatoid disease. *Psychological Medicine* 1975; 5: 291.
62. **Daltroy LH, Larson MG, Roberts MW, Liang MH.** A modification of the health assessment questionnaire for the spondyloarthropaties. *J Rheumatol* 1990; 17: 946-950.
63. **Danon-Hersch N, Samartzis D, Wietlisbach V, Porchet F, Vader JP.** Appropriateness Criteria for Surgery Improve Clinical Outcomes in Patients With Low Back Pain and/or Sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Feb 4.
64. **De Gagné TA, Mikail SF, D'Edon JL.** Confirmatory factor analysis of a 4-factor modelo of chronic pain evaluation. *Pain* 1995; 60: 195-202.

65. **DePalma MJ, Ketchum JM, Queler ED, Trussell BS.** Prospective pilot study of painful lumbar facet joint arthropathy after intra-articular injection of hylan G-F 20. *PM R.* 2009 Oct;1(10):908-15.
66. **Díaz Arribas MJ, Ramos Sánchez M, Pardo Hervás P, López Chicharro J, Angulo Carreré T, Ortega Molina P, Astasio Arbiza P.** Effectiveness of the physical therapy Godelive Denys-Struyf method for nonspecific low back pain: primary care randomized control trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 Jul 1;34(15):1529-38.
67. **Dickens C, Creed F.** The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2001; 40: 1327-30.
68. **Dickens C, McGowan L, Clark-Parker D, Creed F.** Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Medicine* 2002; 64: 52-60.
69. **DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW.** Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of the anxiety and depression on patient adherence. *Arch Int Med* 2000; 160: 2101-7.
70. **Djurasovic M, Bratcher KR, Glassman SD, Dimar JR, Carreon LY.** The effect of obesity on clinical outcomes after lumbar fusion. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 Jul 15;33(16):1789-92.
71. **Dougados M, van der Linden S, Leirisalo-Repo M, Huitfeldt B, Juhlin R, Veys E et al.** Sulafasalazine in the treatment of spondyloarthropathy: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 618-27.
72. **Drent M, Wirnsberger RM, Breteler MHM, Kock LMM, de Vries J, Wouters EFM.** Quality of life and depressive symptoms in patients suffering from sarcoidosis. *Sarcoidosis* 2000; 1998; 15: 59-66.
73. **Dura JR, Beck SJ.** A comparison of family functioning when mothers have chronic pain. *Pain* 1988; 35: 79-89.
74. **Durmus D, Durmaz Y, Canturk F.** Effects of therapeutic ultrasound and electrical stimulation program on pain, trunk muscle strength, disability, walking performance, quality of life, and depression in patients with low back pain: a randomized-controlled trial. *Rheumatol Int.* 2010 May;30(7):901-10.

75. **Ekdahl L, Petersson K.** Acupuncture treatment of pregnant women with low back and pelvic pain--an intervention study. *Scand J Caring Sci.* 2010 Mar;24(1):175-82.
76. **Elfving B, Asell M, Ropponen A, Alexanderson K.** What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with spinal pain participating in rehabilitation? *Disabil Rehabil.* 2009;31(16):1318-27.
77. **El-Miedany Y, El Rasheed AH.** Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine* 2002; 69: 300-306.
78. **Escobar, J. y otros** Bioética y Calidad de Vida, Colección BIOS y Ethos, V.15. Bogotá, D.C. ediciones El Bosque. (2000).
79. **Estes D, Christian CI.** The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis. *Medicine* 1971; 50: 85-95.
80. **Evers AWM, Kraaijmaat FW, Greenen R, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ.** Long term predictor of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *J Rheumatol* 2002; 29: 2327-36.
81. **Fayers PM, Machin D.** Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley; 2000.
82. **Feldtkeller E.** Age at disease onset and delayed diagnosis of spondyloarthropaties. *Z Rheumatol* 1999; 58: 21-30.
83. **Ferrari R.** Responsiveness of the short-form 36 and oswestry disability questionnaire in chronic nonspecific low back and lower limb pain treated with customized foot orthotics. *J Manipulative Physiol Ther.* 2007 Jul-Aug;30(6):456-8.
84. **Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H.** Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986; 26: 181-197.
85. **Fitzpatrick R, Newman S, Lamb R, Shipley M.** Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine* 1988; 27: 399-403.
86. **Förster R, Storck M, Schäfer JR, Hönig H, Lang G, Liewald F.** Thoracoscopy versus thoracotomy: a prospective comparison of trauma and quality of life. *Langenbeck's Arch Surg* 2002; 387:32-6.
87. **Francois RJ, Eulerink F, Bywaters EG.** Commented glossary for rheumatic spinal disease, based on pathology. *Ann Rheum Dis* 1995; 54: 615-25.

88. **Francois RJ, Braun J, Khan MA.** Entheses and enthesitis: a histopathologic review and relevance to spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2001; 13:255-64.
89. **Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliott TR, Haut AE et al.** Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 920-25.
90. **Fries JF, Spitz PW, Young DY.** The dimensions so health outcomes: the Health Assessment Questionnaire disability and pain scales. *J Rheumatol* 1982; 9: 789-93.
91. **Gamero F, Gabriel R, Carbonell J, Tornero J, Sánchez I.** Pain in Spanish rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Rev Clin Esp.* 2005;205:157-63.
92. **Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Twisk JW, Van Tilburg W.** The longitudinal effect of depression on functional limitations and disability in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychol Med* 2001; 31: 1361-71.
93. **Gill T, Feinstein A.** A critical appraisal of the Quality-of-life measurements. *JAMA* 1993; 272: 619-26.
94. **Glassman SD, Carreon LY, Dimar JR, Campbell MJ, Puno RM, Johnson JR.** Clinical outcomes in older patients after posterolateral lumbar fusion. *Spine J.* 2007 Sep-Oct;7(5):547-51.
95. **Goodwin JM, Goodwin JS, Kellner R.** Psychiatric symptoms in dislike medical patients. *JAMA* 1979; 241: 1117-21.
96. **Gordon A, Callaghan D, Spink D, Cloutier C, Dzungowski P, O'Mahony W, Sinclair D, Rashid S, Buckley N, Cohen G, Kim J, Boulanger A, Piraino PS, Eisenhoffer J, Harsanyi Z, Darke AC, Michalko KJ.** Buprenorphine transdermal system in adults with chronic low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study, followed by an open-label extension phase. *Clin Ther.* 2010 May;32(5):844-60.
97. **Gough IR, Furnival CM, Schilder L, Grove W.** Assessment of the quality of life of patients with advanced cancer. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1983; 19(8):1161-5.
98. **Graham. JR.** MMPI-2: Assessing personality and psychopathology. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1999.

99. **Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghézail M, Bregeon C et al.** The AIMS-2: A short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1267-74.
100. **Guyatt GH.** A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol* 1995; 22: 1188-90.
101. **Guyatt GH, Fenny DH, Patrick DL.** Measuring health related quality of life. Basic sciences review. *Ann Intern Med* 1993; 70: 225-30.
102. **Hamilton M.** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
103. **Hansson T, Hansson E, Malchau H.** Utility of spine surgery: a comparison of common elective orthopaedic surgical procedures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Dec 1;33(25):2819-30.
104. **Hardo PG, Kennedy TD.** Night sedation and arthritic pain. *J R Soc Med.* 1991; 84:73-75.
105. **Harms MC, Peers CE, Chase D.** Low back pain: what determines functional outcome at six months? An observational study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010 Oct 13;11:236.
106. **Henchoz Y, Pinget C, Wasserfallen JB, Paillex R, de Goumoëns P, Norberg M, Kai-Lik So A.** Cost-utility analysis of a three-month exercise programme vs usual care following multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain. *J Rehabil Med.* 2010 Oct;42(9):846-52.
107. **Hawley DJ, Wolfe F.** Anxiety and Depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients. *J Rheumatol* 1988;M 15: 932-41.
108. **Hawley DJ, Wolfe F.** Depression is not more common in rheumatoid arthritis: A 10-year longitudinal study of 6.153 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 1993; 20: 2025-31.
109. **Haythornthwaite JA, Heinberg LJ McGuire L.** Psychologic factors in scleroderma. *Rheum Dis Clin North Am* 2003; 29: 427-39.
110. **Haythornwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD.** Depression and the chronic pain experience. *Pain* 1991; 46: 177-84.

111. **Heikkila S, Viitanen JV, Kautianen H, Kauppi M.** Evaluation of the Finnish versions of the functional indexes BASFI and DFI in spondyloarthropathy. *Clin Rheumatol* 2000; 19: 464-9.
112. **Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T.** Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabetes Medicine* 2005; 22:293-300.
113. **Huge V, Schloderer U, Steinberger M, Wuenschmann B, Schöps P, Beyer A, Azad SC.** Impact of a functional restoration program on pain and health-related quality of life in patients with chronic low back pain. *Pain Med.* 2006 Nov-Dec;7(6):501-8.
114. **Hutchinson A, Bentzen N, Konig-Zanhn C.** Cross cultural health outcome assessment: a user's guide. T Netherlands: ERGHO; 1996.
115. **Jensen SA, Arntz A.** Anxiety and pain: attentional and endorphinergic influences. *Pain* 1996; 66; 145-50.
116. **Josbeno DA, Jakicic JM, Hergenroeder A, Eid GM.** Physical activity and physical function changes in obese individuals after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2010 Jul-Aug;6(4):361-6.
117. **Lue YJ, Hsieh CL, Huang MH, Lin GT, Lu YM.** Development of a Chinese version of the Oswestry Disability Index version 2.1. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 Oct 1;33(21):2354-60.
118. **Katon W, Egan K, Millar D.** Chronic pain: lifetime psychiatric diagnosis and family history. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1156-60.
119. **Katz PP, Yelin ED.** Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 790-6.
120. **Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ.** Pain en the rheumatic disease: investigation of a key health status component. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1017-22.
121. **Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G, Dickens C.** Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain.* 2008 Mar;135(1-2):142-50.
122. **Khan MA.** An overview of clinical spectrum and heterogeneity of spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1992; 18: 1-10.

123. **Khan MA, Wordsworth MA.** Predisposing factors to spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol* 1997; 9: 308-14.
124. **Kim M, Guilfoyle MR, Seeley HM, Laing RJ.** A modified Roland-Morris disability scale for the assessment of sciatica. *Acta Neurochir (Wien)*. 2010 Sep;152(9):1549-53.
125. **Klonoff EA, Kleinhenz ME.** Psychological factors in sarcoidosis: the relationship between life stress and pulmonary functions. *Sarcoidosis* 1993; 118-24.
126. **Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Real MTG, Llobera J, Fernández C, et al.** Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. *Spine* 2004; 29(2):206-10.
127. **Kovacs FM, Llobera J, Gil del Real MT, Gestoso M, Fernández C, Kovack-Atención Primaria Group.** Validation of the Spanish version of Roland Morris Questionnaire. *Spine* 2002;27:538-42.
128. **Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundorfer B, Heuschmann P.** Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J* 2003; 3:270-6.
129. **Lewman EW, Millar S, Lee PR, Stein H, King R, Heald L.** Psychosocial factors in rehabilitation of the chronic rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1954; 13: 312-316.
130. **Lindsay P, Wyckoff M.** The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics* 1981; 22: 511-77.
131. **Lizán L.** Viabilidad de las viñetas COOP/WONCA y otros instrumentos para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:135-9.
132. **Lizán L, Reig A.** Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 1999;24:75-82.
133. **Lizán L, Reig A.** La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 2002;29:378-84.
134. **Long QQ, Zhang SF, Han Y, Chen H, Li XL, Hua KQ, Hu WG.** Clinical efficacy and safety of gonadotropin releasing hormone agonist

- combined with estrogen-dydrogesteronea in treatment of endometriosis. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2010 Apr;45(4):247-51.
135. **Love AW**. Depression in chronic low back pain patients: Diagnostic efficiency of three self-report questionnaires. *J Clin Psychol* 1987; 43: 84-9.
136. **Lykouras L, Oulis P, Adrachta D, Daskalopoulou E, Kalfakis N, Triantaphyllou N et al**. Beck Depression Inventory in the detection of depression among neurological inpatients. *Psychopatology* 1998; 31: 213-9.
137. **Ma C, Wu S, Xiao L, Xue Y**. Responsiveness of the Chinese version of the Oswestry disability index in patients with chronic low back pain. *Eur Spine J*. 2010 Nov 26.
138. **Magni G, Moreschi C, Rigatti-LuchiniS, Merskey H**. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculo-skeletal pain. *Pain*. 1994; 56: 289-97.
139. **Maldonado, C**. Comparaciones interpersonales e interculturales de bienestar. En: Bioética y Calidad de Vida, colección BÍOS Y ETHOS, V. 15, Bogotá D.C. Ediciones El Bosque. 2000.
140. **Maldonado, C**. Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de la vida, mundo, posibilidad y apertura. En: Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI, Colección BÍOS Y ETHOS, V.1. Bogotá D.C. ediciones El Bosque. 2000.
141. **Malinow KL, Molina R, Gordon B, Selnes OA, Provost TT, Alexander EL**. Neuropsychiatric dysfunction in primary Sjögren's síndrome. *Ann Int Med* 1985; 103: 344-9.
142. **Malow RM**. The effects of induced anxiety on pain perception: A signal detection analysis. *Pain* 1981; 11: 397-405.
143. **Manek NJ, Macgregor AJ**. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17:134-40.
144. **Matheus Rodrigues Toledo R C, Costa Alexandre N M, Matheus Rodríguez R C**. Evaluación de las calidades psicométricas de una versión brasileña del Spitzer Quality of Life Index en pacientes con dolor lumbar. *Rev Latino-Am Enfermagem* vol.16 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2008 doi: 10.1590/S0104-11692008000600002.

145. **Maturana, H.** Apuntes para una “Biología del amor”, en: Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI, colección BÍOS Y ETHOS, V.1. Bogotá D.C. Ediciones El Bosque. 2000.
146. **Mayou R, Hawton K.** Psychiatric disorders in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 172-90.
147. **McFarlane AC, Brooks PM.** An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 926-31.
148. **McFarlane AC, Brooks PM.** Determinants of disability in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1988; 27: 7-14.
149. **McKinley JC, Hathaway SR.** The identification and measurement of psychoneuroses in medical practice: the Minnesota multiphasic personality inventory. *JAMA* 1943; 122: 161-7.
150. **McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW.** Self-report differentiation of anxiety and depression in a mood disorders sample, *J Psychopathol Behav Assess* 2001; 23: 125-31.
151. **Meenan RF, Gertman PM, Mason JH.** Measuring health status in arthritis: the arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 146-52.
152. **Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE.** AIMS-2: the content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurements scale health status questionnaire. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 1-10.
153. **Menezes PR, Nascimento AF.** Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 1999. p. 23-8.
154. **Minham RHS, Bagshaw A, James SA, Swannell AJ.** Factors associated with the appearance of psychiatric symptoms in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1981; 429-35.
155. **Morales M y Mellizo W.** Calidad de Vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto, Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. 2004.

156. **Moreno y Ximénez.** Evaluación de la calidad de vida. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J.C. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: siglo XXI. (1996)
157. **Morone NE, Greco CM, Weiner DK.** Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008.
158. **Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B.** The Oswestry Disability Index, the Roland-Morris Disability Questionnaire, and the Quebec Back Pain Disability Scale: translation and validation studies of the Iranian versions. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006 Jun 15;31(14).
159. **Murphy S, Creed F, Jayson MIV.** Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *Br J Rheum* 1988; 27: 357-63.
160. **Murphy H, Dickens CM, Creed FH, Bernstein R.** Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1999; 46:155-64.
161. **Nachemson A, Jonsson E.** Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000.
162. **Nelson EC, Wasson JH, Kirk JW.** Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings. *J Chron Dis.* 1987;40:55S-69S.
163. **Neu SJ, Kjellstrand CM.** Stopping long-term diálisis: An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Engl J Med* 1986; 314: 14-19.
164. **Newman SP, Fitzpatrick R, Lamb R, Shipley M.** The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1989; 16: 740-744.
165. **Nordin M, Alexandre NMC, Campello M.** Measures for low back pain: a proposal for clinical use. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(2):152-5.
166. **Nordin M, Weiser SR, Doorn JW, Hiebert R.** Nonespecific low back pain. In: Rom WN. Environmental and occupational medicine. 3^a ed. Philadelphia: Lippincott; 1998. p. 947-57.
167. **Nunnally JC.** Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.

168. **Nussbaum, Martha y Sen, Amartya.** La calidad de vida, México D.F. Fondo de Cultura Económica. (1996).
169. **Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J.** Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34(2):203-10.
170. **Oblitas, L.** Psicología de la salud y calidad de vida, segunda edición, Buenos Aires: THOMSON. (2006).
171. **Ohtori S, Akazawa T, Murata Y, Kinoshita T, Yamashita M, Nakagawa K, Inoue G, Nakamura J, Orita S, Ochiai N, Kishida S, Takaso M, Eguchi Y, Yamauchi K, Suzuki M, Aoki Y, Takahashi K.** Risedronate decreases bone resorption and improves low back pain in postmenopausal osteoporosis patients without vertebral fractures. *J Clin Neurosci.* 2010 Feb;17(2):209-13.
172. **Ohtori S, Ito T, Yamashita M, Murata Y, Morinaga T, Hirayama J, Kinoshita T, Ataka H, Koshi T, Sekikawa T, Miyagi M, Tanno T, Suzuki M, Aoki Y, Aihara T, Nakamura S, Yamaguchi K, Tauchi T, Hatakeyama K, Takata K, Sameda H, Ozawa T, Hanaoka E, Suzuki H, Akazawa T, Suseki K, Arai H, Kurokawa M, Eguchi Y, Suzuki M, Okamoto Y, Miyagi J, Yamagata M, Toyone T, Takahashi K; Chiba Low Back Pain Research Group.** Evaluation of low back pain using the Japanese Orthopaedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire for lumbar spinal disease in a multicenter study: differences in scores based on age, sex, and type of disease. *J Orthop Sci.* 2010 Jan;15(1):86-91.
173. **Omdal R, Husby G, Mellgren SI.** Mental Health Status in systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 142-5.
174. **Opara J, Szary S, Kucharz E.** Polish cultural adaptation of the Roland-Morris Questionnaire for evaluation of quality of life in patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006 Nov 1;31(23):2744-6.
175. **Osthus H, Cziske R, Jacobi E.** Cross-cultural adaptation of a German version of the Oswestry Disability Index and evaluation of its measurement properties. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006 Jun 15;31(14):E448-53.
176. **Panel de expertos de la Sociedad Española de Reumatología.** Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso

- de antagonistas del TNF-alfa en las espondiloartritis. *Reumatol Clin* 2005; 1: 32-37.
177. **Park DK, An HS, Lurie JD, Zhao W, Tosteson A, Tosteson TD, Herkowitz H, Errico T, Weinstein JN.** Does multilevel lumbar stenosis lead to poorer outcomes?: a subanalysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) lumbar stenosis study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Feb 15;35(4):439-46.
178. **Park JJ, Shin J, Choi Y, Youn Y, Lee S, Kwon SR, Lee H, Kang MH, Ha IH, Shin I.** Integrative package for low back pain with leg pain in Korea: a prospective cohort study. *Complement Ther Med*. 2010 Apr;18(2):78-86.
179. **Pearson AM, Lurie JD, Blood EA, Frymoyer JW, Braeutigam H, An H, Girardi FP, Weinstein JN.** Spine patient outcomes research trial: radiographic predictors of clinical outcomes after operative or nonoperative treatment of degenerative spondylolisthesis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Dec 1;33(25):2759-66.
180. **Peck JR, Smith TW, Ward JR, Milano R.** Disability and depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1100-6.
181. **Peng CW, Yeo W, Tan SB.** Percutaneous endoscopic discectomy: clinical results and how it affects the quality of life. *J Spinal Disord Tech*. 2010 Aug;23(6):425-30.
182. **Pincus T.** Psychological factors and Rheumatoid Arthritis. *Int J Adv Rheumatol* 2003; 1: 58-63.
183. **Pincus T, Callahan LF, Bradley LA, Vaughn WK, Wolfe F.** Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1456-66.
184. **Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D.** Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 879-883.
185. **Podichetty VK, Varley ES, Secic M.** Role of patient-based health status outcome measurements in opioid management for low back pain. *J Opioid Manag*. 2008 May-Jun;4(3):153-62.

186. **Ramasubbu R, Patten SB.** Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 250-7.
187. **Randolff LS.** The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1977; 1: 385-401.
188. **Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN.** One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-86.
189. **Ribeiro LH, Jennings F, Jones A, Furtado R, Natour J.** Effectiveness of a back school program in low back pain. *Clin Exp Rheumatol.* 2008 Jan-Feb;26(1):81-8.
190. **Richter P, Werner J, Heerlien A, Graus A, Saber H.** On the validity of the Beck Depression Inventory; A review. *Psychopatology* 1998; 31: 160-8.
191. **Rimon R.** Depression in bei chronisher polyarthritits. *Aktuelle Rheumatologie.* 1978; 3: 143-7.
192. **Roca RP, Wigley FM, White B.** Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 1035-40.
193. **Røe C, Sveen U, Cieza A, Geyh S, Bautz-Holter E.** Validation of the Brief ICF core set for low back pain from the Norwegian perspective. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2009 Sep;45(3):403-14.
194. **Roland M, Morris R.** A study of the natural history of back pain. *Spine* 1983; 8(2):141-4.
195. **Romano JM, Turner JA.** Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull* 1985; 97: 18-34.
196. **Rudy TE, Weiner DK, Lieber SJ, Slaboda J, Boston JR.** The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. *Pain.* 2007 Oct;131(3):293-301.
197. **Ruffer MA.** Studies of the paleopathophysiology of Egypt. Chicago: University of Chicago Press; 1921.
198. **Ruof J, Stucki R.** Comparison of the Dougados functional index and the BASFI. A literature review. *J Rheumatol* 1999; 26: 955-60.
199. **Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA.** Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 578-85.

200. **Sacket DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB.** Medicina basada en la evidencia: cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill-Livingstone; 1997.
201. **Saper RB, Sherman KJ, Cullum-Dugan D, Davis RB, Phillips RS, Culpepper L.** Yoga for chronic low back pain in a predominantly minority population: a pilot randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med.* 2009 Nov-Dec;15(6):18-27.
202. **Schimmel JJ, de Kleuver M, Horsting PP, Spruit M, Jacobs WC, van Limbeek J.** No effect of traction in patients with low back pain: a single centre, single blind, randomized controlled trial of Intervertebral Differential Dynamics Therapy. *Eur Spine J.* 2009 Dec;18(12):1843-50.
203. **Schmitt MA, de Wijer A, van Genderen FR, van der Graaf Y, Helders PJ, van Meeteren NL.** The Neck Bournemouth Questionnaire cross-cultural adaptation into Dutch and evaluation of its psychometric properties in a population with subacute and chronic whiplash associated disorders. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 Nov 1;34(23):2551-61.
204. **Schneider C, Krayenbühl N, Landolt H.** Conservative treatment of lumbar disc disease: patient's quality of life compared to an unexposed cohort. *Acta Neurochir (Wien).* 2007 Aug;149(8):783-91.
205. **Scholten JH.G, Van Weel C.** Functional status assessment in family practice: the Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WON CA. Lelystad: Meditekst; 1992.
206. **Schütze A, Kaiser U, Ettrich U, Grosse K, Gossrau G, Schiller M, Pöhlmann K, Brannasch K, Scharnagel R, Sabatowski R.** Evaluation of a multimodal pain therapy at the University Pain Centre Dresden. *Schmerz.* 2009 Dec;23(6):609-17.
207. **Seguí J.** Enfermedades sistémicas. En: Rojo JE, Cirera E. Eds. Interconsulta psiquiátrica. Masson SA. Barcelona. 1999. pp: 411-22.
208. **Sénégas J, Vital JM, Pointillart V, Mangione P.** Clinical evaluation of a lumbar interspinous dynamic stabilization device (the Wallis system) with a 13-year mean follow-up. *Neurosurg Rev.* 2009 Jul;32(3):335-41.
209. **Seisedos Cubero N.** Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Traducción del título original: "STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation)" Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE.

- California: Consulting Psychologist Perss Inc. En: Seisdodos Cubero N. Manual de Investigación y publicaciones Psicológicas. Madrid: TEA Ediciones, 1988.
210. **Selkowitz DM, Kulig K, Poppert EM, Flanagan SP, Matthews ND, Beneck GJ, Popovich JM Jr, Lona JR, Yamada KA, Burke WS, Ervin C, Powers CM.** The immediate and long-term effects of exercise and patient education on physical, functional, and quality-of-life outcome measures after single-level lumbar microdiscectomy: a randomized controlled trial protocol. Physical Therapy Clinical Research Network. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006 Aug 25;7:70.
211. **Sellinger JJ, Clark EA, Shulman M, Rosenberger PH, Heapy AA, Kerns RD.** The moderating effect of obesity on cognitive-behavioral pain treatment outcomes. *Pain Med.* 2010 Sep;11(9):1381-90.
212. **Shaughnessy M, Caulfield B.** A pilot study to investigate the effect of lumbar stabilisation exercise training on functional ability and quality of life in patients with chronic low back pain. *Int J Rehabil Res* 2004; 27:297–301.
213. **Sheikh JI, Yesavage JA.** Geriatric depression scales (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-73.
214. **Siepper J, Braun J.** Pathogenesis of spondyloarthropathies: Persistent bacterial antigens, autoimmunity or both? *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1547-54.
215. **Smedstad LM, Vaglum P, Kvien TK, Moum T.** The relationship between self-reported pain and sociodemographic variables, anxiety, and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1995; 22: 514-20.
216. **Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Kvien TK.** The relationship between psychological distress and traditional clinical variables: a 2 year prospective study of 216 patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 1304-11.
217. **Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC.** The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995; 39: 315-25.
218. **Smith MT, Perlis ML, Haythornthwaite JA.** Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clin J Pain.* 2004;20:111-8.

219. **Söderlin MK, Hakala M, Nieminen P.** Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol* 2000; 29: 177-83.
220. **Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, et al.** Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-Index for use by physicians. *J Chron Dis* 1981; 34:585-97.
221. **Stoll T, Kauer Y, Büchi S, Klaghofer R, Sensky T, Villiger PM.** Prediction of depression in systemic lupus erythematosus patients using SF-36 mental Health scores. *Rheumatology*. 2001; 40: 695-8.
222. **Suissa S, Shenker SC, Spitzer WO.** Measuring the quality of life of cancer and chronically ill patients: cross-validation studies of the Quality of Life Index. Montreal, Quebec: Department of Clinical Epidemiology, McGill University; 1984.
223. **Sullivan MJL, D'Edon J.** Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *J Abnor Psychol* 1990; 99: 260-3.
224. **Suratwala SJ, Pinto MR, Gilbert TJ, Winter RB, Wroblewski JM.** Functional and radiological outcomes of 360 degrees fusion of three or more motion levels in the lumbar spine for degenerative disc disease. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 May 1;34(10):E351-8.
225. **Taghipour H, Moharamzad Y, Mafi AR, Amini A, Naghizadeh MM, Soroush MR, Namavari A.** Quality of life among veterans with war-related unilateral lower extremity amputation: a long-term survey in a prosthesis center in Iran. *J Orthop Trauma*. 2009 Aug;23(7):525-30.
226. **Takayama K, Nakamura H, Matsuda H.** Low back pain in patients treated surgically for scoliosis: longer than sixteen-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Sep 15;34(20):2198-204.
227. **Tan K, Zheng M, Yang BX, Ernest V, Liu H, He J, Jiang M, Li XS.** Validating the Oswestry Disability Index in patients with low back pain in Sichuan] *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2009 May;40(3):559-61.
228. **Tandon PK, Stander H, Schwarz RP Jr.** Analysis of quality of life data from a randomized, placebo-controlled heart-failure trial. *J Clin Epidemiol* 1989; 42(10):955-62.

229. **Tariot P, Yocum D, Kalin N.** Psychiatric disorders in fibromyalgia. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 812-3.
230. **Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A.** Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007 Feb 28;8:21.
231. **Thalgott JS, Fogarty ME, Giuffre JM, Christenson SD, Epstein AK, Aprill C.** A prospective, randomized, blinded, single-site study to evaluate the clinical and radiographic differences between frozen and freeze-dried allograft when used as part of a circumferential anterior lumbar interbody fusion procedure. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 May 20;34(12):1251-6.
232. **The EuroQol Group:** A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
233. **Thelin A, Holmberg S, Thelin N.** Functioning in neck and low back pain from a 12-year perspective: a prospective population-based study. *J Rehabil Med.* 2008 Jul;40(7):555-61.
234. **Timonen M, Viilo K, Hakko H, Särkioja T, Ylikulju M, Meyer-Rochow VB et al.** Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42: 287-291.
235. **Toledo RC, Alexandre NM, Rodrigues RC.** Psychometric evaluation of a Brazilian Portuguese version of the Spitzer Quality of Life Index in patients with low back pain. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008 Nov-Dec;16(6):943-50.
236. **Tomasević-Todorović S.** Assessment of life quality in surgically treated patients with lumbar radiculopathy] *Med Arh.* 2008;62(1):34-7.
237. **Takeda T, Morimoto N, Kinukawa N, Nagamine R, Shutou T, Tashiro N.** Factors affecting depression and anxiety in female Japanese patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18(6):735-738.
238. **Uhlig T, Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Gérard N, Kvein TK.** The course of rheumatoid arthritis and predictor of psychological, physical and radiographic outcome after 5 years of follow-up. *Rheumatology* 2000; 39: 732-41.
239. **Vallejo-Pareja MA, Comeche MI.** Depresión, ansiedad y dolor crónico. En: Fernández-Abascal EG, Palmero F, editores. Emociones y salud. Barcelona: Editorial Ariel SA, 1999; p. 279-99.

240. **Valtýsdóttir ST, Gudbjörnsson B, Lindqvist U, Hällgren R, Hetta J.** Anxiety and depression in patients with primary Sjögren's syndrome. *J Rheumatol* 2000;27: 165-9.
241. **Van der Heide D, Bellamy N, Calin A, Dougados M, Khan MA, van der Linden S.** Preliminary core sets for endpoints in AS. *J Rheumatol* 1997; 24: 2225-9.
242. **VanDyke MM, Parker JC, Smarr KL, Hewett JE, Jonson GE, Slaughyer JR.** Anxiety in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 2004; 51: 408-12.
243. **Van Weel C.** Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disabil Rehabil.* 1993;15:96-101.
244. **Van Weel C, König-Zahn C, Touw-Otten FWM.M, Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B.** Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts A manual. World Organization of Family Doctors (WONCA). European Research Group on Health Outcomes (ERGHO). Groningen: Northern Centre of Health Care Research (NCH); 1995.
245. **van Wijk RM, Geurts JW, Lousberg R, Wynne HJ, Hammink E, Knape JT, Groen GJ.** Psychological predictors of substantial pain reduction after minimally invasive radiofrequency and injection treatments for chronic low back pain. *Pain Med.* 2008 Mar;9(2):212-21. Feb;134(3):310-9.
246. **Veresciagina K, Ambrozaitis KV, Spakauskas B.** Health-related quality-of-life assessment in patients with low back pain using SF-36 questionnaire. *Medicina (Kaunas).* 2007;43(8):607-13.
247. **Veresciagina K, Ambrozaitis KV, Spakauskas B.** The measurements of health-related quality-of-life and pain assessment in the preoperative patients with low back pain. *Medicina (Kaunas).* 2009;45(2):111-22.
248. **Veresciagina K, Spakauskas B, Ambrozaitis KV.** Clinical outcomes of patients with lumbar disc herniation, selected for one-level open-discectomy and microdiscectomy. *Eur Spine J.* 2010 Sep;19(9):1450-8.
249. **Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR.** Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index. *Spine* 2007; 32(4):481-6.

250. **Viney LL, Westbrook MT.** Psychological reactions to chronic illness-related disability as a function of its severity and type. *J Psychosom Res* 1981; 25: 513-23.
251. **Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoëns P, Cabri J.** Cross-cultural validation of the Oswestry disability index in French] *Ann Readapt Med Phys.* 2008 Jun;51(5):379-85.
252. **Volinn E, Yang B, He J, Sheng X, Ying J, Volinn W, Zhang J, Zuo Y.** West China hospital set of measures in Chinese to evaluate back pain treatment. *Pain Med.* 2010 May;11(5):637-47.
253. **Ward MM, Kuzis S.** Validity and sensitivity to change of Spondylitis-specific measures of functional disability. *J Rheumatol* 1999; 26: 121-7.
254. **Ward NG, Bloom VL, Friedel RO.** The effectiveness of tricyclic antidepressants in the treatment of coexisting pain and depression. *Pain* 1979; 7: 331-41.
255. **Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, Tosteson A, Blood E, Herkowitz H, Cammisa F, Albert T, Boden SD, Hilibrand A, Goldberg H, Berven S, An H.** Surgical versus nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis four-year results of the Spine Patient Outcomes Research Trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010 Jun 15;35(14):1329-38.
256. **Williams JBW, Rabkin JG.** The concurrent validity of items in the Quality-of-Life Index in a cohort of HIV-positive and HIV-negative gay men. *Control Clin Trials* 1991; 12:129S-41S.
257. **Witt CM, Lüdtke R, Baur R, Willich SN.** Homeopathic treatment of patients with chronic low back pain: A prospective observational study with 2 years' follow-up. *Clin J Pain.* 2009 May;25(4):334-9.
258. **Witt CM, Lüdtke R, Wegscheider K, Willich SN.** Physician characteristics and variation in treatment outcomes: are better qualified and experienced physicians more successful in treating patients with chronic pain with acupuncture? *J Pain.* 2010 May;11(5):431-5.
259. **Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M.** Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl): 14-23.

260. **Wolfe F, Hawley DJ.** The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 2032-7.
261. **Wood-Dauphinee SL.** Assessment of back-related quality of life: the continuing challenge. *Spine* 2001; 26 (8):857-61.
262. **Wood-Dauphinee SL, Williams JI.** The Spitzer Quality of Life Index: its performance as a measure. In: Osaba D. The effect of cancer on quality of life. Boca Raton, Florida, United States: CRC Press Inc; 1991. p. 169-84.
263. **Wright GE, Parker JC, Smarr KL, Hohnson JC, Hewtt JE, Walter SE.** Age, depressive symptoms and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 298-305.
264. **Yang M, Dubois D, Kosinski M, Sun X, Gajria K.** Mapping MOS Sleep Scale scores to SF-6D utility index. *Curr Med Res Opin.* 2007 Sep;23(9):2269-82.
265. **Yang EJ, Park WB, Shin HI, Lim JY.** The effect of back school integrated with core strengthening in patients with chronic low-back pain. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010 Sep;89(9):744-54.
266. **Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al.** Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83; 17: 37-49.
267. **Zaphiropoulos G, Burry HC.** Depression in rheumatoid disease. *Ann Rheum Dis* 1974; 33: 132-5.
268. **Zigmond AS, Snaith RP.** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
269. **Zoutantji M, Pearce S, Harrold E.** Psychological aspects of vasculitis. *Rheumatology* 2000; 39:1173-9.
270. **Zutra AJ, Burleson MH, Matt KS, Roth S, Burrows I.** Interpersonal stress, depression, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol* 1994; 13: 139-48.

