

## Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico<sup>1</sup>

Márcia de Oliveira Sakamoto Silva Garbi<sup>2</sup>

Priscilla Hortense<sup>3</sup>

Rodrigo Ramon Falconi Gomez<sup>4</sup>

Talita de Cássia Raminelli da Silva<sup>5</sup>

Ana Carolina Ferreira Castanho<sup>6</sup>

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa<sup>7</sup>

Objetivos: medir la intensidad del dolor, identificar la incapacidad y los niveles de depresión en personas con dolor lumbar crónico y correlacionar estas variables. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y exploratorio realizado en la Clínica para Tratamiento del Dolor del Hospital de las Clínicas de Ribeirao Preto, entre febrero y junio de 2012, después de la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto – USP. Método: participaron 60 sujetos con dolor lumbar crónico. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Categoría Numérica de 11 puntos, el Cuestionario Roland Morris de Incapacidad y el Inventario de Depresión de Beck. Para analizar los datos, fueron calculados los promedios aritméticos, las desviaciones estándar y el coeficiente de correlación de Spearman. Resultados: los hallazgos mostraron que los participantes presentaron elevados niveles de dolor, de incapacidad y de depresión. La correlación entre la intensidad del dolor e incapacidad y entre intensidad del dolor y depresión fue positiva débil y entre incapacidad y depresión fue positiva moderada. Conclusión: las variables estudiadas presentan índices moderados y débiles y las correlaciones fueron positivas entre sí.

Descriptores: Dolor de la Región Lumbar; Dimensión del Dolor; Actividades Cotidianas; Depresión.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Evaluación de la percepción del dolor, incapacidad y depresión en personas con dolor lumbar crónica" presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> MSc.

<sup>3</sup> PhD, Adjunct Professor, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Alumna del curso de graduación en Psicología, Universidade Paulista, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Especialista en Intervención Familiar, Professor, Universidade Paulista, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>7</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Márcia de Oliveira Sakamoto Silva Garbi  
Rua Maria Quitéria, 146  
Bairro: Alto da Boa Vista  
CEP: 14025-325, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: marshasilva@hotmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

El dolor es un fenómeno multidimensional y subjetivo, de esta forma, el individuo que lo siente debe ser tratado en su totalidad e individualidad<sup>(1)</sup>.

Para que el profesional de la salud consiga manejar el dolor en su totalidad es preciso que exista una amplia evaluación de este individuo, considerando aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales. Para eso, este profesional debe entender que dolor significa un perjuicio a la existencia, ya que no es solamente el cuerpo físico que se encuentra enfermo, es la vida en sus varias dimensiones, como la relación consigo mismo, familia, trabajo y entretenimiento<sup>(2)</sup>.

La Agencia Americana de Investigación y Calidad en Salud Pública y la Sociedad Americana del Dolor describen el dolor como la quinta señal vital que debe siempre ser registrada al mismo tiempo y en el mismo ambiente clínico en que también son evaluados las otras señales vitales como la temperatura, pulso, respiración y presión arterial<sup>(3)</sup>.

El Dolor Lumbar Crónico (DLC), objeto del presente estudio, puede ocurrir debido a traumas, lesión mecánica, lesión medular, inflamación, infección, entre otros, y ya haber sido percibida en algún momento de la vida por casi todos los adultos. Su cronicidad es definida por permanecer durante, por lo menos, tres meses<sup>(4)</sup>, siendo que, su prevalencia es alta en Brasil y en el mundo, generando costos sociales y económicos de grandes proporciones<sup>(4-6)</sup>.

Esos costos están relacionados a las incapacidades relacionadas al dolor y a los problemas emocionales como depresión, ansiedad y falta de esperanza<sup>(7-8)</sup>. Las incapacidades imponen limitaciones como la imposibilidad de desarrollar actividades profesionales, ausencia del trabajo, alteraciones en las actividades de entretenimiento y alteraciones en la convivencia familiar<sup>(9-10)</sup>.

La depresión es el cuadro emocional más frecuente en individuos con dolor crónico, existiendo evidencias de que se relaciona con la intensidad del dolor<sup>(11-14)</sup>.

Delante de ese escenario, el presente estudio surgió como una propuesta de contribución científica en relación a comprender mejor los factores asociados a la DLC como la intensidad del dolor, la incapacidad y la depresión; ofrece subsidios para que el profesional de salud obtenga una mejor percepción de las alteraciones ocasionadas por la DLC y la importancia de la evaluación de esos factores para el tratamiento del dolor. Además de eso, ofrece subsidios para la elección de abordajes terapéuticos más efectivos para individuos con DLC.

Los objetivos de este estudio fueron: medir la intensidad de DLC percibido; identificar la incapacidad

relacionada a las actividades de la vida diaria; identificar los niveles de depresión y establecer correlaciones entre las variables estudiadas, ya que estas se pueden reflejar directamente sobre las actividades de la vida diaria y del trabajo con impacto en la calidad de vida.

## Método

### Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto – USP, según dictamen del Protocolo no 1358/2011 y Of. CEP-EERP/USP – 294/2011, siendo que, la Resolución 466/12 del CNS/MS fue rigurosamente seguida. Todos los participantes fueron convidados a participar del estudio y aquellos que aceptaron, firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

### Participantes

Los participantes de la investigación fueron individuos que realizaban tratamiento para DLC. La recolección de datos ocurrió en el período de febrero a junio/2012. Los criterios de inclusión utilizados fueron: tener edad con más de 18 años y presentar diagnóstico médico de DLC no oncológico (dolor hace más de 3 meses). Los criterios de exclusión fueron: individuos con incapacidad de raciocinar y alteración de funciones físicas y/o cognitivas que imposibilitasen la recolección de los datos.

### Local

La recolección de datos fue realizada en la Clínica para Tratamiento del Dolor del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto (HCRP-USP).

### Instrumentos

Para que los objetivos pudiesen ser alcanzados, se utilizó un cuestionario conteniendo los ítems para la recolección de datos sociodemográficos y económicos, preguntas relacionadas a la percepción del dolor, el Cuestionario Roland-Morris de Incapacidad<sup>(15)</sup> y el Inventario de Depresión de Beck<sup>(16)</sup>, siendo que, el Cuestionario de Roland Morris de Incapacidad y el Inventario de Depresión de Beck son de libre acceso.

La intensidad de dolor fue evaluada utilizando la Escala de Categoría Numérica (0 a 10 puntos), en la cual: 0 indica "sin dolor", 10 "dolor máxima" y los otros puntajes, de 2 a 9, indican niveles intermediarios del dolor percibido.

La incapacidad fue evaluada por medio del Cuestionario Roland Morris de Incapacidad que es un

instrumento específico para evaluar la incapacidad en sujetos con DLC, habiendo sido adaptado y validado para la cultura brasileña<sup>(15)</sup>. Este instrumento contiene 24 afirmaciones relacionadas a las actividades de la vida diaria que indican incapacidades provocadas por el dolor, utilizando la frase "por causa de mi espalda...". El puntaje del cuestionario es calculado por el número total de preguntas señaladas con la respuesta "sí", de esa forma, variando de 0 a 24, siendo que, cero corresponde a la ausencia de incapacidad y 24 a incapacidad severa, siendo que los resultados superiores a 14 corresponden a incapacidad significativa<sup>(17)</sup>.

La depresión fue evaluada por medio del Inventario de Depresión de Beck (IDB), validado para la cultura brasileña. Ese instrumento está compuesto por 21 ítems con afirmaciones que van 0 a 3, que reflejan la intensidad del síntoma. El puntaje varía de 0 a 63, siendo que, cuanto mayor es el puntaje mayor es el nivel de depresión percibido. Para muestras no diagnosticadas, las directrices son diferentes, se recomiendan puntajes arriba de 15 para detectar disforia y concluyen que el término "depresión" debe ser apenas utilizado para los individuos con puntajes arriba de 20, preferencialmente con el diagnóstico clínico concomitante<sup>(16)</sup>.

### Procedimientos

Se trata de una investigación transversal, descriptiva y exploratoria.

Primeramente los sujetos fueron seleccionados por medio de la ficha médica. El análisis de la ficha se hizo con el objetivo de identificar a los portadores de DLC. En seguida, después de la invitación y consentimiento de los participantes se inició la recolección de datos con la utilización de los instrumentos relatados.

### Análisis de los resultados

Para el análisis de los datos sociodemográficos, de los datos relacionados al dolor, a la depresión y a la incapacidad fue utilizada la estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio - PRO, mediana - Med, mínimo - Mín y máximo - Máx) y medidas de dispersión (desviación estándar - DE), además de cálculos de porcentaje. Se utilizó el Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 18, para Windows.

Las correlaciones entre la intensidad del dolor, incapacidad y depresión fueron calculadas por medio del coeficiente de correlación de Spearman, siendo que, éste cuantifica el grado de dependencia entre dos variables, utilizando un único número para describir la relación entre ellas. El nivel de significancia utilizado fue 0,01<sup>(18)</sup>.

## Resultados

Participaron 60 individuos con DLC, la Tabla 1 presenta la distribución sociodemográfica, siendo la mayoría del sexo femenino (63,33%) y con edad promedio de 54,8 años, variando de 22 a 91 años.

Tabla 1 - Distribución de los individuos con dolor lumbar crónico según las variables sociodemográficas. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

Variables	Número absoluto (n)	Porcentaje (%)
Edad		
22-30	1	1,67
31-40	7	11,67
41-50	15	25
51-60	15	25
61-70	15	25
71-80	5	8,32
81-91	2	3,34
Estado civil		
Casado	37	61,67
Divorciado	8	13,33
Unión estable	6	10
Viudo	6	10
Soltero	3	5
Escolaridad		
Analfabeto	5	8,33
Enseñanza fundamental incompleta	37	61,67
Enseñanza fundamental completa	3	5
Enseñanza media incompleta	3	5
Enseñanza media completa	9	15
Enseñanza superior incompleta	0	0
Enseñanza superior completa	3	5
Profesión*		
Servicios domésticos	23	38,33
Jubilado	12	20
Servicios prestados	5	8,33
Otros	12	33,34
Renta familiar† (SM)	2,20 (1-10,45)	

\*Clasificación de Ocupación y Actividad, según el IBGE, 2011

†Renta familiar en salario mínimo, calculado a partir de R\$ 622,00, junio/2012

La mayoría de los sujetos, o sea 95%, hacía uso de medicamentos para el dolor y el promedio de tiempo de percepción del dolor fue de 108 meses.

Entre los 60 participantes, 23,33% realizan otros tipos de tratamientos para el dolor, siendo ellos, psiquiátrico, fisioterápico, psicológico, clases de hidrogimnasia y clases de gimnasia. El local en donde los sujetos estudiados estaban siendo tratados no ofrecía otros tipos de tratamiento, apenas el medicamento.

En la Tabla 2 se presentan los valores de la intensidad del dolor, incapacidad y depresión según promedio

aritmético, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo, en los individuos con DLC estudiados.

Tabla 2 - Distribución de los valores (promedio, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo) de la intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con DLC. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2012

	Promedio	Desv. Estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Intensidad del dolor (0-10)	7,38	2,14	8	1	10
Incapacidad (0-24)	19,87	2,96	21	12	24
Depresión (0-63)	24,98	13,57	22,5	3	61

Se observa que, en relación a los resultados obtenidos en el Cuestionario de Roland Morris, 95% de los sujetos presentaron resultado mayor que 14 puntos, lo que indica un importante grado de incapacidad. Los resultados obtenidos por medio del Inventario de Depresión de Beck apuntaron que 61,66% de los sujetos presentaron una puntuación arriba de 20 puntos, sugiriendo síntomas de depresión, ya que esa muestra no fue diagnosticada anteriormente.

Las correlaciones fueron calculadas por medio de la correlación de Spearman y el nivel de significancia fue 0,01. La correlación encontrada entre la intensidad del dolor e incapacidad fue una correlación positiva débil (0,232). Entre las variables intensidad del dolor y depresión también se observó correlación positiva débil (0,166). Ya la correlación entre las variables incapacidad y depresión fue positiva moderada (0,362).

## Discusión

En lo que se refiere a la intensidad del dolor percibido por los participantes, el promedio encontrado fue de 7,38 puntos y 55% de los entrevistados presentaban dolor de intensidad igual o mayor que 8,0 puntos; así, se puede considerar que los sujetos estudiados presentaban dolor de elevada intensidad. Algunos autores nacionales e internacionales también encontraron individuos con DLC con elevados niveles de intensidad de dolor<sup>(7,9,19-20)</sup>.

En relación a la incapacidad evaluada por medio del RMDQ (0-24 puntos), se observó que el promedio fue de 19,87 puntos, sugiriendo que los individuos de esta muestra presentaron gran incapacidad funcional. Existe, en Brasil y en otros países, estudios que encontraron resultados parecidos en personas con DLC<sup>(12-14,19)</sup>.

En lo que se refiere a la depresión, evaluada por el IDB (0 a 63 puntos), la muestra estudiada presentó un promedio de 24,98 puntos, sugiriendo algún grado de depresión. Se observa que existen otros estudios en la literatura mundial que presentaron resultados semejantes<sup>(7,9,14,19,21)</sup>.

Se observó que las correlaciones existentes entre intensidad de dolor e incapacidad y entre intensidad de dolor y depresión fueron correlaciones positivas débiles. De esta forma, se entiende que la intensidad del dolor influencia débilmente los índices de incapacidad y de depresión, siendo así, cuanto mayor es la intensidad del dolor percibido mayor es la incapacidad relacionada al dolor y mayores son las posibilidades de aparecer síntomas relacionados a la depresión, el ciclo contrario también puede estar aconteciendo.

Se sugiere que el dolor puede ocasionar incapacidad y depresión, ya que, el dolor puede reducir el movimiento, ocasionando de ese modo la incapacidad. Y a su vez, la incapacidad reduce el movimiento ocasionando el dolor, tornándose un círculo vicioso.

Sin embargo, la débil correlación encontrada entre la intensidad del dolor y la incapacidad y entre la intensidad del dolor y la depresión, sugiere que, a pesar de que estas variables están relacionadas, la incapacidad y la depresión, no ocurren apenas en función de la intensidad del dolor, otros factores no estudiados también pueden estar contribuyendo.

Por otro lado la correlación entre la incapacidad y la depresión fue positiva moderada, sugiriendo que, cuanto mayor es la incapacidad relacionada al dolor lumbar crónico mayor es la posibilidad de que surjan síntomas relacionados a la depresión o viceversa. Dolor e incapacidad pueden ocasionar depresión, ya que el dolor y la incapacidad restringen la convivencia familiar y social, el trabajo y las actividades de entretenimiento. Existen algunas investigaciones nacionales e internacionales que también observaron esas correlaciones<sup>(7,9,14,19)</sup>.

La incapacidad impide que la persona realice las actividades que hacía antes, como quehaceres domésticos, deporte, interacciones sociales, etc., posibilitando el apareamiento de los síntomas de depresión. Lo contrario también puede ser verdadero, o sea, sujetos deprimidos tienden a quedar más aislados y sin motivación para participar en cualquier tipo de actividad.

Se observa en el presente estudio y en los estudios que se relacionan a continuación, una gran preocupación de los investigadores en evaluar la DLC en varios aspectos, identificando índices relacionados al impacto del dolor en la vida diaria. Eso es de extrema importancia para el avance del entendimiento de ese fenómeno tan complejo y, de esa forma, para la presentación de propuestas de tratamiento.

Algunos investigadores realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la percepción del dolor en individuos con DLC y compararla con niveles de calidad de vida e incapacidad física. Ellos encontraron que, el promedio de la incapacidad fue de 14,4 puntos, de la intensidad de dolor fue de 5,4 puntos y de la calidad de vida 48,1 puntos, siendo el dominio físico el más perjudicado, con 44,1 puntos. Los sujetos presentaron elevados niveles de dolor e incapacidad, siendo que, hubo fuerte asociación entre el dominio físico de la calidad de vida y la incapacidad, y moderada asociación entre la incapacidad y el dominio psicológico de la calidad de vida<sup>(8)</sup>.

En un estudio realizado, los investigadores observaron que la depresión apareció en 52% de los sujetos con DLC y que existió una relación substancial de depresión con los cuadros de DLC. Los autores sugieren que la gran mayoría de los sujetos que sufren de DLC presenta problemas emocionales como depresión, ansiedad y falta de esperanza, además de estar expuestos a factores socioeconómicos determinantes, por lo tanto es necesaria la identificación de esos componentes para que se realice un abordaje más completo y eficaz en el tratamiento de la DLC<sup>(9)</sup>.

En un estudio realizado con sujetos que presentaban DLC, los investigadores evaluaron la depresión por medio del BDI (11,86), la incapacidad por medio del RMDQ (12,7) y las estrategias de enfrentamiento y las creencias sobre el control del dolor por medio de los cuestionarios *Coping Strategies Questionnaire* y *Beliefs about Pain Control Questionnaire* (BPCQ-PL). La incapacidad está correlacionada positivamente con el descanso, el relajamiento y el hecho de pedir ayuda social, o sea, cuanto mayor es la incapacidad más el sujeto descansa, relaja y pide ayuda social. Y, la depresión está correlacionada positivamente con el hecho de pedir ayuda social y el relajamiento, por lo tanto, cuanto mayor es la depresión más el sujeto tiende a relajar y pedir ayuda social. Se observó también que, las estrategias de enfrentamiento del dolor crónico están relacionadas con las creencias sobre el control del dolor, la depresión y la incapacidad<sup>(22)</sup>.

En otro estudio, los investigadores estudiaron la correlación entre incapacidad (Índice de Incapacidad de Oswestry), depresión (IDB), actividad física (Cuestionario

Internacional de Actividad Física), calidad de vida (SF-36) y sueño (Calidad del Sueño de Pittsburg) en sujetos con DLC. Los sujetos fueron divididos en tres grupos: grupo I (tratamiento en ambulatorio), grupo II (preoperatorio) y grupo III (control). Los resultados mostraron que, todos los parámetros del grupo I fueron menores que los del grupo II y todos los parámetros del grupo control fueron más altos que los otros grupos. La incapacidad y la depresión se correlacionaron positivamente con la actividad física en el grupo II y la actividad física fue correlacionada con la función física y vitalidad (subparámetros de la calidad de vida) en todos los grupos. Se observó que, no hubo correlación entre la calidad del sueño y la actividad física en los tres grupos y no fue observado ningún efecto de la actividad física en la incapacidad, en la depresión y en la calidad del sueño en el grupo III<sup>(23)</sup>.

Unos investigadores realizaron un estudio y encontraron un promedio de incapacidad de 8,64 puntos en el RMDQ en personas con DLC. Después de evaluar los resultados concluyeron que los individuos que sentían dolores en la espalda por un período mayor y que tenían baja autoeficacia presentaron resultados clínicos menos eficaces. Los autores asociaron el dolor lumbar a factores psicológicos y observaron que la incapacidad estaba asociada a la percepción negativa de las consecuencias de la enfermedad, a la baja autoeficacia y a la depresión<sup>(13)</sup>.

En un estudio realizado, los autores encontraron un promedio de la intensidad del dolor de 7,8 puntos, siendo que, 80,7% de los individuos presentaban incapacidad de moderada a grave y 36,7% presentaban índices de depresión. Fueron encontrados tres factores relacionados a la incapacidad, siendo ellos: la ausencia de trabajo remunerado, la baja autoeficacia y la depresión. Los investigadores también observaron que hubo mayor prevalencia de incapacidad entre los sujetos con: dolor intenso, dolor prolongado, síntomas depresivos, fatiga, baja autoeficacia, elevado miedo y evitación del dolor<sup>(7)</sup>.

Los investigadores observaron que, los sujetos con síntomas de depresión presentan posibilidad 1,2 veces mayor de estar incapacitados en relación a los sujetos sin ese síntoma. Por lo tanto, tratar los síntomas depresivos es eficaz en el sentido de minimizar la incapacidad. La incapacidad relacionada al dolor perjudica diversos aspectos de la vida diaria y provoca sufrimiento psíquico<sup>(7)</sup>.

En un estudio realizado con participantes que presentaban DLC, los investigadores observaron altos niveles de intensidad del dolor, incapacidad y depresión. Los resultados mostraron que la incapacidad y la depresión presentan correlación positiva débil, sugiriendo que la incapacidad aumenta cuando la depresión también

aumenta o viceversa. En relación a la función física, se observó que cuando ésta disminuye, la intensidad del dolor, la ansiedad, la depresión y el miedo aumentan, ya la calidad de vida disminuye cuando la intensidad del dolor y el miedo aumentan<sup>(19)</sup>.

Un estudio fue conducido con el objetivo de examinar la influencia de la catastrofización y de otras variables psicológicas sobre el dolor y la incapacidad en 78 sujetos con DLC. Los investigadores observaron en los resultados, que los sujetos con DLC presentaban un promedio para el RMDQ de 11,6 puntos y para EVA de 5,3 puntos, concluyeron que la percepción del dolor y la incapacidad estaban correlacionados fuertemente a la catastrofización del dolor, al miedo y a la depresión<sup>(12)</sup>.

En los estudios anteriormente citados<sup>(7,12-13,19)</sup>, observamos que existe una relación entre incapacidad y depresión, pudiendo sugerir que, los individuos que no consiguen realizar sus actividades, por causa del dolor, se sienten incapacitados e impotentes, además de eso, los sujetos con altos índices de depresión tienden a quedar más aislados y menos motivados en relación al tratamiento.

Algunos investigadores realizaron un estudio con sujetos con DLC y observaron que existe una asociación entre la DLC y los factores psicosociales relacionados al trabajo. Los factores psicosociales relacionados al trabajo fueron evaluados por medio del cuestionario *Brief Job Stress Questionnaire* (BJSQ) y los cinco factores que más aparecieron fueron: estrés interpersonal en el trabajo, satisfacción en el trabajo, depresión, apoyo de supervisores en el trabajo y satisfacción en la vida diaria. Además de los factores psicosociales, la ergonomía en el trabajo, la incapacidad de trabajar y la historia familiar también se relacionan con la DLC y todos estos factores pueden tornar la DLC leve en moderada<sup>(10)</sup>.

Individuos que enfrentan dificultades para realizar actividades del día a día y no consiguen realizar actividades laborales tienden a alejarse de la convivencia social y evitar las actividades de entretenimiento. El aislamiento social y la evitación de las actividades relacionadas al dolor puede reducir la autoeficacia y aumentar la posibilidad del apareamiento de síntomas depresivos y de incapacidad<sup>(7)</sup>.

Ya una investigación realizada con el objetivo de analizar la relación entre los factores psicológicos, el desempeño físico y la incapacidad, mostró que, el promedio de intensidad del dolor encontrado fue de 5 puntos, de la incapacidad (RMDQ) fue de 12,6 puntos y de la depresión (IDB) fue de 7,3 puntos. No fue encontrada correlación entre incapacidad, depresión y desempeño físico, lo que diverge del presente estudio<sup>(14)</sup>.

Los investigadores de este estudio levantan la hipótesis de que la correlación puede no haber existido, al contrario de varios otros estudios, debido a las características de la muestra, por ejemplo, la edad promedio de los sujetos (38,5 años), el promedio de la intensidad del dolor (5) y el promedio de tiempo de percepción del dolor (13 meses). Cuando comparamos estos datos a los del presente estudio, se observa que existen diferencias en estas características, ya que nuestra muestra tiene promedios mayores de edad (54,8 años), de intensidad del dolor (7,38) y de tiempo de percepción del dolor (108 meses).

De esta forma, se entiende que es necesaria la evaluación de los componentes físicos, psicológicos (historia personal, síntomas de ansiedad, depresión, cognición, creencias sobre el dolor, formas de lidiar con el dolor, entre otros) y sociales (ambiente de trabajo, satisfacción, estrés en el trabajo, compensación financiera, entre otros) para que los profesionales puedan entender cómo el individuo percibe el dolor y cómo él se adapta a este. De esa forma, se puede manejar el dolor de manera más completa y eficaz para prevenir incapacidades y cronicidad.

Los pensamientos negativos y la fatiga son síntomas frecuentes en los cuadros depresivos y pueden interferir en el modo de lidiar con el dolor y contribuir para la presencia de incapacidad. Por lo tanto, tratar los síntomas depresivos, puede ser una estrategia eficaz en el sentido de minimizar la incapacidad y el dolor.

## Conclusión

Se observa, por medio de los resultados, que los participantes de este estudio presentaron altos niveles de dolor, incapacidad y depresión y que la intensidad de dolor está correlacionada positivamente a la incapacidad y a la depresión y que la incapacidad tiene correlación positiva todavía mayor con la depresión.

El presente estudio puede contribuir para retratar aspectos del fenómeno doloroso todavía no evaluados por el profesional de la salud en el tratamiento del dolor lumbar crónico. Es necesario evaluar variables como incapacidad y depresión para conocer aspectos individuales de la experiencia del dolor, y de esta forma, proponer un tratamiento para éste basado en la realidad encontrada. Esos aspectos están directamente relacionados a la percepción del dolor y a los perjuicios en la vida diaria.

Estos hallazgos nos hacen entender que el tratamiento del dolor debe ser multidimensional e interdimensional (emocional, social y físico), o sea, todos los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros) deben trabajar en conjunto en busca del cuidado individual; además la

evaluación debe ser repensada también en el enseñanza y en la investigación.

## Referencias

1. Hortense P, Sousa FAEF. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):207-14.
2. Sanches LM, Boemer MR. O convívio com a dor: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(4):386-93.
3. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002;10(2):446-7.
4. Assis FD, Amaral C, Tucci C, Costa SMB. Uso terapêutico da radiofrequência pulsátil no gânglio dorsal da raiz de L2 na lombalgia discogênica. *Coluna/Columna*. 2009;8(2):139-42.
5. Asghari A. Psychometric properties of a modified version of the Roland Morris disability questionnaire (M-RMDQ). *Arch Iran Med*. 2011;14(5):327-31.
6. Meucci RD, Fassa AG, Paniz VMV, Silva MC, Wegman DH. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. *BMC Musculoskel Disord*. 2013; 14:155-61.
7. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(Esp):16-23.
8. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):14-20.
9. Amaral V, Marchi L, Oliveira L, Pimenta L. Prevalência e relação de fatores emocionais e clínicos em pacientes com discopatia degenerativa. *Coluna/Columna*, 2010; 9(2):150-6.
10. Matsudaira K, Konishi H, Miyoshi K, Isomura T, Inuzuka K. Potential Risk Factors of Persistent Low Back Pain Developing from Mild Low Back Pain in Urban Japanese Workers. *Plos One*. 2014;9(4):e93924.
11. Castro MMC, Daltro C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain. *Arq Neurol*. 2009;67(1):25-8.
12. Meyer K, Tschopp A, Sprött H, Mannion AF. Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. *J Rehab Med*. 2009;41(8):620-5.
13. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*. 2010;148(3):398-406.
14. Preuper HRS, Reneman MF, Boonstra AM, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Geertzen JH, et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. *Eur Spine*. 2008;17(11):1448-56.
15. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34(2):203-10.
16. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):245-50.
17. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*. 1983;8(2):141-4.
18. Siegel S, Castellan JN. *Estatística não paramétrica para ciência do comportamento*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448 p.
19. Guclu DG, Guclu O, Ozaner A, Senormanci O, Konkan R. The relationship between disability, quality of life and fear-avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. *Turk Neurosurg*. 2012;22(6):724-31.
20. Jorge LL, Gerard C, Revel M. Evidences of memory dysfunction and maladaptive coping in chronic low back pain and rheumatoid arthritis patients: challenges for rehabilitation. *Eur J Phy Rehab Med*. 2009; 45(4):469-77.
21. Luk KD, Wan TW, Wong YW, Cheung KM, Chan KY, Cheng AC, et al. A multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: a prospective study. *J Orthop Surg*. 2010;18(2):131-8.
22. Misterska E, Jankowski R, Głowacki M. Chronic pain coping styles in patients with herniated lumbar discs and coexisting spondylotic changes treated surgically: Considering clinical pain characteristics, degenerative changes, disability, mood disturbances, and beliefs about pain control. *Med Sci Monit*. 2013; 19:1211-20.
23. Soysal M, Kara B, Arda MN. Assessment of Physical Activity in Patients with Chronic Low Back or Neck Pain. *Turk Neurosurg*. 2013;23(1):75-80.

Recibido: 17.9.2013

Aceptado: 7.5.2014