



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**DEPARTAMENTO
D
PSICOLOGÍA SOCIAL Y ANTRPOLOGÍA**

**DOCTORADO
ANTRPOLOGÍA APLICADA: SALVD Y DESARROLLO
COMVNITARIO**

TESIS DOCTORAL

**ESTVDIO COMPARATIVO SOBRE LA
iNTERPRETACiÓN MVLTiDiMENSiONAL DEL
DOLOR LVMBAR CRÓNICO
ENTRE POBLACiÓN BRASiLEÑA Y ESPAÑOLA:
ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES**

AVTOR D LA TESIS:

Daiana Priscila Rodrigues de Souza

DiRECTORES:

Lourdes Moro Gutiérrez

Francisco Albuquerque Sendín

SALAMANCA

2014



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

Da. LOURDES MORO GUTIERREZ, Doctora en Psicología y Profesora del Departamento de Psicología Social y Antropología de la Universidad de Salamanca, y

D. FRANCISCO ALBURQUERQUE SENDÍN, Doctor por la Universidad de Salamanca,

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo de investigación titulado “**Estudio comparativo sobre la interpretación multidimensional del dolor lumbar crónico entre población brasileña y española: análisis por estrategias múltiples**” constituye el trabajo de investigación, original e inédito que presenta Dña. Daiana Priscila Rodrigues de Souza para optar al grado de Doctor.

Para que conste,

En salamanca, a 20 de mayo de 2014.

Fdo.: Da. Lourdes Moro Gutiérrez

Fdo.: D. Francisco Albuquerque Sendín

AGRADECIMIENTOS

Si Usted está leyendo esta página es porque lo conseguí. Y no fue fácil llegar hasta aquí... Para algunas personas, a lo mejor les parece que el camino fue corto, pero cuando miro hacia atrás veo que el camino fue largo y compaginar trabajo con doctorado es complicado. Nada fue fácil, tampoco tranquilo. Mi camino, mi lucha no empezó en el doctorado, y sí en la enseñanza básica... Luchar contra el racismo y demostrar que no necesitas ser de otra raza para poder vencer, no es nada fácil, pero gracias a Dios, lo conseguí.

“A sola do pé conhece toda a sujeira da estrada” (provérbio africano).

Quiero agradecer a todas las personas que siempre confiaron en mí, desde siempre.

A la Prof^a. Dr^a. Lourdes Moro Gutiérrez, mi orientadora y ejemplo profesional, por no haber permitido que yo interrumpiese el proceso y por la confianza. A Ud. muchísimas gracias.

Quiero agradecer a mi marido, esa persona maravillosa, que ha estado conmigo en todos los momentos, incondicionalmente, en los altos y en los bajos y no me ha dejado desistir... A ti, mil gracias, ¡eres el mejor!

A mis padres que mismo estando lejos, o yo lejos de ellos, han apoyado con sus oraciones para protegerme y pidiendo a Dios para darme fuerzas con las que terminar el camino que había empezado... Y siempre me preguntaban: *“Filha, já falta pouco para você ser doutora?”* (risas). Hoy puedo decir que ya no me falta nada. Ellos, que con todos los esfuerzos

del mundo, lucharon para darnos a mí y a mis hermanos lo que ellos no tuvieron, ESTUDIO, conformando para nosotros una victoria.

A mis hermanos, que con todo el amor del mundo me apoyaron. Esos son ángeles en forma de persona.

Y no puedo dejar de agradecer a mis amigos... mis verdaderos amigos que la mayoría están “del otro lado del charco”, ¡gracias!

*“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas.
É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá.
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que pense estar...”*

(Caminhos do coração – Gonzaguinha)

Al Prof. Dr. Juan Francisco Blanco Blanco, quiero agradecerle mil veces por haber facilitado el acceso a los pacientes.

Muchísimas gracias al Prof. Dr. Francisco Javier Martín Vallejo, porque sin su paciencia no habríamos podido sacar tan buenísimas conclusiones.

A la Prof^a. Dr^a. Tania de Fatima Salvini y la Prof^a. Dr^a. Paula Rezende Carmago, mis compatriotas, de todo mi corazón muchas gracias por facilitarme el acceso a los pacientes brasileños.

A mi amada patria también quiero agradecer, porque allí he podido ganar valores y valorar las pequeñas cosas.

“Quando não souberes para onde ir, olha para trás e sabe pelo menos de onde vens”

(Proverbio africano)

ÍNDICE

	Pag.
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	9
RESUMEN	11
1. INTRODUCCIÓN	13
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS PREVIOS	21
2.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA EPIDEMIOLOGÍA EN BRASIL Y ESPAÑA	26
2.2. ENFOQUE FISIOLÓGICO DEL DOLOR	30
2.3. ENFOQUE SANITARIO DEL DOLOR	34
2.4. ENFOQUE ANTROPOLÓGICO DEL DOLOR	38
2.4.1. MODELO BIOPSICOSOCIAL PARA LA COMPRESIÓN DEL DOLOR	50
2.4.2. <i>DISEASE, ILLNESS</i> Y <i>SICKNESS</i> Y SU RELEVANCIA EN INVESTIGACIÓN	57
2.5. ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES	59
2.5.1. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL DISEÑO CUALITATIVO	63
2.5.2. APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA	
FISIOTERAPIA Y EL DLC	71
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	74
3.1. OBJETIVO GENERAL	76
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	77
3.3. HIPÓTESIS	78
4. METODOLOGÍA	79
4.1. TRABAJO DE CAMPO	81
4.1.1. TRABAJO DE CAMPO REALIZADO EN SALAMANCA (ESPAÑA)	86
4.1.2. TRABAJO DE CAMPO REALIZADO EN SÃO CARLOS (BRASIL)	90
4.2. JUSTIFICACIÓN DEL EMPLEO DE LA ESTRATEGIA MÚLTIPLE	93
4.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	99
4.3.1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	99
4.3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	101
- Cuestionario de McGill (McGill Pain Questionnaire –MPQ-)	102
- Cuestionario Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)	102

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA: ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

- Cuestionario del sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index –PSQI-)	103
- Cuestionario de Beck (Beck Depression Inventory –BDI-)	103
- Cuestionario Oswestry Disability Index (ODI)	104
4.4. CARACTERÍSTICAS Y DISEÑO DEL MUESTREO	106
4.4.1. ESTRATEGIAS DE MUESTREO	106
4.4.2. TAMAÑO MUESTRAL	108
4.4.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	110
4.5. CRITERIOS DE CALIDAD EN EL ESTUDIO	112
4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS	115
4.6.1. ANÁLISIS CUALITATIVO	115
4.6.1.1. TRANSCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN	116
4.6.1.2. CATEGORIZACIÓN	117
4.6.1.3. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN	118
4.6.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO	118
5. RESULTADOS	122
5.1. RESULTADOS CUALITATIVOS	126
5.1.1. EL DOLOR INTROSPECTIVO (experiencia personal)	129
- Caracterización del dolor	130
- Discapacidad y Calidad de vida	144
- Características: Estado de ánimo, Sueño, Creencia religiosa	149
5.1.2. EL DOLOR EXTROSPECTIVO (influencia del entorno)	153
- El entorno sanitario como influencia en el DLC	154
- El entorno no sanitario como influencia en el DLC	160
5.1.3. EL DOLOR COMO EXPERIENCIA CONDICIONABLE (el paciente reflexionando más allá del paciente)	166
- El dolor dependiente de la localización geográfica	167
- La religiosidad y el dolor	169
- El dolor entre géneros	172
- La situación económica en relación al dolor	174
- El nivel educativo y el dolor	176
- La mentalidad y el estado de ánimo en relación al dolor	178
5.2. RESULTADOS CUANTITATIVOS	180
5.2.1. Análisis univariante	180
5.2.2. Análisis de dos factores	190
- Análisis de dos factores: Sexo y País	190
- Análisis de dos factores: Cirugía y País	196
5.2.3. Análisis de correlaciones bivariadas	200

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE
POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA: ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

5.2.4. Análisis multivariante	208
5.2.5. Análisis de correspondencias múltiples	213
6. DISCUSIÓN	218
6.1. EL DLC COMO ENTIDAD CLÍNICA	221
6.2. EL ENTORNO ES DETERMINANTE EN EL DLC	235
6.3. EL PACIENTE REFLEXIONANDO SOBRE MODULADORES DEL DLC	245
6.4. PUNTOS DE ENCUENTRO Y DESENCUENTRO DE AMBOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	254
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	260
8. CONCLUSIONES	264
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	267
10. ANEXOS	284
ANEXO 1: Entrevista semiestructurada	285
ANEXO 2: Resolución del Comité de bioética	293
ANEXO 3: Hoja informativa (captación de la muestra) y consentimiento informado	296
ÍNDICE DE TABLAS	299
ÍNDICE DE FIGURAS	300

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Las abreviaturas se han reseñado por orden alfabético.

AMM	Asociación Médica Mundial
ANOVA	Análisis de la varianza
B	Brasileño
BDI	Beck Depression Inventory
BOLD	Blood-oxygen-level-dependent
DLC	Dolor lumbar crónico
E	Español
EVA	Escala visual analógica
H	Hombre
HOMALS	Análisis de homogeneidad/Análisis de correspondencias múltiples
IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
IC	Intervalo de confianza
IMC	Índice de masa corporal
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
M	Mujer
MANOVA	Análisis multivariante de la varianza
MCS	Mental component summary
M.I.	Miembro inferior
MPQ	McGill Pain Questionnaire
ODI	Oswestry Disability Index
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBE	Práctica basada en la evidencia
PB	Paciente brasileño
PCS	Physical component summary

PE	Paciente español
PPI	Present Pain Index
PRI	Pain Rating Index
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
RPG	Reeducación postural global
SACyL	Servicio de Sanidad de Castilla y León
SF-36	Medical Outcomes Short-Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSCar	Universidad Federal de São Carlos
UNICAMP	Universidad de Campinas
USE	Unidad Salud Escuela

RESUMEN

Objetivo: Identificar las variables, correlaciones y patrones de comportamiento que pueden diferenciar/caracterizar el DLC, en términos de calidad de vida, discapacidad, cantidad y calidad del sueño, estado de ánimo y depresión, en función del entorno sociocultural en el que vive el sujeto.

Metodología: Diseño: estudio observacional transversal. Sujetos: pacientes con DLC españoles, de la ciudad de Salamanca (n=30) y brasileños, de la ciudad de São Carlos, en el estado de São Paulo (n=30) usuarios del Sistema Público de Salud. Técnicas de investigación y análisis: de tipo estrategias múltiples, con cuestionarios estandarizados para evaluar el dolor, la calidad de vida, el sueño, y la discapacidad, y entrevista semiestructurada para el análisis de su contenido. Cada método fue analizado por separado con las herramientas habituales cuantitativas y cualitativas, para posteriormente aplicar la triangulación concurrente entre ambos tipos de datos.

Resultados: El DLC es una experiencia compleja, que abarca e influye en toda la vida del paciente, a través de conceptos tan profundos y diferenciados como la peregrinación, el estigma, el deterioro de la calidad de vida, el estado de ánimo, el sueño y la discapacidad, produciéndose un verdadero “algocentrismo”, donde el dolor lo es *todo* y las diferentes vertientes de ese *todo* se relacionan entre sí. El dolor llega a distorsionar la relación del paciente con el entorno, tanto familiar, como de amistad y sanitario, rompiendo y/o modificando los roles de forma difícilmente reversible. El paciente es capaz de observar los factores del DLC de modo general (no necesariamente vinculados a su dolor), y dentro de ellos,

la religión se convierte en el factor diferencial más importante entre las poblaciones brasileña y española, aunque no se han establecido relaciones de causa-efecto.

Conclusiones: El deterioro de la calidad de vida, el sueño, el estado de ánimo, o la propia discapacidad son diferentes en población brasileña y española con DLC. El DLC se presenta como un complejo cuadro altamente relacionado entre sí, existiendo patrones estables de comportamiento a pesar de la heterogeneidad encontrada.

Palabras clave: Dolor lumbar crónico; Entorno sociocultural; Calidad de vida; Discapacidad; Estado de ánimo; Sueño; Estrategias múltiples de investigación.

1. iNTR0DVCCiÓN

¿Por qué pacientes con diagnósticos de síndromes dolorosos similares tienen una forma de presentación tan diferente? ¿Por qué pacientes que reciben tratamientos “más o menos” similares para dichos cuadros, manifiestan reacciones radicalmente diferentes? ¿Qué debemos hacer los clínicos cuando afrontamos semejantes incertidumbres? Estos desafíos y las cuestiones que provocan demandan explicaciones que no pueden ser respondidas simplemente por medio de la evidencia biomédica convencional. Los temas que deben ser abordados incluyen la práctica clínica, la epistemología (el modo en que explicamos las cosas), la ontología (el modo en que pensamos que es el mundo), y la fenomenología (el modo en que pensamos que experimentamos las cosas). Para confrontarlas se requieren reflexiones filosóficas y comprensiones más allá de las habilidades biomédicas básicas.

Cuando se compara con otras especialidades orientadas a enfermedades u órganos específicos, la Medicina física y de rehabilitación se presenta como única, ya que coloca al paciente y la capacidad funcional en el centro de la actividad clínica. Además, mientras que otras especialidades lidian con enfermedades que comparten similitudes en todo el mundo, la Medicina física y de rehabilitación, y dentro de ella el papel decisivo que supone la Fisioterapia, trabaja con seres humanos individuales, sus enfermedades, sus discapacidades asociadas, sus limitaciones en la actividad y sus restricciones en la participación, que varían en función de factores culturales y socioeconómicos. En otras palabras, la Medicina física y de rehabilitación trabaja en la práctica con los factores contextuales y ambientales, reconocidos

por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte crucial de la condición de salud. De hecho, se asume que a ambos lados del océano estas diferencias se magnifican. Las prácticas de rehabilitación divergen entre el nuevo y viejo mundo debido a circunstancias históricas, diferencias culturales, consideraciones económicas y otros factores contextuales (Negrini y Frontera, 2008).

El dolor ha acompañado al ser humano a lo largo de toda su historia y ha constituido una preocupación constante, fuente de investigación y desarrollo en las ciencias de la salud, llegando en la actualidad a considerarse el *5º signo vital*, según la *American Pain Society* (Davis y Walsh, 2004; Merboth y Barnason, 2000). El reconocimiento de la nocicepción y la experiencia del dolor es un proceso complejo y subjetivo con importantes influencias no solamente biológicas, sino también psicosociales y culturales. De hecho, en los últimos años, los investigadores han intensificado de manera progresiva su interés respecto a los efectos de los factores demográficos y culturales tanto en el laboratorio como en la clínica del dolor (Edwards, C. L., Fillingim y Keefe, 2001), así como en la vertiente filosófica (Ibarra, 2006). Estos factores psicosociales y culturales adquieren una importancia aún mayor en el dolor crónico entendido desde el modelo biopsicosocial (Turk, 1996). Este modelo defiende que la experiencia dolorosa está esculpida por las interacciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Es tan complejo entramado la causa por la que el dolor crónico termina siendo mucho más que la simple prolongación del dolor en el tiempo. De hecho, el dolor crónico continúa siendo una incógnita biosanitaria, que presenta dificultades incluso en la determinación de su prevalencia, que oscila ampliamente entre 10,1 y 55,2%, según las mejores evidencias existentes (Schopflocher y Harstall, 2008). En Brasil y España, países objeto de estudio, los datos también son muy variables, y van desde el 23,4% detectado en población

española (Català et al., 2002) al 61,4% en trabajadores jóvenes brasileños (Kreling, da Cruz y Pimenta, 2006). Estas altas prevalencias suponen un coste anual mayor que el destinado al tratamiento de cualquier otra enfermedad crónica, incluyendo la patología cardíaca, la hipertensión y la diabetes (Fishman, Von Korff, Lozano y Hecht, 1997), llegando a superar el 2,5% del Producto Interior Bruto en España (Rodríguez, 2006). A pesar de que las causas o tipos de dolor crónico resultan diversos y, en ocasiones, difíciles de clasificar, podemos considerar al dolor lumbar crónico (DLC) como el más frecuente de los síndromes dolorosos regionales y uno de los que más costes directos e indirectos genera (Lambeek et al., 2011). De hecho, se estima que el 80% de la población padece lumbalgia al menos una vez en la vida, situándose su prevalencia en el 7,7% en España (Humbría, Carmona, Peña y Ortiz, 2002) y en el 19,4% en trabajadores jóvenes de Brasil (Kreling et al., 2006).

Sin embargo, el dolor no sólo es incomprendido desde un punto de vista fisiológico o conductual. De hecho, y a pesar de que hace más de 130 años Claude Bernard dijo que “no hay enfermedades sino enfermos”, y de que se entiende que el dolor debe ser estudiado desde la perspectiva de quien lo sufre (Brown y Barrett, 2009), en el momento actual existe un común desacuerdo entre médico y paciente respecto a la intensidad de dolor crónico percibida, que llega, en función de la etnicidad, a infraestimar en más del doble, el dolor crónico descrito por el paciente respecto al estimado por el médico (Staton et al., 2007). Esta distancia entre el dolor propio y ajeno, supone una barrera clínico-paciente, con graves consecuencias en su atención sanitaria.

El interés del DLC, abordado desde un enfoque intercultural, es una de las inquietudes constantes del fisioterapeuta, que trata, en su más amplio concepto, al paciente de manera diaria, continua, escuchando no sólo las quejas corporales, sino el contexto en el que se

producen, así como los constantes vínculos entre ambas esferas. Es fruto del amplio conocimiento del dolor crónico y sus mecanismos, llevado a la práctica clínica, donde se encuentra uno de los factores que determinan el éxito o el fracaso de la atención fisioterápica (Nijs y Van Houdenhove, 2009). Pretendemos, por tanto, que la experiencia clínica, dotada de herramientas para identificar las características constantes, comunes a todos los procesos de dolor crónico musculoesquelético, y para detectar con precisión los factores individuales que hacen del sujeto un paciente único, nos permita enriquecer la relación paciente-fisioterapeuta. Esta simbiosis, acompañada de una adecuada orientación de las estrategias de prevención y rehabilitación basadas en los determinantes del dolor y la discapacidad, resulta clave en el éxito terapéutico. Para conseguir tal fin, se ha planteado el interés en un principio, y posteriormente la necesidad, de aplicar una experiencia por estrategias múltiples, cualitativa y cuantitativa, de carácter concurrente y transversal. De esta forma, podremos estudiar al individuo en su perspectiva más amplia, holística, profundizando en sus inquietudes, circunstancias particulares, pensamientos y expresiones en su ámbito geográfico y cultural habitual, donde desarrolla su rol como ser individual y social. En definitiva, se trata de establecer, vincular, o en algún punto expresar, el dolor como una experiencia directa e intrínsecamente antropológica (Balzano, 2007). A ello hemos dedicado y adecuado los métodos cualitativos de investigación que, por cercanos y específicos, permiten “desnudar” al paciente como sujeto único y con entidad propia. Por otro lado, en el momento actual, los métodos cuantitativos predominan en el contexto bibliográfico biosanitario, permitiendo conocer, a través de medidas estandarizadas y cuestionarios validados el comportamiento del paciente con herramientas numéricas, fácilmente comparables con la población de origen del sujeto. Si atendemos a lo expresado, y liberando las ataduras de paradigmas estrictos y, hasta cierto punto, obsoletos, necesitamos este

abordaje cuantitativo y cualitativo para conseguir una adecuada comprensión, expresión, mensuración, e incluso planeamiento de las intervenciones, destinadas a lidiar con dolor crónico.

A modo de presentación, el actual trabajo ha sido estructurado en los siguientes capítulos:

- Marco teórico: donde se exponen los distintos enfoques que, tanto a lo largo de la historia, como en función de la disciplina de estudio (fisiología, ámbito sanitario, antropológico), han abordado el dolor, poniendo énfasis en los puntos convergentes y divergentes de dichos enfoques. Asimismo, serán mostradas las principales evidencias que la metodología cualitativa de investigación ha aportado a la Fisioterapia, de modo general, y al DLC, específicamente.

- Hipótesis, objetivos y metodología: que permiten recorrer con precisión y sentido el camino desde la emisión de la pregunta de investigación hasta el análisis de los datos que han de responderla. Serán descritos aspectos fundamentales de la investigación de estrategias múltiples (cualitativa y cuantitativa), como lo son el trabajo de campo, la elaboración y manejo de los instrumentos de medida, el muestreo y la muestra como su resultado, así como el análisis de la información realizado.

- Resultados: en este apartado se expondrán los resultados cualitativos y cuantitativos por separado, tratando no sólo de extraer el máximo de información de cada enfoque, sino tratando de encuadrar dicha información en el contexto bibliográfico actual en el área. Adquirirán especial relevancia los aspectos vinculados a la experiencia personal del paciente, al entorno más próximo y a la propia sociedad donde el paciente vive, así como a los factores estudiados (calidad de vida, estado de ánimo, sueño...).

- Discusión, limitaciones y propuestas de futuro: con un enfoque claro, donde se mezclarán y comentarán, de manera decidida y ambiciosa, los resultados obtenidos desde ambas metodologías, tratando de entender el valor añadido que ofrecen ambos polos en una patología multidimensional como lo es el DLC. Asimismo, esta discusión permitirá identificar el grado de alcance del estudio, definiendo sus limitaciones de las que nacerán nuevas preguntas de investigación, y así, propuestas de estudios futuros.

- Conclusiones: extraídas directamente de los resultados y la discusión y que permitan entender y aplicar lo ocurrido en el estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS PREVIOS

Delimitar el estudio del dolor y su tratamiento empírico del científico resulta difícil. No obstante, gracias a los adelantos en ciencias como la fisiología, la química, y la física podemos situar al siglo XVIII como el gran punto de inflexión (curiosamente en este siglo Voltaire pronunció la frase: “Los médicos usan drogas de las cuales poco conocen, en pacientes que conocen menos, para patologías de las que no saben nada...”). Etimológicamente el vocablo *pain*, en inglés, deriva del latín *poena*, que significa “castigo” y “paciente” deriva del latín *patior*, que sería el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor (Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz y Pérez, 2005).

Según Guyton, “el dolor es un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado, y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso”. Nos encontramos ante el dolor alarma, el dolor funcional, el dolor útil (Guyton, 2011, p. 598). El dolor, pues, es una reacción constructiva del organismo que permite detectar, localizar e identificar los procesos que producen daño (daño tisular, daño a los tejidos, al organismo). Su ausencia puede causar lesiones incluso llevar a la muerte (Carlson, 1994; Casal, 2001).

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión presente o potencial, o

descrita en términos de la misma” (IASP, 1979). En esta definición es interesante observar cómo aunque el *hecho objetivo* deja paso a la *experiencia subjetiva* (no es necesaria la detección de una causa orgánica para poder concluir que esa persona siente dolor), incluso la vivencia personal del dolor pasa por una descripción que sigue manteniendo como referente el daño tisular, el daño físico, la lesión orgánica. Esta observación de que el dolor es una *experiencia subjetiva* es clave para comprender el giro conceptual en la definición del dolor. Con tal hecho, se evidencia su concepción anterior como simple proceso sensorial y se abre la posibilidad de nuevos discursos que traspasan el interés a la experiencia subjetiva de la persona que lo padece. No hay, por lo tanto, proceso doloroso independiente de la experiencia humana (Gil, Layunta y Íñiguez, 2005).

Las implicaciones más relevantes de la definición del dolor de la IASP son:

- Considera el dolor como algo subjetivo.
- Invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja.
- Otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro.
- Considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo.
- Considera parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables (IASP, 1986a).

La caracterización del dolor permite, desde luego, apelar al significado personal y a la subjetividad de la experiencia del dolor para el enfermo, y también a su carácter funcional, en la medida que constituye frecuentemente una señal de alerta de un peligro o inestabilidad del

organismo. Si es indiscutible la importancia del dolor como mecanismo protector del individuo, también es cierto que, por veces, el cuadro álgico persiste más allá de los tratamientos, o de la eliminación de la causa inicial, dejando de cumplir un papel de manutención de sobrevivencia del individuo (Barber y Adrian, 1982) abriendo diferentes posibilidades y perspectivas al estudio del dolor. La concepción del dolor como un problema multidimensional (físico, psíquico, sociológico...) requiere que sea enfocado por encima de las divisiones disciplinares tradicionales. Esta perspectiva, no sólo potencia la posibilidad de nuevas respuestas desde el mismo planteamiento, sino que provoca la apertura a nuevos discursos en torno al dolor empezando a crear una comprensión multilateral del mismo. A pesar de intentar "capturar" el dolor mediante recorridos fisiológicos y neuronales, hacer una reflexión en torno al papel de las emociones en el dolor es importante, lo que nos lleva al componente subjetivo del dolor, abriendo una brecha en la explicación fisiológica que permite la entrada de nuevos discursos que cambiarán el centro de interés en el estudio del mismo, y pretenderán romper con la dualidad físico-psicológico, que remite directamente a la dualidad real-imaginado en muchos casos (Gil et al., 2005).

A continuación será abordado el concepto de DLC y sus límites. El término dolor lumbar fue definido por Anderson como "Dolor limitado a la región entre los márgenes más bajos de la 12ª costilla y los pliegues de los glúteos" (Anderson, 1977). El diagnóstico de dolor lumbar implica que el dolor no esté relacionado con condiciones tales como fracturas, espondilitis, traumatismo directo, trastorno vascular, metabólico, procesos neoplásicos, infecciosos o endocrinos (Waddell, 1998).

El dolor lumbar es relevante en el mundo actual. La última Global Burden of Disease Study, publicada a finales de 2012, ha puesto de relieve la enorme carga mundial que supone

esta entidad clínica. En contraste con el estudio anterior, cuando ocupó el puesto 105 de 136 condiciones discapacitantes, el dolor lumbar es ahora la principal causa de discapacidad a nivel mundial, por delante de otras 290 condiciones (GBD 2010 Country Collaboration, 2013). A pesar de que el dolor lumbar es una causa importante de morbilidad en los países de baja, media y alta renta, hasta la fecha ha sido relativamente subestimado y subfinanciado. Una razón importante puede ser la baja clasificación que recibió en las anteriores ediciones del propio Global Burden of Diseases, en relación con muchas otras condiciones, debido en parte a la falta de uniformidad en la forma en que se define el dolor lumbar y la escasez de datos adecuados (Hoy et al., 2010). En los últimos años, sin embargo, se ha producido una explosión relativa a la cantidad e intensidad de la atención al dolor lumbar en el mundo desarrollado (Deyo, Mirza, Turner y Martin, 2009).

Los estudios epidemiológicos han demostrado que entre el 70 y el 85% de la población ha presentado o va a presentar un episodio de dolor de espalda durante su vida activa (Andersson, 1999; Andrusaitis, Oliveira y Barros Filho, 2006; Loney y Stratford, 1999), y su frecuencia continúa aumentando en la actualidad (Majid y Truumees, 2008). Los costos anuales en Estados Unidos son superiores a 100 billones de dólares, siendo más de dos tercios generados por costes indirectos (Katz, 2006).

Los episodios de dolor lumbar son considerados tradicionalmente como eventos individuales, pero este modelo actualmente está siendo desafiado a favor de tratar el dolor de espalda como condición a largo plazo. El dolor de espalda puede estar presente durante toda la vida, desde la infancia hasta la edad avanzada, y cada día hay más pruebas de que la experiencia del dolor se mantiene a lo largo del tiempo: por ejemplo, las personas con dolor

pueden seguir teniéndolo de manera intermitente durante años, y las personas sin dolor no desarrollan de repente dolor a largo plazo (Dunn, Hestbaek y Cassidy, 2013).

Algunos autores consideran que el dolor pasa a ser crónico cuando permanece tres meses o más (Elliott, Smith, Penny, Smith y Chambers, 1999). Sin embargo, otros consideran que el dolor lumbar debe considerarse como crónico cuando dura siete semanas o más, mientras que también existe quien defiende que requiere una duración por encima de seis meses (Silva, Fassa y Valle, 2004). La diversidad de definiciones del DLC está en la base de las dificultades para determinar con precisión la prevalencia e incidencia de este desorden, por lo que se han propuesto unificaciones (Dionne et al., 2008), si bien su expansión es cuestionable.

Parte de estas dificultades en su definición hacen que el término crónico deba ser utilizado con precaución, para no llevarnos a un derrotismo innecesario en el abordaje terapéutico. Por otra parte, el DLC no debe ser desconsiderado (y por lo tanto descuidado) por ser transitorio, ya que rara vez parece ser autolimitado, presentando ataques periódicos y remisiones temporales (Hestbaek et al., 2003). El tránsito entre la forma aguda y la forma crónica de dolor lumbar cuenta con la implicación de la depresión, la angustia y la somatización (Pincus, Burton, Vogel y Field, 2002).

Los factores de riesgo para el dolor lumbar pueden ser genéticos, asociados a factores de la niñez, como otros dolores, salud de los padres, factores psicológicos, comorbilidades o debido a la interacción del individuo con el medio ambiente (Dunn et al., 2013; Majid y Truumees, 2008).

2.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA EPIDEMIOLOGÍA EN BRASIL Y ESPAÑA

Existe mucha menos documentación del comportamiento del DLC en población brasileña que en población española. La prevalencia del DLC aumentó en Brasil de 4,2% a 9,6% en 8 años, en parte debido al aumento de la esperanza de vida en el país. En la mayoría de los subgrupos estudiados, la prevalencia al menos se ha duplicado y el incremento fue aún mayor entre las personas más jóvenes, con más años de educación y un mayor estatus económico. Ser mujer, fumador y estar casado se identificaron como factores de riesgo. La edad, el IMC, la exposición a movimientos repetitivos y trabajar en posturas incómodas también se correlacionaron positivamente con sufrir DLC, aunque los trabajos de carga pierden la asociación al DLC que tuvieron hace 10 años (quizá por ser menos personas las que se dedican a ello, o se cargue con mejores herramientas) (Meucci, Fassa, Paniz, Silva y Wegman, 2013). Previamente, también las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad, tabaquismo, IMC, el trabajo en posición tumbada, el trabajo físico pesado, o los movimientos repetitivos se han asociado con lumbalgia crónica en Brasil (Silva et al., 2004). Sin embargo, la asociación de factores como la edad, peso, talla, IMC, el tabaquismo y el consumo de alcohol con el dolor lumbar en trabajadores ha producido resultados controvertidos en la literatura (Andrusaitis et al., 2006; Krause, Ragland, Fisher y Syme, 1998).

España llegó más tarde que los países de la Unión Europea a la creación de un sistema sanitario público y universal, con unos recursos limitados, en un contexto económico en expansión y un alto índice de desempleo, que obliga a detraer importantes cantidades para su corrección, y con un PIB que nos situó en el decimotercer lugar del mundo, lo que ha influido directamente en un peor abordaje clínico, investigador, e incluso laboral (mayor gasto por

incapacidad laboral temporal) por causa del DLC (González Viejo y Condón Huerta, 2000). De hecho, las cifras de absentismo laboral, así como su coste, han aumentado en términos, tanto absolutos, como relativos, siendo el sector servicios el más afectado (más del 50% del total del gasto total por baja laboral) (Salvans y González-Viejo, 2008). En términos de prevalencia, los últimos datos apunta a un 19,9% en adultos (Fernández-de-las-Peñas et al., 2011), manteniéndose estable desde 2006 a 2009, y relacionada con factores sociodemográficos como el sexo femenino, el incremento de la edad, un nivel educativo bajo, o bajos ingresos económicos, y hábitos de vida, como no practicar actividad física (Fernández-de-Las-Peñas et al., 2013).

En España, como en los países del norte de Europa, los factores psicológicos y culturales (salud mental, tendencia a la somatización, creencias de salud sobre el DLC...) tienen un papel importante en el desarrollo y la persistencia de dolor lumbar (Vargas-Prada et al., 2013). No obstante, se dispone de pocos datos sobre la incidencia de los factores de riesgo psicosocial para el dolor lumbar en los países del sur de Europa, y no todos apoyan la influencia o relación entre factores psicológicos y dolor o discapacidad en el DLC (Kovacs, F. et al., 2007; Kovacs, Muriel et al., 2005).

La correlación entre dolor, discapacidad y calidad de vida es significativa, pero débil, en pacientes españoles con DLC. Además, el dolor explica la discapacidad de forma limitada (12%). Por ello, tratamientos que sean efectivos sobre el dolor podrían no tener un efecto relevante sobre la discapacidad o la calidad de vida, volviendo necesaria la evaluación de estas dimensiones, y que dicha evaluación se ejecute de forma separada (Kovacs et al., 2004). La relevancia del tiempo sufriendo DLC para estas características se incrementa cuando el tiempo aumenta, es decir, cuanto más dura el dolor, mayor influencia en la discapacidad y deterioro de

la calidad de vida (Kovacs et al., 2004; Waddell, 1998), lo que no ocurre con la intensidad del dolor, que no se relaciona ni predice ni la discapacidad ni la calidad de vida (Kovacs, Abraira, Zamora, Fernández y Spanish Back Pain Research Network, 2005).

Entre los pacientes con DLC españoles atendidos en las unidades de dolor, la correlación de catastrofismo, estado de ansiedad, ira y depresión con la discapacidad deja de ser significativa cuando se tienen en cuenta las variaciones de la ansiedad (este modelo explicaría el 49% de la variabilidad de la discapacidad). Además, las correlaciones entre DLC, dolor referido, discapacidad, catastrofismo, ira, estado de ansiedad, rasgos de ansiedad y depresión fueron significativas, a excepción de las comparaciones entre la ira y el DLC y entre la ira y el dolor referido (Moix et al., 2011).

En adultos españoles, las creencias de evitación del miedo tienen poca influencia en la calidad de vida de estos pacientes, al contrario de lo que ocurre en el norte de Europa y países anglosajones (Sions y Hicks, 2011), probablemente debido a factores sociales y/o culturales (religión católica o protestante, valorización del trabajo, apoyo familiar respecto a individualismo, credibilidad en el estado de bienestar y en los sanitarios,...) (Kovacs, Muriel et al., 2005), si bien en los últimos años, otras poblaciones han mostrado esta independencia entre la evitación del miedo y el DLC.

Las tradiciones culturales hispanas ven la realidad más como inmutable que como dependiente de las acciones que podamos ejercer respecto a dicha realidad, lo que se corresponde con un *locus* de control externo. En comparación con otros grupos étnicos, los hispanos reportan una mayor intensidad de dolor (Bates, Edwards y Anderson, 1993).

Teniendo en cuenta diferentes secciones etarias, la prevalencia de dolor lumbar en niños y adolescentes en España y Brasil es elevada (Calvo-Muñoz, Gómez-Conesa y Sánchez-Meca,

2013; De Vitta, Martínez, Piza, Simeão y Ferreira, 2011). De hecho, la prevalencia en adolescentes llega a ser similar a la de los adultos (Leboeuf-Yde y Kyvik, 1998). Las niñas y adolescentes tienden a presentar una prevalencia mayor que los miembros del sexo masculino (en torno al 65% para el sexo femenino, y 50% para el masculino) (Shehab et al., 2004; Yao, Mai, Luo, Ai y Chen, 2011), aunque como ocurre con los adultos, existen dudas al respecto (Calvo-Muñoz et al., 2013). Además, los estudios más recientes apuntan a un aumento de esa prevalencia (Calvo-Muñoz et al., 2013).

En ancianos de São Paulo, el DLC se presentó en un 25,4% de los ancianos. Este dolor fue moderado un 45,8% de las veces e intenso un 46%. El dolor crónico estuvo asociado a una mayor dependencia y peor movilidad (Dellarozza, Pimenta, Duarte y Lebrão, 2013). En ancianos institucionalizados españoles con DLC, como ocurría con adultos, las creencias de evitación del miedo tienen una pequeña influencia en la calidad de vida física, y ninguna en la discapacidad o en la calidad de vida mental (Kovacs, F. et al., 2007).

2.2. ENFOQUE FISIOLÓGICO DEL DOLOR

El dolor fisiológico, desde un punto de vista amplio, nos enlaza con una concepción animalizada de la persona pues remite a nuestro substrato biológico básico. Esto es claramente visible en la siguiente afirmación de Neil R. Carlson: “[el dolor] puede ser definido sólo por una especie de reacción de retirada, o, en los seres humanos, por manifestaciones verbales” (Carlson, 1994, p. 251). Así, el dolor es algo común a los seres vivos, incuestionable, interno y en todo caso exteriorizable a través de las palabras. Así es como la definición fisiológica del dolor se vincula directamente con la experimentación en laboratorio y la que fundamenta el tratamiento más ampliamente adoptado para el dolor: el tratamiento farmacológico. De hecho, a pesar de ser criticados los límites explicativos de esta concepción, de ella derivan las principales terapéuticas adoptadas en la actualidad incluso desde las clínicas del dolor (Gil et al., 2005).

Este sería, por tanto, el planteamiento del dolor con una base fisiológica identificable (o, lo que no es lo mismo, identificada) relacionada con un daño tisular u orgánico. Pero, ¿qué hay de aquellos dolores a los que no se les puede atribuir tal base orgánica? El propio Carlson, cuando introduce en su manual *Fisiología de la Conducta* la explicación fisiológica del dolor, dice de él que “...es un fenómeno curioso. Es más que una mera sensación” (Carlson, 1994). Vemos, pues, cómo la explicación fisiológica del dolor topa con límites, a saber: la no correspondencia entre la gravedad/existencia de la lesión física y la experiencia del dolor, así como su prevalencia (dificultad de abordar los dolores crónicos). Estas evidencias ponen en duda, a su vez, la concepción del dolor alarma. La utilidad del dolor queda en entredicho

cuando éste no es indicativo del grado de lesión orgánica, careciendo incluso de ella en algunos casos (Gil et al., 2005).

Respecto al objeto de estudio del presente trabajo, los pacientes con dolor crónico musculoesquelético muestran, en general, signos de sensibilización local/central y propagación del dolor a grados que se correlacionan con la intensidad y duración del dolor. Por lo tanto, se ha descrito que reducir la intensidad y duración del dolor puede ser muy importante para su adecuado manejo (Arendt-Nielsen, Fernández-de-Las-Peñas y Graven-Nielsen, 2011).

Por otro lado, existen evidencias sobre la química alterada a nivel local y sobre la reorganización funcional en el cerebro que apoyan la idea de que el DLC puede ser entendido no sólo como un estado funcional alterado, sino también como una consecuencia de la plasticidad neuronal (Flor, 2003). Estos cambios no son exclusivos del DLC, y ni siquiera inherentes a las situaciones patológicas, pues cualquier desafío significativo que requiera de una función específica, incluso un aprendizaje específico, es capaz de alterar la estructura cerebral (May, A. et al., 2007). Al igual que ocurre con otros síndromes, como el del miembro fantasma, el colon irritable, la fibromialgia, la cefalea crónica o la migraña, los pacientes con DLC presentan alteraciones morfológicas locales en áreas responsables de la transmisión del dolor. Así, se aprecia una actividad incrementada en la región cortical de la espalda, fruto de la expansión de dicha representación cortical hacia las regiones vecinas del pie y la pierna (Flor, Braun, Elbert y Birbaumer, 1997). Aunque con matices diferenciadores entre síndromes, las estructuras alteradas son el córtex cingulado, el córtex fronto-orbitario, la ínsula y la región dorsal del puente, lo que ha dado en llamarse *pain matrix*. Todas estas regiones funcionan como estructuras multi-integradoras durante la experiencia y la anticipación al dolor, e influyen a la vez de verse influidas por eventos nociceptivos y espinales. Algunos de estos cambios

incluyen una disminución de la sustancia gris, aunque no necesariamente una destrucción neuronal. Los cambios tienen más que ver con cambios morfométricos, como la reducción del tamaño celular, atrofia neuronal o glial, e incluso pérdida sináptica (arquitectura intra-cortical axonal), lo que se ha denominado degeneración transneuronal secundaria, debida a los *input* nociceptivos aferentes (May, A. y Gaser, 2006). Las consecuencias suponen una modulación anormal de los sistemas nociceptivos cerebrales, probablemente transitorios en un primer momento, pero que llegan a ser permanentes e inherentes a la cronificación.

De hecho, y como consecuencia de lo descrito, parece que los pacientes con dolor crónico poseen una “firma digital” común en áreas reconocidas como reguladoras del dolor. No obstante, aún no hay evidencias suficientes para decidir si estos cambios son causa o consecuencia del dolor crónico, pues no ha sido plenamente identificado por qué tan sólo una relativamente pequeña proporción de pacientes son capaces de desarrollar dolor crónico. Y es que podría ocurrir que el cerebro de un sujeto sano muestra una respuesta saludable ante el dolor, como podría ser la habituación, mientras el cerebro de un paciente crónico responde de manera diferente e incluso diametralmente opuesta. A pesar de que este vínculo etiológico se encuentra aún en análisis, los estudios sugieren que los cambios producidos en la sustancia gris observados en los pacientes con dolor crónico son la consecuencia de *input* nociceptivos frecuentes y que deben ser reversibles cuando el dolor es adecuadamente tratado (May, A., 2008).

Finalmente, la percepción del dolor implica una serie de procesos psicológicos, incluyendo la orientación atencional a la fuente de su sensación dolorosa, la evaluación cognitiva del significado de su sensación dolorosa, y la reacción emocional, psicofisiológica y

conductual posterior, la cual genera una retroalimentación para influir en la percepción del dolor (Garland, 2012) (Fig. 1).

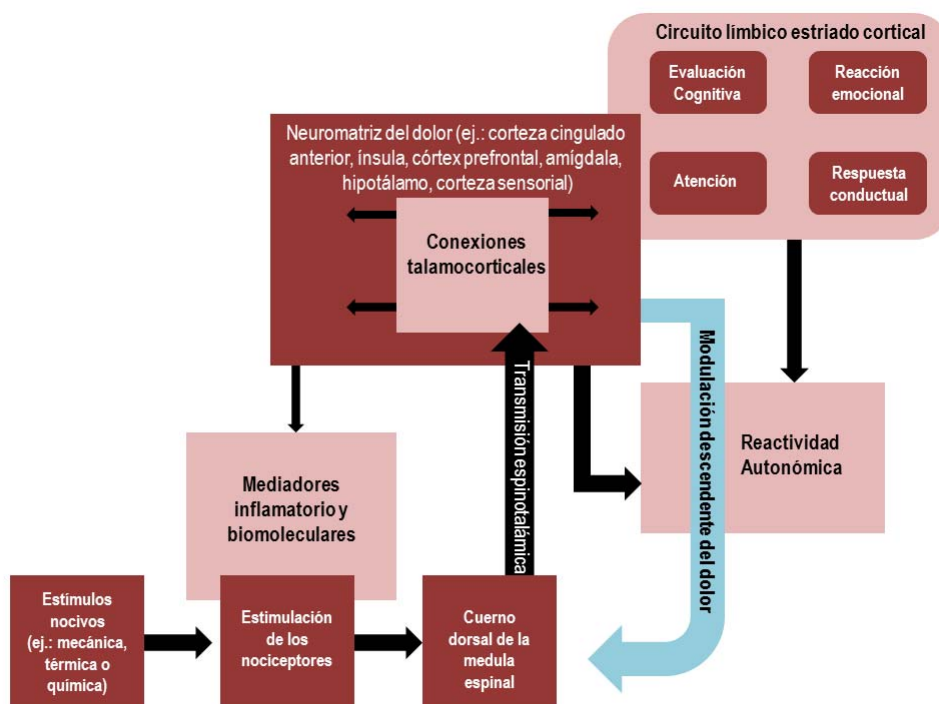


Figura 1: Esquema de la nocicepción, la percepción del dolor y la respuesta bioconductual al dolor en el sistema nervioso humano (Tomado de Garland, 2012).

Las emociones están acopladas con respuestas autonómicas, endocrinas, e inmunes que pueden amplificar el dolor a través de una serie de vías psicofisiológicas complejas (Garland, 2012). No obstante, la influencia de factores personales y/o socioculturales (fenotípicos) en estos comportamientos no ha sido completamente determinada.

2.3. ENFOQUE SANITARIO DEL DOLOR

El dolor ha sido el tema central de la Medicina desde sus orígenes, y su eliminación será siempre el ideal de todas las partes involucradas (Cabral, 1993). El dolor físico es una de las dolencias más comunes de la población general (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005) y la razón número uno para acudir al médico, habiéndose convertido en la causa más frecuente de consulta en Atención Primaria en España (García-Martínez, Herrera-Silva y Aguilar-Luque, 2000). Más que ningún otro síntoma, el dolor acrecienta las dificultades de la Medicina contemporánea en integrar *psiche* y *soma*, es decir, en observar que mente y cuerpo se integran uno con el otro. En términos históricos, este hecho ha provocado el aumento de la confianza de la profesión médica en que la expresión de los síntomas (en este caso, el DLC) es, en sí misma, un signo patológico (May, C., Doyle y Chew-Graham, 1999).

Una de las razones de por qué el dolor siga siendo un problema para la Medicina es que el dolor no se encuadra en el enfoque científico clásico para la salud y la enfermedad, una filosofía adoptada por la mayoría de los profesionales de la salud. El dolor no se ajusta a esta perspectiva filosófica, porque (1) el dolor es subjetivo, no objetivo, (2) el fundamento causal del dolor es a menudo mal entendido, (3) el dolor es a menudo considerado como un "simple" síntoma, no como una enfermedad; (4) con frecuencia no hay "balas mágicas" que curen o resuelvan el dolor, (5) el dolor no se ajusta al modelo especializado de conocimiento (Resnik, Rehm y Minard, 2001).

En su mayoría, los episodios de dolor son agudos, o sea, se trata de dolores temporales, siempre limitados en el tiempo, que se resuelven por sí solos o después de un tratamiento

médico adecuado. Sin embargo, el dolor crónico se prolonga durante más de seis meses y a menudo desencadena un conjunto de cambios físicos y psicosociales (IASP, 1986b).

Dentro de las características de dolor crónico se encontrarían las siguientes:

- Dolor continuo o recurrente.
- Asociado o no a un proceso de enfermedad.
- Se mantiene al menos durante seis meses o una vez curada la enfermedad o lesión.
- Se repite durante intervalos de meses o años.
- Las medidas terapéuticas habituales no son eficaces.
- Si el dolor es persistente suele darse una habituación de la respuesta autonómica.
- Aparece un patrón de signos vegetativos.
- No cumple ninguna función útil para el organismo.
- El estado emocional asociado suele ser la depresión y en algún caso la tendencia al suicidio.
- El dolor crónico, continuo o recurrente, supone una experiencia aversiva constante que varía en intensidad e importancia a través del tiempo, pero que siempre está presente.

Como vemos, el dolor crónico se diferencia del agudo por la regularidad y persistencia de los episodios de dolor, en general durante más de seis meses y, muy importante, sin servir como función de alarma del organismo, al contrario que el agudo (Hanson y Gerber, 1990). Es así como se abre el espacio para un cambio radical en la concepción del dolor crónico: éste, deja de ser visto como *simple síntoma* para ser comprendido como una enfermedad en sí misma. Pero este cambio no tiene tan sólo efectos en la práctica médica sino que, el pasar del dolor síntoma al dolor enfermedad comporta un cambio en el imaginario colectivo del dolor: se

pasa del dolor útil, al dolor sin sentido, el dolor vacío, que requiere intervención (Gil et al., 2005).

Desde el punto de vista conceptual, el dolor lumbar es el dolor, tensión muscular o rigidez localizada por debajo del reborde costal y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin ciática (Anderson, 1977), y que se define como crónico cuando persiste durante 12 semanas o más (Chou, 2011). El DLC utiliza un mayor abanico de estrategias diagnósticas y/o terapéuticas que las aplicadas en el dolor lumbar agudo, lo que aumenta su complejidad (Bigos y Müller, 2003). El dolor lumbar primario o inespecífico no se atribuye a una patología reconocible (por ejemplo, infección, tumor, osteoporosis, artritis reumatoide, fractura, inflamación) (Chou, 2011), siendo mucho más frecuente que el dolor lumbar secundario o específico (Seguí y Gérvas, 2002), lo que ha llevado a negar el dolor lumbar como una enfermedad o síndrome de cualquier tipo desde el punto de vista sanitario (Ehrlich, 2003). No obstante, a lo largo del presente trabajo veremos el por qué de tal negativa y cómo, las redefiniciones que se están dando del dolor lumbar, en nuestro caso crónico, defienden que es incluso más que una enfermedad.

Pese a los adelantos científicos, médicos y tecnológicos, el paciente sufre innecesariamente por un dolor que no se controla adecuadamente en muchos casos, produciendo malestar en el paciente, reingresos hospitalarios y elevados costes económicos (González-Rendón y Moreno-Monsiváis, 2007). El profesional sanitario es el responsable, por su desconocimiento, de esta ruptura entre el dolor crónico y una adecuada atención (Staton et al., 2007). La infravaloración del dolor y la inadecuación del tratamiento son frecuentes, ya sea por falta de formación e información del profesional sanitario, del desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma efectiva o del componente cultural subyacente a las

actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2011; Seguí y Gervas, 2002). Los pacientes son individuos únicos en su respuesta al dolor, y el profesional de la salud no debe esperar o asignar de forma injusta una conducta que el paciente no tiene por qué presentar (de Barros, 2001).

2.4. ENFOQUE ANTROPOLÓGICO DEL DOLOR

Como se ha descrito, el dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo. La distancia que separa el conocimiento cada vez más sofisticado del dolor y su tratamiento de la aplicación efectiva de dicho conocimiento es grande y cada vez mayor. Debido a que el manejo del dolor es el tema de muchas iniciativas dentro de las disciplinas de la medicina, la ética y el derecho, nos encontramos en un "punto de inflexión" en el que el fracaso no razonable para tratar el dolor es visto en todo el mundo como una medicina pobre, una práctica poco ética, y una derogación de un derecho fundamental humano (Brennan, Carr y Cousins, 2007; Ibarra, 2006).

Entender a los pacientes y controlar su dolor en un sistema de salud con un imperativo de eficiencia y reducción de costes, en medio del cambio demográfico continuo, puede ser un desafío abrumador (Lasch, 2002). Ni el dolor agudo ni el dolor crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por muy diversas razones de cultura, actitud, educación, política y logística (Brennan et al., 2007). De hecho, el empeoramiento del dolor crónico con el paso del tiempo suele ir unido a la falta de efectividad de los tratamientos, lo que empobrece y deteriora más aún el psiquismo del sujeto (Domínguez, Infante y Olvera, 2006, 2008). Es frecuente el desarrollo de depresiones reactivas y otras reacciones emocionales que llevan a los pacientes a alejarse de la sociedad, de su familia y de los amigos (Sánchez, Sirera, Peiró y Palmero, 2008). Esta desestructuración del individuo hace del estudio antropológico/cultural del dolor crónico una necesidad del presente.

Pero no solamente las visiones puramente fisiológicas son demasiado limitadas, sino también aquellas que abogan por complementarlas con lo psicológico (el ámbito de las

sensaciones y de las emociones consideradas también como experiencias privadas), sin entrar a buscar la comprensión de la vivencia subjetiva del paciente en las raíces sociales y culturales del sufrimiento, en las prácticas de género y en las adscripciones étnicas (Otegui, 2000). Es decir, no se puede pasar por alto, y de hecho se hace cada vez más necesario, apelar a la antropología del dolor (Le Breton, 1999). En nuestra sociedad, el dolor crónico no se vive solamente como dolor y daño físico, sino también como la interrupción del estilo de vida deseado, del consumo, del trabajo, del cuerpo y de las relaciones con los demás (Friedrich, Hahne y Wepner, 2009; Gil et al., 2005).

A partir de que Darwin escribe el Origen de las Especies en 1859, sabemos que el dolor es una de las formas de defensa evolutiva. Así como el dolor agudo tiene el sentido, ya descrito en este mismo texto, de alerta y de defensa, el dolor crónico no tiene una lógica de funcionamiento y casi podríamos decir que va en contra del principio de supervivencia y adaptación de la especie. Es justamente en torno del dolor crónico, este dolor que parece apropiarse de la vida del paciente mientras lo subsume en una sensación de desamparo, donde el hombre se afana en buscarle un significado cultural, a veces como castigo, a veces como una forma de expiación de culpas (Balzano, 2007).

El impacto de estos dos tipos de dolor, el agudo y el crónico, en la vida diaria también es distinto, estando igualmente dependiente de la forma en que el enfermo conceptualiza su situación de la enfermedad y cómo se ve en el papel del enfermo. Muchas personas con dolor consiguen hacer frente de forma más optimista su condición y minimizar los efectos nocivos decurrentes de la misma, incluso en aquellas ocasiones en que existe una relación entre el dolor y una determinada patología. En estos casos, las personas continúan trabajando (aunque tengan que realizar ajustes de la forma en que ejercen su actividad profesional, o como hacen las tareas

domésticas) y son capaces de aceptar la existencia del dolor, haciendo exigencias realistas y pertinentes a las instituciones de la salud en el sentido de intervenir en el cuadro álgico, y adaptarse a él, con la introducción de estrategias de afrontamiento (*coping*) adecuadas. Otros, sin embargo, y especialmente en situaciones del dolor crónico, desenvuelven un conjunto de características comportamentales y psicológicas que permiten percibir ya una exacerbación del cuadro álgico más allá de los aspectos meramente físicos del dolor, entre los cuales se encuentran: a) una historia de fracasos continuos en el control del dolor, lo que desencadena sentimientos de renuncia, desesperanza y desespero; b) debilidad física considerable, decurrente de la inactividad y de la pérdida de interés en actividades cotidianas, y c) desarrollo de cuadros depresivos y de ansiedad asociados a varios síntomas disfuncionales, como evitación o reducción significativa de la actividad física habitual (incluyendo las actividades de placer y de habilidad), las perturbaciones del sueño y la alimentación, los conflictos con la familia y amigos, la utilización inadecuada de los síntomas para obtener atención de los otros y otros beneficios personales, y el consumo exagerado y significativo de medicación usada en el control del dolor, de la ansiedad y de la depresión (Hanson y Gerber, 1990).

Según la filósofa Hardcastel, el dolor tiene cuatro dimensiones: localización corpórea, cualidad somática, sentimiento de sufrir, repuesta negativa al sufrimiento (Hardcastel, 1999). Llama la atención las diferencias en el comportamiento asociado a esta última dimensión. A lo largo de los siglos, varios autores han descrito factores culturales que parecen conducir a un individuo a expresar una reacción patológica al dolor o a producir una respuesta estoica. Algunas de estas observaciones no han sido más que producto de los estereotipos en los que fácilmente tendemos a caer. Sin embargo, en las últimas décadas se han comenzado a estudiar

los factores culturales y su influencia en la vivencia y expresión del dolor (Bates, 1987; Johnson, T. M., 1989; Kern, 1987; Martinelli, 1987; Zatzick y Dimsdale, 1990).

Se puede definir la cultura como aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre. La situación de la cultura en las diversas sociedades de la especie humana, en la medida en que puede ser investigada según principios generales, es un objeto apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción del hombre (Tylor, 1975 [1871]). En las últimas décadas, hay antropólogos que presentan una concepción de la cultura que rechaza la visión integradora y unificadora, y se centran en la perspectiva de unidad cultural y de sociedad unitaria, estandarizada e integrada, que avanza de forma fluida y apunta hacia una pérdida de la unidad del todo, hacia un desorden, hacia la particularidad, hacia el pluralismo, hacia el sincretismo, hacia la heterogeneidad, hacia la complejidad y hacia la diversidad cultural (Geertz, 2001; Robertson, 2000).

La cultura define las creencias acerca de la enfermedad y la salud, la experiencia y la respuesta al dolor, la identificación y la selección de cuidados médicos, el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a sus alteraciones, las fuentes de apoyo que recibe una persona enferma, el significado que se atribuye a los síntomas físicos, el uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se ha demostrado científicamente, y la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y la muerte, entre otros. Sufrir un dolor crónico o aceptar una limitación física permanente tendrá, por tanto, significados diferentes para distintas personas según el entorno cultural en el que se desenvuelvan. Incluso el concepto de salud varía entre los diferentes grupos culturales, de modo que lo que se considera “natural” y “humano” puede diferir entre culturas (Die-Trill, 2003).

Cada sociedad humana integra el dolor en su propia visión del mundo, confiriéndole un sentido, un valor. Esto hace de las sensaciones del cuerpo una realidad mutable de una cultura y otra, cuya fisiología no se explica exclusivamente como una isla biológica virgen, sino también en un contexto histórico y cultural preciso (Guerci, 1998). Los hombres, según su condición social o su historia personal, no reaccionan de la misma manera frente a una herida o enfermedad idénticas; no tienen el mismo umbral de sensibilidad (Zborowski, 1978). Dentro del mismo grupo étnico, las personas vienen de todas las clases sociales con diferentes estatus educacional, ocupacional y económico, lazos con la madre patria, y origen geográfico. Todos estos factores afectan a su identidad étnica y sus respuestas culturales a la salud y la enfermedad (Lasch, 2002). Todo individuo aprende en la infancia lo que las personas a su alrededor esperan y aceptan en cuanto a las sensaciones dolorosas. Él aprende con los otros cuáles son los estímulos dolorosos y qué tipo de actitud asumir frente a ellos. Las creencias que la familia tenga acerca de la salud y de la enfermedad se transmitirán de una generación a otra a través de patrones inconscientes de comportamiento y de actitud, y estarán influidas no solo por el grupo cultural al que pertenece la familia, sino también por la misma cultura familiar (Die-Trill, 2003). Así, todo individuo tiene conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos aprendidos en su contexto cultural, en relación al dolor (Pereira y Zago, 1998).

Integrando todos estos factores, el dolor que experimenta cada individuo que lo padece es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Melzack considera que la interacción de todas esas variables determina un sistema funcional cerebral que ha denominado Neuromatriz, que sería el responsable de dar las características personales de esa percepción dolorosa (Melzack, 1999). Cada cultura o grupo social y, a veces, hasta cada familia, tiene un lenguaje de sufrimiento único y propio, que es un

conjunto complejo de términos por medio de los cuales los individuos enfermos hacen que las otras personas se tornen conscientes de su sufrimiento (Helman, 2003). Este proceso, llevado al extremo desemboca en la individualidad de la experiencia en el proceso doloroso, lo que se ha dado a conocer como Neurofirma (Melzack, 2001, 2005).

Estos factores ejercen gran influencia en todos los aspectos de la vida de las personas, incluyendo sus creencias, comportamientos, percepción, emoción, alimentación, vestimenta, imagen corporal y, entre otras situaciones, ejercen un poderoso efecto en la tolerancia o no al dolor. Esto puede ser constatado en situaciones en las cuales estímulos que producen dolor insoportable en una persona, pueden ser perfectamente tolerables por otra (Budó et al., 2007; Zborowski, 1978).

Uno de los trabajos pioneros sobre el estudio de los aspectos culturales del sufrimiento fue encarado por un antropólogo médico, Mark Zborowski, quien hizo su estudio a fines de la década de los 60, en una publicación que llamó *People in Pain* (Zborowski, 1969). Analizó lo único analizable por un no especialista, que es el modo de expresar el dolor y su significado en cuatro grupos étnicos diferentes que concurrían en un hospital de veteranos de guerra: estadounidenses, irlandeses, italianos y judíos. Mientras los estadounidenses pensaban que las causas eran externas, los irlandeses sostenían que las causas de la enfermedad las tenían que buscar en ellos mismos. De alguna manera, la influencia religiosa, en este caso católica, hacía que vieran la enfermedad con cierta resignación y pasivamente, mientras que los estadounidenses trataban de atraer la atención para ser atendidos. Por su parte, italianos y judíos tenían un comportamiento similar en lo relativo a que eran muy emocionales y expresivos y mucho menos tolerantes que los estadounidenses e irlandeses. Mientras que los judíos eran muy detallistas respecto de la enfermedad, brindando útiles datos a los médicos, los italianos eran

más bien confusos y dramatizaban más las escenas de dolor. Zborowski empieza a perfilar la idea de que hay una identidad cultural asociada al dolor, en tanto que uno aprende con sus progenitores y parientes cercanos cómo y cuándo es apropiado expresar el dolor, pero hay además una identidad étnica y un devenir histórico que pueden quedar registrados en la expresión del dolor (Balzano, 2007). Sin embargo, y como fue criticado posteriormente, el enfoque de su análisis cultural no tuvo en cuenta el dolor como una característica íntima de la experiencia vivida de los individuos en el contexto de su mundo social local y la época histórica (DelVecchio, Brodwin y Good, 1994), ni examinó otras variables demográficas, psicológicas y médicas (Bates, 1987).

La antropóloga Elizabeth Coker estudió en una clínica dispuesta por las Naciones Unidas para atender los problemas de salud que presentaban los inmigrantes sudaneses que vivían en el Cairo, mostrando cómo la fragmentación vivida por estos refugiados tanto a nivel social, cultural y geográfico quedaba manifestada en las percepciones de sus dolores corporales (Coker, 2004). Describió cómo se apreciaban muchas quejas por dolores físicos y, al mismo tiempo, ausencia de disfunciones orgánicas observables. Asimismo, no podía llegar a construirse un síndrome del refugiado, más que por una acumulación de quejas de dolor corporal. En las narrativas de sufrimiento de los refugiados, el relato del dolor se presenta historizado, habiendo empezado en determinado lugar del cuerpo y del espacio físico, y moviéndose hacia otros lugares, mostrando cómo los condicionantes y/o las vivencias pueden modificar las percepciones del dolor y, al mismo tiempo, cómo la identidad cultural del refugiado se manifiesta en el propio dolor.

Profundizando en estos aspectos, el comportamiento asociado al dolor puede significar cosas dispares en diferentes culturas, dependiendo de las creencias específicas de cada grupo.

Por ejemplo, se ha descrito a los Bariba del oeste de África como un grupo que posee un escaso vocabulario para expresar dolor verbalmente. La actitud estoica y de tolerancia al dolor son determinantes importantes de honor y vergüenza en la cultura Bariba. Independientemente de que experimenten dolor por heridas sufridas durante una batalla o por una circuncisión, los varones Bariba aprenden a demostrar un estoicismo extremo antes que sufrir una deshonra pública. De igual forma, la mujer Bariba tampoco expresa dolor durante el parto, solicitando asistencia únicamente cuando se ha de cortar el cordón umbilical (Sargent, 1984). Ya la visión que otros grupos indígenas suelen tener sobre la enfermedad y el dolor, la mayoría de las veces es concretada en el accionar de una teofanía, de un espíritu, que tiene la voluntad de dañar a alguien. Los individuos afectados otorgan el poder al especialista para que les alivie su sufrimiento (Finkler, 1981).

Narrativas abolicionistas sobre el dolor y la crueldad que sufren los esclavos jugaron un papel importante en la extensión de la cultura general de los derechos individuales que finalmente se incluyen el derecho a la asistencia sanitaria y la salud, y más recientemente, la atención del dolor. Se creía ampliamente en el siglo XIX que los grupos raciales varían en sus experiencias fisiológicas al dolor. Así, las mujeres, los blancos y los ricos parecían ser más sensibles al dolor que los afroamericanos, los delincuentes, y los nativos americanos, que fueron vistos como "Virtualmente impermeables al trauma físico" (Lasch, 2002). Por ejemplo, los afroamericanos con fracturas de extremidades eran menos propensos que los blancos a recibir analgésicos de urgencias, a pesar de expresar quejas de dolor similares (Todd, Deaton, D'Adamo y Goe, 2000). Otras culturas perciben el dolor como asociado a un desequilibrio vital, por ejemplo el calor o el frío, y los que pertenecen a ellas creen que deben manipular su entorno para restablecer el equilibrio que permita controlar el dolor (Achury-Saldaña, 2008).

La integración del dolor en una cultura que le da sentido y valor es para los individuos un soporte simbólico que le otorga consistencia a su capacidad de resistencia. El dolor se construye socialmente, se ritualiza socialmente. Así se explica la variabilidad de respuestas frente al dolor, su dramatización o su interiorización: el dolor no es puramente la medida de una lesión fisiológica (Bustos, 2000).

El tratamiento del dolor también varía significativamente de una cultura a otra (Die-Trill y Holland, 1993). Según Payer mientras que en algunas culturas se tiende a hacer mayor uso de agentes externos que lo controlen (por ejemplo, masajes, ungüentos, etc.), en otras, se hace mayor uso de agentes internos tales como la medicación oral y la acupuntura (Payer, 1990). Es imperativo que junto con las recomendaciones médicas para controlar el dolor, el especialista sea consciente de factores culturales que pueden estar influyendo en su vivencia y en su expresión (Die-Trill, 2003).

Por ello, la Antropología de la Salud concibe la salud dentro del ámbito de la cultura. A lo largo de la historia, las comunidades humanas han desarrollado respuestas y comportamientos específicos para la comprensión y abordaje del trinomio salud/enfermedad/atención (Fajreldin, 2006). Los factores sociales o socioculturales de la dolencia (desde el punto de vista “constructivista”, aquellos que no son estrictamente biológicos), están presentes tanto en las representaciones y prácticas en relación al proceso salud, enfermedad y atención, como en el diagnóstico y tratamiento que realizan los curadores, biomédicos incluidos (Perdiguero y Comelles, 2000).

La industria biomédica contribuye a profundizar en el silencio secular que la cultura occidental reserva al dolor, haciéndolo más que nunca insoportable. Un examen transcultural revela percepciones del dolor no contenidas en el par cartesiano físico/espiritual y dependiente

de una variedad de factores genéticos, ambientales y culturales. El dolor es cultural al menos en la misma medida en que es naturaleza (Guerci y Consigliere, 1999). De la misma manera la comprensión del dolor propio aparece en la interacción con el otro y se ubica mediada por el otro en la definición subjetiva de uno mismo (Gil et al., 2005).

En una sociedad como la actual, cada vez más multicultural y en la que se camina con pasos agigantados hacia la globalización, la profundización en estos conceptos adquirirá una importancia creciente y optimizará el cuidado integral del paciente con dolor crónico (Die-Trill, 2003).

Diríamos entonces que el dolor como experiencia humana, es tanto un hecho de la naturaleza, como un hecho de la cultura. Porque es una experiencia fuertemente simbólica a la que, ya sea desde lo biológico o ya sea desde lo cultural, le estoy otorgando sentido: o lo interpreto en forma generalizada como la advertencia de un peligro, o le otorgo un sentido idiosincrático, que tendrá que ver con las coordenadas socioculturales en las que me encuentre (Balzano, 2007).

También se han observado diferencias en la expresión del dolor físico según el entorno de vida y las condiciones socio-laborales. Así, se ha descrito un mayor estoicismo en situaciones de condiciones desfavorables (por ejemplo, entre los sherpas de Nepal y los mineros canadienses) (Clark y Clark, 1980; Sherman, 1943). Gran parte de la diversidad cultural en la expresión observada de dolor puede explicarse en función de los efectos de un moldeamiento temprano durante las experiencias tempranas dolorosas que condicionan y moldean las respuestas posteriores a él (Die-Trill, 2003). Esto incluye el género, la edad, la generación, el nivel de aculturación, el nivel socioeconómico (incluidos los ingresos, la ocupación y la educación), el nivel de vinculación con la madre patria, el idioma principal que

se habla en el hogar, el grado de aislamiento de la persona, y la residencia en barrios formados por el propio grupo étnico. Estos factores pueden mediar en la relación entre el origen étnico y el dolor (Koopman, Eisenthal y Stoeckle, 1984).

El primer escalón en la reflexión en torno a lo social lo encontramos en el trato de variables sociológicas tradicionales como son la edad, el sexo y la clase social (Boixareu, 2003). Diferentes estudios (Boixareu, 2003; DelVecchio et al., 1994; Novy, Nelson, Hetzel, Squitieri y Kennington, 1998), mayoritariamente cuantitativos y basados en datos epidemiológicos, muestran relación entre dichas variables y el surgimiento y/o mantenimiento del dolor, así como en el nivel de tolerancia y las estrategias de afrontamiento del mismo. La epidemiología, pues, establece un puente entre la reflexión en torno a la variabilidad interindividual y una primera aproximación a una concepción que podríamos denominar como “grupala”, donde pertenecer a un grupo significa el simple hecho de compartir con otras personas características consideradas como intrínsecas, esenciales, naturales (como serían la edad y el sexo) (Gil et al., 2005).

La interrogación por las condiciones de vida de los grupos sociales nos lleva a una cuestión clave, aquello que se viene denominando como estilo de vida. Siguiendo estos planteamientos, Boixareu nos habla de las nuevas formas de enfermar, las cuales surgen como resultado de un nuevo contexto social y estilo de vida específico (Boixareu, 2003). Es así como el dolor crónico emerge también como un “mal” propio de nuestras sociedades desarrolladas, siendo un caso destacado el de la lumbalgia, entendida como DLC, la cual se ha convertido en un “problema de salud pública” (Rull, 2004).

Aunque solamente se han tratado algunos de los aspectos de la cultura o la sociedad, el conocimiento cultural no se debe limitar a ellos, sino por el contrario, abrirse a otros aspectos

como el lenguaje y el pensamiento, los comportamientos de prevención y los conceptos de autonomía y dependencia, que son igualmente importantes (Die-Trill, 2003).

La anatomía y la fisiología no bastan para explicar estas variaciones sociales, culturales, personales e incluso contextuales. La manera en que el hombre se apropia de la cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión. La relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo (Le Breton, 1999). Mientras que para otros animales se trata de un aviso de la presencia de daño, en las personas es uno de los elementos que conforman nuestra identidad, adquiere un significado cultural y por tanto requiere y demanda unas coordenadas culturales que lo doten de sentido (Otegui, 2000).

La importancia de que el personal sanitario entienda estas diferencias culturales que influyen y determinan las respuestas al dolor físico estriba en que tendemos a considerar anormales o patológicas aquellas respuestas que difieren de las nuestras propias. Tales diferencias pueden inhibir o interferir con una atención sanitaria adecuada al paciente y perpetuar un síndrome doloroso al considerar que el paciente “está exagerando” su dolor o por el contrario, cuando no se queja de él (Budó et al., 2007; Die-Trill, 2003).

Al igual que se ha detectado para otros profesionales de la salud (Pereira y Zago, 1998), para el fisioterapeuta, es importante reconocer los aspectos culturales en el dolor y aprender como ellos difieren de otros, ayudando a evaluar el comportamiento del paciente en base a sus propias expectativas y valores. El profesional de la salud que reconoce las diferencias culturales e identifica con precisión los factores que condicionan el estado del paciente, comprenderá mejor el dolor del paciente y tendrá parámetros para evaluar el dolor y sus respuestas

comportamentales, así como podrá intervenir en su alivio de modo más efectivo (Harding, Parsons, Rahman y Underwood, 2005).

Queremos ir más allá, y examinar el dolor crónico y las condiciones de su tratamiento curativo y paliativo, lo que podemos decir que constituye una exigencia clínica.

2.4.1. MODELO BIOPSIICOSOCIAL PARA LA COMPRENSIÓN DEL DOLOR

Aunque se reconoce abiertamente que los factores psicosociales son importantes, no han sido definidos suficientemente o abordados y estudiados de forma consistente. La Antropología, y más específicamente la Antropología médica, tratan de aproximarse a dichos factores. Así, la Antropología médica es considerada por la propia medicina como una ciencia social, cuyo objetivo es la comprensión de la enfermedad, los procesos que desencadena y su gestión, relacionándola con su contexto social y cultural, frente a la idea que existe dentro de la biomedicina, de que la enfermedad es resultado de etiologías específicas de tipo biológico (Martínez-Hernández, 1998); es la subdisciplina antropológica que entiende la Salud en el ámbito de la cultura, comprendiendo el trinomio salud/enfermedad/atención como universal, frente al cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica en la historia, para su comprensión y abordaje. “La Antropología ha puesto en evidencia la necesidad de una perspectiva crítica y constructivista que observe las categorías biomédicas como productos de la vida social... La antropología ha definido una visión multidimensional que permite recuperar la condición de hecho social, cultural y político-económico de la enfermedad” (Martínez-Hernández, 2008, p. 67).

El punto de partida del estudio antropológico de la enfermedad señala los límites y el fracaso de la tecnología biomédica a la hora de cambiar de forma permanente el estado de salud de una población. Él revela que el estado de salud de una población está asociado a su modo de vida y su universo social y cultural. La Antropología médica se inscribe así en una relación complementaria con la epidemiología y la sociología de la salud (Uchôa y Vidal, 2003).

La Antropología médica analiza las interrelaciones entre los factores o componentes biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que configuran los procesos de enfermedad, salud y atención, utilizando un *modelo bio-psico-social* frente al modelo biomédico. El modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo, holístico e integral de salud y enfermedad, que postula que los factores biológicos, psicológicos (emociones, pensamientos y conductas) y sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad, trastorno o discapacidad (Engel, 1977). Según Comelles y Martínez (1993), tanto la Antropología médica como el modelo biopsicosocial se caracterizan por la utilización de la multidimensionalidad de la enfermedad, esto es, un criterio discrepante entre el modelo biomédico y lo que se puede llamar modelo antropológico de las enfermedades.

En relación con el DLC, el modelo biopsicosocial lo plantea como una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, con interacciones individuales únicas, que afectan el procesamiento del *input* nociceptivo para derivar una percepción global del dolor (Licciardone, Gatchel, Kearns y Minotti, 2012). Por esta razón es muy importante que el análisis funcional del problema comprenda, lo mejor posible, las diferentes dimensiones que se conoce que están involucradas en la experiencia del dolor.

Aunque intentamos cuantificar y cualificar el dolor, es importante señalar que cada persona tiene una manera de interpretar el dolor, porque es un fenómeno único, subjetivo y

complejo, es decir, es una experiencia privada y por lo tanto no es capaz de ser medido objetivamente. Es muy importante entender cuál es el significado del dolor para el paciente, es decir, cuáles son sus representaciones más presentes sobre el problema. Para algunos, el dolor puede ser una catástrofe, una solución para los problemas, una consecuencia de eventos pasados, o una forma de pedir ayuda. Partiendo de este punto, es posible reconocer la forma en la que el enfermo interpreta la situación y el tipo de creencias que desenvuelve sobre lo mismo.

La forma en que el enfermo expresa el dolor exteriormente está relacionado estrechamente con algunos factores, en especial con los factores social y psicológico. Se trata de expresiones voluntarias (existen personas que, por características, son explícitas en la comunicación del dolor, en cuanto otras son mucho más reservadas) o involuntarias (quejas verbales, movimientos de defensa, ruborización...) del organismo. Las influencias ambientales pueden afectar, de una forma o de otra, la percepción y la consciencia del dolor o la capacidad individual para lidiar con él. Algunos enfermos con dolor tienen un aumento del dolor cuando están en ambientes más fríos, mientras otros mejoran su cuadro álgico en condiciones semejantes.

El dolor crónico no sólo alcanza al enfermo sino también un conjunto de personas que son afectadas por la experiencia del dolor del propio enfermo, y que compone su red social (familia, amigos y colegas de trabajo, médicos y técnicos de la salud). Como se sabe, los aspectos socioculturales afectan, de forma determinante, el modo como el dolor es percibido y expresado, ayudando en la definición de los patrones personales del dolor (Hanson y Gerber, 1990).

La percepción del fenómeno por parte de la red social, la forma en la que afecta sus propias reacciones y, por su parte, el entendimiento de estas acciones por el individuo, tiene

implicaciones en las construcciones de la percepción del dolor. Estudios realizados (Ferrell, Taylor, Grant, Fowler y Corbisiero, 1993) muestran que las familias aportan el contexto para las respuestas de los propios enfermos y afectan al tipo de cuidados que el enfermo tiene consigo mismo y a la calidad de su adhesión a los tratamientos y las prescripciones del personal sanitario. Específicamente, el dolor puede constituir como una forma privilegiada para el establecimiento de la relación con los otros (aproximación, dependencia), en especial cuando este tiene un impacto psicológico en el enfermo (Queiroz, 1998).

Otra característica importante de los enfermos con dolor crónico es que el dolor está centrado en su interior más que en el exterior, generando una preocupación considerable con sus sensaciones somáticas, que se extiende no sólo a los aspectos fisiológicos del dolor, sino también al significado y las implicaciones para su bienestar. El proceso de “autoatención” promueve, de forma circular, el aumento de la percepción del dolor, así como un conjunto de otras sensaciones somáticas. La autovigilancia excesiva, al no permitir direccionar la atención para el ambiente externo, reforzará sus propios significados sobre el dolor, por no existir una regulación partiendo de señales sociales; y la preocupación con el dolor, relacionada con una mayor inactividad y aislamiento, resultante de una disminución en las actividades sociales. Al existir esta excesiva preocupación con las sensaciones somáticas aversivas, cada nueva sensación tiende a ser vista como un indicador de deterioro o nuevos problemas de salud. El foco de atención, en última instancia, se hará casi exclusivamente en el cuerpo físico, siendo difícil para otros estímulos o actividades, como la memoria, el juicio o las capacidades para resolver problemas y centrar la atención del individuo (Barlow, 2004).

De acuerdo con el modelo biopsicosocial (Gatchel, R.J., Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007), el dolor es una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales

(motores) y subjetivos (verbales-afectivos), en la cual pueden subyacer o no componentes patológicos (en el sentido de un cambio estructural), pero que siempre tiene antecedentes y consecuentes fisiológicos (Flor y Hermann, 2004; Licciardone et al., 2012; Turk y Okifuji, 2002).

Si se enfatiza la dimensión sociológica, se llega a considerar a la persona como receptora pasiva de las órdenes de su entorno. Las estructuras sociales (grupos, categorías, clases, instituciones...) son las verdaderas creadoras de la realidad individual. El dolor crónico pasa a ser, o bien una respuesta del cuerpo enfrentado a estas estructuras, o bien justamente un producto de estas estructuras, cuya ideología determinaría el cuándo y el cómo uno siente dolor (Gil et al., 2005)

Un punto de vista construccionista, consideraría que las personas se comportan en función del significado que la realidad tiene para ellas, y que dichos significados no son consubstanciales a las cosas sino que se generan en la interacción colectiva entre las personas en las diferentes situaciones de la vida social. Procesos sociales tan importantes como el *yo* o la *identidad*, no son características fijas e innatas de los individuos, sino que surgen en la interacción social. No preexisten a las relaciones sociales, sino que se crean en ellas, de la misma manera la comprensión del dolor propio aparece en la interacción con el otro y se ubica mediada por el otro en la definición subjetiva de uno mismo. Es justamente el énfasis en el nivel de la interacción, de la relación, lo que permite entender que la comprensión construccionista del dolor no olvida al sujeto sino que lo considera participante activo del significado en construcción (Layunta y Gil, 1998).

Las emociones, los deseos, los conceptos, las categorías, incluidas las científicas, y el dolor están constituidos socialmente y, por tanto, las prácticas, descripciones, explicaciones y

respuestas de las personas son las acciones sociales mediante las cuales se reproduce, mantiene y cambia la realidad (Gil, 2000), incluida la realidad del dolor crónico.

Hay numerosos factores psicológicos que pueden afectar al dolor, entre ellos destacan (Donker, 1999):

- Los pensamientos y emociones pueden influir directamente sobre las respuestas fisiológicas; así por ejemplo, los pensamientos estresantes pueden conducir al dolor en las partes del cuerpo que son vulnerables.

- Los factores psicológicos afectan también al enfrentamiento del dolor, con aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo.

El interés por la contribución de los factores psicológicos a la experiencia dolorosa ha traído consigo el desarrollo y la aplicación de múltiples técnicas, siendo característica común de las diferentes aproximaciones la consideración del dolor como un trastorno multideterminado (Donker, 1991; Labrador y Vallejo, 1986; Miró, 1991; Philips, 1991).

Asimismo, en este ámbito, aparecen aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo (Moix, 2005). Varios autores (McCracken y Iverson, 2001; Pérez-Pareja et al., 2004; Turk y Okifuji, 2002) han puesto de manifiesto la relación entre la ansiedad y el dolor crónico. La ansiedad potencia la percepción del dolor, existiendo una relación positiva entre la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad (Ackerman y Stevens, 1989; Ahles, Cassens y Stalling, 1987; Eppley, Abrams y Shear, 1989). El dolor también puede ser causa de la ansiedad (Asmundson, Norton y Norton, 1999; Craig, 1994).

Sin embargo, los estados afectivos no sólo influyen sobre el dolor, sino que también pueden causarlo. El punto de vista psicodinámico contempla casos de la percepción del dolor crónico sin base orgánica como una variante de la enfermedad depresiva. La depresión es un trastorno primario enmascarado que en muchas ocasiones, al no ser expresado, permanece no diagnosticado (Merskey y Spear, 1967).

Por lo tanto, hoy sabemos que sólo estamos empezando a entender los mecanismos a través de los cuales las influencias sociales y culturales forman percepciones inconscientes y actitudes hacia la gente con dolor. Las interacciones basadas en la narrativa compartida, el diálogo, la tutorización y la admiración tienen un gran poder de persuasión (Carr, 2009) (Fig. 2).

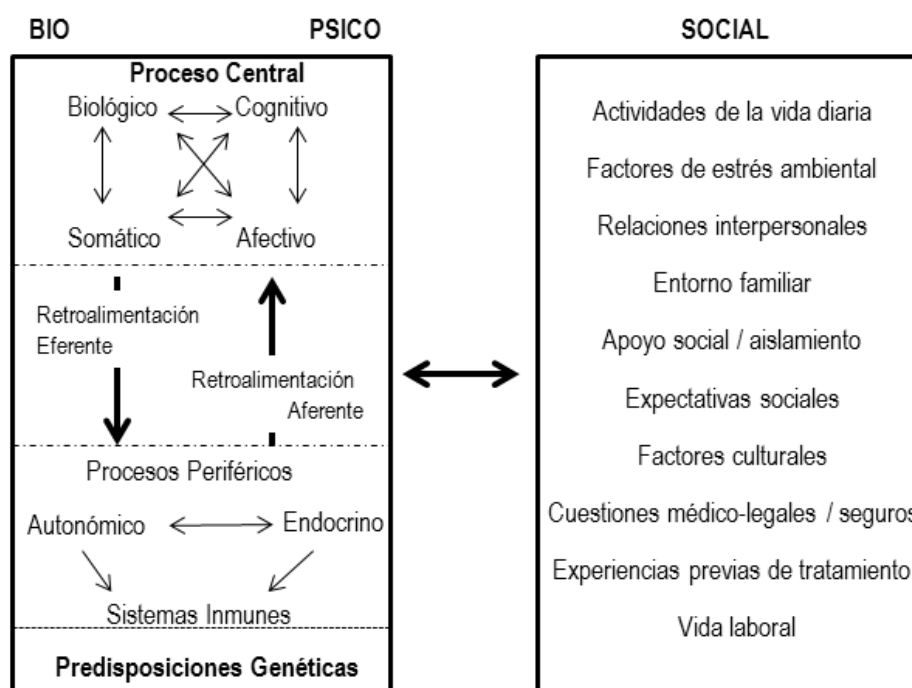


Figura 2: Representación esquemática del modelo biopsicosocial de *disease* y *illness* en el que una enfermedad como el DLC es visto en el contexto de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Adaptado de Gatchel, R.J., 2004).

Para concluir, se hace necesario prestar más atención para aclarar lo que la intervención psicosocial debe incluir, a quién van dirigidas las intervenciones, y qué se puede esperar de manera realista en la predicción de los resultados. Para lograrlo se requieren modelos etiológicos más claros para poner a prueba, y el acuerdo y la consistencia de qué medimos cuando consideramos factores psicosociales. El resultado final debe ser generar mayor claridad sobre las vías involucradas en el desarrollo de dolor crónico y la incapacidad (Blyth, Macfarlane y Nicholas, 2007).

2.4.2. *DISEASE, ILLNESS Y SICKNESS* Y SU RELEVANCIA EN INVESTIGACIÓN

Con esa multidimensionalidad de la enfermedad, fueron descrito tres términos útiles como estrategia explicativa, esencialmente opuesta a los planteamientos de la biomedicina: *Disease, Illness* y *Sickness*. Primeramente se distinguió entre el concepto *disease* e *illness*. El primero, es lo que clásicamente se ha entendido por enfermedad en su sentido biológico, aquella de la que se ocupan los médicos, que hace referencia al mal funcionamiento del sistema fisiológico, su diagnóstico y su tratamiento (Lipson, 2000). El *disease* es la aprehensión biomédica de la enfermedad, fundada sobre un conocimiento objetivo de los síntomas físicos de la enfermedad, que implica por parte de la práctica médica una ocultación o, por lo menos, una relegación al último plano de lo existencial y de lo social (Laplantine, 1992). Ya el término *illness*, se refiere a la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la

enfermedad. Se refiere a los problemas que la enfermedad produce al enfermo o discapacitado y a su familia (Eisemberg, 1977; Lipson, 2000). Posiblemente la palabra en castellano que mejor recoge esta definición es padecimiento (de hecho nosotros usamos harto frecuente el término paciente para referirnos al enfermo-sujeto).

Algunos autores, decidieron rechazar el etnocentrismo de la biomedicina y tratarla como un sistema médico más. Uno de ellos, Kleinman et al (1978), reformularon la dualidad *disease/illness* para darle un sentido dentro del conjunto de sistemas médicos. Otros autores, como Young (1982) utilizaron y aplicaron el término *sickness* a la dimensión social de la enfermedad, e identificaron *illness* con la dimensión cultural de la misma. *Sickness* se refiere a la dimensión simbólico-social de la enfermedad. Implica la presencia de ideologías en torno a la enfermedad, que llegan a generar estigmas (Martínez-Hernández, 2008). Según Jean Benoist (1983) ha de utilizarse para designar el proceso de socialización del *disease* y del *illness*, permitiendo analizar los discursos, comportamientos y las prácticas sociales ante la enfermedad. Con esas definiciones se produjo un gran cambio en la forma en que la antropología abordaba los procesos de enfermedad, salud y atención, tratando de evitar las presunciones etnocéntricas, en un ejercicio constante de reflexividad y vigilancia de las propias categorizaciones.

2.5. ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES

Debido a la introducción de una metodología por estrategias múltiples en el área de la salud, específicamente en Fisioterapia, para alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo, parece adecuado dedicar cierta atención a las posibilidades y la relevancia de la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas como fuente de evidencia científica, de la misma forma que haremos en la Discusión, analizando qué ha aportado la combinación de métodos a los resultados del estudio.

Con el paso del tiempo se ha extendido la percepción de la limitación de los métodos cuantitativos para proporcionar una buena comprensión de los fenómenos relacionados con el continuo salud-enfermedad, lo cual ha hecho que en los últimos años se haya comenzado a valorar la importancia de los estudios cualitativos. La investigación cualitativa no intenta medir la extensión de los fenómenos, sino que busca describir qué existe, cómo varían en diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes. Intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno social y en qué manera lo interpretan. Los métodos de investigación cualitativos, combinados o no con los cuantitativos, nos pueden ayudar, por tanto, a mejorar nuestra comprensión de la salud (Vázquez et al., 2006)

Debemos ser conscientes de que las diferencias entre ambos métodos no sólo afectan a las diferentes fases y momentos de la investigación, sino también a la manera de interrelacionarse e interactuar entre ellas y a la relación-posición del investigador con la investigación y con el sujeto/objeto investigado, a lo largo de todo el proceso de la investigación. Sin embargo, más que pensar en estrategias cualitativas y cuantitativas como

incompatibles, deben ser vistos como complementarias (Vázquez et al., 2006), pues a pesar de todas estas diferencias, los principios subyacentes son los mismos (Malterud, 2001).

La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, que se ha convertido cada vez más común en los últimos años (Bryman, 2006), tiene su mayor relevancia en las Ciencias de la salud, como ocurre en la Enfermería, los servicios de salud, y la salud pública, debido a su utilidad en la investigación aplicada, las inferencias de alta calidad que producen, y la complejidad general que revelan (Dew, 2007; Tashakkori y Teddlie, 2003). La razón más probable por la que este ámbito de la investigación es el más propicio para la combinación de métodos es la complejidad de los muchos y diferentes factores que influyen en la salud. Dados todos estos factores que afectan virtualmente a los aspectos vinculados a la salud y a la enfermedad, es fácil apreciar las diferentes fortalezas que la combinación de métodos puede ofrecer. Sin embargo, y a pesar de este claro punto de partida, la meta ha sido difícil de alcanzar en la mayoría de los casos, haciéndose necesaria una mayor practicidad de los diseños de métodos combinados (Morgan, 1998). La dificultad reside en dos perspectivas diferentes. Por un lado, existe un problema técnico, pues no es fácil combinar métodos de tan diferente naturaleza (Brannen, 1992). De hecho, durante décadas se ha considerado la combinación de métodos como un desafío, en la actualidad resuelto con suficiencia. Por otro lado, aparece el problema subyacente a la combinación, que genera un conflicto entre paradigmas diferentes. En la actualidad se reconoce la importancia de los paradigmas porque hay mucho más a ganar si se asume la profundidad de las diferencias epistemológicas entre aproximaciones cualitativas y cuantitativas en la búsqueda del conocimiento, a pesar de que este planteamiento complique aún más la simple distancia técnica entre los métodos. Siendo conscientes del desafío que la

confrontación de paradigmas supone, la calidad del resultado exige afrontar el reto (Morgan, 1998).

Todas estas ventajas de la combinación de metodologías han sido reconocidas desde hace décadas, y radican en la mejora del control de sesgos y la identificación de variables específicas (abordaje cuantitativo) y la comprensión de la perspectiva de los actores involucrados con una visión global del fenómeno (abordaje cualitativo), completar los hechos y causas asociadas a lo cuantitativo, con una visión de la naturaleza dinámica de la realidad, o reafirmar la validez y confiabilidad de los hallazgos mediante el uso de técnicas diferenciadas (Duffy, 1987). Cuando los enfoques cualitativo y cuantitativo se combinan, los métodos se pueden aplicar en orden secuencial o de manera concurrente, para lograr una mejor comprensión del significado y las implicaciones de los hallazgos. Las entrevistas semiestructuradas y datos observacionales aportan una mayor sensibilidad y precisión a los cuestionarios y a la estrategia estadística. Las combinaciones más creativas se ven con la técnica de triangulación pues las observaciones múltiples y diversas pueden enriquecer la descripción de un fenómeno (Malterud, 2001). Quien lee un informe podría obtener una mejor comprensión de lo que sucede en una consulta sanitaria si los datos provenientes de diversas fuentes, como, por ejemplo, de los sanitarios y de los pacientes, en combinación (Gardner y Chapple, 1999). El objetivo de la triangulación es aumentar la comprensión de los fenómenos complejos, no el que el acuerdo entre diferentes fuentes confirme la validez de los hallazgos (Malterud, 2001).

El estudio de las experiencias, la construcción de significados, nos dirige a una metodología cualitativa, como muestran los trabajos de Starks y Trinidad (2007), y Kuper et al (2008). Los métodos cualitativos de investigación han sido cada vez más utilizados en la

investigación clínica y asistencial (Cohen, D. J. y Crabtree, 2008), incluso en evaluación de sistemas de atención de salud y la importancia de la atención centrada en el paciente (Bosi, 2012; Vázquez et al., 2006) y la práctica basada en la evidencia (PBE) (Ong, B. y Coady, 2006; Townsend, Cox y Li, 2010), fomentando la aplicación de enfoques cualitativos en los conceptos de salud y enfermedad.

El reconocimiento de la existencia de múltiples realidades, la búsqueda de los significados, la aproximación holística al objeto de estudio, la utilización de un proceso inductivo, el estudio de los sujetos en su contexto natural y el reconocimiento del investigador como parte del proceso, son los principios fundamentales de la investigación cualitativa (Vázquez et al., 2006). Incluso se ha apuntado que la investigación cualitativa aporta datos y participa en la generación de hipótesis para posteriores trabajos en diferentes contextos como la clínica, la gestión, la docencia y la investigación (Klopper, 2008; Kuper, Reeves et al., 2008; Starks y Trinidad, 2007). Se utiliza el diseño cualitativo (Carpenter y Suto, 2008) cuando el propósito es conocer el sentido de situaciones complejas, de múltiples datos, de múltiples contextos, y de fenómenos cambiantes, encontrándose los participantes en su lugar habitual en el que desarrollan su experiencia. Y este conocimiento surge de la extracción de datos descriptivos, las palabras y conductas observables de las personas sujetos de la investigación (Vázquez et al., 2006). Con la metodología cualitativa se pretende aprovechar toda esa riqueza de información aportada por los participantes, el entorno, el contexto y la interrelación entre ellos, para obtener resultados que permitan ayudar a comprender los motivos por los que las personas actúan en situaciones como la salud, la enfermedad y la discapacidad.

Se ha observado que el enfoque cualitativo tiene relevancia para la Fisioterapia (Rauscher y Greenfield, 2009), dados sus esfuerzos hacia la PBE, un enfoque centrado en el

paciente, y que llama la atención en la ética del cuidado (Henley y Frank, 2006). Aunque la investigación cuantitativa es particularmente eficaz para examinar las relaciones causales entre las variables y hacer predicciones, a menudo falla al iluminar el contexto en el que estas relaciones se producen y no se ocupa en las cuestiones de “cómo” y “por qué” existen relaciones particulares entre las variables. Los métodos cualitativos pueden explorar temas sociales y de comportamiento relacionados con la enfermedad o la rehabilitación a un nivel más profundo que los métodos cuantitativos (Patton, 2002; Shepard, Jensen, Schmoll, Hack y Gwyer, 1993), tales como la comprensión del significado del dolor, lesiones y enfermedades de las experiencias vividas de los individuos y cómo estos significados difieren entre los contextos específicos (Dudgeon, Gerrard, Jensen, Rhodes y Tyler, 2002; Eurenus, Biguet y Stenström, 2003). Y es que la Fisioterapia, como profesión vinculada al cuidado de la salud, es responsable de la restauración de la función en los pacientes que a menudo presentan alteraciones complejas de movimiento, que se ven influidos por factores personales y sociales. Como tal, la investigación con estrategias múltiples proporciona al fisioterapeuta oportunidades de ampliar su alcance y profundidad de la comprensión de la enfermedad de los pacientes, las lesiones y rehabilitación (Rauscher y Greenfield, 2009).

2.5.1. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL DISEÑO CUALITATIVO

Se necesita una amplia base de conocimiento si cualquier ámbito biosanitario quiere mantener su identidad como disciplina científica. La acción interpretativa debe incluirse en dicho conocimiento biosanitario (Malterud, 2001).

La metodología cualitativa es más que un conjunto de técnicas para recoger datos, convirtiéndose en un modo de encarar el mundo empírico (Taylor y Bogdan, 1992). El investigador ve el escenario y a las personas desde una perspectiva holística. Es decir, las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. Por tanto, en la investigación cuantitativa, los investigadores se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas, y como las personas son cambiantes, por lo que su método de estudio deber ser flexible e iterativo (Vázquez et al., 2006). La importancia de la metodología cualitativa radica en que aporta datos para ayudar a comprender el qué, el cómo y por qué (Sheldon, 2005). Si reflexionamos desde este punto de partida, el objeto de estudio de los métodos cualitativos puede ser muy amplio, desde describir los mecanismos detrás de los procesos y acciones de los profesionales, comprender resultados heterogéneos, identificar factores que pueden influir en la implementación de una intervención, hasta describir las experiencias de las personas que reciben esa intervención, y describir los resultados desde el punto de vista de los participantes (Centre for Reviews and Dissemination, 2008).

En el presente estudio se han intentado mantener y aplicar los siguientes principios de toda investigación cualitativa (Vázquez et al., 2006):

1º **Flexibilidad:** a partir de la formulación inicial de las preguntas de la entrevista, el investigador toma decisiones sobre la estrategia a seguir en el estudio, que modifica durante su desarrollo. En el presente caso y a modo de ejemplo, la entrevista inicial diseñada fue puesta en práctica con dos pacientes españoles y un paciente brasileño, a modo de pilotaje, identificándose a partir del diálogo con los entrevistados, ciertas carencias y, en otro sentido, redundancias, que provocaron cambios en la estructura y contenido de la entrevista.

Hemos preservado, por tanto, la estructura básica en la que existe un diseño inicial de la investigación (diseño proyectado), un dinamismo a lo largo del trabajo de campo (diseño emergente) y, finalmente, sólo al final de la investigación un diseño completo (diseño final).

2º **Circularidad**: donde cada fase ha podido o debido modificar la anterior y la siguiente, de forma circular durante todo el estudio.

3º **Reflexividad**: que ante la incertidumbre y estrategia abierta de la flexibilidad y la circularidad ha conferido orientación y dirección en todo el proceso, a través de la interrelación de investigadores, tutorías,... donde los investigadores han estudiado y tomado decisiones sobre la muestra, las técnicas de recogida de datos, así como sobre su propio rol en la investigación.

Fenomenología y la experiencia vivida

La fenomenología es un camino de pensamiento desarrollado por filósofos europeos, cuyo representante más destacado fue Edmund Husserl, en la primera década del siglo XX, seguido más tarde por Martín Heidegger, Maurice Merleau Ponty, Gabriel Marcel y Jean Paul Sastre (Walton y Madjar, 1999). Dentro de la fenomenología se buscan las esencias de las cosas, de las experiencias de las personas, de ver las cosas como ellas realmente son (Newell y Burnard, 2011). Era preciso describir los fenómenos para poder obtener su esencia, su verdadero significado. Como Cohen y Omery (2005) escribieron: “Creía...que la ciencia necesitaba una filosofía que restituyera el contacto con las preocupaciones humanas más profundas...buscaba una filosofía sin presuposiciones.”

Husserl, así mismo, empleó el término *epoche* para indicar la necesidad de “suspensión y retención” de las creencias. Mediante el método de la reducción fenomenológica, permitiría

el examen crítico de las cosas sin que intervengan las creencias interpretativas del investigador. Esta manera de aplicar el método científico ante eventos o situaciones difícilmente abordables por la filosofía de la época supuso un salto exponencial en el estudio de los fenómenos sociales en los que se ven inmersas las personas. Al fin y al cabo, lo que pretendía Husserl era describir el significado de una experiencia a partir de la perspectiva de quienes la han tenido, es decir, a partir de la visión del mundo de quienes han tenido esta experiencia y como resultado le han adjudicado un significado (Cohen, M. Z. y Omery, 2005). La fenomenología, en general, intenta comprender el significado de la experiencia humana, y es "...un estudio de las esencias" (Merleau, 1985) o citando a Dew (2007): "...es una ventana dentro de las experiencias de los otros".

El contexto que forma la experiencia vivida consta de varios elementos: el *tiempo* (momento que ocurre el fenómeno), el *espacio* (lugar donde ocurre), la *persona* que vivencia esa experiencia y la *interacción* con otros y el mundo que le rodea (Boyd, 2001). De este modo las personas se consideran ligadas a su mundo y sólo son comprensibles en su contexto. Se entiende por la experiencia vivida todas aquellas experiencias y acciones humanas realizadas y experimentadas por el propio individuo (Morse y Richards, 2002). Este concepto implica varios elementos. El primero, la *vivencia*, al ser una "experiencia vivida", es preciso que la persona o el sujeto de interés la hayan vivido y experimentado de primera mano, no a través de otros. Otro elemento es el *tiempo*, debido a que se ha vivido, ya ha pasado. No se puede plantear una posible o potencial experiencia vivida, que aún no haya ocurrido. Finalmente otro de los elementos es la *experiencia*, definida como un suceso o una percepción de cualquier situación de la vida diaria, de la realidad que envuelve al sujeto, en su propio entorno cultural y situación social (Van Manen, 1990). Por lo tanto la experiencia vivida es la percepción, reflexión y toma

de consciencia de situaciones u acciones que le han pasado al sujeto, dentro de un entorno geográfico, social y cultural determinado. A esta experiencia vivida siempre se le da un significado por el propio sujeto que la ha vivido (Giorgi, A., 1997). La fenomenología busca encontrar ese significado dado por la persona a su experiencia, haciendo que la subjetividad sea un elemento intrínseco de la propia técnica de investigación (Newell y Burnard, 2011).

¿Qué elementos son considerados importantes para recoger la experiencia vivida?

- Opiniones, pensamientos y reflexiones.
- Sentimientos y emociones expresados verbalmente o con lenguaje no verbal.
- Percepción de situaciones, acciones, entornos, comportamiento de otros, etc...
- El medio de transmisión, a través de la conversación, o mediante relatos personales, documentos, diarios, etc...

En fenomenología la pregunta se formula preguntando sobre cómo ha vivido o ha experimentado el fenómeno a estudiar. No importa tanto si la vivencia individual es parecida o diferente a la de otros individuos, sino que la expresión del paciente es relevante *per se* (Newell y Burnard, 2011). La muestra se centra en aquellos individuos que han experimentado la situación, evento, o fenómeno de estudio (Morse, 2000a). La recogida de datos irá destinada a recoger la información de la fuente principal, el protagonista de la experiencia vivida. Por parte del investigador, y como explicaremos con detalle más adelante, se debe abstraer (*bracketing*) de todo conocimiento previo (Gearing, 2004), encontrarse con el fenómeno fresco y describir lo que percibe y escucha (Morse, 2000b; Morse y Richards, 2002).

En la investigación en salud, la fenomenología se ha preocupado principalmente por las experiencias de enfermedad, a menudo en relación con el sistema de salud. El objetivo de la

investigación en salud es con frecuencia obtener información sobre la experiencia de vida por el hecho de tener una condición particular (Dew, 2007).

El análisis del discurso y el lenguaje

Uno de los aspectos cruciales para lograr mitigar o eliminar la enfermedad o el dolor es la habilidad que tiene la persona doliente para expresarlo. Pero si sólo ella, a partir de su propio caso, sabe lo que es la experiencia dolorosa, es válido preguntar: ¿hay tantos dolores como sujetos que lo experimentan?, o a la inversa: ¿se puede generalizar el dolor sólo porque todas las personas (en condiciones normales) son capaces de experimentarlo? (Cabral, 1993). La información obtenida del sujeto debe ser analizada desde la perspectiva del paradigma cualitativo.

Hay una gran variedad de líneas de análisis del discurso, algunas desarrolladas desde la Psicología, la Sociología y la Lingüística. En general, el análisis del discurso se centra en las características del lenguaje, los estilos de argumentación y la forma en que se utiliza el lenguaje para representar un fenómeno o asunto en particular (Hansen, 2006). Una vez que identificamos estas características del lenguaje podemos considerar qué tipo de efectos o impactos tiene el lenguaje. El papel del investigador es identificar las características del lenguaje que aporten ideas de cómo los participantes representan el mundo y aportan una explicación de por qué aquellos aspectos del lenguaje son usados (Dew, 2007).

Rol del investigador: *bracketing* y posicionamiento

El papel del investigador de la salud consiste en proporcionar una ventana a las experiencias de otros (Dew, 2007). Malterud (2001) señala la importancia del posicionamiento

del investigador de manera previa a iniciar el estudio. Este posicionamiento es preciso y necesario en los estudios cualitativos, debido a que el investigador forma parte y está integrado en el método (Morse y Richards, 2002).

El rol del investigador se describe desde el comienzo de la investigación. El fin último es describir todos los elementos que pueden condicionar al investigador durante el estudio. Este proceso es determinante debido a:

- El investigador forma parte del estudio debido a que está inmerso en la recogida y análisis de los datos (Starks y Trinidad, 2007).

- La recogida de datos no implica una recogida “aséptica”, obliga al investigador a interaccionar con los participantes y su contexto social. Existe una influencia mutua (Munhall, 2001).

- Su conocimiento previo puede impedir que se acerque al fenómeno de estudio con suficiente “naturalidad” como para poder observarlo y estudiarlo de tal manera que obtenga la verdadera esencia del fenómeno, de lo que es, y no de lo que él piensa que es (Kleiman, 2004).

Debido a lo anterior se establece la necesidad de “retener” (*bracketing*) el conocimiento previo del investigador, para poder profundizar sin ideas preconcebidas en el trabajo de campo y poder obtener información de primera mano, sin interpretaciones previas (Gearing, 2004). Este proceso de *bracketing* o “poner entre paréntesis” el conocimiento previo, no evita la influencia total del investigador, pero sí contempla su inclusión dentro del protocolo de la investigación, para considerarlo como una fuente de información más, dentro del estudio, que podrá ser reintegrada en fases posteriores. Así, la investigación no es verdaderamente

fenomenológica a menos que las creencias del investigador se incorporen a los datos (Donalek, 2004).

Por último, los diferentes roles del investigador pueden observarse al comparar la investigación basada en cuestionarios con la investigación basada en entrevistas semiestructuradas (Vázquez et al., 2006). El cuestionario ha sido diseñado para eliminar la influencia del investigador en el participante. En las entrevistas semiestructuradas es imposible (y no deseable) eliminar la influencia del investigador en el proceso. Hay toda una serie de cuestiones que tendrán un impacto en cómo se realiza la recolección de datos, incluso similitudes y diferencias según la edad, el género, la etnia y el estatus social, y también los conocimientos particulares, las experiencias y las capacidades del investigador en términos de cómo el investigador responde/corresponde a los comentarios del participante. En la investigación cualitativa, el efecto del investigador se asume y se refleja por los investigadores (Dew, 2007).

En la presente tesis, el posicionamiento nace, por un lado, del conocimiento, descripción y puesta en contexto de los siguientes elementos: marco teórico previo, pregunta de investigación, participantes seleccionados, experiencia profesional y motivación que guía el desarrollo de la investigación. Por otro lado, de la confección y puesta en práctica de las entrevistas semiestructuradas (Dowling, 2007).

2.5.2. APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA FISIOTERAPIA Y EL DLC

El empleo de la metodología cualitativa en Fisioterapia es reconocida en múltiples trabajos (Carpenter y Suto, 2008; Gwyer, Jensen, Hack y Shepard, 2004), que muestran cómo el abordaje cualitativo aporta mayor profundidad y comprensión a las intervenciones del fisioterapeuta a la hora de valorar y tratar diferentes tipos de lesiones, en las complicaciones y en las secuelas (Rauscher y Greenfield, 2009). Otros aspectos que la investigación cualitativa ayuda a desarrollar en la Fisioterapia son:

- El análisis de los componentes éticos durante su práctica (Townsend et al., 2010).
- El proceso de toma de decisiones desde la valoración hasta el tratamiento elegido por el fisioterapeuta sin experiencia y por el experto (Wainwright, Shepard, Harman y Stephens, 2010).
- La percepción de los usuarios ante determinados tratamientos y consejos dados por los fisioterapeutas en patologías como la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Huntington (Busse, Khalil, Quinn y Rosser, 2008; Quinn et al., 2010).
- A valorar la satisfacción de los pacientes (Hills y Kitchen, 2007).
- El hecho de conocer la perspectiva de los fisioterapeutas sobre la influencia de las políticas de salud y organización en su trabajo (Darragh, Campo y Olson, 2009).
- La detección de los factores que influyen en el seguimiento y la aplicación de guías y protocolos por los fisioterapeutas (Johnson, C. C. y Long, 2009).

- El desarrollo de nuevos medios de enseñanza y aprendizaje de técnicas, habilidades y destrezas manipulativas en el estudiante de Fisioterapia (Hendrick, Bond, Duncan y Hale, 2009).

- A describir y conocer la opinión de los profesores en la capacidad y el aprendizaje de los estudiantes (Jette et al., 2007).

Con respecto a las patologías, la metodología cualitativa ha sido empleada con éxito en numerosas áreas de la salud musculoesquelética, como en osteoartritis (Sanders, Donovan y Dieppe, 2004), dolor crónico musculoesquelético generalizado (Richardson, 2005), fibromialgia (Sturge-Jacobs, 2002), e incluso en la toma de decisiones clínicas en lesiones ortopédicas (Goberman-Hill et al., 2010). El estudio de la patología musculoesquelética se adapta perfectamente por sí mismo al abordaje cualitativo, que aporta conocimientos sobre el modo en que las personas viven dolor y discapacidad, cómo pacientes y clínicos interactúan, y cómo la educación de los profesionales puede mejorar (Ong, B. y Coady, 2006). Sin embargo, existen pocos estudios cualitativos profundos en el DLC (Holloway, Sofaer-Bennett y Walker, 2007).

Uno de los resultados destacados que ha aportado la metodología cualitativa al estudio del DLC es identificar que los pacientes describen la calidad de vida relacionada con la salud usando términos específicos cuando sufren DLC, y diferentes a los utilizados en otras enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide (Núñez et al., 2006). Algunos de los términos más usados son los de “vida”, “salud”, o “calidad”. Estos pacientes entienden que la salud es lo más importantes si pensamos en la calidad de vida. El uso de preguntas abiertas en grupos homogéneos de pacientes con patologías específicas puede resultar en respuestas

específicas para cada enfermedad, no identificables con cuestionarios cerrados (Núñez et al., 2006).

El dolor lumbar también ha sido estudiado por muchos investigadores sociales, discutiendo un amplio rango de temas. Una de las áreas más abordada es el establecimiento del dolor como una categoría clínica (Ong, B. y Coady, 2006). La historia del surgimiento del DLC como una entidad aceptada por la comunidad científica da fe de la lucha por su reconocimiento (May, C. et al., 1999). Se ha demostrado que las tensiones terapéuticas se relacionan con la credibilidad del DLC (Lillrank, 2003). El desafío de traducir la experiencia interna del dolor a símbolos reconocibles, como son palabras y gestos aceptables por los clínicos, ha sido tema de estudio (Ong, B. N. y Hooper, 2006).

Quizá vinculado a lo anterior, en el estudio del DLC por métodos cualitativos se identifican tres temas interrelacionados: el impacto del DLC en el uno mismo; las relaciones con las personas significativas que incorporaron dos corrientes: profesionales de la salud y la organización del cuidado y las relaciones con la familia y amigos; afrontamiento del DLC. La revisión corrobora el DLC como complejo, dinámico y multidimensional, sustentado en las experiencias de dolor angustiante persistente, de pérdida y de baja autoestima, de estigma, de depresión, de envejecimiento prematuro, y de miedo al futuro. Las investigaciones futuras debían abordar, entre otras cuestiones, las de etnia y género (Snelgrove y Lioffi, 2013).

Por último, no podemos obviar que existen antecedentes de estudios cualitativos en DLC aplicados al mismo tiempo en dos poblaciones de localizaciones geográficas distintas con objetivos de comparación entre ellas (Strunin y Boden, 2004), como en el presente estudio.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A pesar de que en los estudios cualitativos no es necesario establecer hipótesis previa, y sí una pregunta que centre el estudio, la metodología por estrategias múltiples empleada suscita la necesidad de establecer ambos puertos de partida.

Como pregunta de investigación, de forma suficientemente amplia y exploratoria para abordar el fenómeno desde todas las perspectivas posibles (Braun y Clarke, 2006), establecemos las siguientes:

¿Cuál es el significado del DLC para el paciente? ¿Influyen las características socioculturales en el DLC y en la calidad de vida, discapacidad, sueño y estado de ánimo del paciente?

Este tipo de estudio se encuadra en lo descriptivo, donde se trata de documentar el fenómeno objeto de estudio y cuáles son los eventos, comportamientos, creencias, actitudes, procesos y estructuras más sobresalientes que ocurren en este fenómeno (Vázquez et al., 2006). La fenomenología es la aproximación cualitativa indicada para ello. El marco teórico de este estudio está dentro de la denominada fenomenología descriptiva, cuyo máximo exponente fue Husserl (Ray, 2005), y se realizará un análisis de las narraciones según la propuesta de Giorgi (Giorgi, A., 1975, 1997, 2000a, 2000b, 2005; Giorgi, A. P. y Giorgi, 2003), y Vázquez (2006).

3.1. OBJETIVO GENERAL

Los condicionantes, si existieran, que pueden diferenciar el comportamiento ante el dolor desde el punto de vista social y cultural no se han establecido de manera precisa. Por ello, el objetivo principal de este estudio es identificar las variables, correlaciones y patrones de comportamiento que pueden diferenciar y caracterizar el DLC como dolor crónico musculoesquelético, en términos de calidad de vida, discapacidad, cantidad y calidad del sueño, estado de ánimo y depresión, en función del entorno sociocultural en el que vive el sujeto.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Además, se pretende que el estudio permita alcanzar los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar el comportamiento ante el dolor en pacientes con DLC en poblaciones brasileña y española.

2. Identificar cómo influyen las alteraciones del sueño, estado de ánimo, la calidad de vida y la discapacidad en pacientes con DLC en poblaciones brasileña y española.

3. Determinar la capacidad de la metodología de investigación por estrategias múltiples (cualitativa y cuantitativa) en aportar información de calidad al conocimiento del DLC.

3.3. HIPÓTESIS

Si bien las hipótesis del apartado cualitativo serán establecidas en el transcurso de la investigación (Vázquez et al., 2006), la inclusión de una metodología de estrategias múltiples sugiere la conveniencia de expresar algunas hipótesis de trabajo. Así, las hipótesis que se han planteado *a priori* son las siguientes:

- Las manifestaciones frente al dolor en pacientes con DLC, como dolor crónico musculoesquelético, están condicionadas por el contexto social y cultural.

- Las personas con DLC ven condicionada su calidad de vida y presentan un elevado nivel de discapacidad. Ambas afectaciones dependen del entorno sociocultural en que se encuentra el individuo.

- Existe una correlación entre patrones de comportamiento del dolor, calidad de vida, discapacidad, sueño, en pacientes que sufren DLC. El grado de correlación entre las dimensiones citadas depende del entorno cultural en que se encuentra el individuo.

4. METODOLOGÍA

Para la consecución de los objetivos propuestos se ha diseñado un estudio observacional transversal, de carácter comparativo, que combina metodologías cuantitativas (cuestionarios validados) y cualitativas (trabajo de campo con entrevista semiestructurada y análisis de contenido) realizado en Brasil (estado: São Paulo; ciudad: São Carlos) y España (ciudad: Salamanca). Se empleará reclutamiento no probabilístico de casos consecutivos en ambos países.

4.1. TRABAJO DE CAMPO

El estudio se realizó a través de los sistemas públicos de salud de Brasil y España, ambos de cobertura universal. La estructura de los sistemas, tanto Español (Servicio de Sanidad de Castilla y León –SACyL-) como Brasileño (Sistema Único de Saúde –SUS-), permitieron la captación adecuada de pacientes. Se buscaron dos ciudades, una brasileña y otra española, que poseen características sociodemográficas similares.

La recogida de datos se realizó, para ambos países, en un anexo tras una consulta rutinaria sobre su problema de dolor musculoesquelético crónico con un facultativo. Después de la consulta, los pacientes que tenían disponibilidad para permanecer en el local durante 1:15h. (tiempo estimado para la recogida de datos), fueron evaluados. El ambiente fue de total confidencialidad. A todos los sujetos de estudio que querían o necesitaban un acompañante se les permitió. Las respuestas del cuestionario abierto fueron grabadas con el consentimiento del paciente. Las del resto de cuestionarios fueron respondidas en formato papel. El investigador respondió todas las dudas que se plantearon en el desarrollo de la entrevista. En todo momento el sujeto de estudio pudo no contestar a las preguntas o interrumpir definitivamente la entrevista.

Para el desarrollo del plan de trabajo se tomó como referencia el diseño de Vázquez, con la flexibilidad necesaria para vincular los aspectos cualitativos y cuantitativos (Vázquez et al., 2006).

Si bien el diseño se presenta por fases, las fronteras entre ellas no fueron rígidas, permitiendo mejorar o adecuar el desarrollo del trabajo a los objetivos propuestos.

1º Definición de la pregunta de investigación: la experiencia clínica en una entidad del grado de complejidad del DLC hace que surjan dudas, incógnitas a despejar, en este caso, sobre la comprensión y dimensión del problema en el paciente. ¿Cuáles son las características socioculturales que influyen, modifican, delimitan la experiencia del DLC?

La búsqueda de información en las fuentes del conocimiento permitió generar el sustrato de evidencia sobre el que soportar la incógnita del estudio, así como delimitarla para poder generar un escenario en el que poder estudiarla.

Este apartado siguió, por lo tanto, el esquema de: saber qué se conoce del tema para poder identificar las lagunas de conocimiento, es decir, lo que se desconoce del tema.

2º Diseño del estudio y de las herramientas de evaluación: como se ha expuesto con anterioridad, la vivencia del DLC es multidimensional. Por ello se plantearon dos necesidades comunes pero fácilmente diferenciables:

- La necesidad de estudiar diferentes esferas del paciente: individual (*¿cómo está y se siente Ud. respecto a....?*), colectiva (*¿cómo se encuentra Ud. en su entorno más cercano de...?*), más allá del propio paciente (*¿qué piensa Ud. sobre...?*).

- Estudiar los fenómenos a través de estrategias múltiples: como hemos descrito, las metodologías cuantitativas y cualitativas, lejos de contraponerse, aportan informaciones diferentes, que además de ser relevantes por separado, adquieren nuevas e interesantes dimensiones cuando se aplican en el mismo estudio. Por ello, en el actual estudio se emplearon técnicas cualitativas (entrevista semiestructurada y análisis de contenido) y cuantitativas (cuestionarios estandarizados y análisis estadístico en profundidad).

La naturaleza descriptiva de la pregunta de estudio, que no busca la inferencia causal (intervencionista, más tendente a lo exclusivamente cuantitativo), sugirió una sección temporal para el estudio de las poblaciones brasileña y española.

3º Descripción de la muestra de estudio: aunque existe un apartado específico en la presente Metodología sobre la muestra de estudio, el debate sobre quién estudiar (lumbálgicos crónicos más o menos heterogéneos de dos poblaciones en condiciones similares de países culturalmente diferentes), cuándo estudiarlos (antes o después de la consulta médica, en cualquier momento, al alistarse en espera para recibir atendimento,...), cómo acceder a la muestra (usuarios de servicios públicos de salud, delimitar técnicas de muestreo como el de *bola de nieve* solamente a individuos con características similares al resto), cómo estudiarlos (tener en cuenta gestos, actitudes,...)... centró la atención de los investigadores durante numerosas reuniones. Las características intrínsecas a los pacientes del estudio, muchos de ellos cansados de ver “batas blancas”, y la sensibilidad de determinados temas sobre los que se les iba a interrogar (relaciones familiares, estatus socioeconómico,...) requirió amplios debates.

4º Pilotaje de la herramienta cualitativa: como ocurre con otros estudios, el nivel de incertidumbre ante la aplicabilidad del diseño, la población de estudio, la coherencia y la comprensibilidad de las preguntas, la forma de registrar y extraer la información,..., aconsejó poner en práctica la entrevista en sujetos potencialmente de estudio, pero que tuviesen la cercanía suficiente para, de manera dialógica, permitir ajustar la metodología. De esta forma se eligieron 3 pacientes (2 españoles y 1 brasileño) cercanos al equipo de investigación (ex-pacientes) a los que se les aplicó la recogida de datos en condiciones reales. Una vez terminó la

aplicación de la entrevista y de los cuestionarios se les preguntó sobre: si el consentimiento informado y la hoja informativa les daban la confianza y el conocimiento suficiente sobre lo que después fue el estudio, si habían entendido las preguntas, si creen que esas preguntas reflejan su estado, su pensar,... sobre su DLC, si añadirían otras, si los cuestionarios autoadministrables son fáciles de responder,... Con todas las respuestas se reestructuró la entrevista final, incluyendo y retirando preguntas, hasta obtener la herramienta cualitativa definitiva. Además, se planificó de forma cercana la toma de contacto con el paciente, la explicación de la grabación de las entrevistas,... para mejorar el clima de confianza que permitiera una mayor calidad en la información obtenida.

5º Recogida y transcripción de datos: Desde el punto de vista cuantitativo, se elaboró una hoja de Excel®, en la que se incluyeron todas las variables susceptibles de un posterior análisis estadístico, entre las que se encontraron diferentes datos sociodemográficos (edad, sexo, grupo de estudio,...), todos los resultados de los cuestionarios estandarizados (SF-36, McGill, Beck....) y aquellas variables aplicadas en la entrevista semiestructurada que podían responderse en el formato de una escala Likert. La transcripción de datos estadísticos y la codificación de los mismos, en los que no figuró ninguno que permitiera la identificación del paciente (incluido el grupo de estudio), permitió el cegamiento del analista estadístico, confiriendo robustez al diseño (Argimón y Jiménez, 2012).

La recolección de datos cualitativos, su manipulación, tratamiento y análisis se realizó por el mismo investigador, siguiendo las recomendaciones de la literatura (Morse y Richards, 2002). Las grabaciones de las entrevistas se realizaron con la aplicación de grabadora (aplicación de la *BlackBerry curve 8520*). Para las entrevistas individuales, se construyó una

ficha de recogida de datos en Word®, en la que se plasmaron los datos sociodemográficos de cada paciente, la transcripción de la entrevista, las notas de campo y todos aquellos datos e ideas que podían ayudar a describir el contexto del informante y su experiencia (actitud, silencios, emociones,...). En cada hoja de recogida de datos, el número de la entrevista se identificó con un código (pacientes españoles PEn° y pacientes brasileños PBn°). No se indicó ningún dato personal u otros que pudieran facilitar la identificación de los participantes. De esta manera cada texto transcrito tenía codificado su lugar de origen y ubicación correspondiente al paciente y a una fecha. La transcripción se realizó palabra por palabra (Morse y Richards, 2002), a texto escrito.

6° Depuración y análisis de los resultados: si bien este apartado tiene un ítem específico en la Metodología, es conveniente reflejar que el objetivo primordial fue siempre intentar no perder información, ni de carácter cuantitativo ni cualitativo. Para ello se utilizaron paquetes informáticos adecuados al efecto, como el procesador de texto Word®, la hoja de cálculo Excel®, ambos de Windows XP y el programa estadístico SPSS 21. También se crearon diferentes tablas, cuadros sinópticos y gráficos, que facilitasen la comprensibilidad de los resultados, provocando un incremento en la aplicabilidad de la información expuesta.

7° Discusión de los resultados y extracción de conclusiones: Aunque existen diferentes formas de discutir los resultados se ha optado por aquella que mejor permitía interpretar tanto los resultados específicos (comentarios concretos, datos específicos aislados), como su conjunto y las interrelaciones entre ellos (influencia de las características socioculturales, análisis multivariantes, relaciones entre resultados cuantitativos y

cualitativos...). De esta forma, en la propia sección de Resultados del estudio se ha hecho referencia a las interpretaciones de los mismos y cómo éstos encajan en el contexto literario actual (Newell y Burnard, 2011). Además, en los dos primeros apartados de la Discusión se ha tratado de recoger la relevancia de las interrelaciones entre los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada y de los cuestionarios estandarizados, dándole la trascendencia correspondiente a la aplicación de las estrategias múltiples, por ser una de las apuestas esenciales del presente trabajo.

Finalmente, a la luz de los textos previos se elaboraron, enumeradas y tratando de responder de manera concreta y sucinta a los objetivos, las conclusiones del estudio.

4.1.1. TRABAJO DE CAMPO REALIZADO EN SALAMANCA (ESPAÑA)

Para realizar el trabajo de campo en la ciudad de Salamanca, necesitaba entrar en contacto con algún facultativo, en el Hospital Universitario de Salamanca, especializado en personas con disfunciones y patología de la espalda.

Como no conocía cómo era el funcionamiento de las consultas médicas en el hospital en esta área y tampoco sabía el procedimiento para pedir autorización para hacer un estudio con pacientes en este local. Hablé con algunos profesores del Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina, ya que mantenía contacto con algunos de ellos por haber sido profesora asociada en este Departamento. Les pedí una indicación de algún contacto de un traumatólogo en el hospital y ellos facilitaron el contacto del Doctor Juan Francisco Blanco Blanco, que por otro lado era el jefe del Servicio de Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario de

Salamanca (SACyL). En la misma tarde decidí acercarme a su despacho en busca de información pero no se encontraba en el servicio, hablé con la enfermera para que me indicase a qué hora y día podría hablar con él y dijo que podría volver la mañana siguiente.

La mañana siguiente, me acerqué otra vez al hospital y pregunté por el médico responsable. La enfermera amablemente dijo que él estaba muy ocupado y que yo tenía que esperar porque la consulta estaba llena. Estuve aproximadamente 1 hora y media esperándole, y en este tiempo fui observando los pacientes que esperaban para entrar en su consulta. Algunos, hablando unos con los otros, aparentaban y decían que estaban ya muy bien y que apenas tenían molestias, otros tenían cara de cansados, algunos con muchísima prisa y había una persona en especial que me llamó la atención por la forma que se movía y demostraba una cara de desesperación diciendo en alto "...no aguanto más, no puedo esperar tanto tiempo sentada... mi espalda duele mucho y cuando estoy sentada empeora".

Después de este tiempo de espera, pude hablar con el Doctor. Él me preguntó primeramente qué actividad quería llevar a cabo dentro del hospital o de su consulta y qué necesitaba, a lo que respondí que quería realizar una actividad para desarrollar parte de mi tesis de doctorado en Salamanca para lo cual precisaba de pacientes que tuvieran solamente DLC. Le explique detalladamente qué tipo de método utilizaría (cuestionarios cualitativo y cuantitativo, grabadora y consentimiento informado) y que no necesitaba nada más que un sitio donde pudiera estar tranquila con los pacientes. Él me explico que pasaba las consultas los viernes y que no tendría ningún problema con el espacio físico y tampoco con los pacientes, e inmediatamente habló con la enfermera que me facilitó un despacho. El despacho era de una neuróloga, que los viernes no pasaba consulta. Estaba en el mismo pasillo de la consulta del traumatólogo, dos salas más adelante, con muy buena localización ya que los pacientes no

tenían que desplazarse mucho y así no sería un inconveniente más para el rechazo de la participación de los mismos en el estudio. También me explicó cómo nos organizaríamos para las entrevistas: primero los pacientes pasarían en su consulta y él seleccionaría solamente los que tenían DLC, para seguidamente presentarme a los pacientes, a los que yo tenía que explicar de qué iba el trabajo y preguntaría si ellos tenían interés en participar.

Al principio tenía planeado entregar los cuestionarios cuantitativos para rellenar en el mismo día de la entrevista, pero tras haber estado en la sala de espera de la consulta esperando para hablar con el Doctor, vi que algunas personas podrían estar impacientes y era posible que no respondieran correctamente los cuestionarios por prisa, hasta porque ellas no sabían que después de la consulta y después de todo el tiempo de espera estarían un tiempo más participando del estudio. Así que la solución, hablando con mis orientadores, fue entregar un sobre sellado con los cuestionarios cuantitativos dentro y pedir a los pacientes que los rellenaran en casa y luego los echaran al correo. El riesgo era la falta de respuesta, pero la calidad de información no se vería comprometida, porque todos los cuestionarios son autoadministrables.

El día 3 de Octubre de 2012 tenía la primera cita. Hicimos lo acordado, la primera paciente entró en la consulta y al terminar hablé con ella para saber si quería participar del estudio, ella aceptó y pasamos al despacho. Allí le explique más detalladamente paso a paso todo lo que íbamos hacer y la paciente amablemente aceptó empezar el estudio. En primer lugar le entregué la hoja de consentimiento con dos copias, una se quedaría con ella y la otra conmigo. Al tener el consentimiento seguimos con la entrevista cualitativa. Entregué el sobre sellado con la dirección del despacho de mis orientadores con los 5 cuestionarios y expliqué detalladamente cada uno, pidiendo que me los enviase como máximo en una semana. Con los

demás pacientes realicé el mismo procedimiento. El espacio físico del despacho era bueno y operativo, pues los pacientes que tenían alguna adaptación (muleta, andador...) para deambular podían desplazarse sin ningún problema. En un caso especial he tenido que parar la entrevista para cambiar mi silla (que era la que utilizaba el facultativo) con la del paciente, porque él estaba muy incómodo con ella, ya que esta no tenía un respaldo en el que pudiera apoyar la zona lumbar y eso le producía mucho dolor; la silla era la típica en la que se apoya sólo la zona dorsal, y así me di cuenta de que, para una entrevista adecuada, las sillas deberían ser, al menos, apropiadas para ellos. Siendo así, desde este momento dejé “mi silla” para los pacientes.

Teóricamente en la entrevista debería estar sólo el paciente conmigo, pero como algunos de ellos habían ido con algún familiar en la consulta éste también entraba en el despacho de la entrevista. Algunos acompañantes no influyeron verbalmente en la entrevista mientras otros intentaban opinar. En algún caso, sólo el hecho del acompañante estar allí, hacía que algunos pacientes tuvieran cierta tensión y no se expresaran de la forma que querían. En especial, una paciente que entró en la entrevista con su madre y en la mitad, salió para entregar unos papeles a un médico. Nada más salir, la paciente empezó a llorar y a contar lo mal que estaba y lo mal que lo había pasado por su incapacidad.

Curiosamente ningún paciente se negó a participar en el estudio, pero se notaba que no todos participaron con predisposición positiva. Desde mi punto de vista, algunos dijeron que participarían por el simple hecho de no rechazar la propuesta delante del médico, y pienso que si hubiera hablado con ellos en el pasillo antes de entrar en la consulta y lejos del traumatólogo, algunos hubieran rechazado. De hecho, noté que al estar sola con algún paciente, cambiaba completamente la cara y su actitud, y eso se reflejó en la entrevista. En algunos casos, los

pacientes fueron escuetos y respondían demasiado deprisa las preguntas, sin dar margen a intentar obtener más información. No obstante, en general los pacientes fueron muy amables, pero hay una gran diferencia en el trato comparando con los brasileños. Los españoles, dentro de su amabilidad, fueron más secos y distantes y, por ese motivo, era muy difícil “acercarme”, intentar profundizar durante la entrevista... Ellos respondían que “sí” o “no” y cuando yo intentaba ahondar en las respuestas preguntando “¿porque sí?” o “¿porque no?”, ellos nuevamente respondían lo mismo. Dentro de las entrevistas realizadas en España, hay una que me llamó mucho la atención, la de una brasileña que está aquí desde hace 15 años, y al hablar con ella vi que tenía actitud española; su forma de hablar, de expresarse ya no parecía típica de un brasileño.

4.1.2. TRABAJO DE CAMPO REALIZADO EN SÃO CARLOS (BRASIL)

En São Carlos (estado de São Paulo, Brasil) la actividad fue más concentrado en el tiempo. Para realizar mi trabajo, entré en contacto por correo electrónico con el Departamento de Fisioterapia de la Universidad Federal de São Carlos (UFSCar), con lo que la Universidad de Salamanca mantiene un convenio en el ámbito de la Fisioterapia desde 2011. Hablé con dos profesoras con las que yo ya tenía contacto desde antes de venir de Brasil, envié mi proyecto y dijeron que para desarrollar la recolección de datos debería hacer algunos trámites, pidiendo la autorización para acceder la Unidad Salud Escuela (USE) de dicha Universidad. Primero necesitaba el visto bueno del Comité de Bioética de España, que ya tenía, y esclarecer el tipo de paciente que necesitaba. Les dije que los pacientes que necesitaba deberían presentar DLC

(operados o no), que podían estar en tratamiento (individual o en grupo) o en lista de espera, y que necesitaba un despacho para realizar la entrevista. Asimismo, como necesitaba tener acceso a la lista de pacientes que estaban siendo atendidos o que estaban en la lista de espera, tenía que rellenar un formulario de autorización para el uso de la USE. Esta solicitud es requerida a todos los que hacen investigación allí. También necesité una carta de uno de los profesores responsables por el Convenio bilateral Universidad de Salamanca y Universidad Federal de São Carlos.

El siguiente paso fue entrar en contacto, por correo electrónico, con uno de los profesores responsables por el Servicio de Fisioterapia traumatológica en la cual se encuadra mi trabajo. Hablé con él, le expliqué detalladamente mi proyecto, y pasados un par de días facilitó la carta aprobando la propuesta de investigación. Seguidamente entré en contacto con la administración de la USE haciendo toda la solicitud. Después de 3 días recibí un correo electrónico con la aprobación de la USE, donde me comunicaban que podría empezar la recogida de datos nada más llegar a Brasil.

El día 18 de Julio de 2012 llegué a Brasil, y el día 19 fui hasta la UFSCar para hablar con los profesores. Como siempre ellos muy amables, me explicaron cómo debería ser realizado el procedimiento. Mi primer contacto con los pacientes debería ser vía teléfono, en el cuál yo debería explicar pormenorizadamente todo el proceso y debería decirles que en caso de aceptar o no participar en el estudio, no adelantaría ni atrasaría la llamada para empezar la Fisioterapia, (en caso de ellos estar en la lista de espera), y que en caso de estar en tratamiento en la USE tampoco influiría positiva o negativamente.

Los cuatro primeros días los dediqué a llamar a cada paciente, y no fue fácil. En algunos casos los pacientes se enfadaban conmigo porque hacía mucho tiempo (en algún caso años),

que estaban en lista de espera y se molestaban al saber que alguien llamara para preguntar si querían apenas ser objetos de estudio y no empezar el tratamiento. Poco a poco fui pudiendo avanzar en los contactos y programar las entrevistas. De todos los pacientes que cité sólo falló uno. Los demás comparecieron en el día y hora marcada. Cuando ellos llegaban al Departamento pasábamos directamente al despacho y se realizaba la entrevista cualitativa y luego dejaba los cuestionarios cuantitativos para rellenar en el mismo momento.

El despacho estaba en el antiguo Departamento de Fisioterapia. También era un despacho bastante cómodo y amplio, pero tenía una localización un poco difícil de encontrar, ya que el campus en São Carlos de la UFSCar es muy grande y está fuera de la ciudad. Para facilitar y para evitar que los pacientes tuvieran dificultad de encontrar el despacho, mi punto de encuentro fue delante del Departamento oficial de Fisioterapia. Así era más fácil para ellos porque sabían dónde estaba y luego íbamos caminando, menos de 3 minutos, hasta el despacho. Lo positivo era que los pacientes iban solamente a participar del estudio, o sea, dedicaban este tiempo solamente para ello e acudían de muy buena voluntad.

Lo que más me sorprendió en el trabajo de campo, comparando los pacientes de ambos países, fue la diferencia de tiempo aplicada en la entrevista cualitativa. Con los pacientes brasileños, el tiempo que ellos aplicaban en la entrevista era mucho mayor, y la forma de expresar y contar las cosas era distinta. Ellos se expresaban con más dinamismo que los españoles, y detallaban más todo el proceso que conllevaba la patología en sus vidas. Los españoles eran más directos en sus respuestas, sin rodeos respondían cada pregunta y decían sólo lo que se les preguntaba.

4.2. JUSTIFICACIÓN DEL EMPLEO DE LA ESTRATEGIA MÚLTIPLE

Nos encontramos con tres enfoques distintos para la investigación: cuantitativa y cualitativa, y lo que se llama indistintamente métodos múltiples (Brannen, 1992), estrategias múltiples (Bryman, 2006), métodos mixtos (Tashakkori y Teddlie, 2003) o metodología mixta (Tashakkori y Teddlie, 1998) de investigación.

Combinar métodos es complejo, difícil, tanto conceptualmente como en la práctica (Bryman, 2006). Descubrir la integración real de los enfoques cualitativo y cuantitativo en cualquier estudio en particular es una tarea mucho más compleja que la simple clasificación del estudio en una categoría sobre la base de unas escasas y amplias dimensiones o características (Maxwell y Loomis, 2003). Si bien las decisiones sobre cuestiones de diseño se pueden hacer con antelación y por buenas razones, cuando los datos generan resultados sorprendentes o no previsibles, pueden sugerir consecuencias no previstas de la combinación de ellos, que modifican el objetivo del estudio (Bryman, 2006).

Hoy está plenamente aceptado que diferentes metodologías proporcionan diferentes resultados de investigación. Esto puede significar dos cosas: la forma en que recogemos datos crea o construye una versión parcelada de la realidad, y, cualquier otra forma de recopilación de datos nos puede proporcionar otra visión parcelada de la realidad (Dew, 2007). Para ilustrar esto, podemos pensar en la diferencia entre la recogida de datos a partir de un cuestionario estructurado y la recolección de datos de entrevistas semiestructuradas, como ocurre en el actual estudio. En un cuestionario estructurado, el investigador determina qué categorías puede elegir un participante. En la entrega del cuestionario, el investigador hace todo lo posible para

no influir en las decisiones que se toman. Se puede observar que existe un particular “sesgo” inherente a este proceso, ya que las categorías previstas para el participante son las que los investigadores (o investigadores ajenos anteriores) han considerado importantes. En las entrevistas semiestructuradas, los investigadores pueden tener listas de temas o cuestiones que deben cubrirse, pero permitirán a los participantes discutirlos de la manera que mejor se adapte a ellos. Los participantes pueden discutir temas o cuestiones no identificadas inicialmente por el investigador. A pesar de que el mismo fenómeno puede ser explorado por los dos métodos de recopilación de datos, es probable que se den resultados muy diferentes (Hansen, 2006). En la investigación cuantitativa, la parcialidad se discute en relación a los factores de confusión y la capacidad de generalización de la investigación. Existe, a menudo, un supuesto implícito de que podemos obtener una visión completa y global del mundo. Muchos investigadores cualitativos suponen que sólo podemos, en el mejor de los casos, obtener una vista parcial del mundo (Lincoln y Guba, 2000).

En general, los investigadores pueden desear entender cómo algo se experimenta (como una enfermedad o un tratamiento), cómo se hace algo (por ejemplo, cómo se logran buenos cuidados), cómo algo está representado por personas (por ejemplo, la enfermedad mental o las relaciones entre los médicos y enfermeras), o cómo lograr un cambio. Cuando los investigadores tienen alguno de estos objetivos, como es nuestro caso, a menudo en la recolección de datos, éstos tienen forma de texto, que debe ser transcrito en su totalidad y luego analizado. Es decir, en lugar de números, se analizan palabras. Una de las principales fuentes de datos para alcanzar estos objetivos son las entrevistas individuales, aunque es común para más de una fuente de datos a utilizar (Dew, 2007), como se ha realizado en el presente caso, a través de cuestionarios estandarizados validados en el idioma de origen de cada paciente.

Cabe señalar aquí que la investigación cualitativa en salud es la investigación con un enfoque en el mundo social, no en el mundo de la naturaleza (Hansen, 2006). Algunos teóricos sostienen que la investigación de la vida social es fundamentalmente diferente de la investigación de los fenómenos naturales. Cuando se investiga la naturaleza de los fenómenos pueden ser tratados como objetos o cosas y, de la observación cuidadosa, se generan leyes naturales. Pero en el mundo social, tratamos con experiencias subjetivas, y la comprensión de la realidad puede cambiar con el tiempo y en diferentes contextos sociales (Dew, 2007), como ocurre en el presente estudio. Así, en la investigación cualitativa se intenta ir más allá de simplemente el *contenido* de lo que se dice o documentado a fin de llegar a una comprensión diferente acerca de los datos y el fenómeno de interés. Es decir, el objetivo no es simplemente identificar temas comunes o dominantes. El análisis de contenido es el primer paso de un proceso, el inicio de un viaje para obtener diferentes informaciones (Vázquez et al., 2006).

Entre las razones principales para combinar la investigación cuantitativa y cualitativa en el presente estudio, se encuentran y hemos seleccionado, las siguientes (Niglas, 2010):

a) **Triangulación o validez mayor:** se refiere a la opinión tradicional de que la investigación cuantitativa y cualitativa podrían combinarse para triangular los resultados con el fin de que puedan ser mutuamente corroborados.

b) **Compensación:** los métodos de investigación vinculados con la investigación cuantitativa y cualitativa tienen sus propias fortalezas y debilidades, y su combinación permite al investigador compensar las debilidades para aprovechar los puntos fuertes de ambos.

c) **Integridad:** el investigador puede reunir una descripción más completa del área de investigación que interesa si se emplean la investigación cuantitativa y cualitativa.

d) **Diferentes preguntas de investigación:** en este argumento, la investigación cuantitativa y cualitativa pueden cada una responder a diferentes preguntas de investigación.

e) **Explicación:** un método se utiliza para ayudar a explicar los resultados generados por el otro.

f) **Resultados inesperados:** se refiere a la sugerencia de que la investigación cuantitativa y cualitativa puede combinarse fructíferamente cuando una genera resultados sorprendentes que pueden ser entendidos mediante el empleo de la otra.

g) **Credibilidad:** sugiere que el empleo de ambos enfoques mejora el crédito de los resultados.

h) **Contexto:** se refiere a los casos en que la combinación se justifica en términos de que la investigación cualitativa proporciona comprensión contextual junto con hallazgos generalizables, externamente válidos o relaciones generales entre las variables descubiertas por medio de una encuesta.

i) **Utilidad de los resultados:** se refiere a que la combinación de los dos enfoques será más útil para los profesionales, lo que es más probable entre artículos con un enfoque aplicado, como el presente.

j) **Diversidad de puntos de vista:** lo que incluye dos razones ligeramente diferentes, por un lado, la combinación de los investigadores y de las perspectivas de los participantes a través de la investigación cuantitativa y cualitativa, y, por otro, el descubrimiento de las relaciones entre las variables a través de la investigación cuantitativa a la vez que se revelan significados entre los participantes a través de la investigación cualitativa.

Como se ha descrito previamente, los métodos exclusivamente cuantitativos han fracasado en la identificación y abordaje de las características multifactoriales del DLC. La especificidad individual y la complejidad del cuadro, tanto clínico, como sociocultural, hacen necesario el estudio desde nuevos puntos de vista que, sin desechar el estudio de las respuestas en curvas *gaussianas*, permitan profundizar en la experiencia intrasujeto, donde la interacción entre evaluador-científico-clínico y el paciente, carezca de barreras.

Los métodos cualitativos de investigación incluyen la recopilación, organización e interpretación de material textual derivado de la entrevista o la observación (Malterud, 2001). A través de ellos podemos encontrar significados a fenómenos sociales experimentados por los propios individuos, en su contexto natural (Britten, Jones, Murphy y Stacy, 1995). La investigación cualitativa es aún considerada con escepticismo por parte de la comunidad médica, acusada de naturaleza subjetiva y ausencia de hechos. Es cierto que, a pesar de que los protocolos prácticos han sido debatidos (Mays y Pope, 2000), existen estándares científicos, criterios y listas de verificación rigurosos (Giacomini y Cook, 2000a). Por otro lado, también es cierto que los investigadores con tendencias más cuantitativas, a menudo encuentran dificultades cuando tratan de aplicar las directrices diseñadas por los científicos sociales (Chapple y Rogers, 1998), creando lagunas de conocimiento difícilmente solventables por los métodos exclusivamente numéricos. Por ello, sabemos que existe la necesidad de estudios que tratan de comprender las relaciones de los factores psicosociales en el dolor crónico e integrar dichos conocimientos en el escenario actual (Holloway et al., 2007).

Por todo ello, se plantea un estudio con metodología por estrategias múltiples, que combine métodos cuantitativos (cuestionarios de salud previamente validados en las lenguas nativas de las poblaciones de estudio), con otros de carácter cualitativo (entrevista

semiestructurada y análisis de contenido, entre otros), a través de los cuales se pretenden estudiar las características, similitudes y los patrones de comportamiento, de dos poblaciones de origen geográfico y cultural diferente, pero que pertenecen a dos entornos urbanos comparables, pues son de países latinos con sistemas de salud con cobertura universal:

- São Carlos (estado de São Paulo –Brasil-): localizada a una altura de 856 metros sobre el nivel del mar. Tiene una población de 218.702 habitantes. La composición de la población de la ciudad es: 78,7% blancos; 15,7% mestizos; 4,2% negros; 0,8% amarillos (Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística, 2013). Es un gran polo de alta tecnología donde están instaladas importantes multinacionales. Además, la ciudad es un gran centro universitario, con campus de 3 universidades públicas.

- Salamanca (España): situada a 802 m sobre el nivel del mar, tiene una población de 149.528 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Alberga la universidad, en activo, más antigua de España, la Universidad de Salamanca. En Salamanca se encuentran importantes centros de investigación, y está considerada como el gran referente mundial en la enseñanza del castellano. Todo ello le confiere una gran actividad estudiantil.

4.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

4.3.1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La entrevista es la técnica cualitativa más frecuentemente utilizada (Newell y Burnard, 2011), consistente en una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (Ruíz-Olabuenaga, 1999). En nuestro caso, fue aplicada una entrevista confeccionada específicamente para la realización de este trabajo, consistente en un cuestionario semiestructurado en el que se dejó al paciente la oportunidad de contestar de forma abierta y sin restricciones a cada una de las preguntas que se realizaron (ANEXO 1). El propósito general fue cubrir un territorio similar en todos los pacientes, pero no controlar la entrevista hasta el grado en que cada paciente fuese preguntado exactamente de la misma manera y en el mismo orden (Newell y Burnard, 2011), pues siempre fueron más importantes las respuestas que las preguntas.

En la entrevista se ha tenido la intención de trabajar con los siguientes dominios:

- Recogida de datos referentes a los aspectos demográficos (edad, sexo, localidad, estado civil, nivel educativo).
- Aspectos culturales (etnia, estatus sociocultural, religión).
- Clínicos (tipo de disfunción muscoesquelética, duración de la enfermedad, período de dolor, tratamiento analgésico y psicofarmacológico, así como terapias previas y actuales).
- Psicológicos y comportamentales (ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, alimentarias, sexuales y niveles de actividad).

- Características del dolor (intensidad, duración, surgimiento de dolor, estrategias de afrontamiento al dolor y autopercepción ante el dolor).

Para ello, y siendo conscientes de que el éxito de la entrevista individual depende, entre otras cosas, de la habilidad del investigador para planearla y ejecutarla, se elaboró una *guía de la entrevista* (Vázquez et al., 2006). Esta guía, siendo flexible, permitió que la conversación se ajustara a los objetivos y temas de estudio, y no se olvidasen aspectos considerados importantes, como los referentes a las variables descritas previamente.

Previo a la aplicación de la entrevista, se explicó el propósito del estudio, los objetivos a cumplir y la metodología, esclareciendo cualquier aspecto del mismo que no quedara claro. La investigadora informó que el paciente tendría acceso a las transcripciones de sus entrevistas y a los datos aportados por ella. Se le informó también que en cualquier momento podía salir del estudio de investigación y retirar la documentación, datos e información aportada.

En la aplicación de la entrevistas se trató de seguir el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas, donde el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista (Taylor y Bogdan, 1992). Se intentó en todo momento evitar relaciones de *estatus* que pudieran conllevar ciertas actitudes de temor, sospecha o superioridad hacia el sujeto entrevistado, que pueden tener un efecto distorsionador en la entrevista (Valles, 2003).

Las entrevistas fueron grabadas íntegramente, siempre después de obtener el permiso del paciente para grabarlas. No hubo casos en los que no se obtuviese permiso para grabar la entrevista, pero aún así, se comunicaba a los pacientes la necesidad de tomar y registrar datos mediante el empleo exhaustivo de notas en el cuaderno de campo, reseñando los aspectos

claves de la entrevista. Durante la entrevista y al final, la investigadora principal aclaró aquellos puntos o dudas que surgieron en el intercambio de preguntas y respuestas. Las entrevistas se transcribieron de manera íntegra y literal, palabra por palabra, para disponer de un registro escrito de lo comunicado por el informante. Esta transcripción conformaba el texto que se analizaba posteriormente.

Todos los datos aportados se han tratado de manera confidencial, y a cada entrevista se le ha asignado un código numérico para no utilizar ningún tipo de dato personal.

Toda la información relativa a las entrevistas se recogió en un *cuaderno de campo* electrónico (programa Word®), donde se reflejó la propia entrevista inicial con todas sus modificaciones posteriores, cada una de las entrevistas con la transcripción completa de los textos, las opiniones del investigador, interpretaciones,... También sirvió el cuaderno de campo como base para el inicio del análisis de contenido y la correspondiente selección y extracción de unidades de significado.

4.3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

A la entrevista se sumaron los datos obtenidos de los siguientes cuestionarios válidos y fiables en las lenguas nativas (portugués en Brasil y castellano en España) de los sujetos de estudio. Para estas evaluaciones se empleó la estrategia de enmascaramiento denominada evaluador cegado. De esta manera se aseguró que el evaluador no influye en los resultados obtenidos, característica ésta recomendada en las evaluaciones cuantitativas (Argimón y Jiménez, 2012).

- **Cuestionario de McGill (McGill Pain Questionnaire –MPQ-)**: El objetivo de este cuestionario es proporcionar una valoración del dolor desde una triple perspectiva: a) Sensorial: descripción del dolor en términos témporo-espaciales; b) Afectivo-motivacional: descripción del dolor en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos; c) Evaluativo: dolor descrito en términos de valoración general.

En concreto, el instrumento consta de 66 adjetivos distribuidos en 20 grupos, incluyendo cada grupo de 2 a 6 adjetivos que califican la experiencia dolorosa en sus aspectos sensoriales, emotivos y de valoración del dolor. Cada uno de los términos descriptivos tiene asignado un número o rango con lo que se obtiene el denominado *Pain Rating Index* (PRI parciales y total). Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa. Además, se evalúa la intensidad del dolor a través del *Present Pain Index* (PPI). El MPQ es considerado válido y fiable en una gran diversidad de pacientes y síndromes dolorosos tanto de tipo crónico, como agudo (Menezes Costa Lda et al., 2011; Pimenta, C. A. y Teixeira, 1996; Serrano-Atero et al., 2002).

- **Cuestionario Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)**: Se trata de una herramienta genérica para evaluar la salud, creada originalmente en inglés, fácil de administrar y entender, que comprende 36 cuestiones que abarcan ocho componentes (dominios o dimensiones): función física, función social, limitaciones por problemas físicos, limitaciones por problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor corporal, salud general, que se aglutinan en un estado físico general (Physical component summary –PCS) y un estado mental general (Mental component summary –MCS-), y una pregunta comparativa sobre la percepción actual de la salud y la de un año atrás. El individuo recibe una puntuación por cada dominio,

que oscila de 0 a 100, donde 0 es la peor situación y 100 la mejor posible. Este cuestionario ha sido validado en múltiples idiomas y su uso se ha asociado con las herramientas recomendadas para estudios de desórdenes musculoesqueléticos (Alonso, Prieto y Anto, 1995; Mesquita, Bosi, Santos, Meinão y Rodrigues, 1999; Ware y Sherbourne, 1992).

- **Cuestionario del sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index –PSQI-):** El PSQI es el cuestionario más utilizado y estandarizado para la evaluación integral de la calidad del sueño. Evalúa la calidad del sueño durante un período de 1 mes a través de un cuestionario estandarizado que diferencia entre "buen" y "mal" sueño. Se compone de 19 preguntas de autoevaluación y 5 preguntas más para ser contestadas por el correspondiente compañero de cama o de cuarto, si bien éstas no tienen peso en el análisis realizado. Cada una de las 19 preguntas, que se agrupan en siete componentes (calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, trastornos del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna), son calificadas con una puntuación de 0 a 3. La suma de las puntuaciones de los componentes aporta una puntuación global, que va de 0 a 21, donde la puntuación más alta indica una peor calidad del sueño. El cuestionario de Pittsburgh tiene una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,83) y fiabilidad test-retest ($r = 0,85$) (Bertolazi et al., 2011; Buysse, Reynolds III, Monk, Berman y Kupfer, 1989; Jimenez-Genchi, Monteverde-Maldonado, Nenclares-Portocarrero, Esquivel-Adame y de la Vega-Pacheco, 2008).

- **Cuestionario de Beck (Beck Depression Inventory –BDI-):** Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para evaluar estado de ánimo y depresión, haciendo especial énfasis hacia la sintomatología cognitiva. Consta de 21 preguntas autoadministrables

de respuesta múltiple relacionadas con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones, o sentimientos, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (ejemplos: fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Su puntuación varía de 0 a 63, siendo mayores los síntomas depresivos cuanto mayor sea la puntuación. Las cifras de fiabilidad del BDI son altas (α de Cronbach = 0,83) con correlaciones test-retest entre 0,60 y 0,72. Los índices de validez convergente son altos, con correlaciones entre 0,68 y 0,89 (Furlanetto, Mendlowicz y Romildo Bueno, 2005; Gorenstein y Andrade, 1996; Sanz y Vázquez, 1998).

- **Cuestionario Oswestry Disability Index (ODI):** Este cuestionario fue descrito por primera vez en 1980 (Fairbank, Couper y Davies, 1980). Posteriormente fue modificado (versión 2.0) y actualmente es uno de los más utilizados internacionalmente para la determinación de la discapacidad en trastornos vinculados a la columna vertebral, y específicamente dolor lumbar (Fairbank y Pynsent, 2000). El cuestionario incluye 10 escalas de hasta 6 puntos. La suma de las 10 puntuaciones se expresa como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible, y si el paciente no puede completar una sección, el porcentaje de puntuación se ajusta (Macdowell y Newell, 1996). La primera sección evalúa la intensidad del dolor y las otras 9 cubren el restante efecto incapacitante del dolor en las actividades de la vida diaria: cuidado personal (lavarse, vestirse, etc), levantar, caminar, sentarse, permanecer de pie, dormir, vida sexual, vida social, y viajar. La puntuación total del ODI oscila entre 0 (sin discapacidad) a 100 (discapacidad máxima). El ODI fue validado en pacientes con dolor lumbar y presenta un alto grado de fiabilidad (coeficiente de correlación intraclase -ICC- = 0,99 / Consistencia interna: α de Cronbach = 0,87) (Roland y Fairbank, 2000). Las versiones

utilizadas en el presente estudio fueron validadas en los idiomas de la muestra (Borrego, Sáez, Borrego, Borrego y Borrego, 2005; Coelho, Siqueira, Ferreira y Ferreira, 2008; Vigatto, Alexandre y Correa Filho, 2007)

Todos los cuestionarios han sido recomendados para la evaluación del DLC, con la excepción del cuestionario de McGill. Éste ha sido incluido por ser el más utilizado y contar con la evaluación de diferentes dominios del dolor, a pesar del cuestionamiento de sus características psicométricas en DLC. Además, se ha incluido la Escala visual analógica (EVA) como herramienta de evaluación de dolor validada (Chapman et al., 2011), tanto para el dolor general, como específicamente para el dolor en la región lumbar y el dolor en el miembro inferior (M.I.).

Los cuestionarios descritos son todos ellos autoadministrables. Para ser completados de manera correcta se da el tiempo que cada paciente requiera y se resuelven todas las dudas que precise en el momento que lo solicite.

4.4. CARACTERÍSTICAS Y DISEÑO DEL MUESTREO

Los criterios de inclusión para los sujetos del estudio fueron: paciente diagnosticado de DLC por un facultativo especialista; estar en seguimiento en el Servicio de Ortopedia y/o Fisioterapia correspondiente; firmar el consentimiento informado para la participación en el estudio. Los criterios de exclusión fueron escasos, pues el diseño de estudio pretende una validez externa amplia: paciente menor de 18 años; dolor de origen infeccioso u oncológico; dificultad de comprensión en la entrevista; rechazo a participar en el estudio.

Hemos seleccionado deliberadamente una mezcla heterogénea de experiencias en función del sexo, la edad, la duración del dolor, y sociales de fondo, ocupación y lugar de origen. Este tipo de muestra heterogénea está más relacionada a las metodología cualitativas (Holloway et al., 2007).

4.4.1. ESTRATEGIAS DE MUESTREO

Una dificultad relevante en la aplicación de una metodología de estrategias múltiples como la del presente estudio es la aplicación de estrategias de muestreo y estimación de tamaño muestral, pues estos dos aspectos son esencialmente diferentes entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. A groso modo y para facilitar la comprensión, mientras el muestreo cuantitativo tiende a buscar la representatividad, éste no es un objetivo esencial en el muestreo cualitativo, sin que tal circunstancia suponga una debilidad (Newell y Burnard, 2011).

Por ello, y tras un profundo análisis y la reflexión mantenida entre los investigadores, así como diferentes consultas externas (estadísticas) se optó por aplicar técnicas cualitativas de muestreo a la parte de diseño cualitativo y técnicas cuantitativas de muestreo a la parte de diseño cuantitativo, si bien estas últimas aprovecharon las cualitativas como parte de la estrategia para completar su muestra, como veremos a continuación.

Desde el punto de vista cualitativo, la muestra de estudio es una de las claves de la investigación, y de ella depende, en gran parte, la validez de los resultados. Para ello, se pretendieron respetar en todo momento los principios de muestreo intencionado y razonado, muestreo acumulativo y secuencial, y muestreo flexible y reflexivo (Vázquez et al., 2006).

Debido a que las preguntas de la entrevista están en relación directa con el estado social (cultura, religión, grupo económico y profesión) es importante el conocimiento del contexto en la elección de las participantes (Kuper, Reeves et al., 2008), lo que influirá directamente en la conveniencia-pertinencia de la muestra (calidad de la información).

Teniendo en cuenta lo anterior, para elegir la técnica de muestreo más adecuada al presente estudio se plantearon las siguientes cuestiones:

- ¿Quiénes tienen la información relevante?
- ¿Quiénes son más accesibles?
- ¿En qué contextos se encuentra la mayor y mejor información?
- ¿Cómo evitar sesgos de selección?
- ¿Cómo no transgredir el compromiso ético inherente a la investigación?

Con todas estas premisas, y la flexibilidad necesaria según el transcurso del trabajo de campo, se optó por aplicar 3 tipos de muestreo: por criterio (de hecho ya se han expuestos los

criterios de inclusión/exclusión previamente), casos típicos (derivados por los facultativos y a través de las listas de espera de los servicios públicos de ambos países) y bola de nieve (donde los propios pacientes nos indicaban conocidos que también sufrían y estaban en seguimiento sanitario por DLC, estrategia más utilizada en la captación de la muestra brasileña) (Morse y Richards, 2002; Valles, 2002). Así, todos los sujetos presentaron el compromiso de criterios de inclusión/exclusión y, bien por ser casos típicos, bien por ser casos contactados indirectamente, todos los sujetos respondieron a la entrevista semiestructurada y a los cuestionarios estandarizados cuantitativos.

Respecto al componente cuantitativo, todos los sujetos seleccionados para la aplicación de la entrevista semiestructurada participaron, completaron y entregaron los cuestionarios estandarizados cuantitativos (directamente o por correo postal). Asimismo, una vez se completó esta parte de la recogida de datos cualitativos, se siguió la recolección de datos a través del muestreo no probabilístico de casos consecutivos, lo que aportó mayor cantidad de datos cuantitativos. Esta estrategia permitió completar la muestra y que ésta aportase una potencia suficiente, como se muestra a continuación en la estimación del tamaño muestral desde el punto de vista cuantitativo.

4.4.2. TAMAÑO MUESTRAL

Como hemos reflejado con anterioridad, dada la metodología por estrategias múltiples de investigación, que incluye técnicas cualitativas y cuantitativas, no puede ser predeterminado

un tamaño muestral ideal. El desarrollo del análisis de contenido puede hacer variar la necesidad de muestra.

Respecto a la suficiencia de la muestra desde el punto de vista cualitativo, fuimos conscientes de que el número de casos estudiados carecía de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social (Taylor y Bogdan, 1992). Siguiendo este principio, el método usado para determinar el tamaño muestral fue la *saturación teórica*. Una categoría se considera saturada cuando no se encuentran datos adicionales conforme el investigador va viendo casos similares una y otra vez. El investigador busca que los sujetos desplieguen la diversidad de los datos tanto como sea posible para asegurarse que la saturación se basa en la gama más amplia de datos sobre la categoría, hasta que la saturación se evidencia (Valles, 2003). Por tanto, cuando ningún dato nuevo o relevante emerge (Kuper, Lingard y Levinson, 2008; Mayan, M. J., 2001) hemos alcanzado la saturación teórica (Valles, 2002).

Teniendo en cuenta que no es posible *a priori* saber cuántas entrevistas en profundidad nos seguirían aportando información nueva y relevante se ha procedido a avanzar lentamente con los informantes. De esta manera, la simultaneidad de recogida, análisis de los datos, y la triangulación entre investigadores, han permitido detectar las redundancias en el momento de su emergencia (Taylor y Bogdan, 1992). En nuestro caso, se ha llegado la saturación en el paciente brasileño 24 y en el paciente español 22. Este tamaño muestral cualitativo es bastante común en la recogida de historias de vida a través de entrevistas (Taylor y Bogdan, 1992).

No podemos olvidar que el *poder de la muestra*, a diferencia de lo que ocurre desde perspectivas cuantitativas, no depende del tamaño de la muestra, sino de en qué medida las

unidades de muestreo aportan una información rica, profunda y completa (Valles, 2002; Vázquez et al., 2006).

Desde el punto de vista cuantitativo, se ha estimado el tamaño muestral asumiendo el resultado total del cuestionario SF-36 como variable resultado principal del estudio. Para conseguir un poder del 80,0% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: \mu_1 = \mu_2$ mediante una Prueba T-Student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que el tamaño de la diferencia entre medias de ambos grupos (brasileño y español) sea de 11,0 unidades para el SF-36, y la desviación típica de ambos grupos sea de 15,0 unidades (Salaffi et al., 2005), es necesario incluir 30 sujetos por grupo, totalizando 60 unidades experimentales en el estudio.

4.4.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos utilizados para la realización del presente estudio han seguido los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según se recoge en la Declaración de Helsinki adoptada en la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) (Helsinki, Finlandia, Junio 1964), en la última versión revisada en la 59ª Asamblea General (Seúl, Corea, Octubre 2008).

El estudio fue sometido a la aprobación del comité de bioética de la institución española donde se desarrolló el proyecto (Universidad de Salamanca) (ANEXO 2) y se ampara en el Convenio bilateral específico para la docencia y la investigación de la Fisioterapia firmado entre la Universidad de Salamanca (España) y la Universidad Federal de São Carlos (estado de

São Paulo, Brasil). Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado previamente a participar en el estudio (ANEXO 3).

Además, se ha remarcado la necesidad de integrar, de forma indisociable, los principios éticos a lo largo de toda investigación cualitativa, en este caso específicamente en Fisioterapia (Henley y Frank, 2006; Townsend et al., 2010), pues la aplicación de dichas metodologías supone la obtención y análisis de datos de carácter privado y, en ocasiones, íntimo de los participantes (Mauthner, Birch, Jessop y Miller, 2002; Morse, 2007). Por ello, se tomaron las siguientes medidas para preservar la integridad ética del estudio:

- Se manejaron los datos personales siguiendo las indicaciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

- Se asignó un código numérico de identificación a las entrevistas, no figurando ningún dato identificativo personal de los participantes en las fuentes de información.

- Se mantuvo la confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio (Kuper, Lingard et al., 2008).

- La participación fue voluntaria y en cualquier momento se informó que se podía abandonar la investigación.

- Se comunicaron los objetivos del estudio, así como la neutralidad del investigador, buscando ofrecer la sensibilidad suficiente para aquellos temas o situaciones que, por su contenido, así lo requirieran (Clarke, A., 2006; Dickson-Swift, James, Kippen y Liamputtong, 2006; Hewitt, 2007). También se les informó que la entrevista sería grabada para recoger la información de manera óptima.

- El investigador explicó el contenido del consentimiento informado y lo sometió a la firma de los participantes.

4.5. CRITERIOS DE CALIDAD EN EL ESTUDIO

La investigación cualitativa no presenta unos criterios de calidad unificados o estándar (Cohen, D. J. y Crabtree, 2008; Ong, B. y Coady, 2006), que sí son más habituales en el área cuantitativa, sino que estos dependen de la naturaleza de lo estudiado, el ámbito de aplicación, los objetivos,... Por ello, hemos tratado de aplicar unos criterios de calidad suficientes y que traten de evitar los sesgos y errores más habituales en la aplicación de métodos cualitativos.

Aunque existe un gran debate al respecto, se han descrito siete criterios para la investigación cualitativa: (1) llevar a cabo una investigación ética, (2) la importancia de la investigación, (3) la claridad y coherencia del informe de investigación, (4) el uso de métodos apropiados y rigurosos, (5) la importancia de la reflexividad o detectar sesgos del investigador, (6) la importancia de establecer la validez o credibilidad, y (7) la importancia de la verificación o la fiabilidad. El acuerdo general entre corrientes científicas se centra en las 4 primeras dimensiones, mientras las últimas 3 presentan perspectivas divergentes según el paradigma adoptado por los autores (Cohen, D. J. y Crabtree, 2008).

Además, los resultados de la investigación deben ser lo más confiables posible (Graneheim y Lundman, 2004), atendiendo a los conceptos de credibilidad, fiabilidad/dependencia y capacidad de transferencia (Berg y Welanders Hansson, 2000), a pesar de que hay autores que mantienen que estos criterios no deben separarse, y deben verse como entrelazados e interrelacionados (Graneheim y Lundman, 2004).

En nuestro trabajo, propusimos la aplicación de los siguientes mecanismos para asegurar el rigor metodológico y su calidad (Pope y Mays, 2006; Tong, Sainsbury y Craig, 2007; Vázquez et al., 2006):

- **Revisión y actualización de la relación problema-método-diseño:** realizada durante todo el proceso con el objetivo de, por un lado, enfocar el tema de estudio siempre que sea necesario, y, por otro, evitar el desenfoco del mismo.

- **Diseño adecuado de la muestra:** en los términos descritos tanto en calidad de la muestra (técnicas de muestreo) como en cantidad suficiente (tamaño muestral).

- **Desarrollo sistemático y descripción detallada del proceso de investigación:** que abarca desde el trabajo de campo hasta el análisis de los datos. En el presente estudio se llega, no sólo a la exposición, sino a la discusión metodológica.

- **Revisión de resultados por parte de los informantes:** lo cual se desarrolló de manera dinámica, tanto en el desarrollo de la propia entrevista, con preguntas de reafirmación, como al final, donde se les preguntaba si, en las preguntas principales, la intención del paciente fue transmitir aquello que el investigador había entendido (Jones y Bugge, 2006).

- **Triangulación entre investigadores:** a pesar de las controversias que genera (Armstrong, Gosling, Weinman y Marteau, 1997), todos los resultados y sus interpretaciones fueron extraídos, revisados, consensuados y explicitados tras el desarrollo y visto bueno de 3 investigadores, en concreto la doctoranda y sus dos orientadores.

- **Análisis pormenorizado de datos negativos:** como se podrá observar en los resultados, se le prestó una especial atención a aquellos casos que no seguían las tendencias, por su relevancia y para evitar interpretaciones erróneas (Mays y Pope, 2000).

Finalmente, hemos considerado que otro criterio de calidad, sólo revisable al final de la investigación y, en parte, verificable por lectores posteriores, será la relevancia clínica de la

investigación (Giacomini y Cook, 2000b). Será la trascendencia y repercusiones de los hallazgos de la tesis las que permitirán saber su impacto en el contexto clínico actual.

4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Aunque el análisis de los datos será expuesto por separado en función de su naturaleza, hay que tener en cuenta que el análisis de datos cuantitativos y cualitativos comparte conceptos como los de ordenar, clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos.

Por otro lado los resultados se expondrán tanto de manera conjunta como divididos en los dos subgrupos de estudio (brasileño y español), dependiendo tanto del contenido analizado como del objetivo de estudio que se trata de alcanzar en cada momento.

4.6.1. ANÁLISIS CUALITATIVO

La investigación cualitativa produce grandes cantidades de datos de texto en forma de transcripciones y notas de campo, por lo que es necesaria la preparación sistemática y rigurosa y el análisis de estos datos. En nuestro caso, debido a la necesidad del refinamiento de la entrevista, la obligatoriedad de no perder el foco de estudio, y la identificación de la saturación teórica que determine el tamaño muestral, el análisis se ha realizado de forma continua y circular, a través de una *retroalimentación* que ha permitido la comprensión profunda de lo estudiado y la mejora de las interpretaciones, como se ha descrito con anterioridad (Pope, Ziebland y Mays, 2000).

Los datos textuales se explorarán inductivamente mediante *análisis de contenido* para generar categorías, subcategorías, unidades de significado y, con ellas, explicaciones a los hechos. Para ello, el análisis se desarrollará en 3 fases, sin perder el dinamismo descrito:

4.6.1.1. TRANSCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN

Considerada un *preanálisis*, consistió en el traslado de los archivos de grabación de las entrevistas a texto en Word® palabra por palabra y tal y como se expresaron los sujetos de estudio, donde cada transcripción (entrevista) llevó el código del paciente asociado. Asimismo, todos los textos comenzaron a ser organizados a través de repetidas lecturas, identificando contenidos comunes, tendencias, textos extraños o difíciles de comprender,..., y sin perder la presencia de los objetivos del estudio, que deben regir el proceso (Vázquez et al., 2006). Todo ello permitió la segmentación o separación del conjunto de los datos por grupos de estudio (brasileños y españoles), temas abordados en la entrevista (descripción del dolor, discapacidad, entorno, creencia religiosa, estado de ánimo,...), unidades gramaticales (frases o párrafos),... (Pope et al., 2000).

Los segmentos de texto o extractos se mostraron entre comillas (“...”) y se presentaron íntegramente. Entre corchetes se señalaron las reflexiones, opiniones y comentarios realizados por el investigador ([...]), en un proceso de codificación fácil pero a la vez completo, de tal manera que quedó claro. La entrevista de la que procede, el informante del que procede, y los datos en relación a ese extracto del que procede, ya sea fecha, lugar, conversaciones anteriores y posteriores que den sentido al extracto seleccionado, incluir la pregunta y la respuesta y todo aquel material que da sentido al extracto, evitando el simple acto de “cortar y pegar” (Lapadat y Lindsay, 1999; Valles, 2003). Esto unificó la sistematización y el tratamiento de la información obtenida.

Cada una de los segmentos, con su correspondiente codificación fue denominado *unidad de análisis*, entendida como la unidad lo suficientemente grande como para ser considerado completa y lo suficientemente pequeña como para tener sentido durante el proceso de análisis. Estudiadas todas ellas se extrajeron las *unidades de significado*, es decir, la constelación de palabras o frases que se relacionan con el mismo significado central a través de su contenido y contexto (Graneheim y Lundman, 2004).

4.6.1.2. CATEGORIZACIÓN

La existencia de dos idiomas diferentes y la relevancia del entorno y la comunicación no verbal dificultó el empleo de software específico para esta fase, por lo que todo el trabajo de esta fase se realizó con el procesador de texto Word®. Las tendencias identificadas en la fase previa permitieron la identificación de patrones, datos que se relacionaban entre sí, es decir, que correspondían a un tema determinado o categoría. Si bien a priori, dentro de la entrevista podía aventurarse la existencia de posibles categorías prefijadas, al preguntar por la perspectiva del paciente respecto de sí mismo y el entorno, no fue hasta el análisis de los datos donde se pudieron determinar las categorías con precisión, como la literatura indica que es posible y lícito. Es decir, aunque las categorías estaban parcialmente definidas, surgieron y ganaron precisión y entidad emergiendo a la luz de los datos (Newell y Burnard, 2011). Hemos tratado en todo momento de que las categorías fueran exhaustivas y mutuamente excluyentes, reproducibles (para lo que participó un segundo investigador), ser creíbles y diferentes entre sí, si bien la complejidad del tema de estudio ha dificultado expresamente la parcelación de los contenidos (Krippendorff, 2004).

Tras crear las categorías, y una vez que todas las unidades de significado se incluyeron explícitamente en cada una de ellas, las unidades fueron reclasificadas en *subcategorías*, más manejables y que permitirán responder a objetivos más específicos del estudio.

Como resultado final de esta fase se reducen los datos, es decir, la información se resumió permitiendo la descripción de las informaciones de cada categoría y/o subcategoría (Kleiman, 2004).

4.6.1.3. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN

En el presente estudio se han desarrollado ambos aspectos a la vez. En la descripción se buscó establecer semejanzas y diferencias de contenido entre grupos de población, creencias, patologías,... A estas características del contenido se le procuró sentido desde diferentes perspectivas (individual –casos extraños-, colectivo –brasileños/españolas, temático –según la categoría/subcategoría analizada-,...). Buscamos la generación de teorías, la relación con otras previamente establecidas, y los vínculos o separación de los resultados cuantitativos obtenidos, tratando de aplicar procedimientos inductivos sistemáticos y la propia triangulación, que evite interpretaciones erróneas (Malterud, 1993).

4.6.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO

El análisis de los datos cuantitativos estuvo basado en el tipo de variable (categóricos, continuos...) y distribución (normal o no normal, evaluada con el test de Kolmogorov-Smirnov

y análisis gráfico exploratorio). Para la descripción de los datos se utilizaron frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas y, para las cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión: media y desviación estándar cuando seguían una distribución normal, y mediana y rango intercuartílico en distribuciones asimétricas. Se calculó el intervalo de confianza al 95% (IC95%) de las variables cuantitativas de interés. La comparación de los grupos experimentales estuvo basado en los test habituales dependiendo del tipo de variable y su distribución: test de Mann-Whitney, test t de Student o test chi-cuadrado para identificar diferencias entre dos grupos, ANOVA de un factor o test de Kruskal Wallis si se comparan más de dos subgrupos. Dependiendo de si los datos eran balanceados o no, se utilizaron el test de Tukey o el de Bonferroni respectivamente para identificar entre qué grupos se encontraban las diferencias. También se aplicó ANOVA de dos factores de medidas independientes para comparar ambos grupos (Brasil y España) en relación al sexo y a haber sido sometido o no a cirugía para el DLC. El supuesto fundamental en el ANOVA de homogeneidad de varianzas se contrastó mediante el test de Levene. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson o el de Spearman para detectar las relaciones entre variables cuantitativas.

Debido al elevado número de las subescalas elegidas y a la dependencia entre las mismas se realizó el análisis multivariante de la varianza (MANOVA) para contrastar las diferencias de los factores relevantes en relación a las dimensiones evaluadas a través de las escalas de dolor (McGill), calidad de vida (SF-36), discapacidad (Oswestry) y sueño (Pittsburgh). El estadístico de contraste utilizado fue el lambda (λ) de Wilks. También se ha utilizado en Análisis Canónico de Poblaciones para la representación de los resultados de la significación del MANOVA (Cuadras, 1996). En este análisis se representan los grupos en el espacio de baja dimensión originado a partir de las variables donde se maximiza la diferencia

entre grupos. Se calculan los círculos de confianza al 95% de cada grupo y se proyectan las variables para facilitar la interpretación de qué variables son las más importantes a la hora de discriminar a los grupos.

Para el análisis de las variables cualitativas se ha utilizado el análisis de homogeneidad (HOMALS) (Heiser y Meulman, 1994), también conocido como análisis de correspondencias múltiples. El objetivo de este análisis es el de identificar un espacio de pocas dimensiones o factores cuantitativos que permitan resumir y representar la estructura de asociaciones de un determinado grupo de variables categóricas. Mediante este análisis se busca el conjunto de variables homogéneas a la hora de diferenciar a los pacientes. Esta técnica se puede utilizar para la selección de variables, representación de individuos y variables, y para la obtención de variables continuas a partir de la información de las variables cualitativas analizadas. Además, permitió reducir el número de categorías cuando su comportamiento fue similar en relación a su aparición en los pacientes. Aplicando HOMALS se consigue la representación de los individuos y de las categorías de las distintas variables en un mismo espacio. De este modo las proximidades o alejamientos de los puntos nos permiten describir similitudes o diferencias entre los individuos y la estructura de relaciones de variables, de forma que los puntos de las categorías de una misma variable que estén próximos nos indican que el comportamiento es similar. Por último, podemos diferenciar los individuos a partir de las coordenadas obtenidas sobre los factores. Estos factores están definidos por las categorías de las variables cualitativas.

Para la identificación más objetiva de grupos de pacientes en la representación de HOMALS se aplicó una técnica *cluster* (método de Ward) a partir de las coordenadas de los individuos en las dimensiones elegidas del análisis de homogeneidad.

Los niveles de significación establecidos son los habituales en el ámbito biosanitario $\alpha=0,05$ y $\alpha=0,01$.

El paquete estadístico usado en el análisis de los datos es SPSS 21.

5. RESULTADOS

En la siguiente tabla se recogen las características generales de la muestra estudiada, incluyendo el país de procedencia, edad, sexo, patología (extraída de la historia clínica y, en caso de no estar disponible, del propio paciente), tiempo desde el inicio de los síntomas, si habían recibido tratamiento quirúrgico y cuántos de ellos habían respondido a la entrevista semiestructurada (Tabla 1).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA: ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

EDAD	SEXO	PATOLOGIA	TIEMPO DIAGNOSTICO (meses)	TRATAMIENTO INDICADO (cirugía)	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
43	Masculino	Lumbalgia	300	No quirúrgico	Sí
75	Masculino	Lumbalgia	240	Quirúrgico	Sí
64	Femenino	Lumbalgia + Osteoartritis Lumbar	168	No quirúrgico	Sí
55	Femenino	Lumbalgia	420	Quirúrgico	Sí
74	Masculino	Estenosis de Canal	240	No quirúrgico	Sí
71	Femenino	Ciatalgia	60	Quirúrgico	Sí
36	Masculino	Lumbalgia	36	Quirúrgico	Sí
67	Femenino	Discopatía Lumbar	300	Quirúrgico	Sí
30	Femenino	Ciatalgia	108	No quirúrgico	Sí
47	Femenino	Discopatía Lumbar	72	No quirúrgico	Sí
64	Femenino	Discopatía Lumbar	240	No quirúrgico	Sí
54	Femenino	Estenosis de Canal	180	Quirúrgico	Sí
50	Femenino	Lumbalgia	120	No quirúrgico	Sí
31	Masculino	Ciatalgia	24	No quirúrgico	Sí
47	Femenino	Lumbalgia	20	No quirúrgico	Sí
22	Masculino	Discopatía Lumbar	18	No quirúrgico	Sí
71	Masculino	Ciatalgia + Osteoartritis Lumbar	84	No quirúrgico	Sí
46	Masculino	Lumbalgia	72	No quirúrgico	Sí
52	Masculino	Espondilolistesis	240	Quirúrgico	Sí
48	Masculino	Discopatía Lumbar	60	No quirúrgico	Sí
50	Femenino	Lumbalgia	36	Quirúrgico	Sí
52	Femenino	Discopatía Lumbar	84	Quirúrgico	Sí
50	Masculino	Discopatía Lumbar	36	No quirúrgico	No
62	Masculino	Lumbalgia	60	Quirúrgico	No
43	Femenino	Discopatía Lumbar	72	Quirúrgico	No
46	Femenino	Osteoartritis Lumbar	180	Quirúrgico	No
40	Femenino	Ciatalgia	12	No quirúrgico	No
48	Masculino	Discopatía Lumbar	96	No quirúrgico	No
50	Masculino	Lumbalgia + Osteoartritis Lumbar	120	Quirúrgico	No
46	Femenino	Ciatalgia	24	Quirúrgico	No
64	Masculino	Discopatía Lumbar	180	No quirúrgico	Sí
55	Masculino	Discopatía Lumbar + Osteoartritis Lumbar	144	No quirúrgico	Sí
54	Femenino	Osteoartritis lumbar	108	Quirúrgico	Sí

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA: ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

55	Femenino	Discopatía Lumbar	120	Quirúrgico	Sí
58	Femenino	Osteoartritis lumbar	180	No quirúrgico	Sí
50	Femenino	Osteoartritis lumbar	240	No quirúrgico	Sí
54	Femenino	Discopatía Lumbar + Osteoartritis Lumbar	420	Quirúrgico	Sí
52	Femenino	Ciatalgia	96	No quirúrgico	Sí
44	Femenino	Lumbalgia	24	No quirúrgico	Sí
73	Femenino	Osteoartritis lumbar	300	No quirúrgico	Sí
36	Femenino	Lumbalgia	84	Quirúrgico	Sí
34	Masculino	Lumbalgia	124	Quirúrgico	Sí
28	Femenino	Lumbalgia	15	No quirúrgico	Sí
51	Femenino	Lumbalgia	120	Quirúrgico	Sí
33	Femenino	Lumbalgia	12	No quirúrgico	Sí
31	Femenino	Lumbalgia	36	Quirúrgico	Sí
55	Masculino	Ciatalgia	18	No quirúrgico	Sí
57	Masculino	Lumbalgia + Osteoartritis Lumbar	180	No quirúrgico	Sí
62	Masculino	Discopatía Lumbar	180	Quirúrgico	Sí
47	Masculino	Discopatía Lumbar	144	Quirúrgico	Sí
62	Masculino	Discopatía Lumbar	36	Quirúrgico	Sí
49	Masculino	Ciatalgia	12	No quirúrgico	Sí
47	Masculino	Discopatía Lumbar	30	No quirúrgico	Sí
46	Masculino	Lumbalgia	84	Quirúrgico	Sí
47	Femenino	Ciatalgia	60	No quirúrgico	No
42	Femenino	Discopatía Lumbar		Quirúrgico	No
63	Masculino	Discopatía Lumbar + Osteoartritis lumbar	240	Quirúrgico	No
51	Masculino	Discopatía Lumbar	96	Quirúrgico	No
48	Femenino	Ciatalgia	180	No quirúrgico	No
43	Femenino	Ciatalgia	108	No quirúrgico	No

Tabla 1: Características generales de la población de estudio.

PE: español; PB: brasileño; los pacientes diagnosticados con lumbalgia carecían de otro diagnóstico anatomopatológico.

5.1. RESULTADOS CUALITATIVOS

El análisis y la extracción de resultados de la entrevista cualitativa se desarrollaron de forma simultánea a la recogida de la información, lo que permitió mejorar la entrevista semiestructurada, detectar redundancias, vacíos de contenido y, finalmente, estimar la saturación de las respuestas y el tamaño muestral.

En total se han realizado 46 entrevistas, de las cuales 24 fueron pacientes brasileños y 22 pacientes españoles. El tiempo de las entrevistas fue de 653 minutos (10 horas y 53 minutos) para las entrevistas realizadas en Brasil, y 350 minutos (5 horas y 50 minutos) para las realizadas en España. El tiempo establecido en la entrevista es el tiempo que pasa desde el comienzo hasta la finalización formal del encuentro entre el entrevistado y el investigador.

El análisis de contenido permitió extraer información clara, precisa, sin la injerencia de un tratamiento previo o posterior, ni el sometimiento al corsé de un cuestionario validado de carácter cuantitativo. Este planteamiento sirvió para realizar inferencias contextuales, ineludibles en los objetivos del estudio.

La categorización de los contenidos permitió identificar 890 unidades de significado, clasificadas en 3 categorías y 12 subcategorías (Tabla 2).

TEMA	SUBTEMA
El DLC introspectivo (experiencia personal)	Dolor Discapacidad y calidad de vida Estado de ánimo Características intrínsecas Sueño Creencia religiosa
El DLC extrospectivo (influencia del entorno)	Sanitarias No sanitarias
El DLC como experiencia condicionable (el paciente reflexionando más allá del paciente)	Geografía Sexo Creencia religiosa Economía Educación

Tabla 2: Categorías/temas y subcategorías/subtemas.

A continuación serán expuestos los resultados más destacados de cada una de las categorías y subcategorías, con las unidades de significado más repetidas y aquellas que permitieron una mejor percepción de las características descritas por el paciente en cada caso.

No podemos iniciar esta exposición y análisis de resultados sin constatar la enorme dificultad que tuvieron los investigadores a la hora de clasificar las expresiones de los pacientes en función de las categorías y subcategorías, pues se mezclaron de manera constante unas con

otras en las respuestas de los pacientes. Así, la vivencia interior del paciente se relacionaba con su entorno, y éste era relacionado con el cómo se entiende el dolor a nivel sociocultural, en una misma respuesta y, en ocasiones, en una misma frase. Valga un ejemplo, que será analizado en la Caracterización del Dolor introspectivo, como muestra.

*PE4: Pues porque yo tengo una dificultad bastante seria, entonces como me han operado de pequeña desconfiaba en estar en mano de esa gente, y me hablaron del doctor xxxxx. Entonces como que me ha dado seguridad, ¡que me ha costado, eh! Pues tengo, se cayó mi madre que operó él, pues entonces que a raíz de eso la tuve que ayudar y eso es que forcé muchísimo la espalda... y entonces me dio un dolor muy fuerte que me **entumeció** toda la pierna así abajo y aguanté. Entonces por las mañanas era horroroso levantarme, y resulta que ahora se conoce que por andar mal de estar mal me ha repercutido también en las cervicales. Entonces yo busco mis posiciones para consolarme para relajarme bien y que se me pase el dolor pero es que tengo momentos.... lo que pasa es que soy muy fuerte y el pie derecho se me ha fastidiado a raíz de eso, me despierto por las noches con él **encorchado**.*

Tal fue el debate entre los investigadores a la hora de intentar categorizar los contenidos, que en múltiples casos desistimos de llevarla a cabo, entendiendo que esta mezcla, ya debía ser analizada como un resultado en sí mismo. Es decir, es destacable que la experiencia del DLC supone un continuo, que invade todas las esferas de la vida del paciente, relacionando, condicionando y sometiendo al dolor crónico, ámbitos que difícilmente en su ausencia habrían sido relacionados, y aún menos de una forma tan concreta, en la mayoría de los casos negativa, como lo hace el DLC (sueño, vida familiar, creencia religiosa,...). Se

convirtió, por tanto, esta integración del DLC en la vida del paciente, en uno de los resultados principales del presente estudio.

5.1.1. EL DOLOR INTROSPECTIVO (experiencia personal)

En muchos casos, la vivencia del DLC ha supuesto el inicio de una nueva vida, *polarizada y focalizada* en el dolor, donde aparecen nuevas etapas cronológicamente dispuestas en torno al dolor. Estos dos conceptos se antojan fundamentales para el paciente con DLC. Por un lado, la polarización provoca que la vida del paciente tenga un nuevo ojo del huracán, no deseado, incómodo, involuntario y, sobre todo constante. Cualquiera podemos entender este concepto de polarización en nuestras vidas, como ocurre con la llegada de un hijo en la familia, a partir de la cual “todo” gira en torno a ese bebé (la habitación, la ropa, la vida social,...). En el caso del DLC, ese polo “negativiza” la vida del paciente. Por otro, la focalización determina que la atención del paciente no es sólo llamada por la existencia del dolor, sino que obliga, ausente o presente, a darle atención. Siguiendo con el símil de la llegada del bebé a la familia, si el bebé llora, el mundo se para, pues hay que atenderle. Si existe miedo de que esté enfermo o enfermado, el bebé capta toda nuestra atención, relegando o eclipsando cualquier otro foco de atención. Pero incluso cuando el bebé se encuentra bien la actividad habitual se realiza pensando o en función del propio bebé (hora, longitud, itinerario del paseo, momento de ir a la compra, tipo de compra, gastos añadidos,...). De esta forma, el dolor obliga al sujeto a enfocar su atención en el dolor.

En esta nueva vida, adquieren una importancia capital los tratamientos, las decisiones relacionadas con la enfermedad (operar o no, hacer un esfuerzo económico con otros profesionales, volver a trabajar,...), cómo la enfermedad se introduce en diferentes áreas de la vida del paciente, la forma de expresar el dolor,...

Caracterización del dolor

A pesar de que la característica temporal para clasificar el dolor lumbar como crónico es de entre 3 y 6 meses, la mayor parte de los pacientes relataron un extenso y complicado proceso, con características y descripciones relevantes, como las constantes referencias al dolor como una cuestión física (Budó et al., 2007), común a otros dolores, y los vinculados a su actividad laboral.

PB1: Procurei o médico porque comecei a sentir dor na coluna, comecei a sentir dor e procurei o médico. Na época que comecei a procurar o médico então era uns 15 anos e foi difícil achar que era hérnia de disco, falaram que era desvio de coluna e assim sabe, falaram que eu não tinha nada, que eu só tinha desvio de coluna e fazia o raio-x, e nunca dava... e aí até que um dia fui em Campinas na UNICAMP (Universidade de Campinas) e aí uma médica de lá que descobriu que eu tinha problema de hérnia de disco. Daí ela olha lá e disse “uma que o senhor tem uma perna mais curto que a outra e tá com hérnia de disco”. Eu fiquei em tratamento, fui procurar médico aqui mesmo e acabei largando a UNICAMP e vindo pra um médico aqui de São Carlos e esse médico daqui disse que era hérnia, que tenho duas hérnias na 4 e 5 [L4 e L5] e achava que o certo pra mim era só cirurgia que já tava avançado e que

*era só cirurgia que ia resolver meu problema. Mas como eu tenho problema de diabetes eu não quis arriscar cirurgia porque eu fui fazer uma cirurgia, para corrigir minha visão e eu fiquei muita mal na cirurgia, então eu fiquei com medo e não quis fazer. E eu tô sofrendo, mas sofrendo legal faz uns 8 anos... só que agora que tá **apertando mais**, cada dia que passa... eu fico muito nervoso por causa dessa dor e eu acho que ataca até minha vista, me falta ar e eu ando meio quarteirão eu tenho que sentar em qualquer lugar se não eu “perco as pernas” não consigo ficar de pé.*

PB2: Desde 2000 mais ou menos, eu venho sofrendo de problema na coluna. Só que é assim, como eu trabalhava eu fiquei com receio de procurar um médico e a firma me mandar embora, aqui acontece direto isso, então eu fui sofrendo e sofrendo. Daí quando a firma parou que eu consegui me aposentar, daí eu fui procurar o médico. Aí ele descobriu os problemas que eu tinha na coluna. Desde a primeira vez, eu comecei em 2002, já descobriu que eu tinha duas hérnias de disco, uma na coluna lombar e outra na cervical, tenho desgaste na coluna, bico de papagaio. No começo eu fiz umas 80 sessões de fisioterapia mais ou menos e tomando remédio pra tentar melhorar e na verdade não tem cura né, mas era pra aliviar. E foi indo até que agora em 2011 o médico resolveu fazer uma cirurgia e eu to aguardando.

PB11: Muito tempo atrás comecei com muita dor nas costas bem aqui (tocava a região lombar) procurei um medico e ele me dava umas injeções e melhorava um pouco. Mas logo começou aumentar a dor e meu marido quis me levar em outro medico. Ele me fez vários exames de raio-X, ressonância magnética e foi onde descobriu que tinha uma vértebra quebrada e hérnias de disco, tudo isso foi antes de 2002. Em 2002 comecei a fazer fisioterapia e não parei mais. Eu tinha melhorado bastante nestes tempos mais desde dezembro pra cá eu estou cada vez pior. Me dói muito as costas e baixa para a perna e chega até no pé direito e

*tenho muito **formigamento** nessa parte aqui da perna (mostrava a região da perna direita). Quando o medico viu a radiografia ele ficou desanimado e disse que a minha coluna estava “esbagaçada” que era como se estivesse no liquidificador, que não gostava de falar isso, mas era como tava mesmo, e disse que não tinha que fazer nada naquele momento. Agora faz um tempinho passei por outros exames com o doutor xxxx e ele disse também que não tem jeito. Mostrei para minha fisioterapeuta e ela disse que minha coluna esta igualzinha há 10 anos e que é complicado.*

PB6: Ah sim! Trabalhei bastante na roça. Cortei muita cana. Então eu acho que é disso daí né. Trabalhei uns 15 anos na roça e então você pode imaginar né... era um serviço forçado.

PB19: O meu problema de coluna foi da cerâmica, veio daí. Eu trabalhei 12 anos ali e era um serviço muito pesado.

PB24: Quando esforço muito né, que nem hoje é por causa de passar roupa. São poucas pessoas em casa mais eu fiquei quase 3 horas de pé passando roupa e essa semana foi puxada e fiz de tudo... e é também por causa do rodo a vassoura, tenho que fregar o quintal. Tem vez que não dá nem pra ficar muito tempo em pé, nem muito tempo sentada, nem muito tempo deitada tem que movimentar se não ela dói... depende do dia, da semana se me esforço muito e a dorzinha não sai daí.

*PE12: (descripción) **Como si tuviera un cuerpo...** noto como si tuviera algo ahí extraño como **sensaciones raras**, pero no es un dolor es la sensación de que te vas mover y te va doler.*

PE4: Pues porque yo tengo una dificultad bastante seria, entonces como me han operado de pequeña desconfiaba en estar en mano de esa gente, y me hablaron del doctor xxxxx. Entonces como que me ha dado seguridad, ¡que me ha costado, eh! Pues tengo, se cayó

*mi madre, que operó él, pues entonces que a raíz de eso la tuve que ayudar y eso es que forcé muchísimo la espalda... y entonces me dio un dolor muy fuerte que me **entumeció** toda la pierna así abajo y aguanté. Entonces por las mañanas era horroroso levantarme, y resulta que ahora se conoce que por andar mal de estar mal me ha repercutido también en las cervicales. Entonces yo busco mis posiciones para consolarme para relajarme bien y que se me pase el dolor pero es que tengo momentos.... lo que pasa es que soy muy fuerte y el pie derecho se me ha fastidiado a raíz de eso, me despierto por las noches con él **encorchado**.*

*PE13: (descripción) Hay veces que son unos **pinchazos** que como si te clavara una aguja que no te puedes ni mover. Otras veces es un **malestar** pero al hacer algo es que... es **rabioso** como yo digo, parece **que te come**.*

PE14: Yo creo que está vinculado por el trabajo, porque es maquinaria pesada de montaña y... tiene mucha vibración y tal... yo achaco a eso.

*(descripción) La verdad lo que tengo ahora es tipo pinchazo el dolor que tenía antes es como si me **apuñalara**. Un tiempo atrás ya te digo, ha tenido que llevarme la ambulancia porque no podía moverme ni parar de llorar... es que no paraba de llorar y me inyectaron.*

PE17: La primera vez que me dio en mi vida yo tenía unos 15 años, o sea, llevo unos 7 años ahora, y por ejemplo en los últimos años se ha ido incrementando cuando hay cambios de tiempo o cuando... cuando pasan cosas raras con el tiempo, por ejemplo que se pone a llover o eso, me suele dar, o cambios de estaciones que se van a producir o incluso los cambios de horarios me suele dar.

*(descripción) Pues es un **dolor muy curioso** porque, es toda la zona lumbar y sobretodo la pierna derecha y es como si me entrase un hormiguelo, como si por dentro tuvieras como un **cable** y te **diera un calambre** como si te pillara algún nervio, te pinzaran*

*algo... yo asimilo que son corrientes eléctricas en la pierna por dentro pero que, uff... molesta mucho, no es un dolor que digas "joé como me duele", es un dolor que digas... es un dolor tan **rabioso** que te da ganas de llorar que... no es un dolor que me duele muchísimo, que es **como una herida**, no no, es un **dolor nervioso** que, es un dolor que constantemente te está atacando, te pones tenso, te irritas, estás más irritable, estas más susceptible a cualquier cosa.*

*PE18: Yo creo que dolor, pero es un **dolor que causa molestias**. Ahora mismo estoy sentado y en el punto de las vértebras que tengo desplazadas me duele y no estoy haciendo ningún esfuerzo.*

*En la vertebra punzada y cuando estoy andando o de pie es que me baja un dolor en la pierna y sí que lo defino **como un encorchamiento, un hormigueo dormido y está dormido**, la pierna izquierda fundamentalmente.*

*Para ser sincera, me he acostumbrado con el dolor de la espalda. Sé que es un dolor constante y sé que hay dolores mayores y mucho más mayores de lo que tengo. Lo que pasa es que es un dolor constante, es una escala media, según el momento. Cuando me levanto por las mañanas y estuve acostada boca arriba, el dolor que siento al levantarme es un dolor alto y yo necesito agarrarme a la pared o en una cómoda alta que ir poniéndome recta en la espalda. Tengo variaciones según el momento, si he andado mucho pues la pierna se me queda dormida totalmente y necesito agacharme para que la espalda cambie de posición. Entonces **es muy variable**.*

PE21: (características personales) Sí. Pues es que soy profesor de equitación y estoy siempre en el coche y trabajo.

Como hemos podido comprobar, cabe destacar la heterogeneidad de la descripción de las múltiples dimensiones a las que los pacientes se refirieron cuando describían su experiencia dolorosa. A pesar de que todos los pacientes experimentaban un tipo de dolor comúnmente definido, como el DLC (musculoesquelético y no cancerígeno o infeccioso), diferente en cualidad al de otros dolores crónicos (Jensen, Johnson, Gertz, Galer y Gammaitoni, 2013), tanto las características vinculadas con el propio dolor, como su influencia en el comportamiento del individuo resultaron diversos. Tal es así, que hubo pacientes que tuvieron dificultad a la hora de describir su dolor, siendo habituales los silencios, las dudas, y expresiones del tipo: (PB24) *Ai é que está o problema, que nem sei o que falar,... eu entendo que a senhora não me entenda, porque as vezes eu não entendo o que acontece comigo...* (PE12) *No sé, no sé,... cómo te diría,... es como si fuera, no sabría decirte...* El dolor crónico se ha convertido, en muchos casos, en un verdadero *misterio* para el propio paciente, que no alcanza a ser comprendido, y aún menos trasladado suficiente y/o adecuadamente a palabras (Dudgeon et al., 2002). Incluso, en dos casos concretos (una mujer brasileña y otra española), la dificultad en trasladar la vivencia en palabras generó *angustia* en los pacientes, circunstancia referenciada previamente en pacientes de Unidad del Dolor españoles (Sáez del Castillo González, 2013). No podemos dejar de vincular estas indefiniciones con la expresión de Le Breton (1999): “El dolor es un fracaso del lenguaje”. Y en este caso añadiríamos, que puede aprisionar y angustiar al sujeto ante algo que sufre, pero desconoce sus magnitudes y no es capaz de delimitar, entender ni hacer entender.

Los pacientes han relacionado de manera directa otros procesos patológicos a su DLC, lo que, interpretando las palabras de los pacientes, haría que su dolor aumentase la morbilidad

de otras patologías, como la depresión, relacionadas siempre con el trasfondo del DLC (Sáez del Castillo González, 2013). De hecho, hay una *prima facie* de aceptar que la depresión de los pacientes con dolor crónico es congruente con sus experiencias de vida y los sentimientos de descrédito (Roy, 2001).

La expresión de la *comorbilidad*, agrava, de forma exponencial, tanto la polarización (el dolor atrae todas las esferas de la vida) como la focalización (el dolor centra la vida del paciente), ya no sólo en el DLC, sino en sus consecuencias patológicas (o patologías concomitantes) en la visión del paciente. Es, ahora, el dolor, la causa de “todo”.

*PB1: (sinto) dor e dessa dor me traz um desconforto traz um tipo de um sufoco que parece... hoje já me junta tudo até me dá **problema emocional!***

*...eu fico muito nervoso por causa dessa dor e eu acho **que ataca até minha vista**, me falta ar e eu ando meio quarteirão eu tenho que sentar em qualquer lugar se não eu “perco as pernas” não consigo ficar de pé.*

*PB3: A dor que eu tenho eu acho que **aumentou com a depressão**. Faz nove anos que eu fiquei muito depressiva. Não comia, não bebia, não dormia, emagreci muito, foi tudo na época da minha separação e com a depressão aumentou muito.*

*PE5: Es que el canal de columna está muy estrecho, entonces **no baja bien este líquido**, y necesitaré operar, dijo el doctor.*

PE17: Sí, he pasado por todo, me han hecho... creo que se llama Resonancia Cerebral o un TAC. Me han hecho de todo para ver si estaba todo en orden, si no era nada próximo del cerebro, entonces me hicieron también una resonancia magnética de la columna vertebral y

*ahora, después de todo, el doctor me ha dicho que **tengo la última vértebra aplastada...** entonces ese es el motivo del dolor.*

De hecho, vinculado a la angustia, nace una sensación o padecimiento de *miedo*, a no saber qué y/o por qué le ocurre, a no recuperarse, al tratamiento (cirugía), al aislamiento, a perder el trabajo, que colapsa y complica su situación clínica, acabando en formar parte del bucle de dicha situación clínica, trasladándose a su entorno más próximo (familia y amigos) como explicaremos más adelante.

Los vínculos entre el dolor crónico y sensaciones como el miedo, la ansiedad, o el exceso de atención hacia el dolor han sido expresamente descritos (Dudgeon et al., 2002), incluso como factores causales o predisponentes del dolor crónico (Pruimboom y van Dam, 2007). Si bien nuestro diseño transversal no permite ni tiene como objetivo la determinación de relaciones causales, sí ha permitido identificar el miedo como un factor relevante y presente en los pacientes, que se acompañó, en el momento de trasladarse a la expresión oral, de expresiones faciales y corporales concretas: mayor apertura de ojos, cambios posturales, contracción en garra de las manos,..., incluso una paciente llegó a agarrar el antebrazo de la entrevistadora. De hecho, los disturbios psicoemocionales son una constante en la vivencia del dolor crónico, siendo el DLC una de las dolencias crónicas más próximas a situaciones psiquiátricas extremas como es la tendencia al suicidio (Ilgen et al., 2013). Por ello, aunque algunos pacientes son conscientes que su DLC no es una enfermedad con riesgo vital *per se*, las comorbilidades no deben ser *pasadas por alto* en la evaluación del paciente, pues el riesgo de patologías con consecuencias graves está presente, de manera especialmente intensa, en el

DLC, como se ha mostrado con metodologías cualitativas en conversación directa con el paciente (Abyholm y Hjortdahl, 1999).

*PB1: Desde 2000 mais ou menos, eu venho sofrendo de problema na coluna. Só que é assim, como eu trabalhava eu **fiquei com receio** de procurar um médico e a firma (empresa) me mandar embora. Aqui acontece direto isso, então eu fui sofrendo e sofrendo.*

***Morro de medo** porque a idade vai chegando e tudo fica mais difícil (começa chorar) e tenho medo de piorar. Minha mãe tinha a postura estilizada, sabe que te digo?!, era perfeita e eu adorava ver ela caminhando e agora ela ta tendo que usar um colete, mas é diferente do meu é um que tem um ferro aqui na frente porque ela encurvou para frente e ele é horrível. E eu **tenho muito medo** de ter que um dia usar um desse... mas se Deus quiser eu não vou precisar. Minha nora até me deu outro mais eu não me acostumei e voltei a usar o que o SUS me deu. O médico disse que tenho que usar pouco porque o corpo fica mole e até tentei mais começou a doer tanto minha barriga e percebi que era falta do colete e voltei a usar e melhorou.*

*PB7: Nenhuma... ah, porque todos os médicos que eu fui já me falaram que não tem cura que a cura é a operação mas eu **não quero me operar que eu tenho medo**.*

*PE18: **tengo miedo a que me dé de nuevo (el dolor) y no recupere el 100%**.*

El paso por diferentes *tipos de tratamiento*, como la cirugía, el tratamiento fisioterápico/rehabilitador o el farmacológico, y un largo peregrinar por profesionales y pruebas diagnósticas, a pesar de su cuestionable utilidad (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA

SOCIAL E IGUALDAD, 2011), han pesado en el comportamiento y la percepción del paciente ante su dolor, expresando sensaciones como la resignación, la angustia, la dependencia,...

*PB2: No começo eu fiz umas **80 sessões de fisioterapia** mais ou menos e tomando remédio pra tentar melhorar e na verdade não tem cura né?, mas era pra aliviar. E foi indo até que agora em 2011 o médico resolveu fazer uma **cirurgia** e eu to aguardando.*

*PB11: Muito tempo atrás comecei com muita dor nas costas bem aqui (tocava a região lombar) procurei um medico e ele me dava umas **injeções** e melhorava um pouco. Mas logo começou aumentar a dor e meu marido quis me levar em outro medico. Ele me fez **vários exames** de raio-x, ressonância magnética e foi onde descobriu que tinha uma vértebra quebrada e hérnias de disco, tudo isso foi antes de 2002. Em 2002 comecei a fazer **fisioterapia** e não parei mais.*

*PB17: Eu tenho uns bicos de papagaio e tenho muita dor e dificuldade de trabalhar. Eu procurei o medico por causa da dor lombar há muito tempo e ele detectou que eu tenho bico de papagaio, mas eu fiquei muito depressiva faz uns 9 anos e tomei **vários tipos de remédio**. Mas hoje em dia só tomo um remédio para dormir... é um remédio, assim que... é uma droga né, que você não consegue se livrar dele e sem ele não durmo e as dores continua.*

*PB20 Essa pergunta é meio difícil, porque quando o médico resolveu fazer essa **cirurgia**, eu até comentei agora há pouco com minha mulher, eu tava tão animado e penava “puxa vida, graças a Deus eu consegui... pelo menos eu vou passar por um processo que a tendência é me ajudar e aliviar um pouco esse **sofrimento**”. Daí você vai lá e começa essa **enrolação** e passa de um médico pro outro e a gente já começa **ficar preocupado**, eu já não*

*durmo mais direito, aonde eu to eu fico pensando nisso aí... então vai tirando aquela vontade, aquela certeza... então vai começando a desanimar um pouco e **perder a esperança**.*

*PE5: Son **varios, antiinflamatorios y analgésicos**. La Lyrica porque me lo dijeron que va bien para el dolor lumbar. Tomo un protector para el estómago, para el colesterol y un calmante.*

*PE4: (tratamiento previo) Nada, nada, nada, nada. **Fisioterapia** estuve porque tengo Sanitas y me daban eso de corrientes, pero nada y estaba cansada ya y dije o eso tarda mucho o que no me hace nada y dijo: “pues es que eso es con el tiempo”, y dije “pues es que no veo nada y voy dejarlo que estamos perdiendo tiempo”... pues lo que estaba mejor era un masaje y no lo hacen porque conlleva bastante tiempo. Pues yo iba a empezar eso ahora, pero eso vale un dinerito. Si hubiéramos recibido un tratamiento adecuado y fortaleciendo los músculos no tendríamos esas secuelas ahora y punto pelota. Pero también me toca ahora la fase de la menopausia y yo reconozco que tengo más debilidad, que voy perdiendo fuerza.*

(antecedentes) He tenido pues un brote psicótico por “monocito de carbono” porque no respiraba bien, con la dificultad respiratoria que tengo, entonces tuve tres brotes psicóticos y luego encima, estuve en coma tres días porque me pusieron una medicación que me mandaron casi pa’otra casa. Pues claro, como no sabían el problema que tenía yo, hasta que me ingresaran y vieron que el problema que tenía yo era del monocito de carbono y entonces ahora me han puesto una máquina y ya no tengo tratamiento ni nada.

*(cirugía) Sí sí, de pequeña todo. **Me operaron** en la columna, **me operaron** de las dos caderas, después **me operaron** otra vez de la columna y de los pies. Luego en Madrid ya es cuando me hicieron más **dos operaciones en la espalda** y me pusieran injertos de la tibia de las dos piernas, tuvieron que hacer una operación bien buena porque yo tenía 180° grados, tenía*

*doble S y tuvieron que hacer dos en una. Y hace 6 años me dieron eso, un tratamiento **para la depresión** y me dejaba paralizada, entonces me caí y me rompí la rótula y el peroné.*

*PE13: (tratamientos previos) **He estado haciendo bastantes**, pero ahora no se ha acabado. Pues me han hecho un **bloqueo medular**, he ido a la **rehabilitación**, un **fisio** y me han **inyectado CO²**.*

*PE14: Me mandaron a la **rehabilitación con un fisioterapeuta y medicación**... ya llevo bastante tiempo con eso. Desde junio me recetaran un **antiinflamatorio y un ibuprofeno**... **relajante muscular y antiinflamatorio**. Con la fisioterapia bien he encontrado mejoría pero vamos, algún día puntual que siento alguna cosita hay, pero vamos...*

Uno de los objetivos principales del presente estudio es la identificación de factores diferenciadores entre población brasileña y española, por lo que en cada ítem será dedicado un apartado específico a dicha información. En este caso, dentro de la descripción del dolor, son los españoles los que describen de manera más profusa el dolor, con términos más concretos y agresivos (*puñalada, que te come, rabioso, herida...*), mientras los pacientes brasileños expresan sus descripciones de forma más apoyada en las situaciones en las que se evidencia o relaciona el dolor (trabajo físico, actividades laborales en casa,...).

Por otro lado, los pacientes brasileños se mostraron más positivos respecto a su proceso. Aunque el tono vocal de los pacientes no es expresable en texto, la investigadora que realizó las entrevistas destaca este comportamiento como característico. Incluso aquellos pacientes brasileños que, por su peor condición clínica, son conscientes de que no recuperarán su situación previa al dolor, mostraron una tendencia a la felicidad y eran conscientes de que ese enfoque les beneficiaba.

*PB3: e eu acho que o bom é **um pouco de alegria que tenho eu dô risada de tudo até dos meus problemas, das minhas dificuldades e por isso que eu acho que não estou pior. Isso eu acho que é importe.***

*PB4: Ah, a gente tem que **pensar sempre positivo né, se não complica. Eu sei que não vou melhorar de ficar como antes porque o medico me falou, mas eu sou bem pra cima.***

*PB11: Aí ajuda né... **pensou se eu fosse desanimada, daí tava pior eu acho.***

Asimismo, los pacientes brasileños no tuvieron problema para hablar sobre su dolor (con detalles, como veremos más adelante, incluso vinculados a su actividad sexual), (*PB18: Ah sim, não tenho problema, todo mundo sabe*), mientras que algunos pacientes españoles mostraron reticencias a dar determinados detalles, en ocasiones, *contrapreguntando* si tenían que hablar de todo lo que les ocurría o podían *elegir* qué contar. Esta forma de comportamiento puede denotar, que el paciente español tiene, o bien vergüenza a hablar de determinados temas, o bien temor a poner en palabras su *debilidad* (PE4: *...a nadie le gusta contar sus penas...*), principalmente por miedo al rechazo (PE4: *...a nadie le gusta escuchar penas...; La gente enseguida se cansa de oírte*), denotando un claro componente sociocultural diferenciador entre ambas poblaciones.

Finalmente, la relación con el trabajo es constante en ambos grupos, pero los pacientes brasileños intensifican la relación por haber realizado trabajos más físicos, mientras que los españoles tienden a ver la causa de su dolor de forma diferente, con quejas provenientes de la práctica de actividad física intensa y voluntaria.

*PB6: Ah sim! **Trabalhei bastante na roça** cortei muita cana, então eu acho que é disso daí né. Trabalhei uns 15 anos na roça e então você pode imaginar né... era um serviço forçado.*

PB19: O meu problema de coluna foi da cerâmica, veio daí. Eu trabalhei 12 anos ali e era um serviço muito pesado.

PE2: (características personales) No, no tiene nada que ver una cosa con la otra.

*PE10: (características personales) No, ha sido porque me recomendaron hacer Pilates para las dorsales y para el cuello porque tengo muchas contracturas. Llevaba tres años **haciendo Pilates y había un ejercicio que no me salía** y la profesora decía “inténtalo que es muy relajante”, y cuanto más lo intentaba más daño me hacía hasta que un día me he hecho daño del todo. También a lo mejor ya tenía daño de antes, de coger a los niños cuando eran pequeños, la postura de estar sentada no lo sé.*

Esta diferenciación poblacional merece una atención más precisa, pues nuestros hallazgos se encuentran ligeramente en contra de lo descrito en la literatura del área. De hecho, a pesar de que son los brasileños quienes relacionan más su dolor con el trabajo, no parece que lo hagan por motivos de *ganancia secundaria* (beneficios y/o recursos que pueden obtenerse de encontrarse enfermo/discapacitado por motivo de dicha situación), pues las indemnizaciones y/o compensaciones por patología laboral son muy inferiores (en algunos casos inexistentes) en Brasil que en España. Este vínculo entre patología y ganancia secundaria ha sido descrito en la patología crónica (Dersh, Polatin, Leeman y Gatchel, 2004), y puede llegar a crear problemas que dañan la autoimagen del individuo, generando conflictos con la administración, los superiores, los compañeros,... (Walker, Sofaer y Holloway, 2006).

Discapacidad y Calidad de vida

La comprensión del dolor asociada a la discapacidad puede ayudar a la rehabilitación en sus evaluaciones, intervenciones e investigaciones (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). A pesar de que numerosos trabajos han estudiado las limitaciones que genera el dolor crónico (Glenton, 2003; Osborn y Smith, 2006), la relevancia del estudio de la discapacidad en diferentes poblaciones con la misma patología se fundamenta en que hoy sabemos que son muchos los factores personales, pero también los factores ambientales identificados como posibles determinantes de la discapacidad, pues el dolor es *plural* (Dudgeon et al., 2002). Sin embargo, con respecto a algunos factores contextuales, en particular, los factores ambientales referentes al entorno físico (geográfico), faltan estudios clínicos que investiguen su relevancia en la discapacidad. Este problema se debe a que el modelo biomédico ha sido predominante en los estudios sobre discapacidad en patología musculoesquelética (Weigl, Cieza, Cantista, Reinhardt y Stucki, 2008).

En nuestro estudio, a pesar de que la mayoría de los sujetos expresaron importantes limitaciones en las actividades, lo que les impide hacer una vida que ellos consideraban normal antes de la aparición del dolor, muchos expresan su esfuerzo y sacrificio para hacer, sea como fuera, lo que necesitan o quieren hacer. De hecho, la polarización de la vida en torno al dolor, como hecho recurrente, constante, se evidencia en que, a partir de la existencia del dolor, es el dolor el único parámetro con el que se mide el entorno: *La calidad de vida es buena si el dolor no está* (aunque probablemente antes del dolor podían existir otros factores que también condicionaban la calidad de vida, como el cuidado a familiares, el trabajo excesivo...); *Estoy limitado porque el dolor me impide hacer X actividad* (aunque probablemente antes del dolor

hubiera otros parámetros que impedían o modifican las mismas actividades); *Mi vida es peor porque el dolor está* (aunque existan otras cuestiones que también condicionan su vida). El dolor se vuelve el freno o condicionante principal, como esa señal en el cuadro de mandos del coche, que cada vez que si ilumina nos obliga a centrar nuestra atención en él, a disminuir la marcha o parar el coche, a aguardar que se apague para poder continuar, e, incluso, a, cuando no está presente, recordarnos que no podemos excedernos porque, si vuelve a encenderse, nuevamente nos obligará a frenar. Tal es así, que resulta difícil, tanto para el paciente, como para el sanitario, deslindar las características descriptivas del dolor, de las causas, de las consecuencias, de los condicionantes, pues el DLC los ha transformado en un bloque común, donde unas características se mezclan y formar parte de otras. Es más, el manejo que el paciente tiene de su dolor crónico, al medirse en función de sus capacidades, acaba dando mayor importancia a las propias capacidades que al dolor en sí (Dudgeon et al., 2002), pudiendo aportar características no deseadas, como que el deseo de mantener estilos de vida considerados normales antes de la aparición del dolor sean la base del uso de estrategias de afrontamiento que llegan a exacerbar la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor (Miles, Curran, Pearce y Allan, 2005). En ocasiones, estas circunstancias obligan al paciente a *racionalizar* el dolor, dividiendo el mismo en *dolor esperado* y *dolor no esperado*. Este baremo de medir el dolor tiene dos implicaciones importantes. En primer lugar, normaliza el dolor, por ser estable, por ser cotidiano, por no tener riesgo vital,... En segundo lugar, hace que, cuando una circunstancia (movimiento, actividad,...) que no debiera generar dolor, lo acaba generando, provoca una disrupción mayor que el dolor continuo o habitual, teóricamente esperado (Dudgeon et al., 2002).

Por tanto, las limitaciones y la calidad de vida se vuelven una de las esferas más evidentes de la polarización que genera el DLC, situándose en el centro de la órbita en la vida del paciente. Podríamos decir, por lo tanto, que además de que el dolor se describe en relación a las limitaciones que provoca (Miles et al., 2005), hoy, su dolor *es* sus limitaciones, su dolor *es* su pérdida de calidad de vida, su dolor *es* la vara de medir lo que puede y no puede hacer, su dolor *es* lo negativo.

PB1: A gente fica mais preso eu não posso andar, eu não posso trabalhar, eu não posso que ta mais perto, eu não posso nada e eu fico preso numa coisa que não era pra eu ficar né. Eu quero ir a tal lugar, mas eu não consigo ir, vamos supor, eu não posso ir num lugar com dor pra eu ir lá e deixar o pessoal mal né.

PB3: Olha... eu gosto muito de sair, de dançar e eu acho que só não tô travada por que eu danço muito e eu adoro dançar, adoro namorar... e eu acho que o bom é um pouco de alegria que tenho eu dô risada de tudo até dos meus problemas, das minhas dificuldades e por isso que eu acho que não estou pior. Isso eu acho que é importe.

PE2: Pues... bastante porque hacía antes muchas. No porque no es necesario que tenga que hacer ningún trabajo... hombre, si es necesario que ponga una lámpara llamo mi hijo. No me incomoda porque comprendo que yo no puedo y dejo esta parte para que la haga él.

PE3: Sí... más que no hacer tengo dificultad para hacer. Debería necesitar pero ellos limpian los cristales como una mierda (risas), pero yo no suelo pedir ayuda. Pues pasar la mopa por ejemplo, mi marido quería pasar, y yo he dicho que no, que la mopa la paso yo. Yo no dejo ni hacer la cama, yo me pongo de rodillas porque si hago de pie luego no me puedo

levantar. Para pasar la mopa me tumbo en el suelo todo lo que puedo y paso por debajo de la cama.

*PE4: (molestias o dolor) Es que cuando siento, siento dolor. Pero luego después de tanto tiempo tú lo haces como tuyo, haces del dolor como si ya aprendes convivir con el dolor... pero luego ya no es el dolor, son las consecuencias que trae... yo con ese dolor ya no puedo andar descalza, no puedo porque si me dobla todo el pie y entonces me duele. Para mí andar calzada es un sufrimiento, los tacones y eso. **Yo he sido de muchos tacones pero ya no, yo me agarro la tierra con los pies pero ahora ya no, ya no puedo, entonces eso para mí ya es una limitación.** Yo antes podría andar por el césped y ahora ya no puedo andar sin bastones, porque se me dobla todo el pie y eso es la raíz de la espalda.*

PE7: (si no recupera al 100%) No, los primeros días piensas que sí pero después ya viendo lo que es, sabes que no... que tardo más en hacer las cosas, pues sí, pero las hago.

*PE17: Sí, ahora me dijo el médico que no podría hacer actividad con bote como el pádel, con raquetas y eso no me incomoda, si me hubiera dicho “no puedes montar en motos”, pues seguramente sí.... supongo que es **una carga psicológica en el momento que imposibilita un factor de tu vida que está presente en tu día a día** como la moto, pero por ejemplo, si dijera “no puedes jugar el futbol”, yo no sé que es jugar al futbol (risas)... **yo pienso que eso es más el factor psicológico que bloquea.***

Aunque pocos pacientes usaban ayudas técnicas en el momento de la entrevista, algunos ya las habían usado y otros pensaban o temían que tuvieran que usarlas en algún momento. En ambos casos, aquellos pacientes que sentían próxima la utilización de este tipo de elementos, mostraron su desazón ante tal hecho. La necesidad del empleo de ayudas técnicas, supone un

nivel más en la dependencia del paciente (ya no sólo depende de familia/amigos, sino que ahora depende de un objeto), lo que lleva a frustración y sensación de inutilidad.

PB4: Utilizo colete. Sinto-me mal porque é feio e com algumas roupas não posso usar.

PE4: Bastones. Yo en casa ando sin los bastones pero hay veces que tengo que coger porque las lumbares... no puedo ni andar, porque luego después me repercute al pie y me duele. Me incomoda mucho, es una coña hija... es muy incómodo.

PE17: Pues... en la última vez que me dio yo pensé que iba tener que utilizar muleta, porque la pierna cuando me da es como si tuviera calambres, como si tuviera cables que me dieran calambres por dentro y en el momento es lo que me atonta, entonces yo pensé coger hasta muletas y, ¡jope!, ¡pienso que tengo que llevar hasta muletas!

En esta subcategoría, las diferencias entre pacientes españoles y brasileños fueron pocas, si bien la expresión de las discapacidades de los brasileños giró en torno al trabajo, mientras que los españoles relataban también dificultades en actividades de ocio.

*PB24: Quando esforço muito né, que nem hoje é por causa de **passar roupa** são poucas pessoas em casa mais eu fiquei quase 3 horas de pé passando roupa e essa semana foi puxada e fiz de tudo... e é também por causa do rodo a vassoura, tenho que **fregar o quintal**.*

*PE9: (¿Hay alguna actividad que no puede hacer? ¿Necesita ser ayudado? ¿Le incomoda?) Sí, **cosas del ocio**. Ir hacer la compra, porque no puedo coger peso. Necesito de ayuda y me incomoda.*

PE10: (limitaciones actividad) Muchas, no puedo saltar, no puedo correr, no puedo andar de prisa, no puedo nadar, no puedo montar en bici, que me gusta mucho, no puedo hacer ejercicio, que me gusta mucho. Agacharme, muchas cosas doy una patada y cuando venga alguien que ya lo cogerá, y esto me incomoda porque te sientes inútil...ir a la compra traigo una bolsita que pesa poco si tengo que traer peso no puedo. Me tienen que me acompañar.

Además, cabe decir que las formas de expresión de los pacientes españoles estaban acompañadas con más asiduidad de rabia e inconformismo.

PE12: Yo antes era muy activa y ahora no puedo hacer absolutamente nada, pasear y intentar hacer un poco más que la comida y... yo era una de las personas que no paraba. ¡¡¡Y ahora lo único es que pasear, pasear y pasear!!!

Características: Estado de ánimo, Sueño, Creencia religiosa

En el transcurso del tiempo, el deterioro del *estado de ánimo* propio ha resultado una constante en la expresión de los pacientes (de hecho hay pacientes que vinculan no tener dolor con estar animado). Como hemos podido comprobar, en la caracterización del dolor, algunos pacientes incluyen la descripción de su estado de ánimo. Y es que el dolor dificulta en gran medida alcanzar una cierta felicidad. El dolor amenaza el sentimiento de identidad e induce a una renuncia parcial de sí mismo (Le Breton, 1999). La relación entre dolor, estado de ánimo,

limitaciones,... genera un entramado que, más que difícil de desenlazar, es conveniente abordar como un continuo.

*PB10: Eu já tinha dores mais eu não **ficava deprimida pela dor**, mas a dor aumentou muito depois que eu tive essa depressão muito forte. Mas ainda tenho depressão... tem dia que fico muito deprimida e tem que não... é muito relativo e a gente não deixar ela pegar de vez.*

*PE10: (vida diaria) Mucho, todo todo... ahora mismo estoy de baja 8 meses de baja. Yo venía de mi casa andando, porque tardo media hora, ahora tengo que plantearme a ver cómo vengo, en casa pues ahora hago cuatro cosas, no puedo pasar la aspiradora, no me puedo agachar, no puedo hacer las camas y el trabajo ya... no sé, tantas horas sentada no sé. **Me afecta todo en el humor, mi familia esta “a ver qué dices, porque siempre estás enfadada, porque te duele, porque estás mal...”***

Sí, estoy más deprimida.

*PE12: Estoy un poco limitada. **He tenido que empezar a tomar ansiolítico porque me encontraba un poco depresiva.***

*PE16: **Sí me afecta, el cambio de humor... muchísimo.** Bueno, yo seguía trabajando yo no estaba trabajando de baja por el dolor pero, con mis hijos que eran más pequeños yo aplazaba los baños de los niños porque me costaba doblarme en la bañera y sí, me afectaba. En el trabajo no requería un esfuerzo físico pero también me afectaba un poquito.*

*PE17: es un dolor nervioso que..., es un dolor que constantemente te está atacando, **te pones tenso, te irritas, estás más irritable, estas más susceptible a cualquier cosa.***

Llamó especialmente la atención una paciente española, que hizo varias referencias a su estado depresivo, pues mantuvo una actitud corporal de encogimiento, con la cabeza baja, y en el momento de ser preguntada por su perspectiva de recuperación, levantó la cabeza, y con ojos llorosos, indicó: (PE9) (*perspectiva*) *Negra... mal*. Entre ambas palabras, volvió a bajar la cabeza y se mantuvo en silencio unos segundos. Todas estas reacciones se entienden en el contexto de comorbilidad descrito, donde problemas psicosociales y psiquiátricos son concurrentes frecuentemente con el dolor, complicando su manejo (Ohayon y Schatzberg, 2003). Tal es así que ambas realidades deben tenerse en cuenta en el modo de tratar al enfermo, pues las intervenciones sobre el dolor son más efectivas cuando se involucra al paciente en su tratamiento (Croft, Macfarlane, Papageorgiou, Thomas y Silman, 1998), más aún si tenemos en cuenta que el paciente con dolor crónico solicita ayuda sanitaria habitualmente por el propio dolor o por problemas de sueño, pudiendo perder diagnósticos de depresión cuando ésta está presente (Ohayon y Schatzberg, 2010).

La relación entre dolor y *sueño* ha sido ampliamente descrita (Valenza, Rodenstein y Fernández-de-las-Peñas, 2011). Sin embargo, no solo existe una relación entre dolor y sueño, sino que dicha relación, al menos en diferentes tipos de dolor crónico (Martín-Herrero, Rodrigues de Souza, Albuquerque-Sendín, Ortega-Santiago y Fernández-de-Las-Peñas, 2012; Muñoz-Muñoz, Muñoz-García, Albuquerque-Sendín, Arroyo-Morales y Fernández-de-las-Peñas, 2012) es altamente compleja, e incluye relaciones con los niveles de discapacidad, calidad de vida y diferentes tipo de dolor, como el miofascial (Iglesias-González, Muñoz-García, Rodrigues-de-Souza, Albuquerque-Sendín y Fernández-de-las-Peñas, 2013). También, de relevancia en el presente estudio, se ha identificado una relación entre disturbios del sueño y

depresión en dolores crónicos, afirmándose que la relación descrita es más intensa que la que podría existir en sueño y dolor (Ferro, Ide y Streit, 2008). Estas relaciones, habitualmente estudiadas con cuestionarios cuantitativos, han sido ratificadas cualitativamente por los pacientes, tanto brasileños como españoles, adquiriendo dimensiones altamente complejas. De hecho, como podemos observar, la mala cantidad/calidad del sueño se vincula con la ingesta de fármacos, con la falta de descanso ante o tras un trabajo duro (PB2), y con el protagonismo del dolor como ente que invade el antes (impide dormir), el durante (despierta al enfermo), y el después (el enfermo despierta sin haber descansado). Además, en todos los casos se apreció que las expresiones vinculadas al sueño se enmarcaban en una intensa desazón, en un estado de ánimo alterado, bajo, tendente a la angustia.

*PB2: (sueño) Mudou. Na verdade é assim, eu tinha esse problema só que eu sempre trabalhei em serviço pesado, bruto. Então eu chegava em casa morto de cansado eu tomava um banho descansava um pouco e dormia sossegado. E hoje eu não trabalho e **não consigo dormir direito e acordo com dor**, então mexeu muito.*

*PB3: **E pra dormir então, é horrível...** eu fico me virando e enquanto não tomo remédio pra dormir eu não consigo dormir. É muita dor principalmente quando paro.*

*PB10: Influencia bastante, tenho muita dor e **fico me virando na cama e até eu não tomar o remédio pra apagar eu não durmo.***

*PE3: Yo pienso que sí. Cuando estoy durmiendo y me duele la espalda me despierto y luego ya vuelta p'allá, vuelta p'acá y **cuanto más doy vueltas, menos encuentro la posición.***

*PE13: Mal, con el dolor muy mal. Si cojo una postura en la cama vamos, sí duermo... pero cuando te despierta **el dolor vuelve y cuesta... es por el dolor.***

Uno de los resultados más interesantes que hemos encontrado en la diferencia entre ambos países ha sido a la hora de vincular su propia *creencia religiosa* al DLC. En ningún caso los pacientes españoles dijeron nada de forma espontánea que relacionase creencia religiosa y dolor (tan sólo cuando fueron preguntados respecto a si *creer podía ayudar o no al dolor*). Este vínculo no se hizo presente en ningún momento. Sin embargo, para los pacientes brasileños las referencias a la religión fueron constantes. Serían innumerables las veces que *Deus* se hizo presente en la expresión del dolor de los pacientes. En todos los casos, *creer* fue descrito como un apoyo e, incluso, cuando el paciente se sentía angustiado, era habitual terminar las frases con expresiones como: *...mas Deus sabe o que Ele faz. ...mas com ajuda de Deus a gente chega lá*. Para los pacientes brasileños *creer* es tanto un apoyo como un alivio, que está ausente en los pacientes españoles.

PB24: Não porque eu continuo fazendo tudo porque mesmo com a dor eu falo assim “ela não vai poder comigo” e como eu te falei que tem Deus, mesmo com a dor a gente faz.

Já não tenho 100% de funcionalidade, mas eu tenho Deus e isso me ajuda e não me vejo condicionada.

5.1.2. EL DOLOR EXTROSPECTIVO (influencia del entorno)

Aunque probablemente la clasificación en subtemas que proponemos no es la que más luz podría aportar respecto a la vivencia del dolor por parte del sujeto, sí que es la que más

información manejable puede dar a la hora de cumplir los objetivos del estudio. Por ello, entendemos que la relación del paciente con el equipo sanitario que le rodea influye en su proceso de manera decisiva, pero esencialmente diferente a la influencia que, sobre el dolor, puede ejercer su entorno social más próximo. No obstante, y como se ha expresado al inicio de estos resultados cualitativos, entendemos y asumimos que existen otras clasificaciones, y que la dificultad de aislar las unidades de significado por contenidos, admite otras interpretaciones válidas.

El entorno sanitario como influencia en el DLC

El dolor es el principal motivo por el que los pacientes ven al médico, pero es rutinariamente subestimado en el cuidado de la salud (Resnik et al., 2001). A pesar de este patrón descrito en la literatura (o mejor dicho, acompañando a dicho patrón), la presente subcategoría fue la que aportó más matices en ambas poblaciones. Fue difícil identificar una homogeneidad que ayudase a entender si los pacientes confían y/o han tenido una atención sanitaria adecuada a su problema. Quizá el motivo más evidente de esta ausencia de tendencia es que cada uno se expresa en función de *cómo le ha ido*. Lógicamente, el trato recibido no ha sido homogéneo, ni en cada paciente, ni en cada profesional, y el grado de alivio o de los resultados obtenidos con los tratamientos del DLC tampoco fue siempre el mismo. Probablemente sea éste el origen de los matices que cada individuo aportó a esta subcategoría. Por ello, hemos preferido dejar unos resultados amplios, con numerosas y extensas unidades de significado que permitan observar con claridad la veracidad de este resultado.

PB7: Ah, o último médico que eu fui sim porque várias pessoas que eu conheço já se trataram com ele, mas eu não voltei mais não, já que não tem cura (risas)...

Na época eu confiava e aquela época era melhor que agora, pelo menos eu acho, porque a gente era mais bem atendida, era mais personalizado e agora é muito geral e hoje em dia é difícil conseguir né, tem que entrar na fila e antigamente, não o médico passava já marcava fisioterapia tal dia e era todo dia e agora já não é assim.

PB10: Pra dizer a verdade, o médico da depressão eu confiava sim e a psicóloga. Mas o traumatologista, sei lá, eles tem tanta gente com o mesmo problema que eles não ligam para caso da gente não. Acho que tem tanta gente assim que acham que você ta com o corpo mole, que a gente ta manhosa e por isso acho que eles são assim.

Pra mim os fisioterapeutas não resolveram muito não. Enquanto você ta fazendo fisioterapia ta bom e quando você volta a trabalhar aparece à dor outra vez. Eu fiquei afastada algum tempo para fazer a fisioterapia, mas é ruim ficar sem trabalhar e voltei a trabalhar e então não resolve a fisioterapia.

(Crê que as terapias que esta recebendo é eficaz para sua recuperação?) Não, só da parte da psicóloga que foi muito bom. Fui alguns meses e eu mesmo resolvi parar por que eu não tinha como conciliar o trabalho com os horários e tive que parar.

PB11: (eficacia del tratamiento) Na verdade eu acho que não. A fisioterapeuta é muito boa, me da choquinho, faz RPG (reeducação postural global) e até com a mão mesmo, ela estuda a cada dia para fazer um tratamento em mim. Já faz três anos que vou nela, ela faz tudo com muito cuidado, mas infelizmente eu não tô melhorando só tô piorando. Já passei por tratamento em Ribeirão lá na Hospital xxxxxx, na unidade da dor, mas infelizmente não melhorei nada. Eles me davam uma injeção que tinha um medicamento que me fazia muito mal

e eu ficava até amarela. O engraçado é que tinha gente que fazia e ficava bom até uns 4 meses e eu pensava “aí meu Deus porque eu não fico boa?” , e tive que parar até no final do ano... passei muita dor e tomei uma injeção que tinha um pouquinho desse medicamento e passei mal outra vez. Também passei aqui por tratamento na Casa dos xxxxx, mas na quinta sessão tive que parar de tanta dor. A moça, uma médica, usava esse ossinho aqui (mostraba el codo) e colocava no lugar onde mais doía e apertava muito e me doía demais e tive que desistir e agora estou com essa outra fisioterapeuta.

PB20: O primeiro (fisioterapeuta) que eu conversei com ele, nossa!, era um rapaz muito bom. Eu tive uma conversa com o padre da nossa igreja e ele falou assim, “o importante é o senhor confiar no médico” e me perguntou o que eu achava do médico e eu disse que era uma pessoa excelente trata a gente muito bem com respeito e me deu uma certeza, só que agora mudou de médico e então ficou mais difícil porque esse outro simplesmente fui lá conversei cinco minutos com ele e como ele é do SUS ele falou “o que posso fazer é isso”, então eu não posso dizer quer eu confio porque eu nem conheço ele direito.

PE2: No diría bien, diría extraordinario sobre todo cuando me operaron las enfermeras que me cuidaron fue... para mí increíble de que fueran tan buenos.

PE4: (confianza traumatólogo) (risas) pues los que me han tratado hasta ahora no, porque solo me mandan pastillas y el que me ha mandado aquí dijo que yo ya tenía que estar en una silla de rueda, pues eso ya lo sé yo, en mi final estaré en una silla de ruedas pero quiero que me den alguna esperanza si no... Pero me dijeron para buscar a ese médico para que a través de ese buscar a otro médico que me da más confianza, y yo fui sincera.

(No confía en el fisioterapeuta, ni cree que se va a recuperar).

PE5: Hombre, normalmente confío, sí. Hay peores (traumatólogos) (risas). Me mandó a la rehabilitación y me dijo el Doctor xxxx que cómo me habían hecho esto que yo no podía hacer rehabilitación según como estaba y dijo que no iban a hacer nada y así fue, nada, me hicieron corrientes y nada más.

No he tenido contacto con fisio, sólo con este Doctor xxxx que es rehabilitador. Pero sabía que no iba a hacer nada.

Algunas enfermeras me trataron bien y otras regular.

En este variopinto escenario de respuestas particulares, llamaron la atención dos opiniones de pacientes españoles, por diferentes motivos. En el primer caso (*PE3: No confío en el fisio (fisioterapeuta), porque cuando me mandaron al Doctor xxx me dijo que para qué me mandaban a la rehabilitación, que no me iba hacer nada...*), no es el paciente el que desconfía, sino uno de los profesionales el que desconfía de otros. Aunque fue un dato puntual, es posible que la transmisión de desconfianza al paciente, por parte de un profesional respecto a otro, genere cambios significativos en la forma en que ese paciente *ve* al otro profesional (en este caso, al fisioterapeuta). Este objetivo excede las pretensiones del presente estudio, pero abre una línea argumental interesante y que deberá ser tenida en cuenta en futuras investigaciones sobre el tema.

Por otro lado, el paciente PE17, expresó en las preguntas más abiertas, más destinadas a la opinión y la disertación, argumentaciones muy profundas. Este paciente, con un largo historial clínico, fue más allá del análisis del trato de los profesionales sanitarios, entrando a valorar con precisión, ámbitos complejos, como el de la investigación en determinadas técnicas novedosas, o las desconocidas repercusiones que la continua o excesiva ingesta de fármacos

puede generar sobre el organismo. Nuevamente, aunque fue un paciente aislado, se nos antoja interesante la visión de quien posee conocimientos más profundos sobre su enfermedad y sobre la terapéutica, y abre nuevas opciones respecto a la repercusión que puede tener sobre el DLC, el hecho de que un paciente conozca en profundidad semejantes datos sobre su patología.

PE17: Sí, está muy bien (confianza fisioterapeuta), lo único es que parece que estamos en un momento de pausa. En este país no utiliza los métodos que utilizan en otros países, utilizan por ejemplo fitoterapia, me parece que es con abejas y otro tipo de cosas que yo vi en la televisión y veo que la gente le va muy bien. Entonces aquí no utilizamos ese tipo de terapia y creo que deberíamos investigar y desarrollar más sobre otro tipo de terapia y coger más de otras culturas para nuestra propia medicina y no desechar otra cultura y otra medicina como... porque sea de otro país. Entonces yo pienso que si hay otra cosa que vale para otra persona de la otra parte del mundo ¿porque eso no me va valer a mí?, pues pienso que deberíamos investigar otro tipo de cosa, investigar más ese tipo de terapia... por ejemplo de las abejas, que utilizando para la fitoterapia me llama bastante la atención, no sé, yo pienso que incluso son terapias bastante menos agresivas para el cuerpo porque a fin acabo no deja de ser algo químico que estás metiendo a su cuerpo y eso no produce tu cuerpo de por sí. Sin embargo, las abejas producen pues ese veneno, ese analgésico que es natural, es algo natural que no pasa por un laboratorio. Yo pienso que eso ayudaría bastante para la recuperación y a los... por lo menos evitaría los efectos secundarios, por ejemplo yo en mi caso cuando tomo mucho analgésicos con ese tipo de dolor por ejemplo tengo diarreas, dolor de estómago, a veces no comes porque no tiene apetito y a veces tienes mucha hambre no sé, descontrola bastante tu órgano tomar muchas pastillas.

Por último dentro de este apartado, y aunque como hemos dicho, la característica principal respecto a la influencia que el entorno sanitario ha podido ejercer en la vivencia del DLC es la individualidad, sí debe reflejarse lo siguiente respecto a las poblaciones de estudio. Como hemos descrito en la metodología, uno de los factores por los que hemos elegido población brasileña y española es porque ambos países cuentan con una cobertura de salud universal, en el caso de Brasil aportada por SUS, y en el caso de España por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y el SACyL. Sin embargo, los pacientes brasileños se han quejado más de una atención deficitaria que los españoles, con demoras en la atención y de poca calidad en la misma. Además, fueron menos los pacientes brasileños que, cuando lo necesitaron, pudieron acudir a la sanidad privada (de pago), expresando frustración y achacando a este hecho parte de su condición dolorosa. Por lo tanto, las quejas brasileñas se centraron fundamentalmente en el sistema de atención de salud, lo que coincide con evidencias determinadas en la literatura, donde los pacientes de salud privada se sienten ligeramente mejor que los que son atendidos desde el sistema público (Holloway et al., 2007). Por el contrario, los españoles, aunque presentaron menos quejas del sistema (demoras, falta de recursos,...) se quejaron más de la individualidad de los profesionales (personas en concreto), bien fuera por el trato, bien fuera por conocimientos, llegándose a escuchar puntualmente la expresión: *...Lo que hacen no vale para nada.*

El entorno no sanitario como influencia en el DLC

El dolor, y particularmente el dolor crónico por su heterogeneidad, es *personal* en la medida en que nadie puede sentirlo por el paciente (Dudgeon et al., 2002). Sin embargo, la incomprensión no es la única causa de la distancia que se genera entre el doliente y los que le rodean. El dolor crónico es una enfermedad social, y supone un importante elemento perturbador para la familia, el entorno laboral y el círculo de amistades en mayor o menor medida pero desde todos los puntos de vista: físico, social, económico. Rompiendo el equilibrio que existía previamente a su aparición, el dolor exige una reorganización de las relaciones sociales que puede provocar comprensión e indulgencia o irritación y cansancio. La persona con dolor crónico se aísla en su propio mundo al sentir que nadie puede comprender su experiencia. Quienes componen su entorno no ven retribuidos sus esfuerzos y las obligaciones que generan el dolor ajeno y al mismo tiempo reclaman un esfuerzo al doliente. En muchos casos, la progresión de la cronicidad les genera sospechas de exageración o de poco interés por parte del doliente en la curación, para quien estas acusaciones son intolerables y una prueba más de la incomprensión (Le Breton, 1999). A pesar de ello, el entorno del paciente juega un papel decisivo en la vivencia del dolor crónico. De hecho, las dos estrategias principales de búsqueda de cura y apoyo por parte del paciente en el dolor crónico son la familia y las estrategias de afrontamiento.

El paciente tiende a ver la familia, esencialmente, de dos formas: por un lado, algunos pacientes son conscientes de la influencia negativa que la existencia del dolor ha tenido para su vida familiar, expresándola con pesar y, en ocasiones, culpa, lo que les puede llevar al silencio.

PB2: Modificou (a relação com o entorno familiar), porque, porque... é assim, interfere até na vida sexual. Então muda um pouco o relacionamento entre marido e mulher. Então ela vai assim, como posso dizer... ela vai atrapalhando o dia a dia da vida conjugal da gente, vai criando uma certa barreira e isso modificando o comportamento tanto o meu como da minha mulher.

PB17: (familia) Os meus filhos falam que eu só reclamo que eu tenho dores e que me vão internar em um asilo (risas).

Por otro lado, la mayor parte de los pacientes encuentra apoyo en la familia e, incluso en algún caso (PE4) el dolor ha servido para adquirir nuevos roles, reclamar ciertas capacidades, demostrar que se sigue valiendo a pesar de la cronicidad del dolor (Clarke, K. A. y Iphofen, 2007).

PE4: (entorno familiar) Pues no porque fíjate, a mí no me han visto como una persona débil. Al contrario fíjate... mi familia ha tenido, no como envidia, pero un poco así con mi fortaleza porque ellos pensaban que yo iba estar debajo de ellos y han visto que ha sido al revés que han tenido que pedirme ayuda a mí.

Algo parecido hemos encontrado en la relación con las amistades, aunque con más cambios negativos en los roles, donde más personas se mostraron decepcionadas porque el DLC había empeorado su relación con el entorno de amistades, que lo que habían mostrado en el entorno familiar.

PB1: (entorno de amistades) Ah muda bastante viu! Eu trabalhava em comercio e eu tinha muito contato e hoje eu perdi tudo, quer dizer, eu não saio e perdi as amizades que tinha.

*PE3: Vamos a ver, yo he limitado las salidas por ejemplo, yo iba de vacaciones con mis amigos pero **ahora no voy limitar las vacaciones de ellos por las limitaciones mías porque si camino mucho tengo que sentar y yo puedo limitarles a ellos.***

En algunos casos, como es el de esta misma paciente PE3, el cambio de rol, que había sido negativo en un primer momento, ha servido para adquirir una nueva dinámica de relaciones, donde ella se encuentra a gusto haciendo lo que quiere y con quien quiere, sin existir otros condicionamientos. Es decir, no solamente ha aceptado el cambio de rol, sino que lo ha superado, expresando mayor positividad que en el antiguo rol. Tristemente, este escenario de superación no es común.

*PE3: Yo siempre he sido el centro de los amigos, menos ahora que los verdaderos amigos me han fallado, me han fallado... porque claro, todo está muy bien pa'juergas y pa'cosas y, pero ya es el momento que clasificas a la gente donde puedes estar y donde no puedes estar, donde tú puedes estar colaborando y yo no puedo ir ahora con ellos, alternar vinos pa'lla y pa'ca porque no, porque no me va bien, no va bien pa'mi salud porque yo he cambiado mi modo de vida, ¿entiendes?... pues cuando tú no estás en ese ambiente pues es como que ya no formas parte... entonces yo **estoy más a gusto así, entonces yo, yo hago mis cosas estoy con las personas que quiero, hago lo quiero hacer y eso es lo mejor que hay, es la mejor terapia en la vida...** si no tú estás haciendo una cosa obligada y vas pa'casa quemada,*

así ahora haces lo quieres, estás con quien quieres estar y quien quiere estar contigo, que eso es otra también.

Otro de los relatos interesantes que hemos encontrado es el de una paciente brasileña que hace esfuerzos importantes que le permiten mantener su rol con las amistades, aunque eso le cueste nuevos dolores y sea consciente de que no le beneficia esa actitud desde el punto de vista de su patología.

*PB10: (amistades) Não porque mesmo que estou cheia de dor e tem alguma festinha, um churrasco eu bebo, eu brinco, eu danço... lógico que depois eu fico acabada né e cheia de dor (risas), mas **não mudou nada não**.*

Por último, hemos encontrado un relato particular español, donde el compromiso de las amistades con el paciente ha llegado a sacar al paciente en camilla para que no se modifique de manera importante su rol en el entorno de las amistades. Nuevamente debe reflejarse que son casos aislados.

PE14: (amistades) No, cuando me ha dolido y no podía andar ellos me han venido a buscar y me han sacado, no me quejo ahora mismo. Hace poco fue mi día de mi cumpleaños, compré una camilla y me sacaran con la camilla porque solo podía estar tumbado.

Dentro del escenario general y más común (el de que el dolor ha cambiado de forma negativa la relación con el entorno familiar y/o de amistades), de particular desconfianza,

descrédito, *distres* emocional, estigmatización, aislamiento... a criterio de los investigadores no ha sido dimensionado en su total magnitud en la literatura existente, y constituye un eje central en la experiencia global del DLC.

Si la vivencia del dolor crónico es personal, incomprendida, no aceptada (por el enfermo y/o su entorno) y difícil de transmitir o compartir (Dudgeon et al., 2002), el paciente asume que es una lacra, un *estigma*. La experiencia del estigma puede ocurrir de muchas maneras. Puede ser a través de encuentros reales o percepciones de los demás, puede ser a través de la utilización de explicaciones psicológicas de dolor, puede venir a través de un desafío percibido sobre la propia integridad que posteriormente afecta a la identidad de un individuo,... (Holloway et al., 2007).

En el caso de la familia, el DLC genera disrupción en la vida familiar (Bral, Shaughnessy y Eisenman, 2002), modificando los roles, la autopercepción,... (Strunin y Boden, 2004), llegando a poner en riesgo dichas relaciones (matrimonio) por causa del DLC (Holloway et al., 2007). La pérdida de las relaciones socio-familiares pueden venir acompañadas de aislamiento, conflicto marital, reducción de la actividad sexual (paciente PB2), conduciendo a ira, resentimiento, ansiedad y abatimiento entre los miembros de la familia, previamente descritos (Snelling, 1994).

Incluso uno de los aspectos comentados, como la dificultad y el peregrinaje diagnóstico, influye en las relaciones con familiares y amigos. La falta de una etiqueta diagnóstica y la invisibilidad del dolor también hacen difícil la comunicación con familiares y amigos, despertando sospechas de que *el dolor no es real* (Holloway et al., 2007). El descrédito puede conducir a la angustia emocional, llegando a reflejarse en forma de culpa, depresión y enojo (Newton, Southall, Raphael, Ashford y LeMarchand, 2010; Strunin y Boden, 2004). En este

caso, los testimonios de los pacientes han añadido un sentir más a los ya mencionados, que si bien ha sido descrito previamente, nunca se había identificado en estas poblaciones, como es la sensación de "Vivir con un cuerpo separado del propio". Y es que cuando el dolor corporal se ha convertido en *el todo* y parece tener entidad propia, el resto del cuerpo tiene poca importancia y llega a parecer ajeno, pues el dolor consciente ha excluido el cuerpo como propio y se ha transformado en un obstáculo para la existencia. El individuo aporta a su dolor toda la atención, mientras que el mundo exterior es secundario. Cualquier trastorno físico o preocupación se sobreestima, viéndose reducida la capacidad de resistencia. Para el doliente crónico, el mundo desborda dolor y no puede comunicarlo. Suscita el grito, la queja, el gemido, los lloros o el silencio, es decir, fallos en la palabra y el pensamiento (Le Breton, 1999). La compleja y paradójica relación entre el cuerpo, el dolor crónico y el yo, sostiene que la desagradable experiencia encarnada del dolor crónico implica un asalto a, y una defensa de, un *yo mejor*, preferido o deseable (Osborn y Smith, 2006). De hecho, fueron comunes expresiones de diferente índole apuntando a este comportamiento: *Agora não parece que sou eu... É esta perna que não me deixa... Yo antes era... Parece que mi cuerpo va por un lado y yo por otro...*

Al igual que ocurrió con el entorno sanitario, el que cada paciente valore su experiencia según la haya ido bien o mal es el escenario más común. Dentro de las tendencias poblacionales, hemos identificado una leve predisposición al mayor apoyo de familia y amigos (una disminución en el cambio de rol) en los pacientes brasileños. Las quejas respecto a cuestiones del tipo: *...mi marido no me hace caso... ...Mis hijos me dicen que sólo me quejo...*, han sido más constantes en la población española, incluyendo en este comportamiento más reacciones de pesar y tristeza en las pacientes españolas. Da la sensación de que el rol femenino

en España es más difícil de mantener o se ve más afectado ante la aparición del DLC o, al menos, las españolas expresan más esta situación.

5.1.3. EL DOLOR COMO EXPERIENCIA CONDICIONABLE (el paciente reflexionando más allá del paciente)

En esta última categoría, vinculada a las anteriores y tratando de alcanzar el máximo nivel de evidencia en las respuestas a los objetivos del estudio, planteamos diferentes tipos de factores externos al sujeto, que hemos convenido en llamar *moduladores*, preguntando de forma directa pero abierta, si el paciente entiende que pueden influir y cómo lo hacen, en el DLC.

La reacción principal, que podemos considerar como un resultado en sí mismo, en el momento de escuchar las preguntas a los pacientes sobre esta categoría fue, o bien la sorpresa, o bien la incomprensión de la pregunta, solicitando su repetición (nunca se habían planteado que cuestiones como la religión o el nivel educativo, principalmente, pudieran o no influir sobre el DLC). Sin embargo, a medida que se les repetían o explicaban las preguntas, los pacientes sí que encontraban relaciones, que no habían reflexionado antes, entre el dolor y los conceptos citados. Tal es así, que incluso se atrevieron a hacer contrapreguntas a la investigadora, del tipo: *¿Y entonces mi dolor puede estar relacionado con...? ¿Y por ser de España/Brasil puede ser peor?*

Antes de iniciar el análisis pormenorizado de los resultados, debemos apuntar una característica diferenciadora entre las poblaciones brasileña y española. Algunos pacientes

españoles concretos (PE7, PE8) contestaron con monosílabos negativos (*No. No. No.*) a las preguntas sobre esta categoría, reduciendo considerablemente el tiempo de la entrevista y limitando la capacidad interpretativa de sus resultados más allá del rechazo o la negativa ante las preguntas que se les realizaron.

El dolor dependiente de la localización geográfica

A pesar de la sorpresa inicial de algunos pacientes, y de que hemos encontrado respuestas tanto afirmativas como negativas (no existe una tendencia homogénea), algunas de las respuestas que sustentaban que el dolor puede ser diferente en función de la localización geográfica fueron interesantes. En concreto, los pacientes describieron que el dolor es diferente entre países, no por cuestiones étnicas, sino por cuestiones económicas radicadas en el propio país. En este sentido, los pacientes brasileños aludieron a una falta de cobertura sanitaria y económica su dependencia negativa ante el dolor por estar en Brasil, mientras los pacientes españoles asumieron que otros países menos desarrollados o con menos recursos estaban en peores condiciones para atender el DLC que España.

*PB24: Ah com certeza! Eu acho que é por causa do tratamento, né? Eu acho que **nosso país respeito aos tratamentos é nota zero** e eu acho que os **outros países mais desenvolvidos o tratamento é melhor a condição de vidas dessas pessoas é melhor**, ne que o tratamento seja de graça é melhor e ultimamente nosso país... As **pessoas desses países mais desenvolvidos não sente a mesma dor porque eles são tratados muito antes que a gente**, a gente tem que esperar muito pra ser tratados e eles não.*

*PE1: Depende de los otros países que sean. A ver, si hablamos por ejemplo de países tercermundistas pues claro. **Los pobres las están pasando canutas... nosotros en seguida tomamos pastillas, nos vamos al médico y ellos no pueden, o sea, entiendo que es distinto.** Obviamente en países similares a España, hablamos de países desarrollados pues no hay diferencia, creo yo.*

En una fase intermedia se encontraron pacientes concretos que, tras la duda o la negativa, reflexionaron y encontraron, bien en el desarrollo económico, bien en cuestiones culturales, las diferencias entre el lugar donde se padece el dolor.

*PE10: No, eso es universal. Pero también **en países que son muy pobres no se puede parar ni para pensar.** Habrá países que no tendrán la facilidad que tenemos aquí que es todo gratis.*

*PE16: Eso no lo sé... desconozco. Dicen que **culturalmente cada uno estamos orientados para poder transmitir la queja o no.***

Finalmente, los pacientes que rechazaron la localización geográfica como modulador del dolor fueron realmente tajantes, evitando interpretaciones o realizándolas de manera directa, con un rechazo directo a tal posibilidad.

PB20: Quem tem o problema aqui vai ter problema em outro lugar também.

*PB10: Eu não sei se temos os mesmo trabalhos deles, mas eu acho que a dor é a mesma. **Quando a gente ta com dor dói mesmo... nossa, eu choro de dor e não é fácil.***

PB6: Eu acho que né porque a dor é dor em qualquer lugar.

PE5: No, lo mismo. Según el dolor que tengas es lo mismo, qué más da.

PE15: No, yo creo que eso no tiene nada que ver. Los dolores son los dolores, independiente de lo que sea, depende de la persona. Claro hay personas que se quejan más y otras que se quejan menos... depende de cómo sea. Particularmente yo creo que el cambio cultural no influye.

La religiosidad y el dolor

El 100% de los pacientes brasileños afirmó que la creencia religiosa influye en la experiencia dolorosa. Así, la magnitud de la influencia de la fe fue considerada decisiva, constante, vital, necesaria, una fuerza... hasta el punto que algunos pacientes, como el PB19 identifica como un desastre la ausencia de la fe en las personas.

*PB2: Eu sou católico praticante, eu sou ministro da igreja, e eu acredito que **a fé ajuda muito na dor... ela ajuda muito**. Eu digo isso por experiência própria, às vezes que me dá essas crises que eu to passando mal mesmo eu entro em oração eu começo a pedir e acalmar, e às vezes me ajuda bastante sabe... e eu acredito que sim, que a fé ajuda muito.*

*PB6: **Muito muito... ah, como muita fé a gente consegue muita coisa**. E acredito que sim e muito.*

PB17: Pra falar a verdade pra você eu sou católica não praticante, mas eu acredito muito na religião espírita, eu leio muito e gosto muito e acredito que existe vida após a morte e eu acho que ter uma religião ajuda por que tem dia que eu tô tão desanimada e vou ao grupo

de oração e volto muito bem e animada e é um ânimo mais. Deus, acho que está em todas as religiões né, eu acho que você ter uma religião e se apegar a ela eu acho que ajuda.

PB19: Ah eu acho assim que independente da religião a pessoa que tiver Deus no coração, na sua vida a gente tem um caminha bem melhor, mesmo que com a dor porque ele ta ajudando a gente suporta a dor né... e as pessoas que não tem Deus não tem nada daí é duro, desaba.

La influencia religiosa en todo (incluido el DLC) se diferencia claramente de las reflexiones realizadas por los pacientes españoles, que expresaron dos tendencias claras al responder a esta cuestión. Por un lado, hubo pacientes españoles que sí entienden que la religiosidad influye sobre el dolor, aunque con interpretaciones completamente diferentes a las de los pacientes brasileños. De hecho, para los pacientes españoles la influencia de la religión se presenta de manera indirecta, definida psicológicamente como expresó el paciente PE4, o por las exigencias o preceptos de la religión, que pueden limitar la capacidad terapéutica.

PE10: También influye, porque hay religiones que prohíben las operaciones, el derrame de sangre, como los Testigos de Jehová, que es la que conozco a parte de la cristiana, pero ahí sé que hay en la hora de operar.

PE4: Eso influye psicológicamente, porque cuando hay una esperanza, cuando hay una fuerza que tú crees en algo pues la mente mueve montañas... cuando tú no crees en nada pues estás como a la deriva... pues es como un pilar, un apoyo para tú aceptarte ese impulso de esperanza.

Por otro lado, la mayor parte de los pacientes españoles, nunca habían reflexionado sobre el tema (*PE2: No, no paré para pensar si es bueno o es malo... no paré para pensarlo*), o simplemente niegan o desacreditan cualquier influencia, no dando opción a las creencias a influir sobre el sujeto en su DLC.

PE5: Yo conozco muchos curas y cuando ellos están malos es lo mismo. Yo soy católico, pero esto de los santos y esa bobada que hacen milagros... milagros sólo los hace Dios y nadie más.

PE12: Yo he visto en personas muy creyentes que el dolor es igual, entonces a mí que no me digan que no es igual. Que tú trates de asumir de una forma distinta a la otra, bien, pero el dolor es el dolor para todo mundo.

Finalmente, no podemos cerrar esta subcategoría sin incluir en detalle las respuestas del paciente español PE17, que una vez más realizó un análisis profundo, detallado, con reflexiones que van más allá de los objetivos de las propias preguntas, y que, en este caso, ha interpretado la relación entre la religión y el dolor en términos de autoconfianza, superación, autoconvencimiento y efecto placebo. Para este paciente, el cerebro es el motor de la enfermedad y la recuperación, más allá de las creencias.

PE17: Pues, pienso que la gente que tiene distinto tipo de religión... hay diferentes tipos de fe, hay gente que es más religiosa, hay gente que sufre a diario, hay gente que sufre de otra manera pero, yo pienso que la fe no puede ayudar en que tú interpretes el dolor de otra manera pero puede ayudarte quizás en que tú.... no sé, es que por ejemplo, si te duele el

estómago es como si a tu cerebro le diera un placebo vocal, es que como si tu dijeras “no voy a hacer nada por Dios no va dejar que sea malo, no me va a doler porque Dios no va dejar que me duela”, entonces yo pienso que esta gente que es creyente, que esta gente que tiene fe en un ser extraterrenal, en algo más allá, lo único que hace es hacer un efecto placebo en su cerebro, lo podría conseguir eso pienso siendo positivo y pienso que “voy a conseguir salir de ese dolor” y no pensando que la acción de una tercera persona o un ser ultraterrenal van a recibir una actuación divina y le va a dejar de doler. Yo pienso que lo que ellos consiguen es interpretar el dolor de otra manera porque ellos consiguen convencerse a sí mismo, ellos consiguen convencerse de que no les va a doler, o que algo les va a curar, pero nada les va a curar y lo único que están haciendo es simplemente convencerse a uno mismo porque todo poder está en el cerebro, todo el dolor y todas las emociones están en el cerebro, si tú eres capaz de controlar tu cerebro es capaz de controlar todo. Si pudiéramos controlar más nuestro cerebro no habría dolor, y si hubiera dolor tu cerebro quitaría el dolor, haría algo.

El dolor entre géneros

Aunque las perspectivas son diversas, parece que se tiende a pensar que la mujer soporta más el dolor que el hombre, aunque lo exprese más. Esta homogeneidad ha llamado el interés de los investigadores, y choca con algunos estereotipos sociales establecidos, que tratarán de ser analizados en la Discusión de estos resultados. Es decir, cuando al paciente se le pregunta de forma abierta y tiene posibilidad de reflexionar, puede entender que la realidad (la mujer como modelo de resistencia al dolor) es diferente a la apariencia (el hombre como modelo de resistencia al dolor).

Trataremos de reflejar las unidades de significado más representativas.

*PB2: Eu acho que **a mulher ela suporta mais a dor do que o homem**, eu vejo isso pela minha mulher. Não sei explicar como, mas a mulher suporta mais a dor do que o homem, **o homem é mais mole**.*

*PB10: Olha, as mulheres eu acredito que realmente tem dor por que elas fazem muito tipo de serviço e os homens são muito manhosos... Nossa!, **eu conheço tantos que estão afastados que tem uma vida tão boa!** As diferenças estão no trabalho por que os homens trabalham fora e em casa eles não fazem nada, não são todos por que alguns fazem. Mas a mulher trabalha fora e chega em casa faz tudo de novo, cuida de filhos... meus filhos já estão grandes mas eu tive que cuidar deles. A mulher tem uma jornada longa.*

*PB18: Aí tem sim viu (risas). Pra você ver, eu tenho muita dor e não reclamo muito não, às vezes fico até amarela e minha filha, que agora mora comigo, percebe... Mais eu não fico me queixando. Agora os homens murmuram mais... **Meu genro começou a ter dor na coluna e reclamava demais**, menina, precisava ver, e minha filha falava pra ele: "... nossa, minha mãe com os problemas que tem não reclama como você não".*

PB19: Pode, muitas suportam a dor, né?, e a gente não demonstra que tá com dor e outros sempre estão falando "aí não aguento mais de dor" e essas pessoas sofrem mais e se agente fica só pensando na dor e fica com cara feia não adianta nada.

*PE17: Las mujeres sí, yo creo que aguantan más el dolor sin gastarse, quizá los hombres también no es sin gastarse sino, es que **el hombre es como si le cuesta más decir que le duele**, es como que tienes un componente psicológico que tira para atrás a la hora de decir que le duele, que se encuentra mal con un dolor, que no quiere mostrar síntoma de debilidad,*

es lo que quiero decir. Se siente más susceptible a la hora de mostrar debilidad que una mujer. Una mujer, sin embargo, cuando siente dolor pide ayuda antes que un hombre, y va a buscar ayuda antes que un hombre. Entonces va a seguir las recomendaciones antes que un hombre.

Como resumen final, uno de los pacientes españoles masculino (PE2) supo identificar todo lo expuesto en estos resultados y constatado por la bibliografía previa, en pocas palabras y con gran exaltación.

PE2: ¡Ay, ya no sé! Sé lo mío... bueno, es peor en la mujer aunque aguantéis más. Las mujeres se quejan más que le duele la cabeza... Os quejáis más, aunque aguantéis más, pero luego dais más importancia al dolor.

La situación económica en relación al dolor

La característica principal de esta subcategoría encontrada en el presente estudio es que fue asimilada a la subcategoría *El dolor dependiente de la localización geográfica*. Así, los brasileños asumen que, al igual que ocurre con el país, ocurre con el paciente, que tiene menos posibilidades de tratamiento por tener menos recursos (de hecho ponen su propio país como ejemplo). Los españoles, aunque no acostumbran a generalizar por países, también entienden que la situación económica modula el dolor, pues quien tiene dinero, puede aliviarlo.

PB6: Ahhh tem! Porque vamos supor, se a pessoa tem muita dor e ela tem como se tratar a dor vai aliviar, mas se ela não tem dinheiro e não como se tratar ela vai continuar com dor.

PB18: Aí eu acho que sim. As pessoas que tem dinheiro pode procurar um tratamento particular, eu já não posso fazer muitas sessões de fisioterapia particular e essas pessoas se recuperam antes.

PB20: Talvez o nível econômico eu ache que sim, porque que nem no meu caso se eu tivesse condições de pagar uma cirurgia eu já teria feito e vai passando o tempo e eu tó com dor.

PB24: Que é rico sofre menos, né?, tem dinheiro e na hora que quer vai, né?... e a gente que é pobre tem que esperar pelo SUS.

PE1: En el dolor como tal, no... en la recuperación sí, porque si tiene acceso a médicos y a medicamentos, que para eso necesita tener un nivel económico, es mucho mejor que si no tienes dinero para poder pagar médicos y medicamentos.

PE2: Hombre, claro que influye... pero bastante... pues de una forma que antes tenía trabajo y ahora lo ha perdido, pues a esta persona devasta la moral.

A esta tendencia general, donde la economía es decisiva (no sólo de manera aislada, sino vinculada también a la geografía), han sido reflejadas algunas excepciones, tanto por parte brasileña como española.

PB3: Eu acho que não tem muita influencia por que trabalhando todos os dias nessas horas que eu te falei, eu acho que ganho mais dinheiro que outras pessoas, só que eu me acabo também.

PE13: Yo pienso que no. Una persona que tiene dinero puede tener un dolor tan fuerte como una persona que no lo tenga.

El nivel educativo y el dolor

Nuevamente es la heterogeneidad el patrón principal de esta subcategoría. Curiosamente, a pesar que la tendencia general es que las personas con mayor nivel educativo tengan un nivel económico superior (que sí se ha vinculado con la experiencia dolorosa), el criterio que los pacientes han tenido a la hora de responder ha sido estrictamente el nivel educativo/cultural, lo que ha sido utilizado en ambos sentidos: *sí influye vs no influye*.

Así, algunos pacientes de ambas nacionalidades afirmaron que tener un nivel educativo mayor es positivo a la hora de sufrir más con el DLC, fundamentalmente porque tener más cultura o estudios ayuda a entender los procesos, tener más capacidad para buscar soluciones...

*PB1: Eu acho que uma pessoa que tem estudado mais tem menos dor que uma pessoa que tem menos instrução, como se diz, **essas pessoas tem a cabeça mais aberta...** pode ser que não, mas eu penso assim.*

*PB6: Ah eu acho que sim porque **a pessoa é mais experiente e ela sabe o que ela tem que fazer ou não**, então eu acho que influi sim.*

PE10: Sí, o creo que sí. Yo creo que la gente que tiene más cultura tiene más capacidad para diferenciar las situaciones para poner una solución.

Tan sólo un paciente brasileño relacionó el nivel educativo con el tipo de trabajo más físico (que él mismo ejerció), siendo ésta la causa real de las diferencias en la experiencia del DLC entre personas con diferente nivel educativo.

PB3: Olha, as pessoas que estudaram mais que tiveram mais educação pode ser que tenha menos dor porque ela pode fazer um trabalho diferente, né? Eu que não tenho estudo eu fui trabalhar de que... desde mocinha eu fui trabalhar na fabrica eu fazia serviço que era considerado pra homem, sempre trabalhei assim em serviços considerados pra homens. Agora quando você completa 40 anos já não tem mais emprego em firma pra mulher, daí foi vai trabalhar de que?... de empregada domestica e trabalhar assim é difícil. Então eu acho que a educação influencia nesse sentido por que você estuda pra ser uma médica, uma professora ou um dentista e eu acho que não faz tanto esforço que nem faz uma empregada doméstica e é muito diferente pra uma pessoa que não estudou.

En el otro plato de la balanza, también hubo pacientes que entendieron que el nivel educativo no influye para nada, con justificaciones tan explícitas y *convincientes* como las de los pacientes que sí expresaron influencia.

PB18: Eu acho que não, porque a minha fisioterapeuta também tem dores. Esses dias ela me disse que teve um “tirão” no pescoço e que doía bastante. Ta vendo, ela estudou bastante e também tem dor.

PB24: Eu acho que não, acho que a dor é a mesma.

*PE1: Nivel educativo en cuanto a estudios yo creo que esto no. Vamos a ver, lo que quiero decir es que **en cuanto a lo que se sepa sobre las patologías no influye**. Bueno, si tienes un dolor en la espalda y te han enseñado cómo coger los pesos, podría influir, pero no.*

*PE2: Yo no sé, porque he trabajado muchísimo y duro... un trabajo duro. Sin embargo, mis hijos no trabajan en esto y se quejan más que yo. Yo creo que esto va de la persona, **no creo que estudiar o no estudiar pueda influir en nada absoluto**.*

PE3: No, yo pienso que es todo igual. Que tú luego lo sepas sobrellevar... por ejemplo, yo tengo una prima que es médico que tiene la espalda hecha una mierda porque esto vino de familia, ¿que ella lo sepa sobrellevar mejor que yo? Pues no sé, yo creo que no.

La mentalidad y el estado de ánimo en relación al dolor

El paciente no sólo expresa que el dolor ha minado su ánimo, como hemos visto en el *Dolor introspectivo*, sino que es plenamente consciente de que encontrarse en un estado de ánimo negativo, perjudica de manera directa el estado de dolor crónico. La única diferencia entre poblaciones se encontró en la forma de expresar esa influencia, donde los pacientes brasileños tendían a decir que *estar alegre y ser positivo ayuda*, mientras que los españoles acostumbraban a decir que *estar triste y ser negativo perjudica*.

PB6: Acho que sim... se a pessoa tiver uma dor e ela ficar muito triste eu acho que a dor aumenta, então ela tem que ficar mais alegre.

*PB20: Eu acho que prejudica se é uma pessoa muito abalada emocionalmente e você não vai conseguir ter uma vida normal eu acho que mexe muito, e o sentimento mexe muito com cada atitude que a gente tem. **A alegria ajuda.***

PE2: Por supuesto... si es una persona que se acobarda por cualquier cosa, claro que influye.

PE10: Sí, pues si está contento parece que lo llevas mejor pero es que, es un círculo vicioso. Cuando te duele estás más deprimido, entonces al final... es muy difícil salir de ese, porque te duele y no tienes ganas de nada.

PE4: Sí, una persona más pesimista siente más el dolor que una persona alegre, que tiene más humor, yo creo que esa persona aguanta más.

5.2. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Debido a la cantidad de datos aportados por el trabajo de campo, se ha procedido a estructurar la exposición de los resultados cuantitativos en varios apartados, tratando de no perder la visión global, a pesar de los múltiples detalles. Para ello, se inicia con un análisis univariante, donde se identifican las similitudes y diferencias existentes entre los grupos de ambos países respecto a los valores totales de los cuestionarios y dimensiones estudiadas (dolor con el MPQ, estado de ánimo con el BDI,...), incluyendo una descripción de los datos y de su distribución. Seguidamente se expondrá un análisis bivariante, que permite identificar diferencias en el comportamiento entre factores como grupo y sexo o grupo y cirugía, así como identificar correlaciones entre variables cuantitativas. Finalmente, se expondrá el análisis multivariante, en el que traten de identificarse relaciones entre los diferentes dominios de cada cuestionario, tanto en la muestra total como dividido por grupos de estudio. En la parte final, se complementan los resultados cuantitativos con un análisis HOMALS por *clusters*, donde tratan de determinarse perfiles de pacientes con características sociodemográficas comunes, que presentan una clínica, en los términos estudiados, similar o, en su defecto, próxima.

5.2.1. Análisis univariante

La EVA general del dolor mostró una distribución normal ($p > 0,05$), si bien los brasileños resultaron más heterogéneos en su dolor que los españoles (Fig. 3). Comparativamente, no se apreciaron diferencias entre las medias de ambos grupos ($p = 0,241$),

siendo el dolor de los españoles, ligeramente superior al de los brasileños en esta variable (Tabla 3).

En el DLC, diferencias por debajo de 1,5 puntos en la escala numérica para la intensidad del dolor son irrelevantes desde el punto de vista clínico. En esos pacientes, la relevancia de las variaciones no depende de la existencia de ciática o no, y además los cambios o efectos son consistentes en diferentes entornos culturales y se mantienen estables sin importar la duración o cronicidad del dolor (Kovacs, F. M. et al., 2007). Por tanto, aunque los pacientes brasileños expresaron mayor dolor, no podemos afirmar que esa diferencia sea relevante clínicamente.

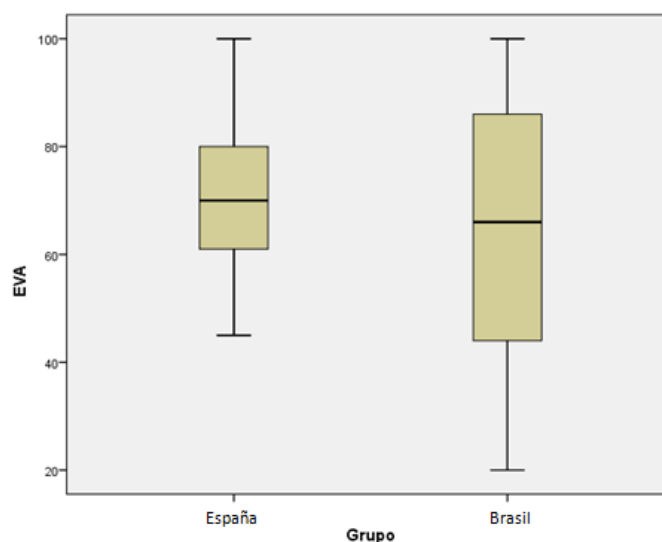


Figura 3: EVA general por grupos de estudio.

Respecto al PRI-total, la distribución también resultó normal ($p > 0,05$), si bien apareció cierta asimetría en el grupo brasileño, donde hubo mayor cantidad de sujetos que expresaron

poco dolor, respecto a los que expresaron valores superiores (Fig. 4). No se detectaron diferencias entre grupos, con valores realmente próximos entre las medias e IC95% ($p=0,723$).

Para una amplia gama de medidas de dolor comúnmente usadas, una diferencia del 30% se puede considerar como una mejoría clínicamente significativa cuando se compara antes y después para los pacientes individuales (Farrar, Young, LaMoreaux, Werth y Poole, 2001; Ostelo et al., 2008). A pesar de que estas medidas se evalúan para individuos, las diferencias en nuestras poblaciones son mínimas, por lo que tampoco consideramos que se comporten de manera diferente en estos parámetros.

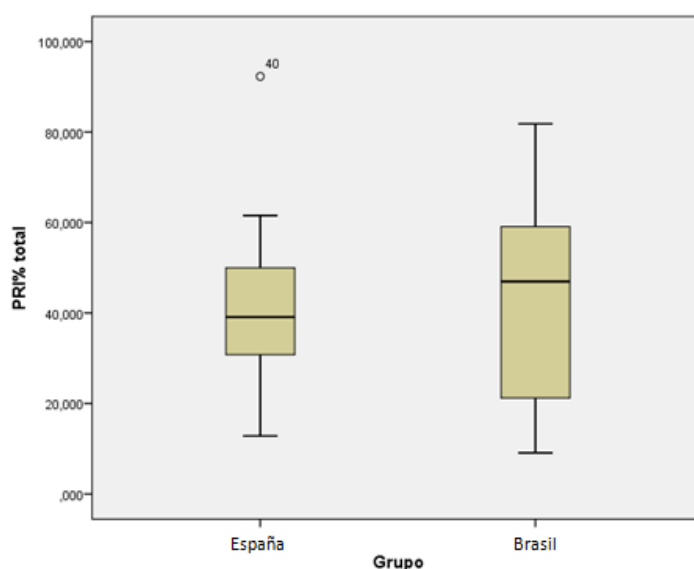


Figura 4: PRI total por grupos de estudio.

El inventario de depresión de Beck mostró una distribución no normal en ambos grupos ($p<0,05$), con asimetrías importantes hacia valores más altos, incluyendo varios *outliers* en el grupo español (Fig. 5). No se han detectado diferencias significativas entre grupos ($p=0,982$), con valores ligeramente superiores en el caso de los brasileños.

Si tenemos en cuenta que un punto de corte adecuado para establecer deterioro en el estado de ánimo con este cuestionario es tener un resultado mayor que 9 (Furlanetto et al., 2005; Sanz y Vázquez, 1998), ambos grupos tendrían un estado de ánimo deteriorado y muy similar, ratificando el vínculo entre DLC y mal estado de ánimo. Así, la prevalencia de depresión en pacientes con DLC es aproximadamente tres a cuatro veces mayor que la de la población general (Sullivan, Reesor, Mikail y Fisher, 1992). El estado psicológico de los pacientes con DLC se altera, con marcadores de ansiedad y depresión altos en el 48% de los pacientes. Sin embargo, no se encontró correlación entre la depresión de los pacientes y variables como el estado civil, educación y comorbilidades (Vereckei et al., 2013). De hecho, los problemas psicológicos deben ser identificados precozmente (incluso en la atención básica de salud) pues son un obstáculo para el éxito terapéutico (Foster, Thomas, Bishop, Dunn y Main, 2010).

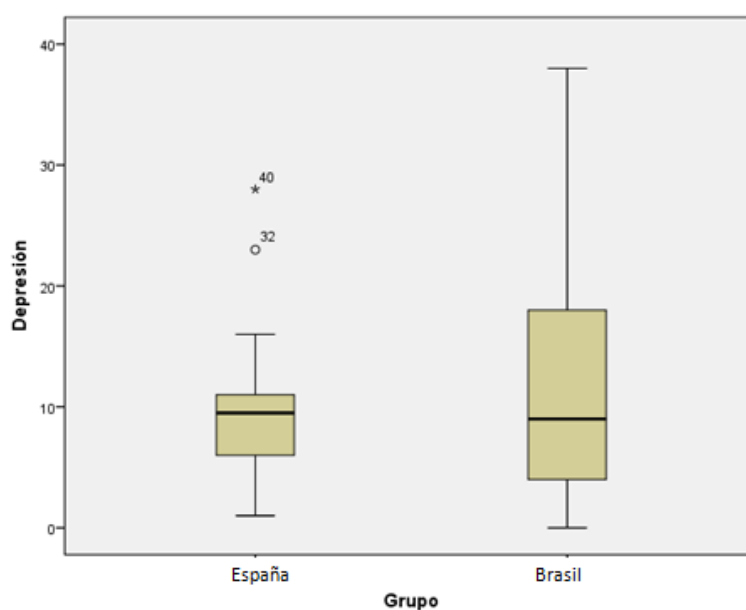


Figura 5: Estado de depresión (cuestionario BDI) por grupos de estudio.

Respecto a la PCS (SF-36), las distribuciones de los valores fueron normales ($p>0,05$), con una ligera asimetría hacia valores superiores en el grupo de brasileños (Fig. 6). En este caso, la calidad de vida física presentó diferencias altamente significativas ($p<0,01$), en la que los pacientes brasileños expresaron una peor calidad de vida que los españoles.

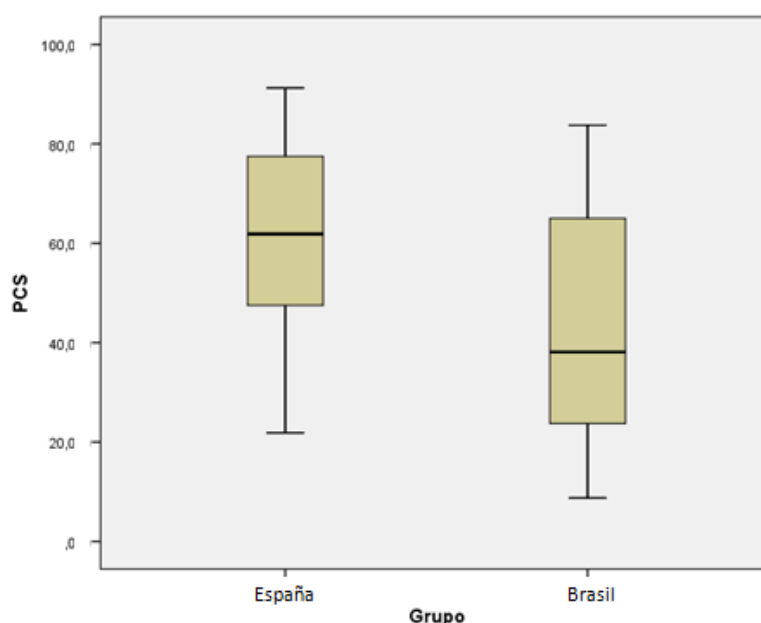


Figura 6: Calidad de vida física (SF-36) por grupos de estudio.

En el caso de la MCS (SF-36) la distribución de valores fue normal en el grupo español ($p>0,05$) y no normal en el grupo brasileño ($p<0,01$), con una importante asimetría hacia valores más bajos (mayor calidad de vida mental), como muestra la Figura 7. En este caso, el análisis comparativo se realizó con herramientas no paramétricas. No obstante, la comparación entre grupos no mostró diferencias de comportamiento para esta variable ($p>0,05$), si bien los españoles mostraron una calidad de vida mental ligeramente mejor que los brasileños (Tabla 3).

Respecto a valores normativos, los españoles se encontraron próximos a valores estándar, mientras los brasileños se encontraron con peor calidad de vida tanto en PCS como en MCS (Salaffi et al., 2005).

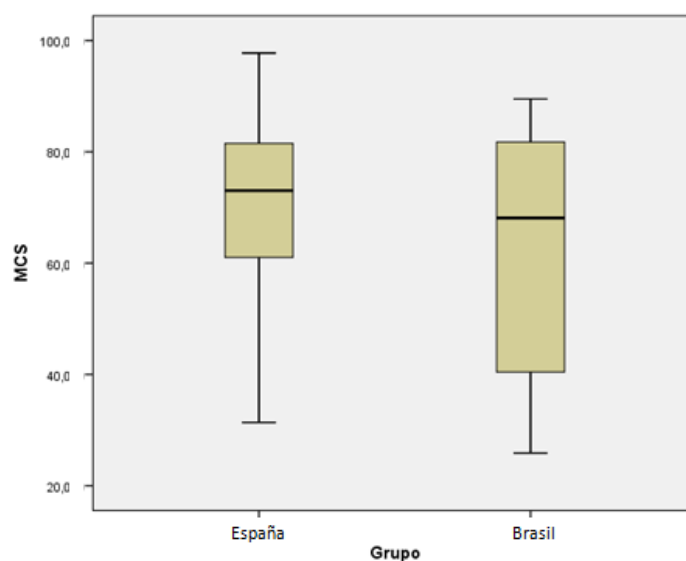


Figura 7: Calidad de vida mental (SF-36) por grupos de estudio.

La discapacidad, evaluada con el cuestionario de Oswestry, mostró un comportamiento normal ($p > 0,05$), con cierta asimetría en los pacientes brasileños hacia valores más altos (mayor discapacidad), como observado en la Figura 8. En este caso, se detectaron diferencias significativas ($p = 0,019$), donde los brasileños presentaron un nivel de discapacidad mayor que los españoles, si bien en ambos casos los valores pueden considerarse bajos-moderados para este cuestionario. De hecho, se ha determinado que la diferencia clínicamente relevante para este cuestionario se encuentra en los 10 puntos y por encima del 30% (Ostelo et al., 2008), que es la diferencia entre ambas poblaciones, por lo que se puede afirmar que la discapacidad de los españoles es sensiblemente superior a la discapacidad de los brasileños.

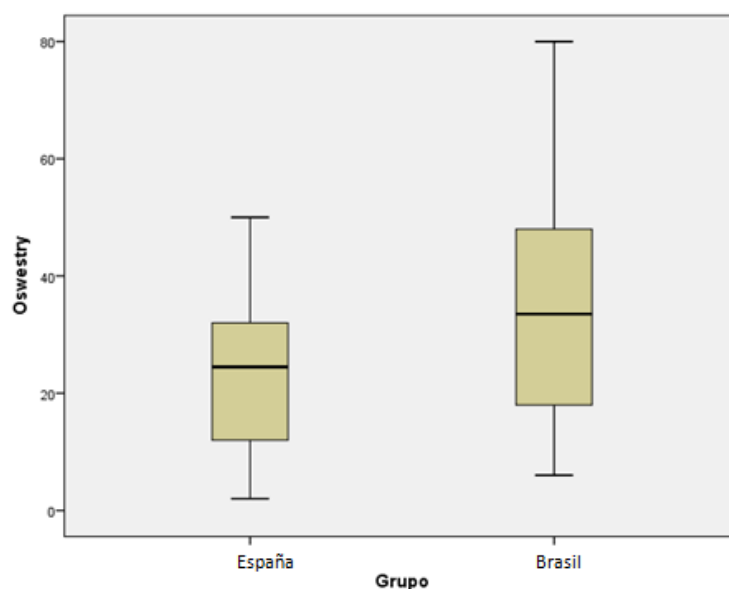


Figura 8: Nivel de discapacidad por grupos de estudio.

Finalmente, el sueño (cuestionario de Pittsburgh), mostró distribución normal ($p > 0,05$), si bien las distribuciones fueron sensiblemente diferentes en ambos grupos, con un menor puntaje en el caso de los españoles, es decir, que presentaron resultados más homogéneos. A pesar de las diferencias en distribución, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,942$), con valores próximos entre ambos grupos (Tabla 3 y Fig. 9).

El cuestionario de Pittsburgh es una herramienta útil para evaluar el sueño en pacientes con DLC. El punto de corte $PSQI > 6$ proporciona una sensibilidad y especificidad óptimas para la detección de insomnio (Alsaadi et al., 2013). Por ello, en nuestro estudio, ambas poblaciones se encuentran con problemas de sueño.

Aunque no existen muchos estudios al respecto, las personas con DLC presentan una peor calidad del sueño (cantidad y calidad) y niveles altos de insomnio (O'Donoghue, Fox, Heneghan y Hurley, 2009; van de Water, Eadie y Hurley, 2011). De hecho, la prevalencia de trastornos del sueño en el DLC se estima como muy elevada (por encima del 50%) (Bahouq, Allali, Rkain, Hmamouchi y Hajjaj-Hassouni, 2013; Call-Schmidt y Richardson, 2003). Se ha apuntado que las mujeres que duermen mal en la adolescencia presentan mayor riesgo de presentar DLC en la etapa adulta, aunque de una forma vaga e inestable (Auvinen et al., 2010). La relación entre el dolor (agudo y crónico) y la calidad del sueño es bidireccional: los trastornos del sueño pueden aumentar el dolor, y a su vez el dolor puede causar trastornos del sueño (Fig. 10). No obstante, los mecanismos que subyacen a la relación entre el DLC y los trastornos del sueño son muy complejos y poco comprendidos (Smith y Haythornthwaite, 2004). Así, la falta de sueño puede interferir con el procesamiento del dolor (Lautenbacher, Kundermann y Krieg, 2006), y, en ocasiones, se ha vinculado esta relación dolor-sueño a alteraciones en los procesos inflamatorios (Heffner, France, Trost, Ng y Pigeon, 2011). También se ha identificado una correlación entre la intensidad del impacto del DLC en la vida cotidiana y la gravedad de los trastornos del sueño (Marty et al., 2008), y entre los trastornos del sueño y la incapacidad funcional causada por el DLC (Menefee et al., 2000).

Sin embargo, no se encontraron asociaciones entre las medidas objetivas del sueño y los relatos en el DLC, lo que acrecienta la necesidad de enfoques mixtos (cuantitativos y cualitativos). La experiencia de las alteraciones del sueño en las personas con DLC tiene interés clínico, ya que podría influir en su recuperación (van de Water et al., 2011).

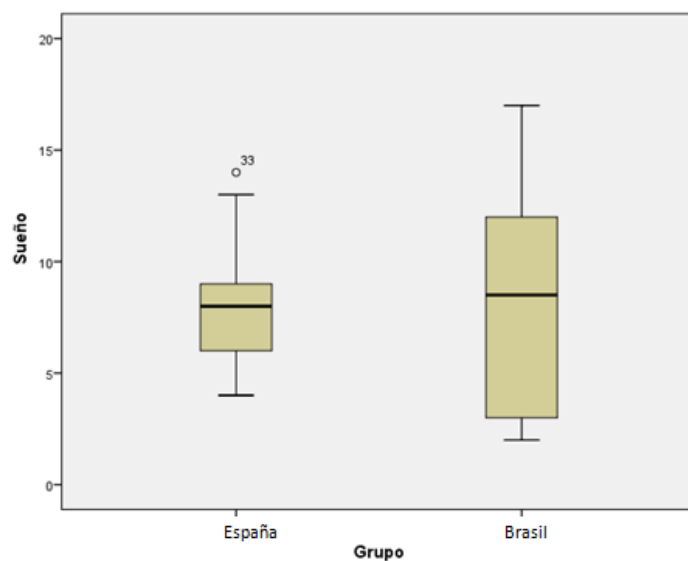


Figura 9: Calidad y cantidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh) por grupos de estudio.

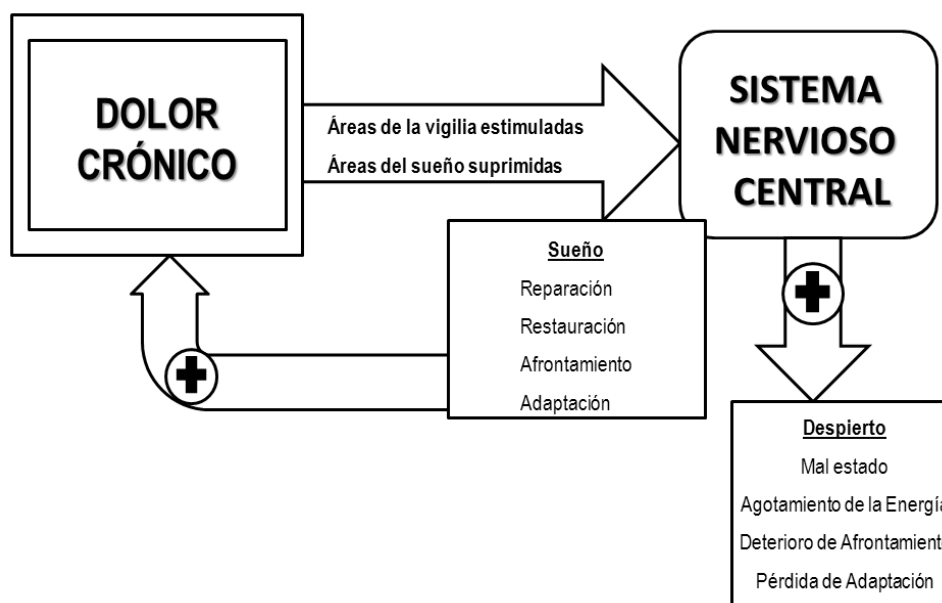


Figura 10: Esquema de la relación entre dolor, excitabilidad del sistema nervioso central y falta de sueño (Tomado de Call-Schmidt y Richardson, 2003).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA:
ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

		Media	Desviación estándar	Error estándar	Mediana	Rango intercuartil	95% IC para la media	
							Límite inferior	Límite superior
EVA general	España	70,70	15,89	2,90	70,00	20,00	64,76	76,64
	Brasil	64,27	25,14	4,59	66,00	43,00	54,88	73,65
PRI% total	España	41,32	15,91	2,91	39,10	20,19	35,38	47,27
	Brasil	43,18	23,66	4,32	46,97	38,64	34,35	52,02
Depresión	España	9,50	5,75	1,05	9,50	5,00	7,35	11,65
	Brasil	11,07	9,40	1,72	9,00	14,00	7,56	14,58
PCS	España	59,60	20,71	3,78	61,88	31,25	51,87	67,34
	Brasil	42,54	22,16	4,05	38,13	42,19	34,27	50,82
MCS	España	70,45	16,74	3,06	73,03	22,51	64,20	76,70
	Brasil	62,64	21,09	3,85	68,13	41,80	54,76	70,51
Discapacidad	España	24,40	13,30	2,43	24,50	20,00	19,43	29,37
	Brasil	34,27	18,04	3,29	33,50	31,00	27,53	41,00
Sueño	España	8,00	2,32	0,42	8,00	3,00	7,13	8,87
	Brasil	7,93	4,45	0,81	8,50	9,00	6,27	9,59

Tabla 3: Descripción de los resultados cuantitativos por grupos.

5.2.2. Análisis de dos factores

A través del ANOVA de dos factores, siendo uno de ellos el país (Brasil/España) y el otro variables cualitativas, como el sexo o haber sido operado quirúrgicamente (la subdivisión de los grupos de estudio, que hubiera generado tamaños muestrales pequeños, no permitió el análisis de otros factores), se pretende identificar la influencia combinada de ambos factores en las variables resultados (cuestionarios de salud).

Análisis de dos factores: Sexo y País

La EVA general no presentó interacción entre país y sexo ($p=0,875$). De hecho, en ambos países, las mujeres expresaron mayor dolor que los hombres, con diferencias próximas a los 10mm (Tabla 4).

Respecto al PRI total del cuestionario de McGill se apreció interacción entre ambos factores ($p=0,038$), siendo las mujeres brasileñas quienes expresaron mayor ratio de dolor, muy por encima de la población masculina brasileña, mientras los hombres españoles se encontraron próximos en ambos sexos respecto a esta variable (Tabla 4 y Fig. 11).

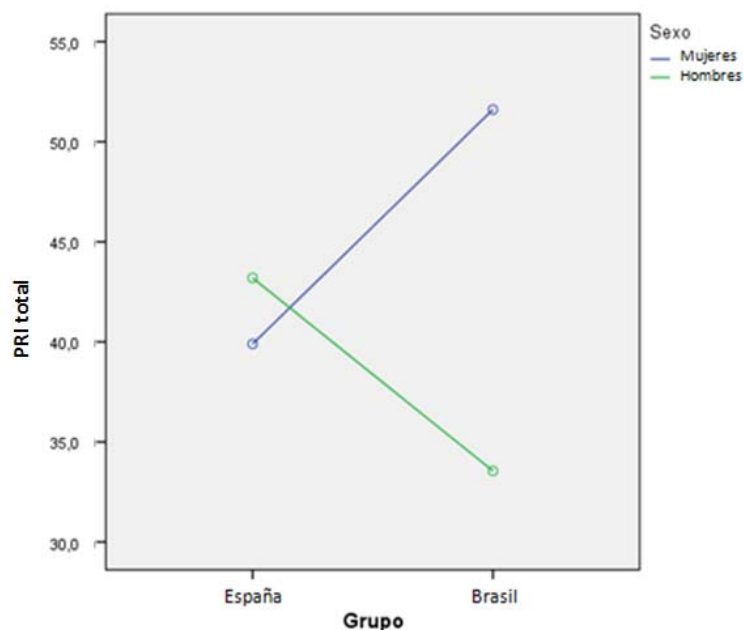


Figura 11: PRI total por grupos y sexos.

El estado de ánimo (inventario de Beck) también mostró interacción entre país y sexo ($p=0,007$), siendo nuevamente las mujeres brasileñas las que peor estado de ánimo presentaron (situándose la media dentro de parámetros de depresión). Por el contrario, los brasileños fueron quienes mejor estado de ánimo mostraron, estando los españoles ligeramente por encima de las españolas (Tabla 4 y Fig. 12).

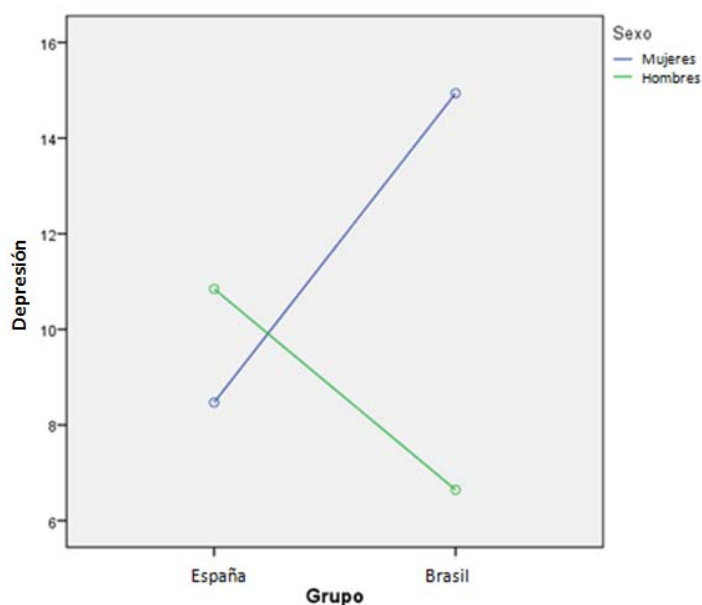


Figura 12: Estado de depresión (cuestionario BDI) por grupos y sexos.

Para la PCS (cuestionario SF-36) no fue detectada interacción entre país y sexo, pues los españoles de ambos sexos presentaron peor calidad de vida física que los brasileños de ambos sexos. No obstante, es destacable que mientras los brasileños tienen 10 puntos peor la calidad de vida que las brasileñas, son las españolas las que se encuentran ligeramente peor que los españoles, aunque con escasas diferencias (Tabla 4).

No obstante, la MCS (cuestionario SF-36) sí mostró interacción entre ambos factores ($p=0,019$). En este caso, las españolas y los brasileños presentaron valores próximos y más altos, que su contrario en el mismo país, siendo las brasileñas quienes presentaron una calidad de vida mental mejor (Tabla 4 y Fig. 13).

Curiosamente, estos datos sólo están parcialmente en consonancia con los de otros autores, donde el sexo femenino estuvo tanto con una PCS peor, como con una MCS peor, en pacientes italianos (Salaffi et al., 2005). Parece que los pacientes brasileños se parecen en este tipo de comportamiento, más a los pacientes italianos, que a los españoles.

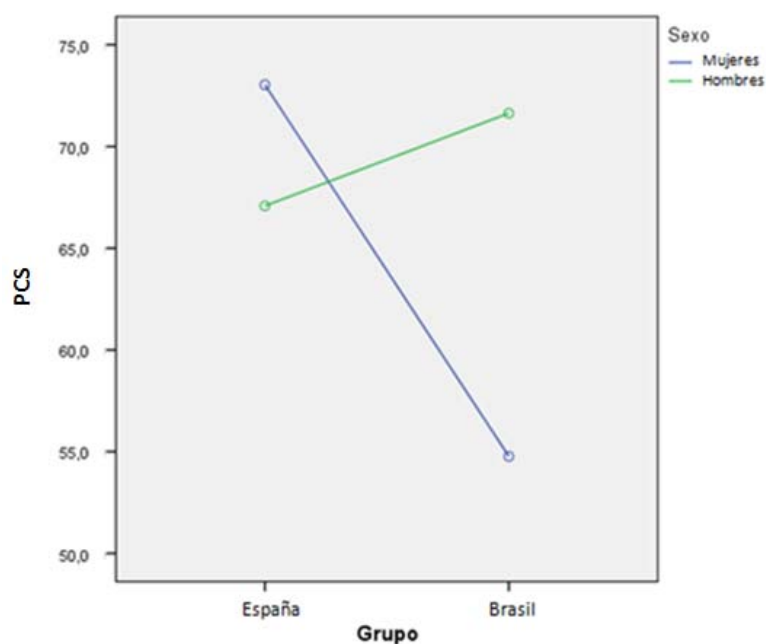


Figura 13: Calidad de vida física (SF-36) por grupos y sexos.

La discapacidad (cuestionario de Oswestry) no mostró interacción entre país y sexo ($p=0,346$), a pesar de que las brasileñas presentaron un nivel de discapacidad mayor respecto a los brasileños, y éstos a su vez, ligeramente mayor que los españoles, estando éstos muy próximos en valores para ambos sexos (Tabla 4).

Finalmente, respecto al sueño (resultado del cuestionario de Pittsburgh), la interacción entre país y sexo ha resultado significativa ($p=0,04$), donde las mujeres brasileñas dormían peor, no sólo respecto a los hombres brasileños, sino respecto a hombres y mujeres españolas. A pesar de ello, las diferencias numéricas no tienen una gran relevancia clínica (Tabla 4 y Fig. 14).

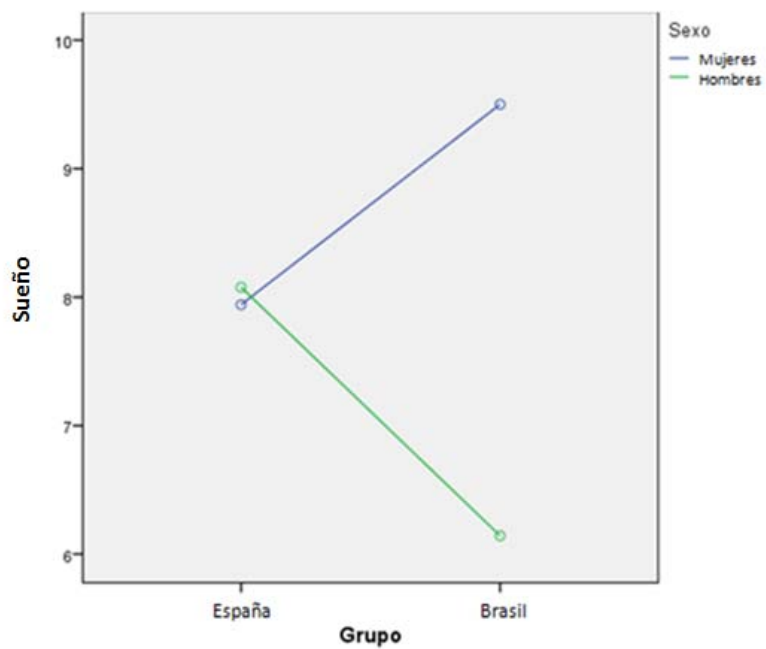


Figura 14: Calidad y cantidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh) por grupos y sexos.

Variable	Grupo	Sexo	Media	Error estándar	IC al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
EVA general	España	Mujer	74,65	5,04	64,55	84,74
		Hombre	65,54	5,76	54,00	77,08
	Brasil	Mujer	69,31	5,19	58,91	79,72
		Hombre	58,50	5,55	47,38	69,62
PRI% total	España	Mujer	39,89	4,70	30,47	49,32
		Hombre	43,20	5,38	32,42	53,97
	Brasil	Mujer	51,61	4,85	41,90	61,32
		Hombre	33,55	5,18	23,17	43,93
Depresión	España	Mujer	8,47	1,77	4,94	12,01
		Hombre	10,85	2,02	6,80	14,89
	Brasil	Mujer	14,94	1,82	11,29	18,58
		Hombre	6,64	1,95	2,75	10,54
PCS	España	Mujer	62,06	5,19	51,65	72,46
		Hombre	56,39	5,94	44,50	68,29
	Brasil	Mujer	37,81	5,35	27,09	48,54
		Hombre	47,95	5,72	36,48	59,41
MCS	España	Mujer	73,03	4,42	64,17	81,89
		Hombre	67,08	5,06	56,94	77,21
	Brasil	Mujer	54,77	4,56	45,63	63,90
		Hombre	71,63	4,88	61,87	81,40
Discapacidad	España	Mujer	24,18	3,86	16,45	31,90
		Hombre	24,69	4,41	15,86	33,53
	Brasil	Mujer	37,69	3,98	29,72	45,65
		Hombre	30,36	4,25	21,84	38,87
Sueño	España	Mujer	7,94	0,82	6,29	9,59
		Hombre	8,08	0,94	6,19	9,96
	Brasil	Mujer	9,50	0,85	7,80	11,20
		Hombre	6,14	0,91	4,33	7,96

Tabla 4: Descripción de resultados cuantitativos por grupos y sexos. Brasil-mujeres (n=17); Brasil-hombres (n=13); España-mujeres (n=16); España-hombres (n=14).

Análisis de dos factores: Cirugía y País

Ninguna de las variables estudiadas presentó interacción entre país y cirugía, si bien en los análisis particulares se han detectado ciertas tendencias interesantes.

La EVA general no presentó diferencias entre operados y no operados en función del país de procedencia ($p=0,160$). De hecho, las diferencias entre operados y no operados se mantuvieron estables (aproximadamente 5 mm) en ambos países, siendo mayor el dolor en los operados (Tabla 5 y Fig. 15).

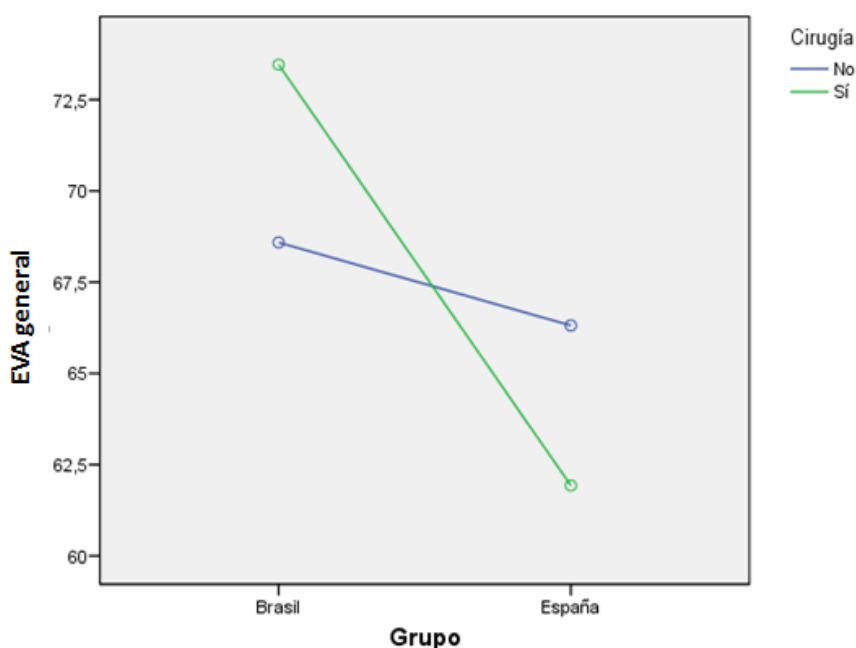


Figura 15: EVA general por grupos y cirugía.

El PRI total tampoco presentó interacción significativa para la interacción de estos factores ($p=0,313$). Nuevamente, los operados presentaron una ratio de dolor mayor que los no operados (5 puntos aproximadamente) en ambos países.

El estado de ánimo (cuestionario de Beck) tampoco mostró interacción ($p=0,502$). De hecho, aunque los brasileños presentaron un estado de ánimo peor, y dentro de ellos los operados con valores más altos, las diferencias con los españoles son pequeñas numéricamente.

Nuevamente el PCS no muestra interacción, en este caso entre país y cirugía ($p=0,918$), si bien los españoles, operados o no, expresan una calidad de vida física sensiblemente peor (en torno a los 17 puntos) que los brasileños, hayan sido éstos operados o no (Tabla 5 y Fig. 16).

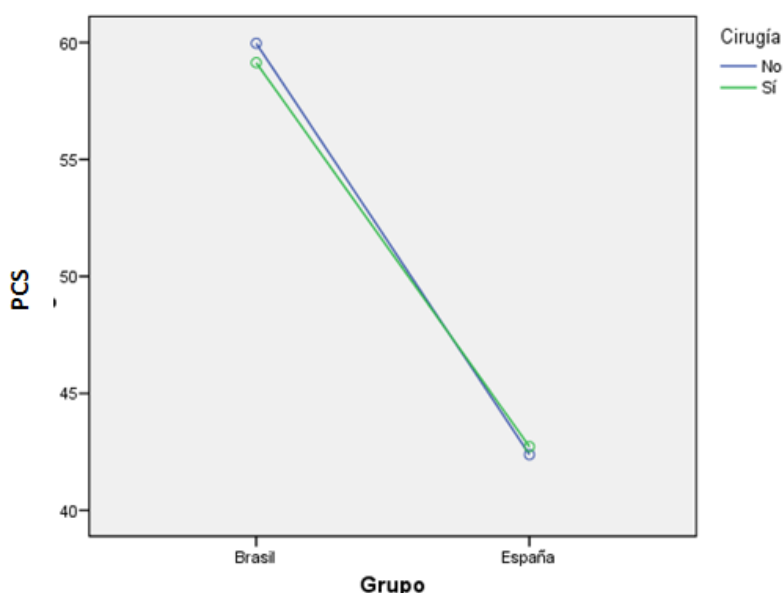


Figura 16: Calidad de vida física (SF-36) por grupos y cirugía.

Tampoco el MCS muestra interacción entre país y cirugía ($p=0,933$), si bien de nuevo los españoles expresan una calidad de vida mental peor (en torno a los 9 puntos) que los brasileños.

La discapacidad (cuestionario de Oswestry) tampoco mostró interacción ($p=0,828$) siendo los brasileños, operados o no, los que presentaron mayor discapacidad que los españoles (10 puntos aproximadamente), hubieran sido éstos sometidos a cirugía o no.

Finalmente, el sueño (cuestionario de Pittsburgh) tampoco resultó significativo para ambos factores ($p=0,160$). Además de mostrar escasas diferencias entre ellos, es destacable que todos los subgrupos superaron el valor 5, considerado como el límite de las buenas condiciones de sueño (Tabla 5 y Fig. 17).

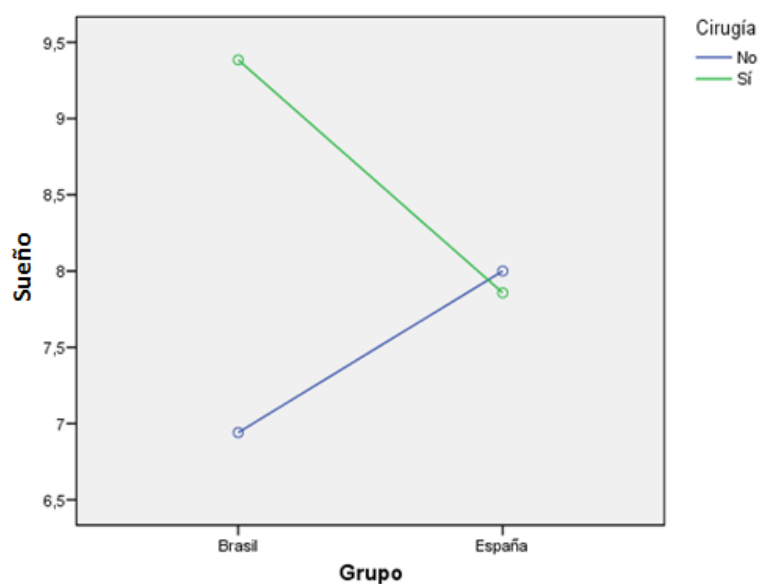


Figura 17: Calidad y cantidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh) por grupos y cirugía.

Variable	Grupo	Cirugía	Media	Error típ.	IC al 95%.	
					Límite inferior	Límite superior
EVA general	Brasil	No	68,59	5,16	58,25	78,92
		Sí	73,46	5,90	61,64	85,28
	España	No	66,31	5,32	55,66	76,96
		Sí	61,93	5,68	50,54	73,32
PRI% total	Brasil	No	39,22	4,93	29,34	49,09
		Sí	44,08	5,64	32,79	55,38
	España	No	45,93	5,08	35,75	56,11
		Sí	40,04	5,43	29,16	50,93
Depresión	Brasil	No	9,94	1,92	6,11	13,78
		Sí	8,92	2,19	4,54	13,31
	España	No	10,25	1,97	6,30	14,20
		Sí	12,00	2,11	7,77	16,23
PCS	Brasil	No	59,96	5,29	49,36	70,57
		Sí	59,14	6,05	47,01	71,26
	España	No	42,38	5,46	31,45	53,31
		Sí	42,72	5,83	31,04	54,41
MCS	Brasil	No	71,59	4,68	62,21	80,97
		Sí	68,96	5,36	58,23	79,69
	España	No	64,26	4,83	54,59	73,93
		Sí	60,78	5,16	50,44	71,12
Discapacidad	Brasil	No	25,18	3,91	17,35	33,01
		Sí	23,39	4,47	14,43	32,34
	España	No	34,25	4,03	26,18	42,32
		Sí	34,29	4,31	25,66	42,91
Sueño	Brasil	No	6,94	0,85	5,24	8,64
		Sí	9,39	0,97	7,44	11,33
	España	No	8,00	0,88	6,25	9,75
		Sí	7,86	0,94	5,98	9,73

Tabla 5: Descripción de los resultados cuantitativos por grupos y cirugía. Brasil-Sí (n=13); Brasil-No (n=17); España-Sí (n=14); España-No (n=16).

5.2.3. Análisis de correlaciones bivariadas

Las correlaciones entre edad e IMC para la muestra total, respecto a los totales de los cuestionarios analizados, mostraron que la edad sólo se correlaciona, positivamente y de forma moderada, con la discapacidad (cuestionario de Oswestry), es decir, mayor edad supone mayor discapacidad, y negativamente con la PCS, o lo que es lo mismo, a mayor edad, menor calidad de vida. Sin embargo, el IMC no mostró ninguna relación con las dimensiones estudiadas, mostrando independencia respecto al dolor, estado de ánimo, discapacidad, calidad de vida y sueño en estos pacientes, lo cual es contrario a lo descrito previamente, donde el IMC se correlacionó con peor calidad de vida (Salaffi et al., 2005). De hecho, el IMC tan sólo correlacionó moderadamente con la edad.

Respecto a los resultados de los cuestionarios para la muestra total existe un patrón consistente de correlaciones, la mayor parte de ellas de intensidad moderada, en la mayoría de las variables, lo que estaría en consonancia con la multidimensional a la que afecta el cuadro clínico, así como los vínculos entre estas dimensiones. Llama especialmente la atención que los valores de los coeficientes más elevados, analizando las dimensiones dolor, depresión, calidad de vida y discapacidad, (parece razonable pensar que las variables intracuestionario, como las de dolor, se correlacionasen de forma más alta entre ellas, al igual que ocurriría con el PCS y el MCS del cuestionario SF-36), se dan entre la calidad de vida, la discapacidad y la depresión, no con el dolor. Por último, tan sólo el estado de depresión respecto al PPI del dolor, y curiosamente, la EVA general en relación con la calidad de vida (PCS y MCS), no mostraron significación en su correlación, si bien fueron las únicas variables del dolor que mostraron este comportamiento. Otro dato relevante es que la calidad de vida mental se vio más relacionada

que la física respecto a múltiples variables, como las dolorosas, el sueño y la depresión (Tabla 6).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA:
ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

Muestra total (n=30)	Edad	IMC	Sueño	Oswesty	EVA lumbar	EVA M.I. EVA McGill	EVA McGill	PRI% total	Nº palabras	PPI	Depresión	PCS
IMC	0,360**											
Sueño	0,059	0,202										
Oswesty	0,388**	0,143	0,343**									
EVA lumbar	-0,136	-0,167	0,280*	0,329*								
EVA M.I.	0,028	-0,159	0,242	0,398**	0,761**							
EVA McGill	0,001	-0,16	0,347**	0,403**	0,592**	0,472**						
PRI% total	0,023	-0,129	0,426**	0,558**	0,526**	0,471**	0,604**					
Nº palabras	-0,061	-0,07	0,402**	0,435**	0,450**	0,295*	0,517**	0,835**				
PPI	0,167	-0,052	0,291*	0,403**	0,363**	0,408**	0,502**	0,494**	0,368**			
Depresión	0,182	0,017	0,312*	0,584**	0,319*	0,367**	0,285*	0,555**	0,493**	0,241		
PCS	-0,409**	-0,067	-0,288*	-0,661**	-0,300*	-0,314*	-0,19	-0,408**	-0,284*	-0,317*	-0,527**	
MCS	-0,167	-0,082	-0,449**	-0,508**	-0,387**	-0,449**	-0,249	-0,500**	-0,438**	-0,299*	-0,658**	0,702**

Tabla 6: Correlaciones bivariadas de la muestra total.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05.

Por países, la edad de los brasileños mostró estar correlacionada, no sólo con la discapacidad y la calidad de vida física, sino también con algunas variables dolorosas, como la EVA general, el PRI y el PPI, en todos los casos con relación directa (mayor edad, mayor dolor). Parece, por tanto, que la edad es un factor relevante en la experiencia del DLC en este grupo. No obstante, el IMC mantuvo la ausencia de correlaciones con los parámetros clínicos, estando sólo directamente relacionada con la edad, como ocurrió con la muestra total.

Teniendo en cuenta las relaciones entre parámetros clínicos, el esquema se modifica respecto a la muestra total, pues en este caso cada dimensión presenta un comportamiento diferente, no existiendo un patrón común para las relaciones entre dolor, discapacidad, calidad de vida, sueño y depresión. Así, el sueño aumentó la correlación con las EVAs lumbar y de M.I., mientras el resto de parámetros dolorosos no correlacionaron con el sueño, desapareciendo incluso la significación respecto a la calidad de vida, si bien el tamaño muestral puede haber condicionado este hecho. Por el contrario, la discapacidad se desvinculó de las EVAs lumbar y de M.I., y del sueño, mientras mantuvo su relación positiva con el resto de parámetros dolorosos, la depresión, y negativa con la discapacidad (no debemos olvidar que para los PCS y MCS del SF-36 a mayor valor, mayor calidad de vida, a la inversa de lo que ocurre con el resto de variables, donde valores mayores reflejan mayor dolor, discapacidad, depresión). Las variables dolorosas disminuyeron su relación con la depresión (a excepción del PRI), al igual que ocurrió con la calidad de vida (excepción hecha del PPI respecto al PCS). La depresión se desvincula del sueño en estos pacientes, pero mantiene su relación con la discapacidad. En general, parece que los brasileños tienen un comportamiento en el cual las dimensiones estudiadas, aunque se hayan visto afectadas por sus valores totales, como se mostró en el análisis descriptivo univariante, pueden estar menos vinculadas entre ellas, como

muestra la calidad de vida, con coeficientes bajos (especialmente la calidad de vida mental), a excepción de la relación de la PCS con, por un lado, la discapacidad (Oswestry) y, por otro, el PPI (Tabla 7).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA:
ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

Brasil (n=30)	Edad	IMC	Sueño	Oswestry	EVA lumbar	EVA M.I.	EVA McGill	PRI% total	Nº palabras	PPI	Depresión	PCS
IMC	0,490**											
Sueño	0,153	0,011										
Oswestry	0,681**	0,364*	0,123									
EVA lumbar	0,075	-0,014	0,516**	0,163								
EVA M.I.	0,318	0,071	0,485**	0,215	0,595**							
EVA McGill	0,428*	0,196	0,311	0,587**	0,36	0,128						
PRI% total	0,437*	0,098	0,268	0,473**	0,244	0,237	0,328					
Nº palabras	0,25	0,057	0,072	0,448*	0,202	0,062	0,307	0,766**				
PPI	0,435*	0,093	0,161	0,522**	0,148	0,178	0,336	0,297	0,191			
Depresión	0,35	0,155	0,07	0,468**	0,154	0,252	0,179	0,475**	0,344	0,217		
PCS	-0,567**	-0,181	-0,354	-0,643**	-0,09	-0,131	-0,304	-0,428*	-0,27	-0,615**	-0,393*	
MCS	-0,161	-0,087	-0,385*	-0,312	-0,143	-0,329	0,013	-0,243	-0,151	-0,24	-0,504**	0,655**

Tabla 7: Correlaciones bivariadas del grupo brasileño.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05.

Como se puede desprender de los análisis anteriores (muestra total y grupo brasileño), son los españoles quienes presentan mayores coeficientes de correlación entre dimensiones (valores de los diferentes cuestionarios), es decir, relacionan más el dolor, la calidad de vida, la discapacidad, el estado de ánimo y la calidad y cantidad del sueño. Podríamos, por tanto, afirmar, que el DLC de estos pacientes vincula, o al menos se ve acompañado, de un amplio cortejo de signos y síntomas, con comportamientos asociados. Curiosamente, este comportamiento no se observa en la relación entre edad e IMC, ni entre ellas, ni con las variables clínicas. Parece, por tanto, que en estos pacientes, la edad (el IMC ya no se relacionaba con otras variables en el grupo brasileño) se desvincula del proceso doloroso y lo que él supone. Independientemente de la edad, los pacientes sufren un cuadro clínico, cuyas manifestaciones están relacionadas entre sí. Una de las características de este patrón que llama la atención es que la calidad de vida mental (MCS) se vio más relacionada que la física (PCS) en todas las variables (dolorosas, sueño, depresión), con la única excepción de la discapacidad (Oswestry), mostrando que a mayor dolor, mayor depresión o peor sueño, se deteriora más la MCS que la PCS. Por último, cabe destacar que los coeficientes de mayor intensidad se observaron entre la depresión y ambas variables de calidad de vida (no fueron el dolor, ni la discapacidad respecto a ninguna otra de las dimensiones estudiadas), las más intensamente relacionadas, lo que da relevancia de nuevo al componente psíquico del DLC, al menos en los españoles (Tabla 8).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA:
ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

España (n=30)	Edad	IMC	Sueño	Oswestry	EVA lumbar	EVA M.I.	EVA McGill	PRI% total	N° palabras	PPI	Depresión	PCS
IMC	0,267											
Sueño	0,023	0,308										
Oswestry	0,215	0,016	0,461*									
EVA lumbar	-0,256	-0,281	0,194	0,489**								
EVA M.I.	-0,165	-0,332	0,149	0,508**	0,877**							
EVA McGill	-0,201	-0,387*	0,364*	0,427*	0,699**	0,676**						
PRI% total	-0,205	-0,274	0,486**	0,621**	0,678**	0,597**	0,743**					
N° palabras	-0,233	-0,174	0,553**	0,583**	0,582**	0,473**	0,600**	0,919**				
PPI	0,005	-0,158	0,349	0,374*	0,487**	0,551**	0,592**	0,599**	0,480**			
Depresión	0,094	-0,058	0,394*	0,638**	0,413*	0,423*	0,355	0,587**	0,621**	0,258		
PCS	-0,306	0,006	-0,313	-0,611**	-0,550**	-0,453*	-0,259	-0,426*	-0,421*	-0,159	-0,625**	
MCS	-0,156	-0,09	-0,504**	-0,577**	-0,575**	-0,522**	-0,444*	-0,641**	-0,716**	-0,35	-0,735**	0,719**

Tabla 8: Correlaciones bivariadas del grupo español.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05.

5.2.4. Análisis multivariante

El análisis multivariante (MANOVA) trató de identificar cuáles de los dominios de cada uno de los cuestionarios (McGill, SF-36, Oswestry, Pittsburgh) son más relevantes para definir el comportamiento poblacional en cuando a las dimensiones que cada cuestionario evalúa (dolor, calidad de vida, discapacidad, sueño).

En primer lugar, las variables relativas al cuestionario de McGill, todas ellas vinculadas al dolor, muestran diferencias significativas en el MANOVA ($p=0,01$), pero que se pierden a nivel individual. Esto puede deberse a que no es una variable aislada la que produce la diferenciación sino la combinación de las variables. En este caso, las variables que más explican individualmente las diferencias son N° de palabras y PRI emocional, si bien ninguna de forma significativa (Tabla 9).

Grupo	PRI sensorial	PRI emocional	PRI valorativa	PRI miscelánea	N° palabras	PPI
España (n=30)	43,17	28,10	62,00	40,59	14,23	3,13
Brasil (n=30)	42,44	35,19	68,33	44,17	12,30	3,10
p-valor	0,899	0,264	0,356	0,597	0,106	0,920

Tabla 9: Medias del cuestionario de McGill por grupos y dominios.

Las 3 EVAs aplicadas (general, lumbar y M.I.) se han analizado de manera conjunta, sin que se detecten diferencias significativas intergrupales, ni a nivel multivariante ($p=0,444$), ni a nivel univariante (Tabla 10).

Grupo	EVA general	EVA lumbar	EVA M.I.
España (n=30)	70,70	64,53	52,27
Brasil (n=30)	64,27	60,97	55,20
p-valor	0,241	0,522	0,639

Tabla 10: Medias de las EVAs por grupos y dominios.

En cuanto a la calidad de vida, evaluada con el cuestionario SF-36, se han incluido los ocho dominios más la pregunta de Cambio en la salud desde hace un año, el resultado del MANOVA es significativo ($p < 0,01$). Respecto a los valores medios por subescalas, se observa que todas las variables, excepto el Rol emocional, tienen mayores valores en el grupo de españoles que en el de brasileños.

Los contrastes particulares indican que todos los dominios muestran diferencias significativas, excepto Salud mental, Salud emocional y Salud general (Tabla 11).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INTERPRETACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DLC ENTRE POBLACIÓN BRASILEÑA Y ESPAÑOLA:
ANÁLISIS POR ESTRATEGIAS MÚLTIPLES

Grupo	Función física	Rol físico	Dolor	Función social	Salud mental	Rol emocional	Vitalidad	Salud General	Cambio salud
España (n=30)	63,33	57,50	57,08	81,67	72,80	63,34	64,00	60,50	55,00
Brasil (n=30)	45,50	30,83	39,17	68,33	65,67	65,55	51,00	54,67	35,00
p-valor	0,01*	<0,01*	<0,01*	0,020*	0,092	0,820	0,017*	0,255	<0,01*

Tabla 11: Medias del cuestionario SF-36 por grupos y dominios.

El MANOVA para los dominios del cuestionario de Pittsburgh ha resultado altamente significativo ($p < 0,01$) para la comparación de españoles y brasileños.

Los dominios que son más importantes en la diferenciación de los grupos son la Eficiencia de sueño y las Alteraciones del sueño. De hecho, al aplicar los contrastes individuales, son estas dos subescalas las que presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre grupos (Tabla 12).

Grupo	Calidad	Latencia	Duración	Eficiencia	Alteraciones	Medicamentos	Disfunción Diurna
España (n=30)	1,37	1,50	1,37	0,37	2,10	0,40	0,90
Brasil (n=30)	1,13	1,70	1,03	1,10	1,50	0,67	0,80

Tabla 12: Medias del cuestionario de Pittsburgh por grupos y dominios.

El siguiente gráfico representa la diferencia de medias de los cuatro grupos definidos por nacionalidad y sexo, siendo la primera letra nacionalidad (B=brasileño; E=español) y la segunda género (M=mujer; H=hombre). Es decir, una MANOVA con las escalas globales, que en este caso es significativa ($p = 0,018$), no muestra la interpretación de las diferencias detectadas, mientras el presente canónico de poblaciones sí lo permite.

Las variables EVAs y PPI no explican las diferencias en este plano, es decir, están mal representadas. Este plano está definido por las mayores diferencias entre las medias. Las variables depresión, sueño, PRI total, MCS y N° de palabras definen principalmente el Factor 2. Oswestry y PCS definen principalmente el Factor 1 pero también aportan al Factor 2. Los

grupos están definidos por la media y los círculos son los intervalos de confianza univariante. El centro proyectado sobre cualquier variable muestra la ordenación de las medias y la proyección del diámetro, estima el intervalo en esa variable. Lo mismo ocurre al proyectar los factores. Si se proyecta sobre el Factor 1, los extremos están definidos por BM y EH. Si se proyecta sobre Factor 2, se diferencian EM de BM y EH.

BH toma posiciones intermedias y no está muy bien representado en este plano de máximas diferencias entre grupos (Fig. 18).

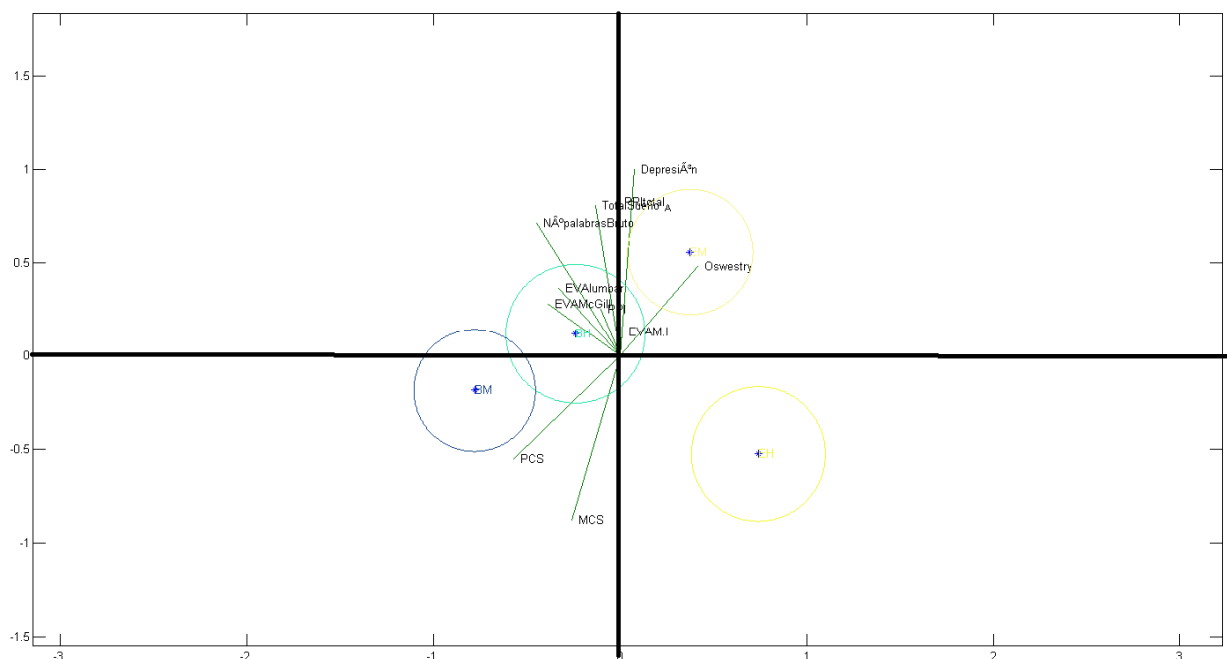


Figura 18: Análisis canónico de poblaciones para la representación de los resultados del MANOVA.

5.2.5. Análisis de correspondencias múltiples

Al aplicar un análisis multivariante HOMALS (análisis de correspondencias múltiples) sobre el conjunto de variables, tanto categóricas (incluido grupo de estudio: brasileño-español), como cuantitativas, se construyen ciertos perfiles de pacientes (la inclusión de las variables cualitativas en este análisis conlleva la reducción de los tamaños grupales), puesto que fueron menos los pacientes que respondieron el cuestionario cualitativo que los que respondieron los cuestionarios cuantitativos. Este análisis conlleva un proceso evolutivo, que suma el análisis gráfico visual con el numérico.

En primer lugar, podemos observar como los pacientes parecen situarse muy próximos, lo que dificultaría el establecimiento de *clusters*, o perfiles de individuos. No obstante, existe un paciente fuera de rango (PE17) y que posee características muy diferentes al resto, entre las que se encuentran Vivir sólo y ser Estudiante (Fig. 19).

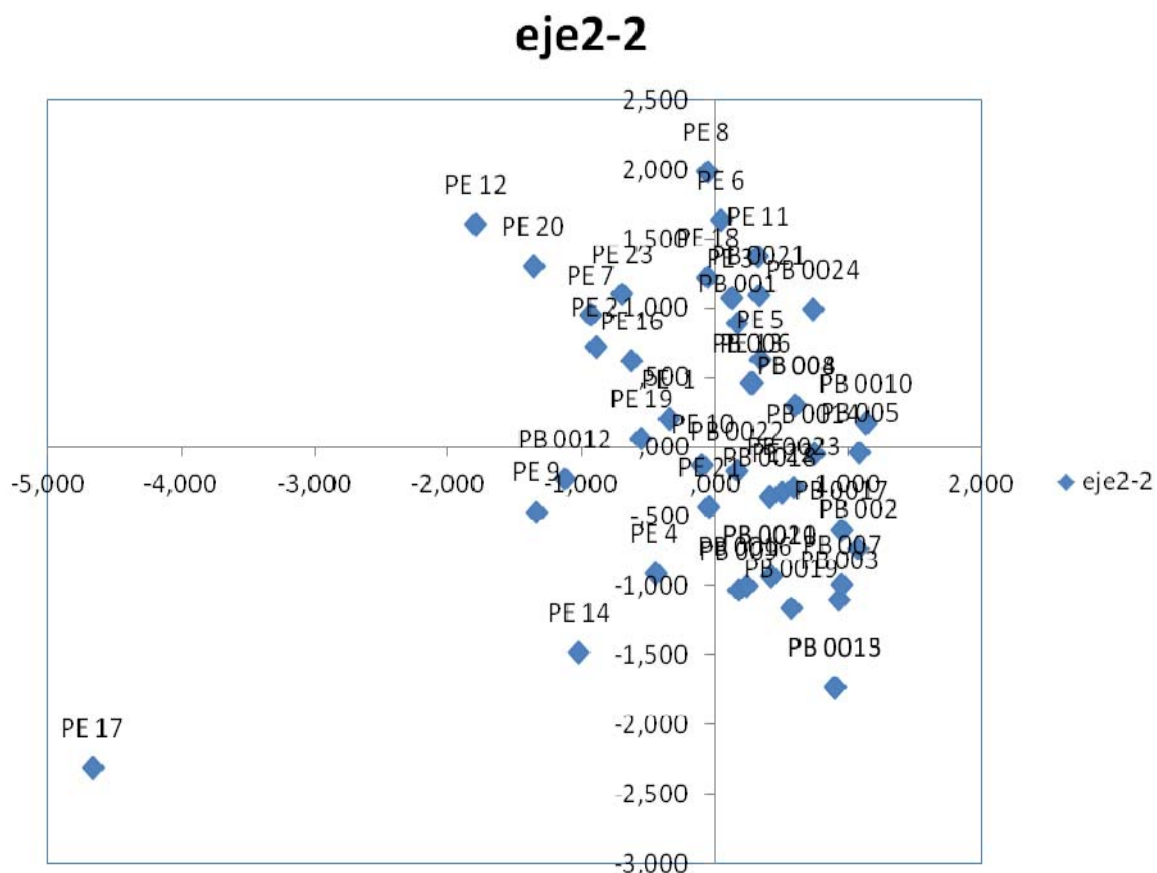


Figura 19: Representación del análisis multivariante HOMALS con toda la muestra.

Si se desecha este sujeto, aparecen visualmente 2 *clusters*, que descritos numéricamente (*K-cluster method*) se resumirían según la Tabla 13 y la Figura 20.

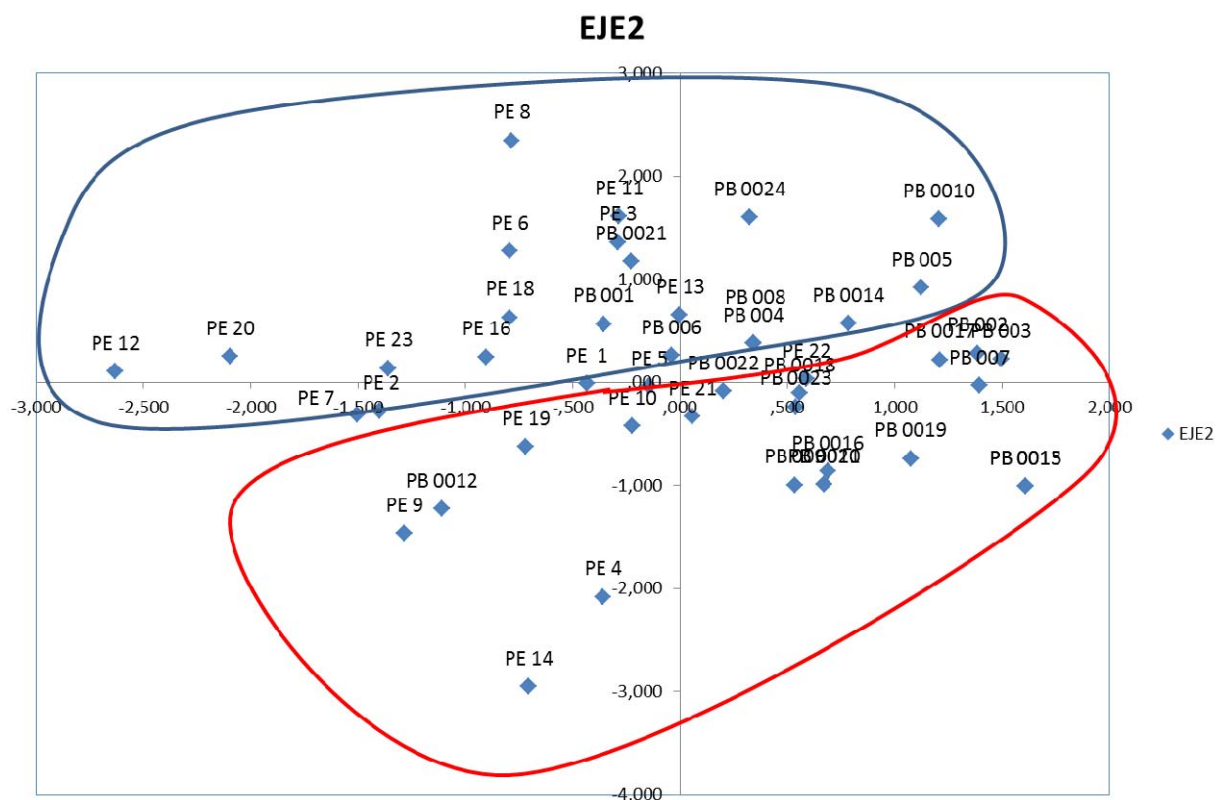


Figura 20: Representación del análisis multivariante HOMALS con 2 clusters.

		<i>Cluster</i>		
		1	2	Total
Grupo	España	9	15	24
	Brasil	14	7	21
	Total	23	23	45

Tabla 13: Tabla para la división de la muestra en 2 clusters.

Como podemos observar, a pesar de existir cierta separación en los perfiles de cada *cluster*, existen numerosos pacientes (9 españoles para el *cluster* 1, 7 brasileños para el *cluster* 2) que estarían mal clasificados o erróneos, lo que no sería deseable en términos de clasificación o establecimiento de perfiles, lo que invita a continuar el análisis. De hecho, si aplicamos el *cluster* de Ward, se pueden identificar 3 *cluster*, con 2 de ellos prácticamente sin individuos mal clasificados o erróneos, y un 3º *cluster*, que podríamos asumir como miscelánea, que englobaría 7 sujetos de ambos grupos con características dispares. En este caso, el primer *cluster* estaría compuesto por españoles, con estudios superiores, no practicantes religiosos, de clase media, que viven en la ciudad, están casados, mientras el segundo *cluster* lo formarían brasileños, cuyo perfil se compondría de clase baja, haber recibido un trato regular de los sanitarios, practicantes religiosos, con estudios básicos y que se encuentran físicamente regular. El *cluster* que menos distingue entre ambos países carece de un patrón definido, si bien en él se encuentran algunos de los pacientes de ambos países que expresaron sentirse peor físicamente (Tabla 14 y Fig. 21).

Este tipo de perfil no es nuevo, ya que se sabe que los factores sociales también son importantes predictores de resultados en el DLC. La educación, el estatus socioeconómico y el desempleo predicen la duración del dolor y su recurrencia, aunque no siempre está claro a partir de la literatura existente cómo éstos ejercen su efecto sobre el resultado (Dionne et al., 2001). No obstante, al igual que ocurrió con el sexo en el análisis de 2 factores, los pacientes brasileños se parecen más a otros europeos, que los propios españoles, ya que asociaron un trabajo más físico y un nivel educativo bajo, a una situación peor (Salaffi et al., 2005), lo que no ocurrió en el *cluster* 1, donde se encontraban la mayor parte de españoles.

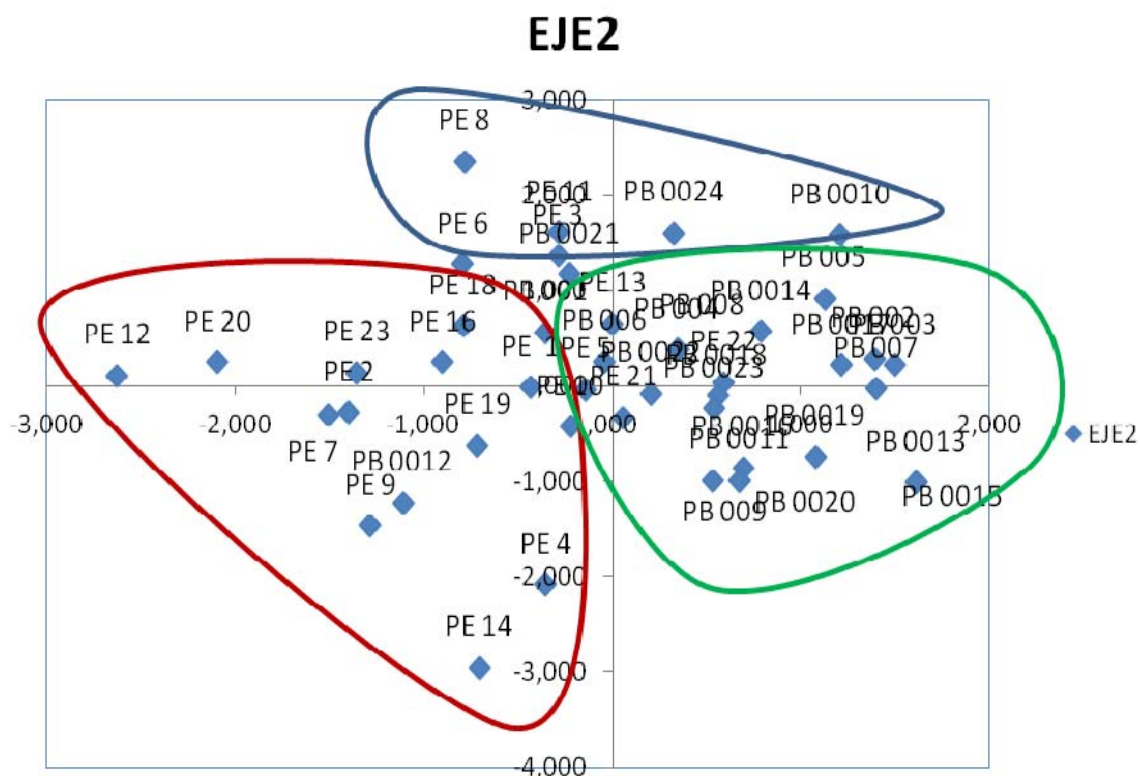


Figura 21: Representación del análisis multivariante HOMALS con 3 clusters.

		<i>Ward Method</i>			
		1	2	3	Total
Grupo	España	20	1	3	24
	Brasil	6	11	4	21
	Total	26	12	7	45

Tabla 14: Tabla para la división de la muestra en 3 clusters.

6. DISCUSIÓN

A pesar de que los propios resultados han permitido alcanzar objetivos que no fueron previstos inicialmente, como es característico de las estrategias múltiples, se ha conseguido alcanzar en gran medida los objetivos propuestos al inicio del estudio, ratificándose en diferente grado las hipótesis establecidas *a priori*. En este sentido, puede afirmarse que las manifestaciones conocidas del DLC, como el deterioro de la calidad de vida, el sueño, el estado de ánimo, o la propia discapacidad son diferentes en función del contexto sociocultural en que se desarrolla el individuo. Las influencias que el DLC ejerce en las diferentes dimensiones estudiadas se integran en un complejo cuadro altamente relacionado entre sí, de forma más relevante en población española que brasileña, existiendo patrones estables de comportamiento.

En torno a los objetivos alcanzados no previstos, todos ellos serán determinados e interpretados en la presente discusión, si bien se pueden apuntar entre ellos:

- La gran heterogeneidad (podríamos decir, la extrema individualidad), que subyace al DLC, donde cada paciente sostiene/soporta una historia vital en torno al dolor.

- La diferente, e igualmente interesante, capacidad de las diferentes metodologías de investigación en encontrar evidencias sobre un síndrome complejo, como es el DLC. A pesar de que sí estaba previsto este objetivo, la distancia y complementariedad de los resultados cualitativos y cuantitativos han superado con creces las expectativas, planteando como ineludible cada método en función de la información que se pretende obtener. El máximo exponente de este hecho es la reflexión que se le ha pedido al paciente respecto a los

factores/moduladores que pueden influir en el DLC, más allá de su propio dolor, y que ha permitido identificar cómo el paciente puede pensar en qué influye en el dolor, sin que mantenga directamente una postura desde su dolor.

- La religión es un tema central en quien la practica, que está vinculado al hecho de quitar al individuo angustia y culpabilidad respecto al DLC, lo que provoca una perspectiva diferente y menos individual de su proceso.

La forma de exposición de la discusión comenzará partiendo de unas características generales para, posteriormente, abordar los puntos de encuentro y de desencuentro de los resultados de ambas metodologías en cada dominio estudiado.

6.1. EL DLC COMO ENTIDAD CLÍNICA

En este apartado se incluirán la interpretación de los datos aportados por los pacientes respecto a su propio DLC, obviando el entorno y su contexto en la medida de lo posible (hacerlo totalmente sería contraproducente para entender el cómo y por qué de la situación del DLC), desde ambos paradigmas metodológicos.

Hoy sabemos que el problema del dolor es considerado un problema “duro” porque la experiencia dolorosa aparentemente resiste la caracterización funcional. El dolor presenta típicas condiciones *input* (daño tisular, activación nociceptiva) y típicos *output* comportamentales (evitación, impotencia/indefensión aprendida) (Cahana, 2007). Probablemente de esta perspectiva nace la heterogeneidad de las descripciones del dolor en estos pacientes que expresaron en la entrevista semiestructurada. Este universo de características, singularmente referidas por los pacientes, no es algo nuevo en la caracterización del DLC. Hoy se sabe con precisión, no sólo que existen múltiples dominios y características no conocidas o clasificadas al 100% para describir el dolor crónico por parte del paciente, sino que las herramientas comúnmente utilizadas para medir y evaluar el dolor cualitativo no poseen validez suficiente o están fundamentadas exclusivamente en opiniones de expertos (Lin, Kupper, Gammaioni, Galer y Jensen, 2011). Como consecuencia de estas limitaciones y, por tanto, del desconocimiento de si las herramientas cuantitativas actuales recogen o no el mayor número de descriptores y los descriptores más importantes del dolor, en la actualidad se acepta que las herramientas de medida, independientemente de su naturaleza, deben incluir medidas cualitativas (Jensen et al., 2013) o, dicho de otra forma, hay que escuchar y entender la individualidad del paciente, pues refleja de forma importante, su cuadro clínico. Aunque

excede las intenciones del presente trabajo, puede ser ésta necesidad de atender la individualidad en la experiencia del paciente (no todos los pacientes se quejan de las mismas cosas, ni dan la misma importancia a las mismas quejas (Dudgeon et al., 2002)), la que, caso de no aplicarse, vuelve recurrente el error y la infraestimación en el dolor del paciente, muchas veces vinculada a razas o etnias (Staton et al., 2007). Tradicionalmente, la solución a la heterogeneidad en el comportamiento del DLC se ha centrado en la división por subgrupos según características personales, lo que ha derivado en continuos fracasos, pues los subgrupos no eran capaces de explicar la diversidad (Wand y O'Connell, 2008). Curiosamente, este hecho, junto con la ausencia de una clara patología subyacente en el DLC inespecífico, ha derivado en una mayor atención hacia los factores ambientales y personales, apostándose incluso por la necesidad de incluir dichos factores, desde el punto de vista de clasificaciones internacionales como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, en el manejo del DLC (Weigl et al., 2008). Por lo tanto, parece razonable que sea, al menos proporcionalmente, la descripción abierta, cualitativa, del paciente, aceptada y entendida por el profesional sanitario, uno de los motores de la evaluación de su enfermedad, y que ésta se realice en su contexto sociocultural. Para capturar la complejidad del dolor es necesaria una nueva perspectiva subjetivista, interpretativa y fenomenológica (Cahana, 2007).

Relacionado a esta heterogeneidad, la dimensión temporal del dolor se encuentra vinculada a la dimensión local-regional-corporal del dolor. Más allá de los conceptos de sumación temporal y sumación espacial, conceptos ambos claramente fisiopatológicos, hoy sabemos que las patologías dolorosas, aunque tengan un origen local/regional, llegan a sensibilizar el sistema nervioso central, provocando la cronificación del dolor y su expansión corporal. Por ejemplo, un paciente con un dolor localizado en un tendón, un músculo o una

articulación, comienza a manifestar dolor en otras regiones, simplemente por el mantenimiento del dolor en el lugar primigenio. En algunos pacientes, un problema de dolor local llega a desarrollar dolor generalizado, además de poder generar condiciones de comorbilidad dolorosas (Graven-Nielsen, Wodehouse, Langford, Arendt-Nielsen y Kidd, 2012) (Fig. 22).

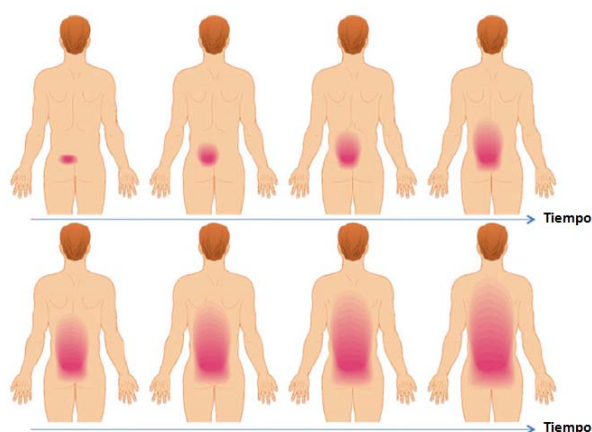


Figura 22. Propagación del dolor musculoesquelético desde una localización focal del dolor como consecuencia de la sensibilización central (afectación bilateral, proximal y distal) (Adaptado de Arendt-Nielsen et al., 2011).

En nuestro caso, el del DLC, existen dos patrones. Por un lado, los pacientes que refieren un *starter* o evento desencadenante claro, delimitado, en forma de traumatismo, cirugía, o dolor agudo tras un esfuerzo que el paciente estigmatiza (PE4: *fue al coger a mi madre, porque ella no se podía valer, y ahí empezó todo...*), y, por otro, aquellos que carecen de evento desencadenante, en los que los esfuerzos continuados, la actividad intensa en un determinado periodo de tiempo, se presentan como origen del caso agudo. En ambos casos, el cuerpo es el dañado, el que falla, lo que aporta corporalidad, necesidad de identificar el dónde y el cómo, como si la máquina se hubiese estropeado (Budó et al., 2007). A pesar de esta clasificación, que puede ayudar a entender el comportamiento y la expresión de los pacientes,

es la heterogeneidad en el origen y descripción del dolor, la característica principal expresada por los mismos (Sáez del Castillo González, 2013).

Además, sabemos que la comorbilidad, la presencia de múltiples procesos patológicos simultáneos, se asocia a una peor calidad de vida en el sujeto (Salaffi et al., 2005). Existen numerosos conceptos vinculados a este continuo de tiempo, tratamientos, pruebas, consultas..., como el de *peregrinación* (Sáez del Castillo González, 2013), la *búsqueda* (Pruimboom y van Dam, 2007), la *dependencia* (Glenton, 2003),... relacionados con la importante comorbilidad, entre los que se encuentran estados como la ansiedad, el catastrofismo o la depresión, sugiriendo una dificultad en el procesamiento emocional vinculado al dolor (Esteves, Wheatley, Mayall y Abbey, 2013). Cabe distinguir dos aspectos principales en este largo proceso diagnóstico: por un lado, el hecho de que la medicina occidental tiende a tratar a los pacientes como objetos de interés médico (“como un espécimen en una botella”) (Cassell, 2004), y, por otro, la capacidad del profesional de la salud de causar distrés en el sujeto con dolor crónico (Eccleston, Williams y Rogers, 1997), aunque este hecho se asocia, en ocasiones, a sentimientos de culpa (Holloway et al., 2007). Y es que se tiene la sensación/mentalidad/convencimiento, de que si nos atenemos al “rol de enfermo”, la tarea de la medicina es tratar y la tarea del paciente es sentirse bien (Parsons, 1951). Curiosamente, este reparto de roles y atribuciones, y sus consecuencias perniciosas, no es nuevo. Wessely (2002) ya observó: “Si usted tiene que demostrar que está enfermo no puede llegar a sanar”. Hablando crudamente, la medicalización (en términos diagnósticos, donde a una situación clínica se le atribuye una “etiqueta”, que denomina una enfermedad) puede perpetuar la deshumanización, la discapacidad y la exclusión del paciente (Hueso, 2006). Sin embargo, usada de forma

constructiva y adecuada podría ser el primer paso hacia la recuperación (Wessely, 2002). Este fenómeno ha sido denominado por algunos autores como *iatrogenia social* (Quintner, 1995). Tal es así, que se ha llegado a afirmar que la pérdida de confianza en la profesión médica debería ser estudiada en cada caso en el tratamiento de dolor crónico, ya que, de no hacerlo, es muy probable que continúen los pobres resultados y la insatisfacción del paciente (Harding et al., 2005).

Asimismo, dentro de la dinámica de la entrevista se han identificado reacciones interesantes, y que reflejan el “algocentrismo” que genera el DLC. Pero si a pesar de estos recursos no somos capaces de recuperar nuestro lugar en la sociedad, la naturaleza líquida su inversión acumulada en nuestro bienestar individual. Para el paciente, al comienzo de esta parte, la pérdida de su día a día social, familiar y profesional, de su interacción, significa perder lo que define su vida. A medida que su dolor se controla y estas interacciones (social, familiar y profesional) se reanudan, el paciente percibe el paso de "gran dolor, vida pequeña" a "pequeño dolor, gran vida" (Saw, 1963).

Así, el cuaderno de campo de la entrevista cualitativa ha recogido la reticencia a hablar abiertamente de los problemas, en algunos casos discapacidades, que genera el DLC en diferentes pacientes, tendiendo a esconder las debilidades. Se han observado también llantos intempestivos, rabia,..., muchas de estas reacciones vinculadas a pacientes españoles. De la misma forma se han expresado los deseos, las ilusiones, las esperanzas, las ganas de superar la adversidad. Llamó también la atención las continuas referencias a Dios y a la religión en los pacientes brasileños relacionadas con actitudes y pensamientos positivos.

Aunque no es el objetivo del presente estudio, es conveniente apuntar que el momento de la incomprensión, del peregrinaje, de la frustración del paciente, determina que algunos pacientes, una vez reciben la etiqueta del dolor crónico, continúen la búsqueda de un tratamiento/atención que lo alivie. Es así como en algunos casos encuentran alivio, o comprensión y legitimación, en sectores de salud alternativos o no tradicionales. No obstante, generalmente existe una *dependencia* hacia la burocracia médica y el contexto sanitario público en el que se encuentra inmerso el sujeto (Hueso, 2006).

Como hemos apuntado, la división en subgrupos no siempre explica el comportamiento heterogéneo del DLC (Axén y Leboeuf-Yde, 2013; Wand y O'Connell, 2008). A pesar de los intentos en adolescentes (Beales, Smith, O'Sullivan y Straker, 2012), el establecimiento de subgrupos tampoco ha tenido un reflejo directo en los adultos, por su heterogeneidad (Wand y O'Connell, 2008). No obstante, cuando a través del estudio del curso “natural” de la enfermedad llegan a establecerse subgrupos (*clusters*) (persistente severo, persistente moderado, persistente leve) con características comunes (capacidad de trabajo, calidad de vida, edad, dependencia de ayuda, y quejas del sistema musculoesquelético, visual, auditivo, cardiovascular y nervioso), acaba siendo necesario incluir un subgrupo más, considerado de “fluctuantes” (Tamcan et al., 2010), que puede estar relacionado con las evoluciones en el DLC previamente comentadas. Incluso, existen métodos para identificar y clasificar precozmente a las personas que pertenecerían a un u otro grupo, si bien su aplicabilidad es cuestionable, quizá por la forma de ser detectadas. No obstante, las preferencias de los pacientes por un determinado tratamiento pueden ser usadas para facilitar la vuelta a la normalidad progresivamente. Existe evidencia de que la identificación de los síntomas y las barreras facilita

la aplicación de las intervenciones adecuadas, como el tratamiento cognitivo, psicosocial y conductual, que puede mejorar los resultados cuando está indicado (Buchbinder, Pransky y Hayden, 2010).

A pesar de la diversidad existente, los resultados cuantitativos del presente estudio permiten definir perfiles comunes en las poblaciones de estudio. De hecho, esta capacidad ha superado las expectativas iniciales, que pretendían identificar posibles diferencias entre población española y brasileña respecto a la vivencia del DLC, lo que se ha corroborado en parámetros como la calidad de vida física, que fue mayor en los españoles, y la discapacidad, que fue mayor en los brasileños.

Por sexos, se ha podido corroborar cómo las mujeres brasileñas, a pesar de tener más dolor, más depresión y peor sueño, son las que presentan una calidad de vida mental mayor. Ello nos permite pensar que la mujer brasileña se comporta como un “puerto seguro” donde, independientemente de su estado de dolor, ánimo, sueño, debe manifestarse psíquicamente mejor que el hombre, sin mostrar signos de debilidad, aunque éstos existan. Asimismo, es relevante, no sólo detectar perfiles, sino la ausencia de los mismos. En nuestro caso, los españoles y las españolas no han sido diferenciadas por los diferentes análisis aplicados, lo que puede estar relacionado con un reparto de roles más equitativo, en el que no hay diferencias tan relevantes entre los sexos, aunque tengan mayor calidad de vida mental que los brasileños (excepción hecha del rol emocional).

De igual forma, la ausencia de perfil específico que diferencie operados y no operados merece un comentario específico. Una de las indicaciones terapéuticas individuales para el DLC es la cirugía. Habitualmente supone una indicación vinculada a alteraciones y/o lesiones anatómicas, a pesar de que dichas anomalías anatómicas no parecen estar relacionadas con la

existencia, persistencia o resolución del DLC (Mafi, McCarthy, Davis y Landon, 2013). De hecho, los resultados muestran que no existen diferencias entre operados y no operados respecto a todos los dominios estudiados en ninguno de los países. Así, no hay diferencias notables en las medias de las variables del dolor, calidad de vida, estado de ánimo, discapacidad y sueño, por lo que podemos afirmar que la cirugía, en el mejor de los casos, estabiliza el dolor (suponiendo que en ausencia de la operación, los pacientes hubieran empeorado), pero no es capaz de resolverlo. No sería, por tanto, un tratamiento curativo, independientemente de que sus objetivos e indicaciones, sí lo fueran.

Finalmente, en estas clasificaciones, hemos podido detectar que el perfil sociodemográfico del paciente con DLC usuario de los sistemas públicos de salud en ambos países, es diferente. De hecho, hay estudios que describen algunas de las relaciones entre los factores sociales a nivel macro (estado) y el dolor, como por ejemplo, la relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia del dolor crónico (Elliott et al., 1999). En nuestro estudio, el paciente que sufre DLC español tendría estudios superiores, no practicaría religión alguna, sería de clase media, viviría en la ciudad y está casado. Por otro lado, la mayor parte de los brasileños con DLC en el ámbito del sistema público de salud pertenecería a la clase baja, habría recibido un trato regular de los sanitarios con el que no estaría conforme, practicaría religión de forma muy activa, poseería estudios básicos (no tendría estudios superiores) y declararía sentirse físicamente regular. Esto estaría en consonancia con estudios poblacionales sobre dolor crónico o persistente, que contienen pruebas de que el estatus socioeconómico (nivel educativo, ocupación, ingresos, seguro de salud,...) y el estado de dolor se asocian entre sí (Blyth, 2008).

Por último, como ocurre con otros intentos de clasificación (Tamcan et al., 2010), ha surgido un grupo difícilmente clasificable, en el que las características no presentan un patrón definido, al menos por países, aunque sí se puede decir que en él se encuentran muchos de los pacientes que se sentían peor físicamente. Es decir, cuando el paciente se encuentra en peor estado, su condición, estatus, origen,... disminuyen su relevancia como elementos clasificadores. Quizá el paciente que está más afectado simplemente reúne una característica esencial en su perfil que unifica las demás, o al menos las relega a un plano secundario. Esa característica es “sentirse/estar peor”.

Por lo tanto, las herramientas cuantitativas han permitido detectar y definir subgrupos dentro de los grupos, lo cual resulta útil en el ámbito de las estrategias y planificaciones en salud poblacional.

Las correlaciones estudiadas, también han permitido observar que para los españoles el DLC es una entidad, no solamente global (este calificativo también puede aplicarse a los brasileños), si no con íntimas relaciones entre todas sus vertientes. En este sentido, el DLC para los españoles no sólo vincula múltiples dimensiones (dolor, calidad de vida física y mental, discapacidad, estado de ánimo, sueño), sino que cuando una de ellas está muy afectada, el resto también lo están, mientras que cuando alguna lo está en poca medida, el resto tampoco lo está. Curiosamente, pues este era un resultado no esperado, para los brasileños, siendo el DLC una entidad también global, las relaciones entre las diferentes dimensiones son más débiles. El hecho de que una dimensión esté muy afectada, no conlleva inexorablemente que el resto también lo estén, y viceversa, es decir, que una dimensión esté poco afectada, no va asociado a que otras también estén poco afectadas. De hecho, las variables dolorosas fueron de las que

menos relaciones presentaron con el resto, o lo que es lo mismo, el deterioro de la calidad de vida, la discapacidad o el estado de ánimo pueden no estar relacionadas con la magnitud del dolor que sufre el paciente. A pesar de los numerosos intentos, no existe una correlación simple lineal entre discapacidad y calidad de vida en el DLC, haciendo necesario evaluar cada paciente de forma individual, sin dejar de lado su experiencia clínica personal y las más amplias guías de práctica clínica (Rabini et al., 2007). Aunque algunos autores han relacionado cambios en el estado funcional con cambios en la discapacidad, dolor y calidad de vida (Ceran y Ozcan, 2006), parece que los brasileños están menos acometidos por estos vínculos.

La calidad de vida de los pacientes depende más del grado de discapacidad que sufren, que de la intensidad del dolor (Kovacs, Abraira et al., 2005; Kovacs et al., 2004), y la mayoría de los costes para la sociedad se derivan de la discapacidad de los pacientes, no de su dolor (van Tulder, Koes y Bouter, 1995), lo que hace que el estudio del conjunto de factores (discapacidad, calidad de vida, estado de ánimo,...) sea más importante que el estudio aislado del dolor.

Como vemos, existen inconsistencias respecto a las relaciones entre variables. Estas circunstancias ya han sido descritas con anterioridad, donde la influencia de ciertas características psicológicas (catastrofismo, creencias de evitación del miedo...) en la discapacidad generada por el dolor lumbar es más importante que la severidad del propio dolor, con autores que sostienen dicha jerarquía en cuanto a las influencias (Woby, Watson, Roach y Urmston, 2004), y otros que la niegan (Kovacs, F. et al., 2007; Kovacs, Muriel et al., 2005). Aunque se ha intentado establecer que estas discrepancias dependen de las poblaciones estudiadas y la metodología estadística empleada (Moix et al., 2011), es posible que, tanto la

experiencia intraindividuo, como la cultura, tengan su peso, como apuntamos en el presente estudio.

De igual forma, la calidad de vida mental correlacionó en los españoles con el resto de dominios estudiados, más que la calidad de vida física, circunstancia esta que no es ajena a la literatura. De hecho, es habitual que los dominios físicos del SF-36 se vean menos afectados en el DLC que los dominios mentales (Ceran y Ozcan, 2006).

En este punto se nos antoja necesario introducir, de forma transversal y con el objetivo de seguir vinculando los paradigmas cuantitativo y cualitativo, una de las últimas evidencias generadas por el ámbito biosanitario clásico respecto a la casuística del DLC. Y es que recientemente se ha descrito una determinante neuroplasticidad cerebral sufrida en pacientes con dolor crónico (Mansour, Farmer, Baliki y Apkarian, 2014), localizada de forma específica en centros encargados de modular y gestionar la carga emocional (Baliki, Baria y Apkarian, 2011), y que presentarían modificaciones similares a las que ocurren en procesos adictivos, entendibles y predecibles (Apkarian, Baliki y Farmer, 2013). En este sentido, si reflexionamos con frialdad, el cuadro clínico de búsqueda-frustración-búsqueda (Clarke, K. A. y Iphofen, 2007) (necesidad de respuestas, ¿necesidad de resolver el síndrome de abstinencia?), acompañado de manera inexorable por la espina irritativa dolorosa (activación de la recompensa, del piloto/luz en el cuadro de mandos que focaliza nuestra atención) y síndrome de pérdida (económica –en la salud privada, los medicamentos,...-, afectiva –entorno familiar, amistades, incomprensión...-, esfuerzo terapéutico que fracasa –cirugía, fisioterapia, medicamentos-,...), no es muy diferente al de un cerebro, el humano, tendente o susceptible a la adicción y la dependencia.

Si entendemos que el dolor crónico es una enfermedad inusual, producida por la combinación perniciosa de factores psicoemocionales (Weigl et al., 2008) como el miedo, la atención y la ansiedad (Pruimboom y van Dam, 2007), anclados en redes neuronales específicas (Baliki et al., 2011; Mansour et al., 2014), es posible que no veamos tan lejano el concepto de psicopatología (Apkarian et al., 2013), como una de las características vinculadas al DLC (Fig. 23).

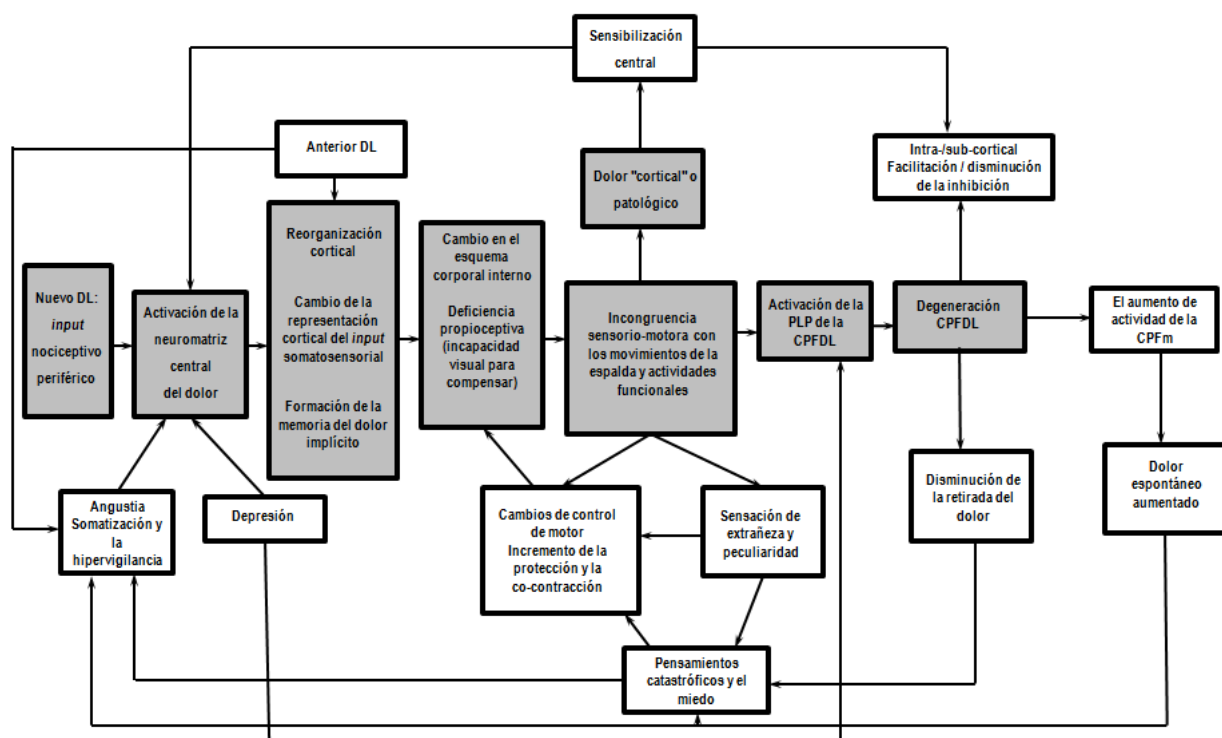


Figura 23: Modelo de disfunción cortical del DLC no específico.

DL= dolor lumbar, CPFDL= cortex prefrontal dorsolateral, PLP= potenciación a largo plazo, CPFm= cortex prefrontal medial (Tomado de Wand y O'Connell, 2008).

Hoy sabemos que la capacidad del cerebro para manipular la representación corporal es crítica a la hora de preservar la normalidad de la percepción y la función (Wand, Di Pietro,

George y O'Connell, 2010). Las propiedades de los circuitos de aprendizaje emocional del cerebro predicen la transición al dolor crónico. Se ha identificado que los principales componentes del circuito en la cronificación del dolor presentan un estrecho paralelismo con los mecanismos que conducen a la adicción. Por lo tanto, de forma similar a la adicción, el dolor crónico puede ser visto como un estado de enfermedad cerebral, y se supone que las secuelas de la transición al dolor crónico en el sistema de corticoestriado deben ser similares a la reorganización observada en la adicción (Apkarian et al., 2013). Como el cuerpo estriado puede modular la nocicepción por vías descendentes directas o indirectas (Geha et al., 2008), también el circuito corticoestriatal puede estar involucrado en la sensibilización de la médula espinal. Dada esta conceptualización, nos enfrentamos al reto de gestionar y prevenir la disfunción de la adicción al dolor. La participación de estos circuitos en el dolor permanece mayormente sin explorar y pueden permitir avanzar en nuevas terapias para prevenir la cronificación del dolor (Apkarian et al., 2013).

Como hemos comentado, no en todos los sujetos estudiados, los factores físicos periféricos han demostrado una fuerte relación con el comportamiento del DLC, a pesar de haber estudiado una larga lista de factores psicosociales y demográficos. Estos factores proporcionan predicciones débiles con respecto a dolor crónico, por lo que no hay parámetros físicos o psicosociales dominantes que expliquen suficientemente el dolor crónico (Apkarian et al., 2013).

El continuo sufrimiento del dolor crónico es críticamente dependiente del estado del circuito mesolímbico-prefrontal del cerebro que se ocupa de la motivación y las emocionales. Los cambios plásticos que se producen dentro de este circuito en función de los *input* nociceptivos dictan la transición al dolor crónico, haciendo el dolor menos somático y más

afectivo en su naturaleza. Esta construcción teórica es una fuerte salida de la visión científica tradicional de dolor, que se ha centrado en la codificación y representación de las señales nociceptivas. De hecho hoy se apoya que la definición de dolor crónico puede ser reformulada, dentro del aprendizaje asociativo y el concepto de valoración, como la incapacidad para extinguir la huella de la memoria asociada, lo que implica que las manipulaciones supraespinales/corticales pueden ser un lugar fructífero para la modulación adecuada del sufrimiento y la conducta relacionada con el dolor crónico (Mansour et al., 2014).

El dolor de espalda crónico altera el cerebro en reposo y las oscilaciones de alta frecuencia del *blood-oxygen-level-dependent* (BOLD) a la percepción. Estos cambios, junto con los cambios en la relevancia/preponderancia de las regiones cerebrales y en los circuitos de valoración y motivación, son mediadores esenciales para las alteraciones funcionales, cognitivas y conductuales comúnmente observadas en los pacientes con dolor crónico (Baliki et al., 2011). La visualización de un evento doloroso desencadena recuerdos dolorosos, provocando así la dimensión afectiva del dolor. Los sujetos con dolor lumbar muestran la activación de la zona cortical relacionada con el dolor y las emociones: la ínsula, el área motora suplementaria, área premotora, el tálamo, el córtex cingulado posterior, el hipocampo, la circunvolución, y el cerebelo. Estos resultados sugieren que los estímulos virtuales relacionados con el DLC provocan la memoria de experiencias desagradables y, por lo tanto, pueden estar asociados con condiciones prolongadas de DLC (Shimo et al., 2011).

Este nuevo abordaje podría permitir entender y explicar, de manera más específica, aquellos casos extremos, o al menos aquellos que aún no ha sido posible atender de forma resolutiva hasta el momento actual.

6.2. EL ENTORNO ES DETERMINANTE EN EL DLC

Uno de los aspectos esenciales para comprender la relación entre el paciente con DLC (una condición sin etiología conocida pero con una gran número de factores asociados y predisponentes) y su entorno es la responsabilidad sobre el dolor. El *locus* de control (percepción de quién es responsable de determinada condición de vida) tiende a variar en los pacientes con DLC. Mientras los que están en tratamiento tienden a pensar que el *locus* de control es externo (los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, o el poder y decisiones de otros), los pacientes que aguardan tratamiento o aún no les ha sido prescrito tienden a presentar un *locus* interno (los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones) (Oliveira et al., 2012). Al ser el DLC una afección en la que el paciente desiste del tratamiento, por costoso, por no efectivo, por imposibilidad de compatibilizarlo con el día a día, ..., la tendencia a presentar un *locus* de control interno, como reflejan los resultados cualitativos, culpabiliza al paciente, haciéndole responsable propio del dolor que sufre. Esta tendencia ha sido observada con mayor claridad en los pacientes españoles, a pesar de que se haya descrito previamente que la población española tiende al *locus* externo (Bates et al., 1993). Sin embargo, las profundas creencias religiosas de los brasileños externalizan hacia un ser divino, *que sabe lo que hace*, el sufrimiento y las circunstancias vinculadas al DLC. Esta *externalización* de la responsabilidad parece vincularse a un padecimiento diferente, más abierto y que coloca límites, barreras, *cortafuegos*, a la invasión que el sujeto vive a cuenta del dolor.

Por otro lado, los pacientes con DLC se sienten estigmatizados. Desde el punto de vista conceptual, el estigma se describe como un rasgo de descrédito, con dos partes: las inherentes a

características que son visibles para el observador y las que el sujeto intenta ocultar porque son percibidas como deshonrosas (Goffman, 1963). En el DLC, familiares, amigos, profesionales de la salud y el público en general, expresan de forma sutil respuestas estigmatizantes hacia los pacientes, que parecen tener un efecto profundo en las percepciones, la autoestima y las conductas de los pacientes. Las teorías del dolor crónico necesitan dar cabida a estas respuestas, mientras que los programas de tratamiento del dolor es necesario que hagan frente a las realidades y los aspectos prácticos de tratar con el estigma en la vida cotidiana (Holloway et al., 2007).

Los individuos construyen su autoconcepto, en parte, al imaginar y experimentar cómo otras personas significativas reaccionan ante ellos y luego internalizar esta información en su propio autoconcepto. Por lo tanto, cuando los pacientes tienen dolor crónico perciben que los comportamientos de los otros (por ejemplo, por ser demasiado atentos o criticar demasiado) indican que ya no son capaces de ser independientes o de cumplir con responsabilidades importantes. Estos pacientes pueden adoptar conceptos de sí mismos que reflejar esta visión negativa. El interaccionismo simbólico podría predecir que, cuando este autoconcepto negativo se atrinchera, tiende a aumentar la angustia psicológica (Goffman, 1961).

Las autodiscrepancias se producen cuando las evaluaciones del yo real de los pacientes difieren de los puntos de vista de quienes idealmente les gustaría ser (*yo ideal*) o sentir que deberían ser (*yo debido*), o de las percepciones de los pacientes de cómo otras personas desearían que ellos fueran (*otro yo ideal*) o debería ser (*otro yo debido*). Los pacientes que tienen grandes autodiscrepancias presentan mayores niveles de depresión y trastornos psicológicos (Waters, Keefe y Strauman, 2004).

Todo este tipo de creencias de los pacientes, que determinan un pensamiento y una actitud hacia su patología, no es habitualmente identificada por el personal sanitario (Main, Foster y Buchbinder, 2010), a pesar de la influencia que tiene en el paciente. Si el paciente no tratado tiende a culpabilizarse, el tratado puede llegar a establecer una relación de dependencia con el sistema sanitario (Oliveira et al., 2012).

Incluso, las creencias de los propios profesionales de la salud que trabajan con pacientes con DLC, como los fisioterapeutas, también pueden interferir con el proceso terapéutico (Bishop, Foster, Thomas y Hay, 2008), existiendo diferencias relevantes entre los que atienden a un modelo biomédico, y los que se han adaptado al modelo biopsicosocial, más comúnmente aceptado (Houben et al., 2005). Tal es así, que se ha descrito que los fisioterapeutas no siempre están seguros respecto a los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento del DLC y sobre la relación entre el dolor y la discapacidad en estos pacientes (Bishop et al., 2008; Magalhães, Costa, Cabral y Machado, 2012), lo que puede derivar en una peor atención y tendencia a peor pronóstico. Esta situación debe ser considerada como grave, pues sabemos que el tratamiento inadecuado del dolor contrasta con el exceso de celo de las sociedades prósperas sobre otras necesidades humanas (Carr, 2009).

Si tenemos en cuenta las críticas, y a pesar de que la característica principal de los comentarios respecto a la atención sanitaria dependió de cada paciente, incluyendo en nuestro estudio verdaderas felicitaciones y enhorabuenas al personal que les atendió, el escenario es preocupante. Sabemos que existe una ausencia de tratamiento adecuado en el dolor crónico (Resnik et al., 2001), y además contamos con la paradoja de que existen importantes distorsiones respecto a la atención recibida, donde incluso cuando se sabe que el dolor se ha tratado inadecuadamente por defecto (poco tratamiento), el paciente tiende a decir que se le ha

tratado adecuadamente (Dawson et al., 2002; Passik y Kirsh, 2002). Estos estudios han dado pistas sobre, entre otras cosas, la forma de orientar a los pacientes a esperar más del tratamiento del dolor que reciben y sus cuidados paliativos (en el caso del cáncer). Quizá, el nivel de satisfacción con grados de analgesia por debajo de los deseados es una aceptación sobria de los aportes y limitaciones útiles de esta terapia. Tal vez también, la satisfacción del paciente refleja (¿o debería?) una dosis de realismo. Quizás los pacientes, especialmente aquellos con dolor oncológico, necesitan estar menos centrados en el grado absoluto de analgesia y más en el nivel mínimo o razonable de analgesia que se necesita para estar lo más funcional posible. Tal vez este objetivo debería ser mucho más ampliamente conceptualizado en el dolor no oncológico, entre el que se encuentra el musculoesquelético y, por tanto, el DLC, visto en el contexto de la "4 As" (Analgesia, Actividades de la vida diaria, los efectos Adversos y la conducta Aberrante relacionada con los medicamentos). Desde esta perspectiva, incluso el 100% de analgesia no sería visto como un resultado "satisfactorio" o incluso aceptable si se acompaña de una disminución de la función (Passik y Kirsh, 2002).

Entre la lista de posibles causas del subtratamiento del dolor se encuentran las siguientes:

- Los profesionales de la salud reciben formación inadecuada.
- Los profesionales de la salud reciben presiones legales y normativas para restringir el uso de narcóticos para el tratamiento del dolor.
- Los profesionales de la salud, pacientes y familias se preocupan por los efectos colaterales/secundarios de los analgésicos.
- Los profesionales de la salud piensan que el paciente exagera, imagina o finge su dolor.

- Los pacientes dudan respecto a hablar de su dolor a los profesionales de la salud para que éstos no pierdan el foco sobre el problema/patología “real”, o piensan que el dolor significa un empeoramiento de su enfermedad.

- Los pacientes quieren sentir algún dolor porque piensan que es un indicador de su salud o piensan que sufrir es una virtud.

- No hay un financiamiento adecuado de la analgesia por parte de las organizaciones responsables por la salud.

- La comunidad médica no ha investigado suficientemente estos aspectos (Resnik et al., 2001).

En otro aspecto importante, se han descrito ciertas relaciones entre raza/etnia y dolor, en el sentido de sobrevalorar o no la experiencia dolorosa en función de dicha raza/etnia, si bien las tendencias no están claras (Edwards, C. L. et al., 2001; Edwards, R. R., Moric, Husfeldt, Buvanendran y Ivankovich, 2005; Staton et al., 2007). En nuestro caso, las diferencias parecen no estar vinculadas al grupo étnico, y sí al entorno donde se desarrolla el individuo. Nuestros resultados dejan una ventana abierta a que parte de las dificultades de tratamiento, como han expresado pacientes de ambos países (más brasileños que españoles), tengan que ver con una mala comprensión del dolor, que deriva en un tratamiento inadecuado o incompleto. Este modelo, ha sido expresado previamente y apoyado por algunos autores (Staton et al., 2007).

Finalmente, en este apartado terapéutico, parece razonable incluir una cuestión relativa a efectos menos convencionales de las terapias. Muchas intervenciones para el DLC producen un efecto placebo, que lleva a ser predecible cerebral y emocionalmente (Hashmi et al., 2012).

Además, a pesar de las mejorías promedio, se ha apuntado en el pasado que la opinión del facultativo es un buen factor pronóstico (Waring, Weisz y Bailey, 1976). Sin embargo, los cirujanos tienden a dar predicciones demasiado optimistas, que no se correlacionan con los resultados del paciente (Lutz et al., 1999). Para los pacientes, a pesar de recibir un tratamiento que no reúna los criterios explícitos apropiados (como puede ocurrir con el DLC), la expectativa médica optimista es asociada con un aumento de la mejoría de las dimensiones psicológicas del propio paciente. Además de la capacidad pronóstica, la influencia de la expectativa médica sobre la evolución del paciente se vincula con el *efecto curabo*, diferente del *efecto placebo* (Graz, Wietlisbach, Porchet y Vader, 2005). Es decir, que si el profesional es optimista y tiene una opinión favorable sobre la patología, puede influir positivamente sobre las condiciones psicológicas del paciente.

Teniendo presente todos estos aspectos, el resultado “verdadero” del tratamiento/cuidado recibido no se vincula inexorablemente al grado de satisfacción del paciente, empeorando el resultado y/o la calidad de la atención aplicada desde los profesionales de la salud al dolor del paciente. Es decir, a los pacientes que se quejan de una tratamiento inadecuado, hay que añadir una proporción de aquellos que, a pesar de encontrarse satisfechos con la atención recibida, realmente no la han recibido, reflejando mucho trabajo aún por hacer en el aspecto de la atención sanitaria en el dolor. Todo ello ha planteado la necesidad de reformar la medicina, y tratar el dolor como el verdadero 5º signo vital que parece ser (Resnik et al., 2001).

Para concluir, se hace necesario prestar más atención para aclarar qué es lo que estamos tratando cuando hay factores psicosociales involucrados, lo que la intervención psicosocial

debe incluir, a quién van dirigidas las intervenciones, y qué se puede esperar de manera realista en la predicción de los resultados. Para lograrlo se requieren modelos etiológicos más claros para poner a prueba, y el acuerdo y la consistencia de qué medimos cuando consideramos factores psicosociales. El resultado final debe ser generar mayor claridad sobre las vías involucradas en el desarrollo de dolor crónico y la incapacidad (Blyth et al., 2007). Los estresores sociales vinculados con el trabajo (ej.: pérdida del empleo a causa del dolor) son importantes predictores de la calidad de vida física y la utilización de asistencia sanitaria, y deben ser evaluados como parte de la evaluación de rutina (Keeley et al., 2008).

Claramente, los factores sociales pueden funcionar a diferentes niveles de organización: el nivel macro (por ejemplo, las estructuras socioeconómicas y legales), el nivel meso (por ejemplo, los lugares de trabajo, escuelas...) y el micro-nivel (por ejemplo, las relaciones personales, el acceso a ayuda informal) (Martikainen, Bartley y Lahelma, 2002). Estudios centrados en la clínica han demostrado la relación entre los factores sociales a nivel micro y el comportamiento del dolor, por ejemplo, la importancia de la cónyuge y la familia (Strunin y Boden, 2004). Tal vez el mayor cuerpo de los estudios publicados se refiere a los factores psicológicos y el nivel meso de organización social, particularmente los factores psicosociales vinculados al lugar de trabajo (Blyth et al., 2007). Estas circunstancias han sido claramente referenciadas por las entrevistas semiestructuradas, donde la mayor parte de los pacientes han relacionado o manifestado la influencia del lugar de trabajo sobre su dolor (principalmente en Brasil), y numerosas pacientes han manifestado que su estado psíquico se ve influenciado por la relación con el cónyuge, los hijos, o el entorno, sintiendo el estigma de su condición

(Holloway et al., 2007), al menos en la diferencia de roles una vez que el cuadro clínico se ha instaurado.

Se han propuesto dos modelos teóricos diferentes para explicar el impacto de los factores de riesgo psicológicos en el DLC. El "modelo social" postula que los comportamientos de evitación se ven influidos por una combinación de un macrosistema de creencias y cultura de la salud con un microsistema de creencias personales de salud, mientras que el "modelo de depresión" postula que una minoría de los pacientes con dolor lumbar presentan bajo estado de ánimo, no necesariamente como respuesta al dolor, y que este estado puede, por sí solo, llevar a una peor recuperación del dolor (Pincus, Vogel, Burton, Santos y Field, 2006). Sobre la base de estos modelos teóricos, incluso en individuos sanos, las creencias de salud, y posiblemente también la tendencia a somatizar, podrían ser influenciadas de forma importante por las creencias y comportamientos que son prevalentes en la sociedad en que vive un individuo. Por otra parte, los rasgos de personalidad y conductas aprendidas podrían activarse y potenciarse en un proceso de reciprocidad con la experiencia dolorosa (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano y Perri, 2004). Así, la naturaleza y las consecuencias del dolor diferirían sustancialmente entre países con diferentes actitudes culturales ante la enfermedad. Las diferencias de comportamiento ante el dolor de España respecto a otros países de su entorno ha sido descrita (Kovacs, F. et al., 2007; Kovacs, Muriel et al., 2005).

Las creencias culturales, los grupos sociales y las tradiciones religiosas pueden desempeñar un papel importante en la respuesta al dolor, al afectar la forma en que interpretamos y atendemos al dolor. En algunas culturas no occidentales, el dolor y el sufrimiento son considerados como hechos de la vida que deben ser aceptados. En las culturas

occidentales, muchas personas consideran el dolor como una condición patológica que debe ser eliminada. De hecho, las actitudes occidentales hacia el dolor han cambiado con el tiempo, pues las personas aceptan menos el dolor en la medida en que la medicina les ha proporcionado maneras más eficaces de controlarlo.

Para muchas personas, las creencias religiosas juegan un papel clave en la interpretación del dolor y del sufrimiento. Una persona que tiene dolor puede creer que el dolor (o el sufrimiento) es un castigo de Dios por sus pecados, o que crea que aceptar el dolor (o el sufrimiento) le ayudará a convertirse en virtuoso o piadoso. Prácticamente todas las grandes religiones del mundo intentan dar sentido del sufrimiento humano (Hawthorne y Redmond, 1998). Y es que existen múltiples estrategias terapéuticas (relajación, masoterapia, hipnosis, *biofeedback*,...) que tienen un componente de distracción para disminuir la atención al dolor (Resnik et al., 2001), aunque la vertiente interpretativa del dolor es de mayor relevancia para el presente trabajo. La interpretación se produce cuando una persona asigna significado o valor a una experiencia. La asignación de significado o valor a una experiencia dolorosa depende, en parte, de las creencias y actitudes de la persona. Una persona puede creer que el dolor es un indicador de enfermedad, de muerte inminente o de una pérdida de control o de dignidad. Otra persona puede creer que su dolor es un signo de un acontecimiento deseable, como el parto o la fatiga muscular debido al ejercicio físico voluntario. Las actitudes hacia la amplia gama del dolor van desde la aversión a la aceptación. Nuestra interpretación de dolor afecta nuestra respuesta emocional al dolor, que también puede afectar nuestra interpretación, así como la atención que prestamos al dolor. Las personas que creen que se están muriendo de cáncer pueden ser más temerosas y ansiosas si aumenta su dolor. Una persona con dolor crónico puede convertirse en depresiva porque siente que el dolor se vuelve incontrolable. Los síndromes de

dolor crónico, como el DLC, tienden a potenciarse cuando el dolor crónico conduce a la depresión y a la discapacidad, lo que se vincula también a una excesiva atención al dolor (u obsesión). Sin embargo, aun cuando el dolor de una persona sea de origen psicológico o vinculado a determinados estados psicológicos (como la depresión), esto no prueba que el dolor de la persona no sea "real". Siempre que una persona siente dolor, esa sensación es real para ellos, incluso si es de origen psicológico (Hawthorne y Redmond, 1998).

En nuestros pacientes, este modelo interpretativo se ha visto representado. Mientras en los españoles el dolor se convirtió en una experiencia "total", donde dolor, depresión, calidad de vida, discapacidad y sueño se encontraban altamente vinculadas, para los brasileños, que manifestaron todos ellos ser intensamente creyentes y practicantes, la perspectiva fue diferente. A pesar de que reflejaron más dolor, su actitud fue más positiva, con datos menores de depresión (principalmente los hombres) y generando una mentalidad más positiva, al "externalizar" el origen y solución de su sufrimiento, al menos en parte, a la voluntad divina. Se presenta, por tanto, la creencia religiosa como un factor que modifica, en este caso de forma positiva, la experiencia dolorosa en el individuo.

Si habitualmente, los diferentes aspectos psicológicos, sociales y culturales de dolor ayudan a explicar la enorme variación que se observa en la tolerancia al dolor y la expresión (Resnik et al., 2001), en nuestro estudio la religión es protagonista de esta variación.

6.3. EL PACIENTE REFLEXIONANDO SOBRE MODULADORES DEL DLC

En esta última parte de la Discusión serán analizadas las respuestas a la entrevista semiestructurada, por lo tanto, a los resultados exclusivamente cualitativos, relativos a cómo el paciente con DLC interpreta qué factores que han sido identificados se comportan como moduladores de su experiencia dolorosa (intencionalmente, estos resultados no fueron evaluados desde el paradigma cuantitativo, pues requerían la posibilidad de expresiones abiertas). Así, se comentan moduladores como el sexo, la economía o el nivel educativo, junto con aquellos menos conocidos y que diferenciaban de forma concreta la población brasileña y española, como la propia geografía o la creencia religiosa (Budó et al., 2007).

La manera por la cual la enfermedad se expresa en cada sujeto va a reflejar la expectativa que cada sociedad tiene sobre el comportamiento de los enfermos. Si el síntoma cobra sentido en la biografía del sujeto y se hace enfermedad según el imaginario colectivo, y dado que los sujetos tienden a expresar situaciones de malestar por medio de formas significativas para su propia cultura (Desviat, 2010), ¿la pertenencia a un colectivo adquirirá/aportará identidad propia y particular al sujeto, expresada comúnmente a través de sus opiniones? Para aportar luz a esta cuestión, no sólo hemos preguntado sobre la experiencia dolorosa propia y su relación con el entorno, como hemos visto, sino que se ha tratado de saber si características que la ciencia sabe que influyen en el dolor, son también percibidas como decisivas en función de a quién se le pregunta (a qué etnia/grupo social/colectivo pertenece).

Uno de los resultados más significativos que encontramos ha sido la sorpresa de los pacientes ante las preguntas sobre si ciertas condiciones (sexo, geografía, religión...) podían

influir en el dolor (no en su dolor, sino a nivel genérico), lo que llevó a contrapreguntas del tipo: *¿Y entonces mi dolor puede estar relacionado con...? ¿Y por ser de España/Brasil puede ser peor?* Sin embargo, a medida que pensaban y respondían, sí que encontraban relaciones concretas entre los moduladores y el dolor. Es decir, en su vida cotidiana nunca se plantearon que los moduladores tuviesen nada que ver con el dolor que sufren, ni siquiera en ellos mismos. Sin embargo, cuando se les da tiempo, sí que en algunos casos ven que el dolor no es independiente de factores tan evidentes y cotidianos como el sexo, la religión, la condición social...

En cuanto al origen del paciente, la pertenencia a una raza/etnia fue rechazada como moduladora. Sin embargo, es el desarrollo económico/social, a criterio de estos pacientes, el factor que diferencia la experiencia dolorosa crónica en función de la dónde se encuentre el sujeto. Este hecho es relevante, pues el paciente entiende que el dinero, en este caso con el que el estado ofrece medios sanitarios en cada país, es un factor principal para sufrir más o menos DLC. Tal es así, que salvo aquellos pacientes (principalmente españoles) que rechazaron de manera tajante la relación entre localización geográfica y dolor, todos argumentaron que en países con menos recursos destinados a la salud, como es el caso de Brasil, existe mayor riesgo de padecer DLC y de que éste sea peor tratado, al contrario que lo que puede pasar en países con más recursos públicos disponibles.

La religión es el modulador por excelencia en nuestro trabajo, y uno de los hallazgos más importantes, pues no estaba constatado que un cuadro tan complejo como el DLC pudiera verse influenciado por la creencia religiosa. Y es que, en gran parte de las culturas, el dolor es considerado como una de las posibles fatalidades que pueden ocurrir a sus miembros. En busca

de respuestas o explicaciones, algunas personas no sólo se fundamentan en la ciencia, sino también en las religiones, las creencias y los valores morales de su cultura. Las religiones moldean las percepciones que los individuos tienen de sí mismos y también de sus respuestas ante el dolor (Pimenta, C. A. M. y Portinoi, 1999). La influencia de la religiosidad en el dolor ha sido ratificada a través de la investigación en brasileños con dolor crónico (Budó et al., 2007), e incluso en el mismo país en pacientes quirúrgicos, que vinculan el dolor con un castigo de Dios (Pereira y Zago, 1998).

La fe religiosa puede auxiliar mucho en la tolerancia al dolor, pero también puede llevar al individuo a interpretar el dolor como castigo y buscar en arrepentimientos y rituales el perdón ante posibles errores (Pimenta, C. A. M. y Portinoi, 1999). En este sentido, nuestros pacientes brasileños, que han relacionado dolor con religión de manera constante, ratifican lo identificado previamente en otra población brasileña dependiente sanitariamente del SUS (Budó et al., 2007). Los pacientes brasileños llegan a afirmar que quien cree, está mejor, y quien no, no tiene nada (PB19).

Sin embargo, la percepción de esta influencia es variable, pues no todos los españoles expresaron esa posible influencia. De hecho, algunos pacientes vincularon esa influencia al aspecto únicamente psicológico, incluso podríamos decir, a tenor de las expresiones, que la religión podría comportarse como un efecto placebo.

Sin duda la influencia del género es uno de los temas más apasionantes y controvertidos en relación al estudio del dolor, lo que ha provocado que los estudios sobre las diferencias entre géneros se hayan multiplicado exponencialmente en los últimos años (Holdcroft y Berkley, 2007).

Las diferencias entre sexo y género implican una dicotomía en los factores que pueden influir en el dolor. Por un lado están las diferencias sexuales (debidas a mecanismos genéticos, moleculares, celulares y fisiológicos) y por el otro las diferencias de género (debido a mecanismos psicológicos, medioambientales y socioculturales). Esta división, sin embargo, no es tan tangible y sobre todo, no tiene mayor relevancia en la vivencia del DLC, probablemente dado que sexo y género interactúan y se influyen mutuamente a lo largo de la vida (Sáez del Castillo González, 2013).

De forma clásica se considera que las mujeres deben relacionar o expresar su dolor y sufrimiento con más emoción que los hombres (Helman, 2003). Hombres y mujeres son educados para tener diferentes expectativas sobre la vida, sobre todo en lo que respecta a las emociones, entre ellas el dolor. Una de las cuestiones que resulta relevante, en este sentido, es que a pesar de que a las mujeres se las considera más fuertes, buscan en mayor número consultas y atención hacia su salud. Por lo tanto, son las mujeres las que, soportando más el dolor que los hombres, lo exteriorizan de forma prolífica (Budó et al., 2007). De hecho, son numerosas las evidencias de que el dolor crónico es más frecuente en mujeres que en hombres (Budó et al., 2007; Humbría et al., 2002; Kreling et al., 2006).

Todas y cada una de estas características fueron constatadas en toda su amplitud por los pacientes estudiados, tanto brasileños, como españoles. De hecho, no expresaron ninguna diferencia entre ellos (objetivo principal del estudio), con una relevante homogeneidad en las respuestas, tanto por parte de los hombres, como por parte de las mujeres. Parece evidente, por lo tanto, que se asume que las mujeres soportan más el dolor, aunque se quejen más y tiendan a buscar soluciones a su sufrimiento con mayor asiduidad que los hombres. Así, se ha percibido que las mujeres suelen explicar su dolor y requerir asistencia sanitaria más que los hombres

(Isacson y Bingefors, 2002), lo que podría ser también causa de las prevalencias superiores de mujeres con dolor descritas, cuestionando su generalización a la población general (Isacson y Bingefors, 2002; Sáez del Castillo González, 2013).

Diferentes teorías se han presentado para tratar de explicar semejantes resultados. Por un lado, parece que el ciclo reproductivo de las mujeres podría tener efecto sensibilizante en la percepción del dolor, considerando que el ciclo menstrual viene generalmente precedido de una serie de cambios fisiológicos, muchas veces dolorosos (Mensah-Nyagan, Meyer, Schaeffer, Kibaly y Patte-Mensah, 2009). Por lo tanto, los factores biológicos pueden interferir en la mayor frecuencia de dolor crónico femenina (Berkley, Zalcman y Simon, 2006; Fillingim, 2000). En cuanto a la interferencia de la función social del género en la experiencia del dolor, como apuntamos previamente, las mujeres pueden percibir el evento doloroso con mayor seriedad, debido a los múltiples roles y responsabilidades que se les han atribuido (cuidado de niños, mayores, gestión del hogar y empleo), lo que las lleva a considerar el dolor como una amenaza. Aunque la participación del hombre en el cuidado de los niños y las responsabilidades del hogar está aumentando gradualmente, aún existen profundas diferencias (Kreling et al., 2006). Los riesgos de incapacidad laboral pueden verse reducidos, en parte, por la mayor oportunidad de recuperación del dolor que da el hecho de que las responsabilidades domésticas, consideradas secundarias para el hombre, posiblemente sean asumidas por la mujer (Unruh, 1996). El importante significado del dolor en la vida de la mujer probablemente haga que la mujer recuerde con más facilidad el dolor que los hombres, lo que sugiere, por lo tanto, otro factor de mayor prevalencia de dolor crónico entre ellas (Kreling et al., 2006).

Por lo tanto, el significado del dolor para los hombres y las mujeres puede estar influenciado por normas sociales y culturales que, por un lado, permiten a las mujeres la

expresión o manifestación de dolor, mientras que los hombres deben desconsiderar el dolor, recordando que la insensibilidad o la perseverancia en la resistencia al dolor pueden servir como una medida de la virilidad masculina (Budó et al., 2007; Unruh, 1996). Las consecuencias negativas de estas interpretaciones sesgadas se intensifican por el hecho de que los sistemas sanitarios tienden a no reconocer las diferencias de sexo y género en la salud en la experiencia del dolor, a pesar de que tanto los datos epidemiológicos, como los profesionales de salud, han evidenciado su importancia (Holdcroft y Berkley, 2007).

Asimismo, tampoco se ha identificado hasta qué punto influyen en el dolor los posibles modelos de socialización específicos de cada género, debido a que gran parte de la investigación epidemiológica se ha realizado exclusivamente con poblaciones europeas y estadounidenses de origen europeo (Turk y Okifuji, 2002).

En resumen, las diferencias sexuales y en el ámbito social respecto al dolor son fundamentales, complejas y duraderas, encontrándose tanto en la activación neuronal cerebral ante el dolor físico, en la percepción dolorosa según la fase del ciclo menstrual, la efectividad de analgésicos mórficos y no esteroideos, e incluso ante los efectos del aislamiento social de larga duración (Berkley et al., 2006).

Debido a que la circunstancia principal que para los pacientes provocó diferencias según la geografía fue el desarrollo del país (en términos económicos), la dependencia de la situación económica arrojó, en general, el mismo tipo de resultado, tanto en pacientes brasileños, como españoles. Es decir, según nuestros pacientes, los *ricos* pueden sufrir menos por su DLC porque tienen acceso a una atención sanitaria de mayor calidad, mientras los *pobres* están abocados a sufrir más en su dolor por limitación en los recursos.

En este sentido, la prevalencia de DLC en el entorno rural ha sido identificada como superior respecto al entorno urbano, lo que puede ser debido al carácter más físico del trabajo y a la imposibilidad de reposar o dejar de trabajar por dolor o enfermedad. Además, el malestar se vive y se soporta mientras que no altere la capacidad de trabajar gravemente, lo que tiende a agravar las enfermedades. El hecho de no darse de baja en el trabajo a pesar del sufrimiento, de la debilidad sentida, fue una de las razones de orgullo del mundo obrero, un signo de excelencia personal, de resistencia y de fuerza (Le Breton, 1999).

En otras capas sociales y en el ámbito urbano, la línea entre salud y enfermedad es más difusa, la relación de las personas con su cuerpo está mucho más impregnada de los consejos que difunde la biomedicina. La resistencia y el aguante ante el dolor como valor positivo no está presente en estos grupos sociales (Otegui, 2000), por lo que se solicita atención sanitaria y alivio del dolor en una fase mucho más temprana.

En nuestro estudio, ambas poblaciones fueron preferentemente urbanas, e incluso aquellos que vivían en el entorno rural ya no ejercían tareas consideradas pesadas, al menos, tal y como se entendía en el pasado el trabajo en el campo. Sin embargo, como factor diferenciador entre ambas poblaciones, los pacientes brasileños respondieron bajo el paradigma señalado del entorno rural, con mayor sufrimiento, aunque este sufrimiento lo asuman más y/o mejor, mientras la población española incrementaba las quejas rechazando el dolor.

Estos resultados respecto al nivel económico chocan de forma interesante con la heterogeneidad del nivel educativo como modulador del dolor. En este sentido, cuando el paciente aísla el nivel educativo, y no lo vincula al nivel económico, no entiende obligatoriamente que *saber más* o *saber menos* pueda influir en el dolor. En este sentido, las respuestas resultan muy heterogéneas, entre los que sí creen que entender la patología y su

evolución influye en soportar más el dolor o sufrir menos dolor, y quienes creen que no tiene nada que ver.

Finalmente, la mentalidad y el estado de ánimo se presenta como modulador. Así, todos los pacientes de ambos países respondieron que el DLC está mediado, influenciado, comprometido, vinculado, condicionado, sometido, entrelazado... con la mentalidad y/o el estado de ánimo. Por lo tanto, este estado de ánimo influye no sólo en su dolor individual, sino a nivel genérico.

En resumen, se ha evidenciado que la perspectiva que los pacientes tienen sobre los modificadores del dolor tiene un comportamiento homogéneo, aunque en factores como la religiosidad, diferente en función de su entorno cultural. A pesar de que la dimensión física, corporal, predomina en el entendimiento del dolor, este cuadro de factores coincide con las expresiones del sujeto de su propio dolor (Budó et al., 2007). Es decir, el paciente no sólo es consciente de la multidimensionalidad del dolor (aunque no pueda resolverlo), sino que identifica que, de un modo general y contextualizado, el dolor se relaciona con cuestiones emocionales, religiosas, sociales (educación y economía) y de género. Tal es así que podríamos diseñar un conjunto de modificadores en torno al paciente según el paciente, en función de su origen, en este caso, brasileño o español (Tabla 15).

	Brasil	España
Geografía	Influye, vinculado al desarrollo económico del país	Influye, vinculado al desarrollo económico del país
Religión	Influencia elevada. Dios reconforta y sabe lo que hace	Influencia escasa y difícilmente justificable
Género	Influencia elevada, las mujeres son más resistentes, pero comunican más el dolor	Influencia elevada, las mujeres son más resistentes, pero comunican más el dolor
Economía	Influye, porque tener dinero supone tener mejor atención	Influye, porque tener dinero supone tener mejor atención
Educación	Muy variable. Puede influir porque tener más conocimientos ayuda, pero también por el tipo de trabajo	Muy variable. Puede influir, pero no de un modo decisivo
Emociones	Influencia elevada: la mentalidad positiva mejora siempre y en todo	Influencia elevada, pues la mentalidad negativa da peor pronóstico

Tabla 15: Compendio de moduladores clasificados por grupos.

6.4. PUNTOS DE ENCUENTRO Y DESENCUENTRO DE AMBOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

De modo general, ambos métodos de investigación han cumplido los objetivos para los que se diseñaron. Por un lado, la entrevista semiestructurada ha permitido conocer en profundidad rasgos de las vivencias particulares de los pacientes, en algunos casos vislumbrando aspectos comportamentales comunes en función del país de origen, si bien la característica principal de los resultados cualitativos ha sido la capacidad de detectar, extraer, hallar tras haber buscado, qué le ocurre a la persona con dolor y cómo éste invade su vida. Si atendemos al posterior abordaje de intervención (en algún caso terapéutico), estos métodos pueden aproximarse a un fin tan deseable como utópico, como es la atención integral de la salud de forma individualizada.

Por otro lado, los resultados cuantitativos han permitido manejar datos, identificar patrones, perfiles, en definitiva, clasificar conjuntos de sujetos. Partiendo de este principio y del conocimiento sobre las dinámicas de población (distribución normal, significación de las diferencias y magnitud de las mismas...), este método permite, de forma probablemente impersonal, pero seguro aséptica, conocer tendencias y proponer estrategias globales/comunitarias sobre estos pacientes.

En cierto modo, entendemos que la superación del reto de combinar los enfoques metodológicos (con fundamentos filosóficos esencialmente diferentes) que se apoyan mutuamente y enriquecen nuestra comprensión de los fenómenos, se ha sustentado en la construcción meditada y pormenorizada de un plan sistemático y teóricamente significativo para mezclar ambos métodos (Creswell y Plano, 2007). Si los dos métodos se llevan a cabo en

tándem, el potencial de los resultados no predecibles se multiplica. Es decir, hay un valor considerable al examinar las posibilidades para combinar la investigación cuantitativa y cualitativa y la forma en que se combinan en la práctica (Bryman, 2006; Morgan, 1998). De este modo, se ha buscado el mejor compromiso entre ambos métodos, como apuntado por Niglas (2010) en la triangulación concurrente como triangulación verdadera, a la que le dedicaremos más atención, por ser el motivo del estudio desde el punto de vista metodológico. Aunque existen diferentes posibilidades de complementariedad, como la *secuenciación*, que ha sido muy utilizada en ciencias de la salud en sus diferentes vertientes (Morgan, 1998), en el estudio actual nos hemos decantado por la *simultaneidad*. La elección de la técnica ha dependido únicamente de los objetivos del proyecto de investigación. En este caso, parecía adecuado que ninguno de los dos métodos tuviera relevancia o prioridad sobre el otro, ni desde el punto de vista de importancia, ni desde el punto de vista temporal, por lo que fueron aplicados simultáneamente. Para que un modelo de estas características pueda llevarse a efecto, ha de plantearse lo que se ha dado en llamar triangulación o triangulación verdadera (para distinguirlo de la convergencia entre métodos, que también se ha llamado en ocasiones triangulación). De esta forma, la triangulación verdadera nos ha permitido explicar fenómenos y explorar dinámicas relacionadas con procesos vinculados al DLC al mismo tiempo. Desde el principio, un proyecto con este diseño comienza con las preguntas de investigación que son a la vez deductivas e inductivas. Idealmente, se da prioridad a ambos tipos de datos, y la integración puede ocurrir en diferentes niveles. La ventaja de este diseño es su potencial para captar la inmediatez de los procesos cualitativos y cuantitativos que ocurren en experiencias discapacitantes, o para obtener una comprensión compleja de medidas cuantitativas. Por ejemplo, un instrumento de encuesta estructurada con medidas estandarizadas puede ser

distribuido a una muestra mayor, mientras que los grupos focales se realizan simultáneamente con pequeñas submuestras de la población mayor, como se ha aplicado en el presente estudio. En este tipo de diseño, la justificación para la recogida y el análisis de los datos se centra en la forma en que cada uno puede compensar las limitaciones del otro, y su combinación permite a los investigadores preguntarse “qué”, “cómo” y “por qué” al mismo tiempo. No obstante, una de las debilidades de un diseño de triangulación concurrente es que los investigadores deben estar entrenados en ambos tipos de investigación (Rauscher y Greenfield, 2009), para lo que tanto la autora principal de la investigación, como los miembros del equipo han tenido que hacer el esfuerzo de ampliar sus respectivos puntos de vista particulares hacia la mentalidad de las estrategias múltiples, a través del estudio, el debate y las sucesivas puestas en práctica de ambos paradigmas.

Finalmente, hay dos aspectos que nos parece interesante destacar en este apartado. En primer lugar, el hecho de que se ha sugerido que los relatos de dolor crónico contienen una “trama moral” en la que, por el escepticismo y la desconfianza sufridas, los participantes intentan convencer a la audiencia de la legitimidad de la historia de su enfermedad (Werner, Isaksen y Malterud, 2004). Es difícil, por tanto, saber si los relatos reproducidos reflejan acontecimientos “reales”, o si se crean o se “construyen” en respuesta a una necesidad de auto-justificación (Werner y Malterud, 2003). Esta realidad, lejos de quitar interés a los resultados obtenidos desde el punto de vista cualitativo, es un resultado en sí mismo. Es decir, podemos asumir que, en algún grado, el paciente con DLC podría aumentar su expresividad negativa cuando se le pregunta abiertamente, no por capricho, sino por necesidad, lo que es difícil de detectar desde el área cuantitativa.

Por otro lado, las diferentes técnicas de muestreo empleadas pueden generar controversias. Como hemos comentado, son menos los pacientes entrevistados que aquellos a los que se les pidió cumplimentar los cuestionarios estandarizados (Rauscher y Greenfield, 2009). Se sabe con precisión que uno de los principios que aleja más ambos métodos es la captación de individuos, no sólo por la forma, sino por su motivación (Martínez-Salgado, 2012), lo que en nuestro caso puede haber generado cierto sesgo. Y es que, en investigación epidemiológica, el muestreo tiende a ser probabilístico, por lo que lo que se pretende obtener, a partir de la muestra, es la información más amplia posible sobre los valores del parámetro estudiado en la población de la que ésta se extrae (Kish, 1995), en tanto que para la indagación cualitativa consiste en la elección intencional de, o quizá más propiamente dicho la invitación a, los participantes, lo que lleva a trabajar con números pequeños de unidades de observación, donde cada unidad es cuidadosamente e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación, pues su interés no es la medición del fenómeno de estudio, sino su comprensión (Crouch y McKenzie, 2006; Newell y Burnard, 2011; Vázquez et al., 2006).

En nuestro estudio, se buscó un equilibrio entre métodos de muestreo, pues todos los pacientes entrevistados, que fueron seleccionados por su situación clínica más que por su expresividad, respondieron los cuestionarios estandarizados. Además, 6 pacientes españoles y 8 brasileños, seleccionados de igual forma, respondieron los cuestionarios sin entrevista, todo ello fundamentado en el principio de heterogeneidad de la distribución de variables para alcanzar representatividad (Kish, 1995), mientras la aplicación de entrevistas se paralizó por el principio de saturación (momento en el que no aparece nada más que se considere importante y novedoso sobre el fenómeno que lo ocupa), a pesar de las controversias que subyacen a este

concepto (Mayan, M., 2009). No obstante, a tenor de los resultados conseguidos, entendemos que estas particularidades en la captación de sujetos de estudio fundamentadas en la población accesible y los modelos cuantitativo y cualitativo, no han perjudicado la consecución de los objetivos, por lo que las dificultades intrínsecas a la muestra pueden superarse a través de un compromiso entre lo que se debe hacer según la teoría y lo que se puede hacer en la práctica.

Como término a esta discusión, debemos entender que las implicaciones de todas las características, tanto comunes como particulares, son capitales para un abordaje clínico adecuado del estado del paciente. ¿Cómo tratarlo dar solución a aquello que no se entiende, o peor, que no se escucha? Tan sólo a través de la identificación de la vivencia del sujeto y sus modificadores, el clínico puede ser capaz de conocer el estado real del paciente y su patología, punto de partida esencial para una fructífera relación paciente-terapeuta. Tanto las características particulares, tan relevantes en las patologías crónicas (Dudgeon et al., 2002; Thorne y Paterson, 1998), como las especificidades culturales locales y la diversidad cultural global, deben considerarse en la atención del enfermo con DLC. Si admitimos que “There is no magic bullet for chronic pain. Maybe researchers will someday find one” (Morris, 2010), entenderemos que el paciente no es y/o no se entiende sin su entorno (local, regional, global). Su desconocimiento implica el desastre (Staton et al., 2007).

Parece esencial, por tanto, que se le preste al DLC la atención que merece, y que hasta el momento nos han llevado por el mal camino de la evidencia en lo que es mejor para los pacientes (Buchbinder et al., 2010). La OMS podría priorizar el dolor lumbar dentro de sus iniciativas de enfermedades no transmisibles, y los países desarrollados podrían abordar de inmediato los factores que contribuyen al problema, para reducir el uso inadecuado de los

servicios de salud y poner en práctica iniciativas de salud pública y en los lugares de trabajo. El número de personas que sufren dolor lumbar en los países en desarrollo, como puede ser el caso de Brasil, es probable que aumente dramáticamente en las próximas décadas y su impacto será extremo. Estos países podrían considerar programas culturalmente apropiados para la prevención y el tratamiento del dolor lumbar. Se necesita investigación adicional urgente para llenar los vacíos sobre la ocurrencia, recorrido, impacto, factores de riesgo y posibles intervenciones en estos países. Esto mejorará la precisión de futuras estimaciones para el dolor lumbar (Buchbinder et al., 2013).

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

A lo largo del proceso de investigación se han presentado dificultades de diferente índole, que han sido solventadas, como:

- Financiación para hacer el trabajo de campo en Brasil.
- Alcanzar un tamaño muestral representativo de la población objeto de estudio.
- Excesiva heterogeneidad de las muestras de estudio, que pueda dificultar la comparabilidad de los grupos de estudio.
- Análisis estadístico de datos correspondientes a numerosas variables de diferente naturaleza y comportamiento.

Además de estas cuestiones, se han identificado limitaciones irresolubles, bien sea por el diseño de estudio, la entidad nosológica analizada, o el carácter propio de cada población de estudio.

Respecto a la metodología utilizada, y a pesar de que existe una nutrida bibliografía a cerca de las estrategias múltiples de investigación, como apuntado previamente, no es habitual encontrar publicaciones científicas en fuentes de calidad con estas metodologías, lo que limita la comparabilidad de los resultados obtenidos. Por otro lado, el diseño transversal, desde el punto de vista cuantitativo no permite la inferencia causal (Argimón y Jiménez, 2012), mientras que desde el cualitativo no permite conocer la naturaleza cambiante de la opinión de los pacientes (Newell y Burnard, 2011), lo que obstaculiza la posibilidad de proponer

intervenciones enfocadas a resolver la etiología de las afecciones. Finalmente, cada una de las metodologías usadas presenta sus limitaciones intrínsecas: la despersonalización y pérdida de información específica en la parte cuantitativa, y las clásicas limitaciones de las técnicas cualitativas (compromiso de validez-fiabilidad, generabilidad limitada,...) (Newell y Burnard, 2011).

El DLC es un cuadro álgico de naturaleza cambiante, lo que lo hace extraordinariamente heterogéneo. Si en el entorno biosanitario clásico se tiende a expresar que no hay enfermedades, sino enfermos, este axioma adquiere dimensiones nuevas e inexploradas en patologías crónicas, como el DLC, lo que dificulta su estudio y análisis. Por ello, los resultados en la literatura acostumbran a ser contradictorios, o al menos, controvertidos, debiendo situar un margen de duda razonable alrededor de todos los hallazgos.

Finalmente, aunque la cultura de cada población de estudio, y cómo a través de esa cultura se comporta cada paciente, no deja de ser un resultado del propio estudio, debe apuntarse en este punto que determinados comportamientos humanos pueden dificultar la obtención de datos de interés. En este sentido, y como se ha reflejado en los resultados del presente estudio, mientras los pacientes brasileños comentaban profusamente sus padecimientos, cómo factores externos pueden influir sobre ellos, y cómo ellos pueden opinar sobre los moduladores, algunos pacientes españoles limitaban sus respuestas a monosílabos, sumados en ocasiones a reacciones de rechazo a responder, expresando no estar cómodos ante la batería de preguntas. Este escenario, interesante desde el punto de vista analítico, dificultó la obtención de datos de calidad en determinados aspectos.

Para solventar, o al menos paliar estas limitaciones, se proponen diseños de estudio longitudinales, que permitan controlar la evolución del paciente, así como los factores que

condicionan o determinan dicha evolución, lo que permitirá establecer relaciones causales y facilitará la intervención sobre las mismas. Se hacen necesarios más estudios de estrategias múltiples, multidisciplinar e intervencionista, que sigan la línea de abordar el paciente con DLC como un todo indivisible, en el que la atención recibida, el entorno próximo y su cultura jueguen a favor de la resolución o mejora del cuadro. La protocolización de estos estudios y su toma de datos puede favorecer la individualidad de la atención en pacientes que necesitan tal personalización, como los que padecen DLC.

8. CONCLUSIONES

El examen, comentario y discusión de los resultados ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. Las manifestaciones conocidas del DLC, como el deterioro de la calidad de vida, el sueño, el estado de ánimo, o la propia discapacidad, son diferentes en población brasileña y española. Las influencias que el DLC ejerce en las diferentes dimensiones estudiadas se integran en un complejo cuadro altamente relacionado entre sí, de forma más relevante en población española que brasileña, existiendo patrones estables de comportamiento a pesar de la heterogeneidad encontrada, donde cada paciente sostiene y soporta una historia vital en torno al dolor.

2. Mientras el comportamiento frente al DLC no se diferencia significativamente entre sexos en población española, las mujeres brasileñas expresan una fortaleza mental diferenciada de los hombres brasileños y de la población española, a pesar de encontrarse en peores condiciones de salud, en términos de mayor dolor, más depresión y peor sueño. La determinación de perfiles poblaciones vinculados a factores socioculturales, como el país de origen, el sexo, el nivel educativo, la clase social, o la práctica religiosa, facilita la comprensión del estado y la vivencia del paciente con DLC.

3. La relación entre el paciente con DLC y su entorno dista de ser ideal, pues aunque muchos pacientes encuentran apoyo en la familia, es habitual la incomprensión y el estigma, junto con la desconfianza, principalmente vinculada a la relación con el personal sanitario, donde se mezclan fracasos quirúrgicos que no solucionan el dolor, expectativas no resueltas en el tratamiento, peregrinación en búsqueda de soluciones, e incluso reacciones de mejoría distorsionadas, que no se relacionan directamente con el estado real del paciente.

4. La religión en los pacientes brasileños supone una referencia estable, positiva y relacionada con un *locus* externo del dolor, que libera al paciente de sentimientos de culpa. Aunque no se puede determinar la relación causal, la ausencia de creencia y/o práctica religiosa respecto a los pacientes españoles ha sido el factor diferenciador más evidente entre las poblaciones y podría vincularse con un mayor o, al menos, diferente sufrimiento ante el DLC.

5 y última. La capacidad de las metodologías por estrategias múltiples para identificar evidencias científicas en torno al DLC es elevada y no sustituible por los métodos cuantitativos o cualitativos cuando estos se aplican de forma parcial o aislada. Son necesarios más estudios de esta naturaleza, longitudinales y de suficiente tamaño muestral, para alcanzar una mejor comprensión de los sucesos vinculados a la experiencia del DLC.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abyholm, A. S., y Hjortdahl, P. (1999). The pain takes hold of life. A qualitative study of how patients with chronic back pain experience and cope with their life situation. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 119(11), 1624-1629.
- Ackerman, M. D., y Stevens, M. J. (1989). Acute And Chronic Pain: Pain Dimensions And Psychological Status. *Journal Of Clinical Psychology*, 45(2), 223-228.
- Achury-Saldaña, D. M. (2008). Dolor: la verdadera realidad. *Aquichan*, 8(2), 146-158.
- Ahles, T. A., Cassens, H. L., y Stalling, R. B. (1987). Private Body Consciousness, Anxiety And The Perception Of Pain. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 18(3), 215-222.
- Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 104(20), 771-776.
- Alsaadi, S. M., McAuley, J. H., Hush, J. M., Bartlett, D. J., Henschke, N., Grunstein, R. R., et al. (2013). Detecting insomnia in patients with low back pain: accuracy of four self-report sleep measures. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 196. doi: 10.1186/1471-2474-14-196
- Anderson, J. A. (1977). Problems of classification of low-back pain. *Rheumatology And Rehabilitation*, 16(1), 34-36.
- Andersson, G. B. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354(9178), 581-585.
- Andrusaitis, S. F., Oliveira, R. P., y Barros Filho, T. E. (2006). Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of São Paulo, Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*, 61(6), 503-510.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., y Farmer, M. A. (2013). Predicting transition to chronic pain. *Current Opinion in Neurology*, 26(4), 360-367. doi: 10.1097/WCO.0b013e32836336ad
- Arendt-Nielsen, L., Fernández-de-Las-Peñas, C., y Graven-Nielsen, T. (2011). Basic aspects of musculoskeletal pain: from acute to chronic pain. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 19(4), 186-193. doi: 10.1179/106698111X13129729551903
- Argimón, J. M., y Jiménez, J. (2012). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (4ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Armstrong, D., Gosling, A., Weinman, J., y Marteau, T. (1997). The place of interrater reliability in qualitative research: an empirical study. *Sociology*, 31(3), 597-606.
- Asmundson, G. J., Norton, P. J., y Norton, G. R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.
- Auvinen, J. P., Tammelin, T. H., Taimela, S. P., Zitting, P. J., Järvelin, M. R., Taanila, A. M., et al. (2010). Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck, shoulder and low back pain? A longitudinal study among adolescents. *European Spine Journal*, 19(4), 641-649. doi: 10.1007/s00586-009-1215-2
- Axén, I., y Leboeuf-Yde, C. (2013). Trajectories of low back pain. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology*, 27(5), 601-612. doi: 10.1016/j.berh.2013.10.004
- Bahouq, H., Allali, F., Rkain, H., Hmamouchi, I., y Hajjaj-Hassouni, N. (2013). Prevalence and severity of insomnia in chronic low back pain patients. *Rheumatology International*, 33(5), 1277-1281. doi: 10.1007/s00296-012-2550-x
- Baliki, M. N., Baria, A. T., y Apkarian, A. V. (2011). The cortical rhythms of chronic back pain. *Journal of Neuroscience*, 31(39), 13981-13990. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1984-11.2011
- Balzano, S. M. (2007). "Homo Dolens". Hacia una antropología del dolor. *LATACCS - International Trauma Care*, 1(1), 1.
- Barber, J., y Adrian, C. (1982). *Psychological approaches to the management of pain*. New York, EE.UU.: Brunner/Mazel Publishers.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York, EE.UU.: Guildford Press.
- Bates, M. S. (1987). Ethnicity and pain: a biocultural model. *Social Science and Medicine*, 24(1), 47-50.
- Bates, M. S., Edwards, W. T., y Anderson, K. O. (1993). Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain*, 52(1), 101-112.

- Beales, D. J., Smith, A. J., O'Sullivan, P. B., y Straker, L. M. (2012). Low back pain and comorbidity clusters at 17 years of age: a cross-sectional examination of health-related quality of life and specific low back pain impacts. *Journal of Adolescence Health, 50*(5), 509-516. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.09.017
- Benoist, J. (1983). Quelques repères sur l'évolution récente de l'anthropologie de la maladie. *Bulletin d'Ethnomédecine, 19*, 51-58.
- Berg, A., y Welander Hansson, U. (2000). Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care. *Journal of Nursing Management, 8*(6), 357-368.
- Berkley, K. J., Zalcman, S. S., y Simon, V. R. (2006). Sex and gender differences in pain and inflammation: a rapidly maturing field. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 291*(2), R241-244.
- Bertolazi, A. N., Fagundes, S. C., Hoff, L. S., Dartora, E. G., Miozzo, I. C., de Barba, M. E., et al. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine, 12*(1), 70-75. doi: 10.1016/j.sleep.2010.04.020
- Bigos, S. J., y Müller, G. (2003). Dorsalgia baja: Atención primaria de los problemas lumbares agudos y crónicos: definiciones y cuidados. En J. D. Loeser, S. H. Butler, y C. R. Chapman (Eds.), *Bonica. Terapéutica del dolor* (Vol. 2, pp. 1778-1848). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Bishop, A., Foster, N. E., Thomas, E., y Hay, E. M. (2008). How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain, 135*(1-2), 187-195. doi: 10.1016/j.pain.2007.11.010
- Blyth, F. M. (2008). Chronic pain--is it a public health problem? *Pain, 137*(3), 465-466. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.013
- Blyth, F. M., Macfarlane, G. J., y Nicholas, M. K. (2007). The contribution of psychosocial factors to the development of chronic pain: the key to better outcomes for patients? *Pain, 129*(1-2), 8-11.
- Boixareu, R. M. (2003). Malaltia i sofriment. En R. M. Boixareu (Ed.), *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut*. Barcelona: Blanquerna.
- Borrego, P. S., Sáez, M. L., Borrego, J. M., Borrego, P. A., y Borrego, P. (2005). Psychometric analysis of the Oswestry lower back pain disability questionnaire. *Fisioterapia, 27*(5), 250-254.
- Bosi, M. L. (2012). Qualitative research in collective health: overview and challenges. *Ciencia e Saude Coletiva, 17*(3), 575-586.
- Boyd, C. O. (2001). Phenomenology: The Method. En P. L. Munhall (Ed.), *Nursing Research* (3 ed., pp. 93-122). Canada: Jones & Bartlett Publishers.
- Bral, E., Shaughnessy, M., y Eisenman, R. (2002). Intimacy in people with chronic pain international journal of psychosocial rehabilitation. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 6*, 51-60.
- Brannen, J. (1992). Combining Qualitative and Quantitative Approaches: An Overview. En J. Brannen (Ed.), *Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research* (pp. 3-37). Brookfield, VT, EE.UU.: Avebury.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brennan, F., Carr, D. B., y Cousins, M. (2007). Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia and Analgesia, 105*(1), 205-221.
- Britten, N., Jones, R., Murphy, E., y Stacy, R. (1995). Qualitative research methods in general practice and primary care. *Family Practice, 12*(1), 104-114.
- Brown, P. J., y Barrett, R. (2009). *Understanding and Applying Medical Anthropology* (2ª ed.). New York, EE.UU.: McGraw-Hill.
- Bryman, A. (2006). Integrating Quantitative and Qualitative Research: How is it Done? *Qualitative Research, 6*(1), 97-113.
- Buchbinder, R., Blyth, F. M., March, L. M., Brooks, P., Woolf, A. D., y Hoy, D. G. (2013). Placing the global burden of low back pain in context. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology, 27*(5), 575-589. doi: 10.1016/j.berh.2013.10.007
- Buchbinder, R., Pransky, G., y Hayden, J. (2010). Recent advances in the evaluation and management of nonspecific low back pain and related disorders. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology, 24*(2), 147-153. doi: 10.1016/j.berh.2010.01.003
- Budó, M. L., Nicolini, D., Resta, D. G., Büttenbender, E., Pippi, M. C., y Ressel, L. B. (2007). Culture permeating the feelings and the reactions in the face of pain. *Revista da Escola da Enfermagem da USP, 41*(1), 36-43.
- Busse, M. E., Khalil, H., Quinn, L., y Rosser, A. E. (2008). Physical therapy intervention for people with Huntington disease. *Physical Therapy, 88*(7), 820-831. doi: 10.2522/ptj.20070346

- Bustos, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David le Breton. *Acta Bioethica*, 6(1), 103-111.
- Buyse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburg Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28(193-213).
- Cabral, R. (1993). Conceptos históricos y teóricos del dolor. *Ciencias*, 31, 21-27.
- Cahana, A. (2007). Pain and Philosophy of the Mind. *Pain Clinical Updates*, 15(5), 1-4.
- Calvo-Muñoz, I., Gómez-Conesa, A., y Sánchez-Meca, J. (2013). Prevalence of low back pain in children and adolescents: a meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 13, 14. doi: 10.1186/1471-2431-13-14
- Call-Schmidt, T. A., y Richardson, S. J. (2003). Prevalence of sleep disturbance and its relationship to pain in adults with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 4(3), 124-133.
- Carlson, N. R. (1994). *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Pearson.
- Carpenter, C., y Suto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Oxford, GB: Blackwell.
- Carr, D. B. (2009). What Does Pain Hurt? *Pain: Clinical Updates*, 18(3), 1-6.
- Casal, E. (2001). Introducción: consideraciones generales sobre el dolor. En R. D'Alvia (Ed.), *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2ª ed.). Oxford, GB: Oxford University Press.
- Català, E., Reig, E., Artés, M., Aliaga, L., López, J. S., y Segú, J. L. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6(2), 133-140.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2008). Incorporating Qualitative Evidence in or alongside effectiveness reviews. En C. f. R. a. Dissemination (Ed.), *Systematic Reviews: CDR's guidance for undertaking review in health care*. USA: Centre for Reviews and Dissemination: University of York, GB.
- Ceran, F., y Ozcan, A. (2006). The relationship of the Functional Rating Index with disability, pain, and quality of life in patients with low back pain. *Medical Science Monitor*, 12(10), CR435-439.
- Clark, W. C., y Clark, S. B. (1980). Pain responses in Nepalese porters. *Science*, 209(4454), 410-402.
- Clarke, A. (2006). Qualitative interviewing: encountering ethical issues and challenges. *Nurse Researcher*, 13(4), 19-29.
- Clarke, K. A., y Iphofen, R. (2007). Accepting pain management or seeking pain cure: an exploration of patients' attitudes to chronic pain. *Pain Management Nursing*, 8(2), 102-110.
- Coelho, R. A., Siqueira, F. B., Ferreira, P. H., y Ferreira, M. L. (2008). Responsiveness of the Brazilian-Portuguese version of the Oswestry Disability Index in subjects with low back pain. *European Spine Journal*, 17(8), 1101-1106. doi: 10.1007/s00586-008-0690-1
- Cohen, D. J., y Crabtree, B. F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Annals of Family Medicine*, 6(4), 331-339.
- Cohen, M. Z., y Omery, A. (2005). Escuela de fenomenología: Implicaciones para la investigación. En M. J (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 185-207). Colombia: Universidad Antioquia.
- Coker, E. M. (2004). "Traveling pains": embodied metaphors of suffering among Southern Sudanese refugees in Cairo. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(1), 15-39.
- Comelles, J. M., y Martínez-Hernández, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Craig, K. D. (1994). Emotional aspects of pain. En P. D. Wall y R. Melzack (Eds.), *Textbook of Pain* (3ª ed., pp. 261-274). Edimburgo, GB: Churchill Livingstone.
- Creswell, J., y Plano, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Croft, P. R., Macfarlane, G. J., Papageorgiou, A. C., Thomas, E., y Silman, A. J. (1998). Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ*, 316(7141), 1356-1359.
- Crouch, M., y McKenzie, H. (2006). The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social Science Information*, 45(4), 483-499. doi: 10.1177/0539018406069584
- Cuadras, C. M. (1996). *Métodos de Análisis Multivariante* (3ª ed.). Barcelona: EUNIBAR.
- Chapman, J. R., Norvell, D. C., Hermsmeyer, J. T., Bransford, R. J., DeVine, J., McGirt, M. J., et al. (2011). Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(21 Suppl), S54-68. doi: 10.1097/BRS.0b013e31822ef74d
- Chapple, A., y Rogers, A. (1998). Explicit guidelines for qualitative research: a step in the right direction, a defence of the 'soft' option, or a form of sociological imperialism? *Family Practice*, 15(6), 556-561.
- Chou, R. (2011). Low Back Pain (Chronic). *American Academy of Family Physicians*, 84(4), 437-438.

- Darragh, A. R., Campo, M., y Olson, D. (2009). Therapy practice within a minimal lift environment: perceptions of therapy staff. *Work*, 33(3), 241-253. doi: 10.3233/WOR-2009-0872
- Davis, M. P., y Walsh, D. (2004). Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 71(8), 625-632.
- Dawson, R., Spross, J. A., Jablonski, E. S., Hoyer, D. R., Sellers, D. E., y Solomon, M. Z. (2002). Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(3), 211-220.
- de Barros, R. (2001). Cultura: um conceito antropológico. En J. Zahar (Ed.), *Antropologia Social*. Rio de Janeiro, Brasil: Cultura.
- De Vitta, A., Martinez, M. G., Piza, N. T., Simeão, S. F., y Ferreira, N. P. (2011). Prevalence of lower back pain and associated factors in students. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1520-1528.
- DelVecchio, M. J., Brodwin, P. E., y Good, B. J. (1994). *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Oakland, CA, EE.UU.: University of California Press.
- Dellaroza, M. S., Pimenta, C. A., Duarte, Y. A., y Lebrão, M. L. (2013). Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(2), 325-334.
- Dersh, J., Polatin, P. B., Leeman, G., y Gatchel, R. J. (2004). The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(4), 267-279.
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(105), 125-133.
- Dew, K. (2007). A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(5), 433-437.
- Deyo, R. A., Mirza, S. K., Turner, J. A., y Martin, B. I. (2009). Overtreating chronic back pain: time to back off? *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(1), 62-68. doi: 10.3122/jabfm.2009.01.080102
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., y Liamputtong, P. (2006). Blurring boundaries in qualitative health research on sensitive topics. *Qualitative Health Research*, 16(6), 853-871.
- Die-Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0(1), 39-48.
- Die-Trill, M., y Holland, J. (1993). Cross-cultural differences in the care of patients with cancer. A review. *General Hospital Psychiatry*, 15(1), 21-30.
- Dionne, C. E., Dunn, K. M., Croft, P. R., Nachemson, A. L., Buchbinder, R., Walker, B. F., et al. (2008). A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976)*, 33(1), 95-103. doi: 10.1097/BRS.0b013e31815e7f94
- Dionne, C. E., Von Korff, M., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., Barlow, W. E., y Checkoway, H. (2001). Formal education and back pain: a review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(7), 455-468.
- Domínguez, B., Infante, P., y Olvera, Y. (2006). Estados emocionales negativos dolor crónico y estrés. *Ciencias*, 67-75.
- Domínguez, B., Infante, P., y Olvera, Y. (2008). Avances y retos de la psicología del dolor en México. Experiencias del Grupo "Dolor y Estrés" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *Revista Iberoamericana del Dolor*, 1.
- Donalek, J. G. (2004). Phenomenology as a qualitative research method. *Urologic Nursing*, 24(6), 516-517.
- Donker, F. J. S. (1991). Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. En G. Buena-Casal y C. V (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 27-48). Madrid: Siglo XXI.
- Donker, F. J. S. (1999). Tratamiento psicológico del dolor crónico. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 537-556). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal Nursing Studies*, 44(1), 131-142.
- Dudgeon, B. J., Gerrard, B. C., Jensen, M. P., Rhodes, L. A., y Tyler, E. J. (2002). Physical disability and the experience of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(2), 229-235.
- Duffy, M. E. (1987). Methodological Triangulation: A Vehicle for Merging Quantitative and Qualitative Research Methods. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 19(3), 130-133.
- Dunn, K. M., Hestbaek, L., y Cassidy, J. D. (2013). Low back pain across the life course. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology*, 27(5), 591-600. doi: 10.1016/j.berh.2013.09.007
- Eccleston, C., Williams, A. C., y Rogers, W. S. (1997). Patients' and professionals' understandings of the causes of chronic pain: blame, responsibility and identity protection. *Social Science and Medicine*, 45(5), 699-709.
- Edwards, C. L., Fillingim, R. B., y Keefe, F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*, 94(2), 133-137.

- Edwards, R. R., Moric, M., Husfeldt, B., Buvanendran, A., y Ivankovich, O. (2005). Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: a comparison of african american, Hispanic, and white patients. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 6(1), 88-98.
- Ehrlich, G. E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 671-676.
- Eisemberg, L. (1977). Disease and Illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 9-23.
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., y Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 354(9186), 1248-1252.
- Eppley, K. R., Abrams, A. I., y Shear, J. (1989). Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: a meta-analysis. *Journal Of Clinical Psychology*, 45, 957-974.
- Esteves, J. E., Wheatley, L., Mayall, C., y Abbey, H. (2013). Emotional processing and its relationship to chronic low back pain: Results from a case-control study. *Manual Therapy*, 18(6), 541-546. doi: 10.1016/j.math.2013.05.008
- Eurenius, E., Biguet, G., y Stenström, C. (2003). Attitudes toward physical activity among people with rheumatoid arthritis. *Physiotherapy: Theory and Practice*, 19, 53-62. doi: 10.1080/09593980307967
- Fairbank, J. C. T., Couper, J. J., y Davies, J. B. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271-273.
- Fairbank, J. C. T., y Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine*, 25(22), 2940-2953.
- Fajreldin, V. (2006). Antropología Médica para una Epidemiología con enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina. *Ciencia & Trabajo*, 20, 95-102.
- Farrar, J. T., Young, J. P. J., LaMoreaux, L., Werth, J. L., y Poole, R. M. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94(2), 149-158.
- Fernández-de-Las-Peñas, C., Alonso-Blanco, C., Hernández-Barrera, V., Palacios-Ceña, D., Jiménez-García, R., y Carrasco-Garrido, P. (2013). Has the prevalence of neck pain and low back pain changed over the last 5 years? A population-based national study in Spain. *Spine Journal*, 13(9), 1069-1076. doi: 10.1016/j.spinee.2013.02.064
- Fernández-de-las-Peñas, C., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Palacios-Ceña, D., Carrasco-Garrido, P., Jiménez-Sánchez, S., et al. (2011). Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: a population-based national study. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(3), E213-E219. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181d952c2
- Ferrell, B. R., Taylor, E. J., Grant, M., Fowler, M., y Corbisiero, R. M. (1993). Pain management at home. Struggle, comfort, and mission. *Cancer Nursing*, 16(3), 169-178.
- Ferro, C. V., Ide, M. R., y Streit, M. V. (2008). Correlation between sleep disorders and subjective parameters in subjects with fibromyalgia. *Fisioterapia em Movimento*, 21(1), 33-38.
- Fillingim, R. B. (2000). Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Current Review of Pain*, 4(1), 24-30.
- Finkler, K. (1981). Non-medical treatments and their outcomes. Part two: Focus on adherents of spiritualism. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(1), 65-103.
- Fishman, P., Von Korff, M., Lozano, P., y Hecht, J. (1997). Chronic care costs in managed care. *Health Affairs (Project Hope)*, 16(3), 239-247.
- Flor, H. (2003). Cortical reorganisation and chronic pain: implications for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*(41 Suppl), 66-72.
- Flor, H., Braun, C., Elbert, T., y Birbaumer, N. (1997). Extensive reorganization of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients. *Neuroscience Letters*, 224(1), 5-8.
- Flor, H., y Hermann, C. (2004). Biopsicosocial models of pain. En R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (Eds.), *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. Progress in pain research and management* (pp. 47-75). Seattle, WA, EE.UU.: IASP Press.
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., y Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(3), 398-406. doi: 10.1016/j.pain.2009.11.002
- Friedrich, M., Hahne, J., y Wepner, F. (2009). A controlled examination of medical and psychosocial factors associated with low back pain in combination with widespread musculoskeletal pain. *Physical Therapy*, 89(8), 786-803. doi: 10.2522/ptj.20080100
- Furlanetto, L. M., Mendlowicz, M. V., y Romildo Bueno, J. (2005). The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 86(1), 87-91.

- García-Martínez, F., Herrera-Silva, J., y Aguilar-Luque, J. (2000). Tratamiento del dolor crónico en Atención Primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, 453-459.
- Gardner, K., y Chapple, A. (1999). Barriers to referral in patients with angina: qualitative study. *BMJ*, 319(7207), 418-421.
- Garland, E. L. (2012). Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. *Primary Care*, 39(3), 561-571. doi: 10.1016/j.pop.2012.06.013
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 795-805.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- GBD 2010 Country Collaboration. (2013). GBD 2010 country results: a global public good. *Lancet*, 381(9871), 965-970. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60283-4
- Gearing, R. E. (2004). Bracketing in research: a typology. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1429-1452.
- Geertz, C. (2001). *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Geha, P. Y., Baliki, M. N., Harden, R. N., Bauer, W. R., Parrish, T. B., y Apkarian, A. V. (2008). The brain in chronic CRPS pain: abnormal gray-white matter interactions in emotional and autonomic regions. *Neuron*, 60(4), 570-581. doi: 10.1016/j.neuron.2008.08.022
- Giacomini, M. K., y Cook, D. J. (2000a). Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 284(3), 357-362.
- Giacomini, M. K., y Cook, D. J. (2000b). Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care B. What are the results and how do they help me care for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 284(4), 478-482.
- Gil, A. (2000). *Aproximación a una teoría de la afectividad*. (Tesis Doctoral), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Gil, A., Layunta, B., y Iñiguez, L. (2005). Dolor crónico y construccionismo. *Boletín de Psicología*, 84, 23-39.
- Giorgi, A. (1975). Phenomenology and the Foundation of Psychology. *Nebraska Symposium and motivation*, 23, 281-348.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Giorgi, A. (2000a). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14(1), 11-15.
- Giorgi, A. (2000b). The status of Husserlian phenomenology in caring research. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14(1), 3-10.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75-82.
- Giorgi, A. P., y Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. En P. M. Camic, J. E. Rhodes, y L. Yardley (Eds.), *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design* (pp. 243-271). Washington, EE.UU.: American Psychological Association.
- Glenton, C. (2003). Chronic back pain sufferers--striving for the sick role. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2243-2252.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Garden City, NJ, EE.UU.: Doubleday.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of Spoilt Identity*. Englewood Cliffs, NJ, EE.UU.: Prentice Hall.
- González-Rendón, C., y Moreno-Monsiváis, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 14(6), 422 - 427.
- González Viejo, M. A., y Condón Huerta, M. J. (2000). Disability from low back pain in Spain. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114(13), 491-492.
- Goberman-Hill, R., Sansom, A., Sanders, C. M., Dieppe, P. A., Horwood, J., Learmonth, I. D., et al. (2010). Unstated factors in orthopaedic decision-making: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(11), 213. doi: 10.1186/1471-2474-11-213
- Gorenstein, C., y Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29(4), 453-457.

- Graneheim, U. H., y Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Graven-Nielsen, T., Wodehouse, T., Langford, R. M., Arendt-Nielsen, L., y Kidd, B. L. (2012). Normalization of widespread hyperesthesia and facilitated spatial summation of deep-tissue pain in knee osteoarthritis patients after knee replacement. *Arthritis and Rheumatism*, 64(9), 2907-2916. doi: 10.1002/art.34466
- Graz, B., Wietlisbach, V., Porchet, F., y Vader, J. P. (2005). Prognosis or "curabo effect?": physician prediction and patient outcome of surgery for low back pain and sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)*, 30(12), 1448-1452.
- Guerci, A. (1998). An Anthropological approach to Pain. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 5(supl 1), 19-27.
- Guerci, A., y Consigliere, S. (1999). Por uma Antropologia da Dor. *Ilha: Revista de Antropologia*, 1(1), 57-72.
- Guyton, A. C. (2011). *Tratado de fisiología médica* (12 ed.). México: Elsevier.
- Gwyer, J., Jensen, G., Hack, L., y Shepard, K. (2004). Using a multiple case-study research design to develop an understanding of clinical expertise in physical therapy. En K. Whalley-Hammell y C. Carpenter (Eds.), *Qualitative Research in Evidence-Based Rehabilitation* (pp. 103-115). Londres, GB: Churchill Livingstone.
- Hansen, E. (2006). *Successful Qualitative Health Research: A Practical Introduction*. Sydney, Australia: Allen and Unwin.
- Hanson, R. W., y Gerber, K. E. (1990). *Coping with Chronic Pain: A Guide to Patient Self-management*. Londres, GB: The Guilford Press.
- Hardcastel, V. G. (1999). *The Myth of Pain*. Cambridge MA, GB: MIT press.
- Harding, G., Parsons, S., Rahman, A., y Underwood, M. (2005). "It struck me that they didn't understand pain": the specialist pain clinic experience of patients with chronic musculoskeletal pain. *Arthritis and Rheumatism*, 53(5), 691-696.
- Hashmi, J. A., Baria, A. T., Baliki, M. N., Huang, L., Schnitzer, T. J., y Apkarian, A. V. (2012). Brain networks predicting placebo analgesia in a clinical trial for chronic back pain. *Pain*, 153(12), 2393-2402. doi: 10.1016/j.pain.2012.08.008
- Hawthorne, J., y Redmond, K. (1998). *Pain: Causes and Management*. Oxford, GB: Blackwell.
- Heffner, K. L., France, C. R., Trost, Z., Ng, H. M., y Pigeon, W. R. (2011). Chronic low back pain, sleep disturbance, and interleukin-6. *Clinical Journal of Pain*, 27(1), 35-41.
- Heiser, W. J., y Meulman, J. J. (1994). Homogeneity Analysis: Exploring the distribution of Variables and their nonlinear relationships. En M. Greenacre, J. Blasius, y W. Kristof (Eds.), *Correspondence Analysis in the Social Sciences* (pp. 179-209). Londres, GB: Academic Press.
- Helman, C. (2003). *Cultura, saúde e doença* (4 ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Hendrick, P., Bond, C., Duncan, E., y Hale, L. (2009). Clinical reasoning in musculoskeletal practice: students' conceptualizations. *Physical Therapy*, 89(5), 430-442. doi: 10.2522/ptj.20080150
- Henley, L. D., y Frank, D. M. (2006). Reporting ethical protections in physical therapy research. *Physical Therapy*, 86(4), 499-509.
- Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., Engberg, M., Lauritzen, T., Bruun, N. H., y Manniche, C. (2003). The course of low back pain in a general population. Results from a 5-year prospective study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 26(4), 213-219.
- Hewitt, J. (2007). Ethical components of researcher researched relationships in qualitative interviewing. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1149-1159.
- Hills, R., y Kitchen, S. (2007). Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiotherapy: Theory and Practice*, 23(1), 1-20.
- Holdcroft, A., y Berkley, K. J. (2007). Diferencias de sexo y género en el dolor y en su alivio. En S. B. McMahon y M. Koltzenburg (Eds.), *Wall y Melzack Tratado del Dolor* (5ª ed., pp. 1213-1231). Madrid: Elsevier.
- Holloway, I., Sofaer-Bennett, B., y Walker, J. (2007). The stigmatisation of people with chronic back pain. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1456-1464.
- Houben, R. M., Ostelo, R. W., Vlaeyen, J. W., Wolters, P. M., Peters, M., y Stomp-van den Berg, S. G. (2005). Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *European Journal of Pain*, 9(2), 173-183.
- Hoy, D., March, L., Brooks, P., Woolf, A., Blyth, F., Vos, T., et al. (2010). Measuring the global burden of low back pain. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology*, 24(2), 155-165. doi: 10.1016/j.berh.2009.11.002
- Hueso, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*, 15, 49-53.

- Humbria, A., Carmona, L., Peña, J. L., y Ortiz, A. M. (2002). Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Revista Española de Reumatología*, 29(10), 471-478.
- IASP. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 14, 205-208.
- IASP. (1986a). Classification of chronic pain. *Pain. Supplement.*, 3, S1-S226.
- IASP. (1986b). Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain*, 3, S215-S221.
- Ibarra, E. (2006). Una Nueva Definición de "Dolor". Un Imperativo de nuestros días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(2), 65-72.
- Iglesias-González, J. J., Muñoz-García, M. T., Rodrigues-de-Souza, D. P., Albuquerque-Sendín, F., y Fernández-de-las-Peñas, C. (2013). Myofascial trigger points, Pain, Disability, and Sleep quality in patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain. *Pain Med*, 14(12), 1964-1970. doi: 10.1111/pme.12224
- Ilgen, M. A., Kleinberg, F., Ignacio, R. V., Bohnert, A. S., Valenstein, M., McCarthy, J. F., et al. (2013). Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 692-697. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.908
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Contagem da População 2007. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Isacson, D., y Bingeors, K. (2002). Epidemiology of analgesic use: a gender perspective. *European Journal of Anaesthesiology. Supplement*, 26, 5-15.
- Jensen, M. P., Johnson, L. E., Gertz, K. J., Galer, B. S., y Gammaitoni, A. R. (2013). The words patients use to describe chronic pain: Implications for measuring pain quality. *Pain*, 154(12), 2722-2728. doi: 10.1016/j.pain.2013.08.003
- Jette, D. U., Bertoni, A., Coats, R., Johnson, H., McLaughlin, C., y Weisbach, C. (2007). Clinical instructors' perceptions of behaviors that comprise entry-level clinical performance in physical therapist students: a qualitative study. *Physical Therapy*, 87(7), 833-843.
- Jimenez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., y de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144(6), 491-496.
- Johnson, C. C., y Long, T. (2009). Use of the Guide to Physical Therapist Practice by pediatric physical therapists. *Pediatric Physical Therapy*, 21(2), 176-186. doi: 10.1097/PEP.0b013e3181a349b1
- Johnson, T. M. (1989). Contradictions in the cultural construction of pain in America. *Advances in Pain Research and Therapy*, 11, 27-37.
- Jones, A., y Bugge, C. (2006). Improving understanding and rigour through triangulation: an exemplar based on patient participation in interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 612-621.
- Katz, J. N. (2006). Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*, 88(Suppl 2), 21-24.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., y Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- Keeley, P., Creed, F., Tomenson, B., Todd, C., Borglin, G., y Dickens, C. (2008). Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*, 135(1-2), 142-150.
- Kern, E. (1987). Cultural-historical aspects of pain. *Acta Neurochirurgica. Supplementum*, 38, 165-181.
- Kish, L. (1995). *Survey sampling*. Nueva York, EE.UU.: Wiley Classics Library.
- Kleiman, S. (2004). Phenomenology: to wonder and search for meanings. *Nurse Researcher*, 11(4), 7-19.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.
- Klopper, H. (2008). The qualitative research proposal. *Curationis*, 31(4), 62-72.
- Koopman, C., Eisenthal, S., y Stoeckle, J. D. (1984). Ethnicity in the reported pain, emotional distress and requests of medical outpatients. *Social Science and Medicine*, 18(6), 487-490.
- Kovacs, F., Abaira, V., Cano, A., Royuela, A., Gil del Real, M. T., Gestoso, M., et al. (2007). Fear avoidance beliefs do not influence disability and quality of life in Spanish elderly subjects with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(19), 2133-2138.
- Kovacs, F. M., Abaira, V., Royuela, A., Corcoll, J., Alegre, L., Cano, A., et al. (2007). Minimal clinically important change for pain intensity and disability in patients with nonspecific low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(25), 2915-2920. doi: 10.1097/BRS.0b013e31815b75ae

- Kovacs, F. M., Abaira, V., Zamora, J., Fernández, C., y Spanish Back Pain Research Network. (2005). The transition from acute to subacute and chronic low back pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine (Phila Pa 1976)*, 30(15), 1786-1792.
- Kovacs, F. M., Abaira, V., Zamora, J., Teresa Gil del Real, M., Llobera, J., Fernández, C., et al. (2004). Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 29(2), 206-210.
- Kovacs, F. M., Muriel, A., Abaira, V., Medina, J. M., Castillo Sanchez, M. D., Olabe, J., et al. (2005). The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. *Spine (Phila Pa 1976)*, 30(22), E676-E682.
- Krause, N., Ragland, D. R., Fisher, J. M., y Syme, S. L. (1998). Psychosocial job factors, physical workload, and incidence of work-related spinal injury: a 5-year prospective study of urban transit operators. *Spine (Phila Pa 1976)*, 23(23), 2507-2516.
- Kreling, M. C., da Cruz, D. A., y Pimenta, C. A. (2006). Prevalence of chronic pain in adult workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509-513.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. Londres, GB: Sage Publications.
- Kuper, A., Lingard, L., y Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *BMJ*, 337, a1035. doi: 10.1136/bmj.a1035
- Kuper, A., Reeves, S., y Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*, 337, 404-409. doi: 10.1136/bmj.a288
- Labrador, F. J., y Vallejo, M. A. (1986). Dolor crónico. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 523-556). Madrid: Alhambra.
- Lambeek, L. C., van Tulder, M. W., Swinkels, I. C., Koppes, L. L., Anema, J. R., y van Mechelen, W. (2011). The trend in total cost of back pain in the Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(13), 1050-1058. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181e70488
- Lapadat, J. C., y Lindsay, A. C. (1999). Transcription in research and practice from standardization of technique to interpretative positioning. *Qualitative Inquiry*, 5(1), 64-86.
- Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie*. Paris, Francia: Éditions Payot.
- Lasch, K. E. (2002). Culture and Pain. *Pain Clinical Updates*, 10(5), 1-9.
- Lautenbacher, S., Kundermann, B., y Krieg, J. C. (2006). Sleep deprivation and pain perception. *Sleep Medicine Reviews*, 10(5), 357-369.
- Layunta, B., y Gil, A. (1998). *El lenguaje del dolor*. Paper presented at the II Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: SeixBarral, S.A.
- Leboeuf-Yde, C., y Kyvik, K. O. (1998). At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. *Spine (Phila Pa 1976)*, 23(2), 228-234.
- Licciardone, J. C., Gatchel, R. J., Kearns, C. M., y Minotti, D. E. (2012). Depression, somatization, and somatic dysfunction in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the OSTEOPATHIC Trial. *Journal of the American Osteopathic Association*, 112(12), 783-791.
- Lillrank, A. (2003). Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science and Medicine*, 57(6), 1045-1054.
- Lin, C. P., Kupper, A. E., Gammaitoni, A. R., Galer, B. S., y Jensen, M. P. (2011). Frequency of chronic pain descriptors: implications for assessment of pain quality. *European Journal of Pain*, 15(6), 628-633. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.11.006
- Lincoln, Y., y Guba, E. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2 ed., pp. 163-188). Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Lipson, J. G. (2000). Cultura y cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 28-29, 19-25.
- Loney, P. L., y Stratford, P. W. (1999). The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. *Physical Therapy*, 79(4), 384-396.
- Lutz, G. K., Butzlaff, M. E., Atlas, S. J., Keller, R. B., Singer, D. E., y Deyo, R. A. (1999). The relation between expectations and outcomes in surgery for sciatica. *Journal of General Internal Medicine*, 14(12), 740-744.
- Macdowell, I., y Newell, C. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (2ª ed.). New York, EE.UU.: Oxford University Press.
- Mafi, J. N., McCarthy, E. P., Davis, R. B., y Landon, B. E. (2013). Worsening trends in the management and treatment of back pain. *JAMA Internal Medicine*, 173(17), 1573-1581. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.8992

- Magalhães, M. O., Costa, L. O., Cabral, C. M., y Machado, L. A. (2012). Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(3), 248-253.
- Main, C. J., Foster, N., y Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology*, 24(2), 205-217. doi: 10.1016/j.berh.2009.12.012
- Majid, K., y Truumees, E. (2008). Epidemiology an natural history of low back pain. *Seminars in Spine Surgery*, 20, 87-92. doi: 10.1053/j.semss.2008.02.003
- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family Practice*, 10(2), 201-206.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Mansour, A. R., Farmer, M. A., Baliki, M. N., y Apkarian, A. V. (2014). Chronic pain: The role of learning and brain plasticity. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32(1), 129-139. doi: 10.3233/RNN-139003
- Martikainen, P., Bartley, M., y Lahelma, E. (2002). Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1091-1093.
- Martín-Herrero, C., Rodrigues de Souza, D. P., Albuquerque-Sendín, F., Ortega-Santiago, R., y Fernández-de-Las-Peñas, C. (2012). Myofascial trigger points, pain, disability and quality of sleep in patients with chronic tension-type headache: a pilot study. *Revista de Neurología*, 55(14), 193-199.
- Martinelli, A. M. (1987). Pain and ethnicity. How people of different cultures experience pain. *AORN Journal*, 46(2), 273-274, 276, 278.
- Martínez-Hernández, A. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo?* Barcelona: Publicaciones de la Universitat de Barcelona.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez-Salgado, C. (2012). Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Marty, M., Rozenberg, S., Duplan, B., Thomas, P., Duquesnoy, B., Allaert, F., et al. (2008). Quality of sleep in patients with chronic low back pain: a case-control study. *European Spine Journal*, 17(6), 839-844.
- Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J., y Miller, T. (2002). *Ethics in qualitative research*. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Maxwell, J. A., y Loomis, D. M. (2003). Mixed methods design: an alternative approach. En A. Tashakkori y C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.
- May, A. (2008). Chronic pain may change the structure of the brain. *Pain*, 137(1), 7-15. doi: 10.1016/j.pain.2008.02.034
- May, A., y Gaser, C. (2006). Magnetic resonance-based morphometry: a window into structural plasticity of the brain. *Current Opinion in Neurology*, 19(4), 407-411.
- May, A., Hajak, G., Gänssbauer, S., Steffens, T., Langguth, B., Kleinjung, T., et al. (2007). Structural brain alterations following 5 days of intervention: dynamic aspects of neuroplasticity. *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)*, 17(1), 205-210.
- May, C., Doyle, H., y Chew-Graham, C. (1999). Medical knowledge and the intractable patient: the case of chronic low back pain. *Social Science and Medicine*, 48(4), 523-534.
- Mayan, M. (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. Walnut Creek, CA, EE.UU.: Left Coast Press, Inc.
- Mayan, M. J. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Recuperado el 28 de Enero del 2013, de <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Mays, N., y Pope, C. (2000). Quality in qualitative health research. En C. P. Pope y N. Mays (Eds.), *Qualitative research in health care* (2 ed., pp. 89-101). Londres, GB: BMJ Books.
- McCracken, L. M., y Iverson, G. L. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 21, 392-396.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 6(suppl), S121-S126.
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 378-382.
- Melzack, R. (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, 5(2), 85-94.

- Menefee, L. A., Frank, E. D., Doghramji, K., Picarello, K., Park, J. J., Jalali, S., et al. (2000). Self-reported sleep quality and quality of life for individuals with chronic pain conditions. *Clinical Journal of Pain*, 16(4), 290-297.
- Menezes Costa Lda, C., Maher, C. G., McAuley, J. H., Hancock, M. J., de Melo Oliveira, W., Azevedo, D. C., et al. (2011). The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(8), 903-912.
- Mensah-Nyagan, A. G., Meyer, L., Schaeffer, V., Kibaly, C., y Patte-Mensah, C. (2009). Evidence for a key role of steroids in the modulation of pain. *Psychoneuroendocrinology*, 34(Suppl 1), S169-S177. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.06.004
- Merboth, M. K., y Barnason, S. (2000). Managing pain: the fifth vital sign. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 375-383.
- Merleau, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Merskey, H., y Spear, F. G. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 59-67.
- Mesquita, R., Bosi, M., Santos, W., Meinão, I., y Rodrigues, M. (1999). Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Meucci, R. D., Fassa, A. G., Paniz, V. M., Silva, M. C., y Wegman, D. H. (2013). Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 1(14), 155. doi: 10.1186/1471-2474-14-155
- Miles, A., Curran, H. V., Pearce, S., y Allan, L. (2005). Managing constraint: the experience of people with chronic pain. *Social Science and Medicine*, 61(2), 431-441.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. (2011). *Unidad de Tratamiento del Dolor: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2005). Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 49-53.
- Miró, J. (1991). Aportaciones de la psicología al tratamiento del dolor crónico: una revisión selectiva I. Relajación y bio-feedback. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 17, 7-20.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Moix, J., Kovacs, F. M., Martín, A., Plana, M. N., Royuela, A., y Spanish Back Pain Research Network. (2011). Catastrophizing, state anxiety, anger, and depressive symptoms do not correlate with disability when variations of trait anxiety are taken into account. a study of chronic low back pain patients treated in Spanish pain units [NCT00360802]. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 12(7), 1008-1017. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01155.x
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Morris, D. (2010). Sociocultural dimensiones of Pain management. En S. M. Fishman, J. C. Ballantyne, y J. P. Rathmell (Eds.), *Bonica's Management of Pain* (4ª ed., Vol. 2, pp. 133-145). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J. M. (2000a). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10, 3-5.
- Morse, J. M. (2000b). *Principles of Qualitative Inquiry*. Edmonton, Canadá: University of Alberta.
- Morse, J. M. (2007). Ethics in action: ethical principles for doing qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1003-1005.
- Morse, J. M., y Richards, L. (2002). *Readme first for a user's Guide to Qualitative Methods*. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Munhall, P. L. (2001). *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (3 ed.). Canada: Jones & Bartlett Publishers.
- Muñoz-Muñoz, S., Muñoz-García, M. T., Albuquerque-Sendín, F., Arroyo-Morales, M., y Fernández-de-las-Peñas, C. (2012). Myofascial trigger points, pain, disability, and sleep quality in individuals with mechanical neck pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 35(8), 608-613. doi: 10.1016/j.jmpt.2012.09.003
- Negrini, S., y Frontera, W. R. (2008). The Euro-American Rehabilitation Focus: a cultural bridge across the ocean. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 590-591. doi: 10.1097/PHM.0b013e31817fc217

- Newell, R., y Burnard, P. (2011). *Research for Evidence-Based Practice in Healthcare* (2ª ed.). Oxford, GB: Wiley-Blackwell.
- Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J. L., Ashford, R. L., y LeMarchand, K. (2010). A Narrative Review of the Impact of Disbelief in Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 1-11. doi: 10.1016/j.pmn.2010.09.001
- Niglas, K. (2010). The multidimensional model of research methodology: An integrates set of continua. En A. Tashakkori y C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (2 ed., pp. 215-236). Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Nijs, J., y Van Houdenhove, B. (2009). From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual Therapy*, 14(1), 3-12. doi: 10.1016/j.math.2008.03.001
- Novy, D. M., Nelson, D. V., Hetzel, R. D., Squitieri, P., y Kennington, M. (1998). Coping with chronic pain: sources of intrinsic and contextual variability. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), 19-34.
- Núñez, M., Sanchez, A., Nuñez, E., Casals, T., Alegre, C., y Muñoz-Gomez, J. (2006). Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low back pain. *Qualitative of Life Research*, 15(1), 93-102.
- O'Donoghue, G. M., Fox, N., Heneghan, C., y Hurley, D. A. (2009). Objective and subjective assessment of sleep in chronic low back pain patients compared with healthy age and gender matched controls: a pilot study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(122). doi: 10.1186/1471-2474-10-122
- Ohayon, M. M., y Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47.
- Ohayon, M. M., y Schatzberg, A. F. (2010). Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(7), 454-461.
- Oliveira, T. H., Oliveira, V. C., Melo, R. C., Melo, R. M., Freitas, A. E., y Ferreira, P. H. (2012). Patients in treatment for chronic low back pain have higher externalised beliefs: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(1), 35-39.
- Ong, B., y Coady, D. (2006). *Qualitative research: its relevance and use in musculoskeletal medicine*. Chesterfield, Derbyshire, United Kingdom: Arthritis Research Campaign.
- Ong, B. N., y Hooper, H. (2006). Comparing clinical and lay accounts of the diagnosis and treatment of back pain. *Sociology of Health and Illness*, 28(2), 203-222.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). *CIF-Classificación internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Osborn, M., y Smith, J. A. (2006). Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: an interpretative phenomenological analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20(2), 216-222.
- Osstelo, R. W., Deyo, R. A., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., et al. (2008). Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine (Phila Pa 1976)*, 33(1), 90-94. doi: 10.1097/BRS.0b013e31815e3a10
- Otegui, R. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En E. Perdiguero y M. J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 227-248). Barcelona: Bellaterra.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe, IL, EE.UU.: Free Press.
- Passik, S. D., y Kirsh, K. L. (2002). Re. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(4), 361-363.
- Patton, Q. M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3 ed.). Londres, GB: Sage Publications.
- Payer, L. (1990). How medical practice reflects national culture. *The Sciences*, 30(4), 38-42.
- Perdiguero, E., y Comelles, J. M. (2000). *Medicina y Cultura*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Pereira, A. P., y Zago, M. M. (1998). Cultural effect on postoperative pain. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(2), 144-152.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J. R., y Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 373-384.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Philips, H. C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.
- Pimenta, C. A., y Teixeira, M. J. (1996). Proposal to adapt the McGill Pain Questionnaire into Portuguese. *Revista da Escola da Enfermagem da USP*, 30(3), 473-483.
-

- Pimenta, C. A. M., y Portinoi, A. G. (1999). Dor e cultura. En M. M. Carvalho (Ed.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 159-173). São Paulo, Brasil: Summus.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., y Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 27(5), E109-E120.
- Pincus, T., Vogel, S., Burton, A. K., Santos, R., y Field, A. P. (2006). Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis and Rheumatism*, 54(12), 3999-4010.
- Pope, C., y Mays, N. (2006). *Qualitative Research in Health Care* (3 ed.). Londres, GB: BMJ books.
- Pope, C., Ziebland, S., y Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(7227), 114-116.
- Pruimboom, L., y van Dam, A. C. (2007). Chronic pain: a non-use disease. *Med Hypotheses*, 68(3), 506-511.
- Queiroz, M. (1998). *Reumatologia Clínica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Quinn, L., Busse, M., Khalil, H., Richardson, S., Rosser, A., y Morris, H. (2010). Client and therapist views on exercise programmes for early-mid stage Parkinson's disease and Huntington's disease. *Disability and Rehabilitation*, 32(11), 917-928. doi: 10.3109/09638280903362712
- Quintner, J. L. (1995). The Australian RSI debate: stereotyping and medicine. *Disability and Rehabilitation*, 17(5), 256-262.
- Rabini, A., Aprile, I., Padua, L., Piazzini, D. B., Maggi, L., Ferrara, P. E., et al. (2007). Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. *Europa Medicophysica*, 43(1), 49-54.
- Rauscher, L., y Greenfield, B. H. (2009). Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. *Physical Therapy*, 89(1), 91-100. doi: 10.2522/ptj.20070236
- Ray, M. A. (2005). La riqueza de la fenomenología: Preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En M. J (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 161-182). Colombia: Universidad de Antioquia.
- Resnik, D. B., Rehm, M., y Minard, R. B. (2001). The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 4(3), 277-288.
- Richardson, J. C. (2005). Establishing the (extra)ordinary in chronic widespread pain. *Health (London)*, 9(1), 31-48.
- Robertson, R. (2000). *Globalização: teoria social e cultura global*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Rodríguez, M. J. (2006). Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 525-532.
- Roland, M., y Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115-3124.
- Roy, R. (2001). *Social relations and chronic pain*. New York, EE.UU.: Kluwer/Plenum.
- Ruiz-Olabuenaga, J. I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rull, M. (2004). Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 119-121.
- Sáez del Castillo González, L. (2013). *Factores socioculturales en la percepción y afrontamiento del dolor crónico*. (MsC), Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Salaffi, F., De Angelis, R., Stancati, A., Grassi, W., MArche Pain, y Prevalence Investigation Group (MAPPING) study. (2005). Health-related quality of life in multiple musculoskeletal conditions: a cross-sectional population based epidemiological study. II. The MAPPING study. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(6), 829-839.
- Salvans, M. M., y González-Viejo, M. A. (2008). Disability by low back pain in Spain from 2000 to 2004. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 131(8), 319.
- Sánchez, P. T., Sirera, R., Peiró, G., y Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *REME*, 6(28).
- Sanders, C., Donovan, J. L., y Dieppe, P. (2004). Unmet need for joint replacement: a qualitative investigation of barriers to treatment among individuals with severe pain and disability of the hip and knee. *Rheumatology (Oxford)*, 43(3), 353-357.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sargent, C. (1984). Between death and shame: dimensions of pain in Bariba culture. *Social Science and Medicine*, 19(12), 1299-1304.

- Saw, G. B. (1963). Man and Superman. Dedicatory epistle to Arthur Bingham Walkley. En B. Shaw (Ed.), *Complete plays and preface* (pp. 510). New York: Dodd, Mead.
- Schopflocher, D., y Harstall, C. (2008). The Descriptive Epidemiology of Chronic Pain. En S. Rashed, D. Schopflocher, P. Taenzer, y E. Jonsson (Eds.), *Chronic Pain: A Health Policy Perspective*. Weinheim, Alemania: Wiley-Blackwell.
- Seguí, M., y Gérvas, J. (2002). El dolor lumbar. *Semergen*, 29(1), 21-41.
- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C., y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(2), 109-121.
- Shehab, D., Al-Jarallah, K., Al-Ghareeb, F., Sanaseeri, S., Al-Fadhli, M., y Habeeb, S. (2004). Is low-back pain prevalent among Kuwaiti children and adolescents? A governorate-based study. *Medical Principles and Practice*, 13(3), 142-146.
- Sheldon, T. A. (2005). Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(Suppl 1), 1-5.
- Shepard, K. F., Jensen, G. M., Schmoll, B. J., Hack, L. M., y Gwyer, J. (1993). Alternative approaches to research in physical therapy: positivism and phenomenology. *Physical Therapy*, 73(2), 88-97; discussion 98-101.
- Sherman, E. D. (1943). Sensitivity to Pain: (With an Analysis of 450 Cases). *Canadian Medical Association Journal*, 48(5), 437-441.
- Shimo, K., Ueno, T., Younger, J., Nishihara, M., Inoue, S., Ikemoto, T., et al. (2011). Visualization of painful experiences believed to trigger the activation of affective and emotional brain regions in subjects with low back pain. *PLoS One*, 6(11), e26681. doi: 10.1371/journal.pone.0026681
- Silva, M. C., Fassa, A. G., y Valle, N. C. (2004). Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 377-385.
- Sions, J. M., y Hicks, G. E. (2011). Fear-avoidance beliefs are associated with disability in older American adults with low back pain. *Physical Therapy*, 91(4), 525-534. doi: 10.2522/ptj.20100131
- Smith, M. T., y Haythornthwaite, J. A. (2004). How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep Medicine Reviews*, 8(2), 119-132.
- Snelgrove, S., y Lioffi, C. (2013). Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*, 9(4), 283-301. doi: 10.1177/1742395313476901
- Snelling, J. (1994). The effect of chronic pain on the family unit. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 543-551.
- Starks, H., y Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: A comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Staton, L. J., Panda, M., Chen, I., Genao, I., Kurz, J., Pasanen, M., et al. (2007). When race matters: disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *Journal of the National Medicine Association*, 99(5), 532-538.
- Strunin, L., y Boden, L. I. (2004). Family consequences of chronic back pain. *Social Science and Medicine*, 58(7), 1385-1393.
- Sturge-Jacobs, M. (2002). The experience of living with fibromyalgia: confronting an invisible disability. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16(1), 19-31.
- Sullivan, M. J., Reesor, K., Mikail, S., y Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*, 50(1), 5-13.
- Tamcan, O., Mannion, A. F., Eisenring, C., Horisberger, B., Elfering, A., y Müller, U. (2010). The course of chronic and recurrent low back pain in the general population. *Pain*, 150(3), 451-457. doi: 10.1016/j.pain.2010.05.019
- Tashakkori, A., y Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Tashakkori, A., y Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage Publications.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paídos.
- Thorne, S., y Paterson, B. (1998). Shifting images of chronic illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 173-178.
- Todd, K. H., Deaton, C., D'Adamo, A. P., y Goe, L. (2000). Ethnicity and analgesic practice. *Annals of Emergency Medicine*, 35(1), 11-16.

- Tong, A., Sainsbury, P., y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Townsend, A., Cox, S. M., y Li, L. C. (2010). Qualitative research ethics: enhancing evidence-based practice in physical therapy. *Physical Therapy*, 90(4), 615-628. doi: 10.2522/ptj.20080388
- Turk, D. C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En D. C. Turk (Ed.), *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* (pp. 3-32). New York, EE.UU.: Guilford Press.
- Turk, D. C., y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Tylor, E. B. (1975 [1871]). La ciencia de la cultura. En J. S. Kahn (Ed.), *El concepto de cultura: textos fundamentales* (pp. 29-46). Barcelona: Anagrama.
- Uchôa, E., y Vidal, J. M. (2003). Medical anthropology: conceptual and methodological elements for an approach to health and disease. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4), 497-504.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123-167.
- Valenza, M. C., Rodenstein, D. O., y Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Consideration of sleep dysfunction in rehabilitation. *Journal Bodywork and Movement Therapies*, 15(3), 262-267. doi: 10.1016/j.jbmt.2010.07.009
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas.
- Valles, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- van de Water, A., T., Eadie, J., y Hurley, D. A. (2011). Investigation of sleep disturbance in chronic low back pain: an age- and gender-matched case-control study over a 7-night period. *Manual Therapy*, 16(6), 550-556. doi: 10.1016/j.math.2011.05.004
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. Canada: State University of New York Press.
- van Tulder, M. W., Koes, B. W., y Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*, 62(2), 233-240.
- Vargas-Prada, S., Serra, C., Martínez, J. M., Ntani, G., Delclos, G. L., Palmer, K. T., et al. (2013). Psychological and culturally-influenced risk factors for the incidence and persistence of low back pain and associated disability in Spanish workers: findings from the CUPID study. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(1), 57-62. doi: 10.1136/oemed-2011-100637
- Vázquez, M. L., Ferreira, M. R., S., M., Fernández, M. J., Delgado, M. E., Vargas, I. U., et al. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Bellaterra.
- Vereckei, E., Susanszky, E., Kopp, M., Ratko, I., Czimbalmos, A., Nagy, Z., et al. (2013). Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatology International*, 33(3), 587-592. doi: 10.1007/s00296-012-2398-0
- Vigatto, R., Alexandre, N. M., y Correa Filho, H. R. (2007). Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(4), 481-486.
- Waddell, G. (1998). *The Back Pain Revolution*. Londres, GB: Churchill-Livingstone.
- Wainwright, S. F., Shepard, K. F., Harman, L. B., y Stephens, J. (2010). Novice and experienced physical therapist clinicians: a comparison of how reflection is used to inform the clinical decision-making process. *Physical Therapy*, 90(1), 75-88. doi: 10.2522/ptj.20090077
- Walker, J., Sofaer, B., y Holloway, I. (2006). The experience of chronic back pain: accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain*, 10(3), 199-207.
- Walton, J. A., y Madjar, I. (1999). Phenomenology and nursing. En I. Madjar y J. A. Walton (Eds.), *Nursing and the experience of illness: Phenomenology in Practice* (pp. 1-16). Londres, GB: Routledge.
- Wand, B. M., Di Pietro, F., George, P., y O'Connell, N. E. (2010). Tactile thresholds are preserved yet complex sensory function is impaired over the lumbar spine of chronic non-specific low back pain patients: a preliminary investigation. *Physiotherapy*, 96(4), 317-323. doi: 10.1016/j.physio.2010.02.005
- Wand, B. M., y O'Connell, N. E. (2008). Chronic non-specific low back pain - sub-groups or a single mechanism? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(9), 11. doi: 10.1186/1471-2474-9-11
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Waring, E. M., Weisz, G. M., y Bailey, S. I. (1976). Predictive factors in the treatment of low back pain by surgical intervention. En J. J. Bonica y D. Albe-Fressard (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol. 1). New York, EE.UU.: Raven Press.

- Waters, S. J., Keefe, F. J., y Strauman, T. J. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: relation to pain, depression, and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), 251-259.
- Weigl, M., Cieza, A., Cantista, P., Reinhardt, J. D., y Stucki, G. (2008). Determinants of disability in chronic musculoskeletal health conditions: a literature review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(1), 67-79.
- Werner, A., Isaksen, L. W., y Malterud, K. (2004). 'I am not the kind of woman who complains of everything': illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science and Medicine*, 59(5), 1035-1045.
- Werner, A., y Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science and Medicine*, 57(8), 1409-1419.
- Wessely, S. (2002). What do you think is a non-disease? Pros and cons of medicalisation. *BMJ*, 324(7342), 912.
- Woby, S. R., Watson, P. J., Roach, N. K., y Urmston, M. (2004). Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability? *European Journal of Pain*, 8(3), 201-210.
- Yao, W., Mai, X., Luo, C., Ai, F., y Chen, Q. (2011). A cross-sectional survey of nonspecific low back pain among 2083 schoolchildren in China. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(22), 1885-1890. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181faadea
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Zatzick, D. F., y Dimsdale, J. E. (1990). Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosomatic Medicine*, 52(5), 544-557.
- Zborowski, M. (1969). *People in Pain*. San Francisco, EE.UU.: Jossey-Bass.
- Zborowski, M. (1978). Cultural components in responses to pain. En M. H. Logan y E. E. J. Hunt (Eds.), *Health and the human condition: perspectives on medical anthropology* (pp. 281-293). Massachusetts, EE.UU.: Duxbury Press.

10. ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE DOLOR CRÓNICO LUMBAR

CÓDIGO:

FECHA:

A) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

(1) EDAD

(2) SEXO:

___ Femenino

___ Masculino

(3) ESTADO CIVIL

___ Soltero

___ Casado

___ Separado

___ Divorciado

___ Viudo

(4) NÚMERO DE HIJOS

(5) PROFESIÓN:

___ Estudiante

___ Jubilado

___ Empleado público

___ Empleado privado

___ Cuenta propia

(6) NIVEL DE ESTUDIOS:

___ Sin estudios básicos

___ EGB

___ BUP

___ FP superior

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitario

(7) CLASE SOCIAL:

- Alta
- Media/alta
- Media
- Media/baja
- Baja
- Pobreza

(8) N° DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE: _____

TIPO DE VÍNCULO:

- Pareja
- Hijos
- Padres
- Otros familiares
- Otros

(9) ¿VIVE EN CIUDAD O PUEBLO?

(10) CREENCIA RELIGIOSA:

(11) ACTIVIDAD RELIGIOSA:

- Practicante
- No practicante

B) ANTECEDENTES SANITARIOS

(1) PATOLOGÍA DE CONSULTA

(2) TRATAMIENTO ACTUAL

Fisioterapia

Cirugía

Medicamentos

Psicología

Nada

Mixta (especificar)

Otros (especificar)

(3) ANTECEDENTES MÉDICOS DE INTERÉS (patología importante)

(4) ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE INTERÉS

C) ESTADO ACTUAL

(1) ¿Cómo se encuentra físicamente en el momento actual?

Muy bien

Bien

Regular

Mal

Muy mal

(2) ¿Piensa que algunas características personales puede haber condicionado la aparición de su enfermedad? ¿Cuál?

(3) ¿Qué perspectiva tiene sobre su recuperación?

D) RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTAS

(1) ¿Confía en su traumatólogo?

(2) ¿Confía en el grupo de enfermería?

(4) ¿Confía en su fisioterapeuta?

(5) ¿Cree que las terapias que está recibiendo es eficaz para su recuperación?

(6) ¿Cómo calificaría el trato que recibe del equipo sanitario que le atiende?

___ Muy buen

___ Bien

___ Regular

___ Malo

___ Muy malo

E) INTERPRETACIÓN DEL DOLOR

(1) ¿Cree que antes de comenzar el tratamiento sentía dolor o molestias?

(2) ¿En el momento actual siente molestias o dolor?

(3) ¿Cómo describiría el dolor que padece?

(4) ¿De 0 –nada intenso- a 10 –la mayor intensidad imaginable-, qué intensidad tiene el dolor?

- (5) ¿Con qué situaciones relaciona su dolor?
- (6) ¿Cree que hay diferencia entre hombres y mujeres frente al dolor? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles serían esas diferencias y por qué existen?
- (7) ¿Cree que el estado de ánimo influye en la percepción del dolor?
- (8) ¿Cree que ser español (o brasileño) influye en la percepción del dolor respecto a personas de otros países? En caso afirmativo, ¿cómo y por qué?
- (9) ¿Cree que el nivel educativo pueden influir en su dolor? En caso afirmativo, ¿de qué forma?
- (10) ¿Cree que el nivel económico pueden influir en su dolor? En caso afirmativo, ¿de qué forma?
- (11) ¿Cree que su creencia religiosa pueden influir en su dolor? En caso afirmativo, ¿de qué forma?
- (12) ¿Cree que después de comenzar el tratamiento sentía dolor o molestias?

F) VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA DISCAPACIDAD

- (1) ¿Cómo afecta su enfermedad a la vida diaria?
- (2) ¿Su enfermedad ha modificado la relación con su entorno familiar?
- (3) ¿Su enfermedad ha modificado la relación con su entorno de amistades?
- (4) ¿Hay alguna actividad que no puede hacer? ¿Necesita ser ayudado? ¿Le incomoda?
- (5) Es posible que se valga de adaptaciones para desarrollar diversas tareas (muletas, calzador, silla,...), ¿cómo se siente cuando usa esos elementos?

(7) En caso de no recuperar su funcionalidad al 100%, ¿piensa que su vida quedará condicionada? En caso afirmativo, ¿de qué manera?

G) VALORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO Y ÁNIMO ACTUAL

(1) ¿Cómo definiría su estado de ánimo antes de enfermar?

___ Muy bueno

___ Bueno

___ Regular

___ Malo

___ Muy malo

(2) ¿Cómo se encuentra anímicamente en el momento actual?

___ Muy buen

___ Bien

___ Regular

___ Malo

___ Muy malo

(3) ¿Su enfermedad ha condicionado su estado de ánimo? En caso afirmativo, ¿de qué forma?

(4) ¿Piensa que su estado de ánimo actual beneficia o perjudica su enfermedad?

(5) ¿Le resulta fácil hablar de su enfermedad con su entorno? En caso negativo, ¿por qué?

H) VALORACIÓN DEL SUEÑO

(1) ¿Duerme bien? En caso negativo ¿Por qué?

___ Sí

___ No

(2) ¿El dolor influye en la calidad de su sueño?

(3) ¿Se levanta cansado por las mañanas?

(4) ¿La enfermedad ha modificado su sueño? En caso afirmativo, ¿de qué forma?

(5) ¿Piensa que dormir más y/o mejor beneficia o perjudica su enfermedad?

ANEXO 2: RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA

COMITÉ DE BIOÉTICA (CBE)

C/ Libreros 19. 2º . 37008 Salamanca
Tel. (34) 923 29 44 00 ext 1181
e-mail: cbioetica@usal.es

REGISTRO UNICO
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

SALIDA

Nº. 20120003355

08-02-12 10:06:44

Pág. 1

El Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca, en su reunión del día 7 de Febrero de 2012, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto de investigación titulado "Estudio observacional transversal para la caracterización de la influencia socio-cultural en el dolor y la calidad de vida en pacientes con síndromes dolorosos crónicos", que tiene como investigador principal a D. FRANCISCO ALBURQUERQUE SENDÍN.

A la vista de la documentación presentada, este Comité ha acordado **informar favorablemente** el proyecto de investigación, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

Y para que así conste lo firmo en Salamanca a 7 de febrero de 2012

José Mª Díaz Mínguez
Secretario del CBE



José Julián Celva Andrés
Presidente del CBE



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA

COMITÉ DE BIOÉTICA (CBE)

C/ Libreros 19, 2º: 37008 Salamanca
Tel. (34) 923 29 44 00 ext 1181
e-mail: cbioetica@usal.es

REGISTRO UNICO
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

SALIDA

Nº. 301200003154

08-02-12 10:05:23

Pág 1

El Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca, en su reunión del día 7 de Febrero de 2012, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto de investigación titulado "Estudio observacional transversal para la caracterización del dolor, el sueño, la calidad de vida y la discapacidad en pacientes con desórdenes músculoesqueléticos", que tiene como investigador principal a D. FRANCISCO ALBURQUERQUE SENDÍN.

A la vista de la documentación presentada, este Comité ha acordado **informar favorablemente** el proyecto de investigación, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

Y para que así conste lo firmo en Salamanca a 7 de febrero de 2012

José M.º Díaz Mínguez
Secretario del CBE



José Julián Calvo Andrés
Presidente del CBE

**ANEXO 3: HOJA INFORMATIVA (CAPTACIÓN DE LA MUESTRA)
Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

HOJA INFORMATIVA DEL PROYECTO

ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR, EL SUEÑO, LA CALIDAD DE VIDA Y LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON DLC

Indicaciones previas: Estimado señor/a, está usted formando parte de un estudio científico que tiene como objetivo determinar las características del DLC, a través de la aplicación de cuestionarios auto-administrados (los puede responder Usted mismo) válidos y fiables en lengua española y de una entrevista semiestructurada de carácter cualitativo, que identifican el comportamiento de los siguientes aspectos: Evaluación del dolor; Evaluación de la calidad de vida y grado de discapacidad; Evaluación de la cantidad y la calidad del sueño; Dependencia y relación del dolor en función de diferentes factores.

Información general: Antes de iniciar el estudio, deberá leer y, en caso de estar de acuerdo, firmar el consentimiento informado para realizar las valoraciones, así como contestar a un breve cuestionario-historia clínica por parte del personal que desarrolla del estudio. Los investigadores resolverán las dudas que tenga y podrá abandonar el estudio en el momento que lo estime oportuno.

Los cuestionarios a cumplimentar son:

- Cuestionario de McGill (McGill Pain Questionnaire), versión española.
- Cuestionario SF-36 sobre calidad de vida (Medical Outcomes Short-Form Health Survey), versión española.
- Cuestionario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory), versión española
- Cuestionario sobre el sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index), versión española.
- Cuestionario Oswestry para la discapacidad lumbar, versión española.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (sexo, edad, situación laboral, etc.) son los necesarios para realizar el estudio correctamente. Ninguno de estos datos será revelado a personas externas a la investigación. Su participación es anónima, sin embargo, sus nombres estarán registrados en una lista de control que será guardada por el investigador principal y que sólo recurrirá a ella en los momentos imprescindibles. De acuerdo con la ley vigente tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está debidamente justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al investigador que le atienda.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

He leído la hoja de información que me ha sido entregada, he podido realizar las preguntas necesarias sobre el estudio y he aceptado voluntariamente mi participación en este estudio.

.....
D.con DNI nº libre y voluntariamente

DECLARO:

Que he leído la información contenida en el dorso de este documento sobre los objetivos, metodología, pruebas e intervenciones a realizar en el estudio de investigación.

Que se me ha informado que todas las pruebas son sencillas de realizar y no producen efectos perjudiciales, y que se realizarán en las instalaciones apropiadas para el mismo por personal debidamente cualificado y especializado.

Que por tanto, presto mi conformidad e informadamente consiento y autorizo a los responsables de la investigación, para que realicen el estudio detallado en el dorso de este Documento.

En Salamanca, a de 200....

Firma:

ÍNDICE D TABLAS

	Pag.
Tabla 1: Características generales de la población del estudio.	124-125
Tabla 2: Categorías/temas y subcategorías/subtemas.	127
Tabla 3: Descripción de los resultados cuantitativos por grupos.	189
Tabla 4: Descripción de los resultados cuantitativos por grupos y sexos.	195
Tabla 5: Descripción de los resultados cuantitativos por grupos y cirugía.	199
Tabla 6: Correlaciones bivariadas de la muestra total.	202
Tabla 7: Correlaciones bivariadas del grupo brasileño.	205
Tabla 8: Correlaciones bivariadas del grupo español.	207
Tabla 9: Medidas del cuestionario de McGill por grupos y dominios.	208
Tabla 10: Medias de las EVAs por grupos y dominios.	209
Tabla 11: Medias del cuestionario SF-36 por grupos y dominios.	210
Tabla 12: Medias del cuestionario de Pittsburgh por grupos y dominios.	211
Tabla 13: Tabla para la división de la muestra en 2 <i>clusters</i> .	215
Tabla 14: Tabla para la división de la muestra en 3 <i>clusters</i> .	217
Tabla 15: Compendio de moduladores clasificados por grupos.	253

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1: Esquema de la nocicepción, la percepción del dolor y la respuesta bioconductual al dolor en el sistema nervioso humano.	33
Figura 2: Representación esquemática del modelo biopsicosocial de <i>disease</i> y <i>illness</i> en el que una enfermedad como el DLC es visto en el contexto de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.	56
Figura 3: EVA general por grupos de estudio.	181
Figura 4: PRI total por grupos de estudio.	182
Figura 5: Estado de depresión (cuestionario BDI) por grupos de estudio.	183
Figura 6: Calidad de vida física (SF-36) por grupos de estudio.	184
Figura 7: Calidad de vida mental (SF-36) por grupos de estudio.	185
Figura 8: Nivel de discapacidad por grupos de estudio.	186
Figura 9: Calidad y cantidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh) por grupos de estudio.	188
Figura 10: Esquema de la relación entre dolor, excitabilidad del sistema nervioso central y falta de sueño.	188
Figura 11: PRI total por grupos y sexos.	191
Figura 12: Estado de depresión (cuestionario BDI) por grupos y sexos.	192
Figura 13: Calidad de vida física (SF-36) por grupos y sexos.	193
Figura 14: Calidad y cantidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh) por grupos y sexos.	194
Figura 15: EVA general por grupos y cirugía.	196
Figura 16: Calidad de vida física (SF-36) por grupos y cirugía.	197
Figura 17: Calidad y cantidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh) por grupos y cirugía.	198
Figura 18: Análisis canónico de poblaciones para la representación de los resultados del MANOVA.	212
Figura 19: Representación del análisis multivariante HOMALS con toda la muestra.	214
Figura 20: Representación del análisis multivariante HOMALS con 2 <i>clusters</i> .	215
Figura 21: Representación del análisis multivariante HOMALS con 3 <i>clusters</i> .	217
Figura 22: Propagación del dolor musculoesquelético desde una localización focal del dolor como consecuencia de la sensibilización central (afectación bilateral, proximal y distal).	223
Figura 23: Modelo de disfunción cortical del DLC no específico.	232