



**Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería**

**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON LUMBAGO
ATENDIDO EN LA ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD
DE VALDIVIA
MAYO Y JUNIO DEL 2005”**

**Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar
al grado de Licenciado en
Enfermería**

**MABEL ANDREA VENEGAS HENRIQUEZ
VALDIVIA- CHILE
2005**

Profesor patrocinante:

Nombre: Maite Alberdi Lag.

Profesión: Enfermera y Matrona.

Grados: Especialista en Enfermería en salud familiar y comunitaria.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Profesores Informantes:

1. Nombre: Cecilia Molina Díaz.

Profesión: Enfermera y Matrona.

Grados: Magíster en Enfermería, mención médico quirúrgica.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

2. Nombre: Adela Sanguinetti Villanueva.

Profesión: Enfermera.

Grados: Especialista en Oftalmología.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

DEDICATORIA

- ~ A mis padres Juan y Juanita por su esfuerzo, apoyo y comprensión en esta importante etapa de mi vida.
- ~ A mí querido esposo Fabián por su amor incondicional.
- ~ A mi hijito Carlitos por ser mi motivación.
- ~ A todos mis docentes que fueron parte importante en mi formación profesional.

INDICE

	Página
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEORICO	3
3. OBJETIVOS	12
4. MATERIAL Y METODOS	13
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSION	29
7. CONCLUSIONES	31
8. BIBLIOGRAFIA	32
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	

INDICE DE GRAFICOS

	Página
Gráfico N° 1: Relación porcentual de pacientes con lumbago según sexo. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.	18
Gráfico N° 2: Relación numérica de pacientes con lumbago según edad. ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.	19
Gráfico N° 3: Relación porcentual de pacientes del sexo femenino con lumbago según estado civil. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.	20
Gráfico N° 4: Relación porcentual de pacientes del sexo masculino con lumbago según estado civil. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.	21
Gráfico N° 5: Relación porcentual de pacientes con lumbago según situación laboral. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.	22
Gráfico N° 6: Relación porcentual de pacientes con lumbago según enfermedad profesional y hospitalización. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.	23
Gráfico N° 7: Relación numérica y porcentual de pacientes con lumbago según su percepción de calidad de vida. ACHS Valdivia. Mayo – Junio 2005.	24
Gráfico N° 8: Relación porcentual de pacientes con lumbago según dolor corporal. ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.	25
Gráfico N° 9: Relación porcentual de pacientes con lumbago según función social. ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.	26
Gráfico N° 10: Relación porcentual de pacientes con lumbago según rol emocional. ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.	27
Gráfico N° 11: Relación porcentual de pacientes con lumbago según su rol físico. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.	28

RESUMEN

El poder determinar la calidad de vida del paciente con lumbago es importante para que el profesional de enfermería pueda contribuir de mejor forma a la satisfacción de necesidades de las personas en forma integral.

El objetivo de esta investigación se realizó con el fin de conocer la calidad de vida del paciente con lumbago que se atiende en la ACHS de Valdivia y sus características biosicosociales, identificar la percepción de su estado de salud, dificultades y limitaciones para enfrentar su vida diaria, además de contribuir para que en un futuro cercano se generen más estudios sobre el tema.

El diseño metodológico que se utilizó para realizar este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario de salud SF-12 el cual es un extracto del cuestionario SF-36 creado por John Ware y traducido al español por Alonso y Col (1995) el cual fue aplicado a todos los pacientes que ingresaron por lumbago en los meses de Mayo y Junio del 2005 a la ACHS de la ciudad de Valdivia.

Dentro de las ocho dimensiones del cuestionario se pudo concluir que los pacientes perciben su rol emocional como excelente; su salud general, función física, salud mental, vitalidad función social como regular; además su rol físico y dolor corporal como malo.

Esta investigación permitió determinar que el lumbago es una enfermedad que afecta a un grupo etáreo joven, principalmente a personas casadas, de sexo masculino y con un oficio no profesional. También se puede decir que la mayoría de ellos no tuvo necesidad de hospitalizarse y que la percepción de su calidad de vida es regular.

SUMMARY

The power to determine the quality of life of the patient with lumbago is important for the infirmity professional to contribute of better he form to the satisfaction of necessities of people in integral form

The objective of this investigation was made with the purpose of knowing the quality of life of the patient with lumbago this is taken care of in the Chilean Association of Security of Valdivia (ACHS) and its biosicosociales characteristics, to identify the perception of its state of health, difficulties and limitation in order to face its daily, besides to contribute so that in a future near more studies are generated on the subject.

The methodology design that was used to make this study was of quantitative typo descriptive and cross-sectional. For the data collection the questionnaire of health SF-12 was used like instrument which is extract of questionnaire SF-36 create by John Ware and translate to the Spanish by Alonso and Col (1995) which was applied to all the patients who entered by lumbago in the months of May and June the 2005 to the ACHS of the city of Valdivia.

Within the eight dimensions of the questionnaire it was possible to be concluded that the patient perceive their emotional roll like excellent; its general health, physical function mental health, vitality social function like regulating; in addiction his physical roll and corporal pain like bad.

This investigation allowed to determine that the lumbago is one disease that affects a young etáreo group, mainly to people married, of masculine sex and with a nonprofessional office. Also it can to say that most of them it did not have necessity to hospitalize itself and that perception of its quality of life is to regulate.

1. INTRODUCCIÓN

El lumbago es la enfermedad músculo-esquelética más frecuente a toda edad y en todos los estratos socioeconómicos de la población, se caracteriza por dolor en la región baja de la espalda. Sin embargo, la mayoría de las personas que lo padecen no consultan por considerarlo una molestia menor, habitualmente transitoria. Suele presentarse como dolor agudo, entre los 30 y los 50 años de edad, que cede después de 8 semanas como plazo máximo en el 90% de los casos, sin importar que intervención se haya hecho (Massardo L.; 2005).

Además de los síntomas físicos que el paciente puede manifestar se puede decir que el estrés, estados emocionales depresivos o de ansiedad pueden incidir de forma desfavorable en el dolor lumbar y en la calidad de vida de las personas. Es evidente que los problemas de relación que puedan existir en el seno de una familia o en el trabajo, son fuentes de tensiones que a veces se reflejan de forma indirecta en el aumento del dolor. De hecho, una gran parte de las bajas laborales se deben a este problema, lo cual origina un gasto sanitario importante, el cual repercute en la economía nacional e internacional, por lo que se han desarrollado diversos estudios sobre este tema (Retamal G. ;2005).

Al respecto se han realizado diversos estudios a nivel mundial, en España (Clínica Armstrong de Madrid), Estados Unidos (International Quality of Life Assesment), Reino unido (universidad de Southampton), etc. y las cifras de personas que han padecido lumbago se asemejan mucho a las chilenas, las cuales nos muestran que el 85% de la población joven y económicamente activa ha sufrido algún episodio de lumbago (Dr. Roberto Landorro; 1994) y que además es la segunda cusa de ausentismo laboral (Mutual de Seguridad; 2005).

En Valdivia en la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) tiene aproximadamente 21.300 afiliados de diversas empresas tales como la Universidad Austral de Chile (UACH), Astilleros y Servicios Navales S.A. (ASENAV), Industria Foliadora de Maderas S.A. (INFODEMA), Maderas y Sintéticos S.A. (MASISA), etc. El año 2004 se atendieron 215 pacientes por lumbago, 41 (19%) fueron hospitalizados y 174 (81%) pacientes fueron atendidos de forma ambulatoria (ACHS; 2005).

Es así como surgen interrogantes como ¿Cuál será la calidad de vida de los pacientes con lumbago en la ACHS?, ¿Cuáles son las personas mas afectadas por lumbago según sexo, edad, estado civil, procedencia y ocupación?, ¿Cuál es la percepción de salud que tiene el paciente?, ¿Cuáles son las limitaciones que presenta el paciente en su vida diaria?, ¿ En que

condición física se encuentra el paciente?, ¿Cuál es su estado emocional?, ¿Hasta que punto el dolor dificulta sus actividades diarias?, para lo cual se entregará a los pacientes el cuestionario SF-12 de salud, el cual consta de 12 preguntas las cuales evalúan función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El propósito de este estudio es dar respuesta a estas interrogantes para así poder ayudar a mejorar los cuidados de enfermería proporcionados al paciente con lumbago, ayudar a la familia a comprender al paciente, promocionar hábitos de salud y autocuidado destinado a prevenir el lumbago en el paciente y en la comunidad además de generar la inquietud para que se realicen posteriores estudios al respecto.

La presente investigación fué llevada a cabo motivada por la alta incidencia de personas que presentan lumbago, ya que suele presentarse por actividades que las personas ejecutan en la vida cotidiana como levantar peso, una mala postura, cansancio etc. Además de ser considerada una molestia menor en la mayoría de los casos por lo común que resulta su incidencia en nuestra población.

2. MARCO TEORICO

Se puede decir que el lumbago ha acompañado al hombre a lo largo de la historia ya que cambios degenerativos se han encontrado en las vértebras del hombre de Neandertal, en las momias egipcias y en otros pueblos de la antigüedad. Hipócrates (460-370 a C.) refiere que el "Dolor Isquiático" (palabra equivalente a ciática en la Grecia antigua) afecta a varones de 40 a 60 años e incluso menos y que este no dura más de 40 días. Describe el uso del calor como elemento terapéutico (Allan; 1989).

Con la revolución industrial en el siglo XVIII ocurre una transformación profunda en la sociedad. Surgieron grandes fábricas, donde los obreros se desempeñaban en forma deplorable, con extensas jornadas de trabajo y mala calidad de vida. El lumbago particularmente se relaciona con la construcción de ferrocarriles debido a la sobrecarga postural y los traumatismos acumulativos.

En el siglo XIX el trabajador comenzó a exigir mejores condiciones de trabajo y se promulgaron las primeras leyes sobre la salud ocupacional. Luego la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OIT (Organización Internacional del Trabajo), en un comité adjunto de salud ocupacional, en el año 1950 la definieron y en el año 1959 establecieron los objetivos de ella.

En Chile se publica el 1 de Febrero de 1968 la ley 16744 la cual establece en el área de la salud ocupacional una serie de aspectos fundamentales como:

- Seguro obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- El financiamiento a través de la cancelación por parte del empleador de cotizaciones básicas.
- Beneficios médicos y económicos que deben otorgar los organismos administradores a sus afiliados.

- Un reglamento de evaluación, reevaluación y revisión de incapacidades y de los procedimientos de reclamo.
- Obligatoriedad de las medidas de previsión de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y de la implementación para que estas medidas se realicen. Además establece actividades de fiscalización y supervigilancia de las acciones.
- Obligatoriedad de denuncias de accidentes del trabajo y enfermedad profesional y los responsables de las denuncias de éstos.
- Definición de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La ACHS como organismo administrador según esta ley, tiene la obligación de otorgar a sus afiliados prestaciones médicas y económicas, se hace cargo de velar por corregir las deficiencias ambientales de su puesto de trabajo, del trabajador, actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

Por lo tanto, este organismo tiene la misión de promover trabajos seguros y saludables en las empresas. Para ello se han establecido estrategias preventivas, que en el caso de las enfermedades profesionales como el Lumbago se materializan a través de acciones complementarias entre las áreas de prevención y salud, mediante protocolos técnicos específicos como son el procedimiento de higiene ambiental y el programa de vigilancia medica de enfermedades profesionales (PROVIMEP).

2.1 Definición de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales según la ley 16.744.

2.1.1 Accidente laboral:

Es todo suceso repentino que sobrevenga por causas o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, la invalidez o la muerte.

Se puede producir en cumplimiento del trabajo regular, de órdenes o en representación del empleador, así sea por fuera de horarios laborales o instalaciones de la empresa.

También el que sucede durante el traslado entre la residencia y el trabajo, siempre y cuando el transporte sea suministrado por el empleador.

No es accidente el ocurrido durante permisos remunerados o en actividades deportivas, recreativas y culturales, donde no se actúe por cuenta o en representación del empleador, no es de ninguna forma un accidente de trabajo.

Para catalogar como profesional a una enfermedad es imprescindible que existan elementos básicos que la diferencien de una enfermedad común:

- **Agente**: debe existir un agente causal en el ambiente o especiales condiciones de trabajo, potencialmente nocivas para la salud. Pueden ser físicos, químicos, biológicos o generadores de sobrecarga física para el trabajador expuesto.

- **Exposición**: como consecuencia del contacto entre el trabajador y el agente o particular o condición de trabajo se posibilita la gestación de un daño a la salud. Los criterios de demostración pueden ser:
 - a. ***Cualitativos***: consiste en establecer, de acuerdo a los conocimientos médicos vigentes, una lista de ocupaciones con riesgo de exposición.

 - b. ***Cuantitativos***: se refiere a las disposiciones existentes en cuanto a los valores límites o concentraciones máximas permisibles para cada uno de los agentes incorporados a la lista. Este criterio es de suma importancia porque permite instrumentar programas de vigilancia, determinar niveles de tolerancia y precisar los grupos de personas que deben ser objeto de este monitoreo. Los exámenes periódicos y las mediciones específicas del medio se incorporan como los medios idóneos para la prevención.

- **Enfermedad**: debe existir una enfermedad o un daño al organismo claramente delimitado en sus aspectos clínicos, de laboratorios, de estudios por imágenes, terapéutico y anátomo-patológicos que provenga de la exposición del trabajador a los agentes o condiciones de exposición ya señalados.

- **Nexo de causalidad**: debe demostrarse con pruebas científicas (clínicas, experimentales o estadísticas) que existe un vínculo inexcusable entre la enfermedad y la presencia en el trabajo de los agentes o condiciones delineados precedentemente.

No es necesario que la patología haya originado ya una incapacidad. El concepto actual es que el derecho a tutelar es la salud del trabajador y la ley 24.557 apunta a la prevención más que al resarcimiento económico del daño generado.

- **Inclusión en la lista oficial:** la restricción en el número de enfermedades profesionales de aquellas que cumplen con determinadas condiciones garantiza el otorgamiento automático de las prestaciones para los que aparecen en la lista, disminuyendo la incidencia de litigios y facilitando el manejo médico administrativo de los casos. Dentro de estas existe la lista por enfermedades producida por agentes físicos en la cual se incluyen enfermedades osteo- articulares como el lumbago.

Debido a que las condiciones laborales y los agentes nocivos constituyen variables que se van modificando conforme evolucionan las circunstancias del mundo laboral, existe un Comité permanente que analiza si una nueva enfermedad amerita o no su incorporación al listado.

2.2 Factores psicosociales asociados al dolor y discapacidad en el dolor lumbar

La medicina convencional no ha logrado establecer un tratamiento específico para esta patología. Se ha descrito que entre 20 y 50% y hasta 85% de los pacientes con dolor lumbar no tienen una base fisiopatológica clara que de cuenta del dolor y discapacidad (Schade V; 1999).

Además, existen numerosos trabajos en relación a aspectos psicosociales asociados al lumbago. Entre ellos los más frecuentemente citados son psicológicos, como síntomas depresivos y de ansiedad, procesos cognitivos y de afrontamiento; aspectos laborales, como satisfacción laboral y percepción de carga física en el trabajo y aspectos económicos. (William RA, 1998)

El modelo psicosocial del dolor lumbar (figura 1) se usa para referirse a la interacción que se produce entre un individuo y su ambiente social, laboral y familiar. Estas interacciones a su vez influyen en el comportamiento del individuo, en los niveles de estrés, en las actitudes y creencias con respecto al dolor y pueden afectar negativamente la evolución y resultados de los diferentes tratamientos.

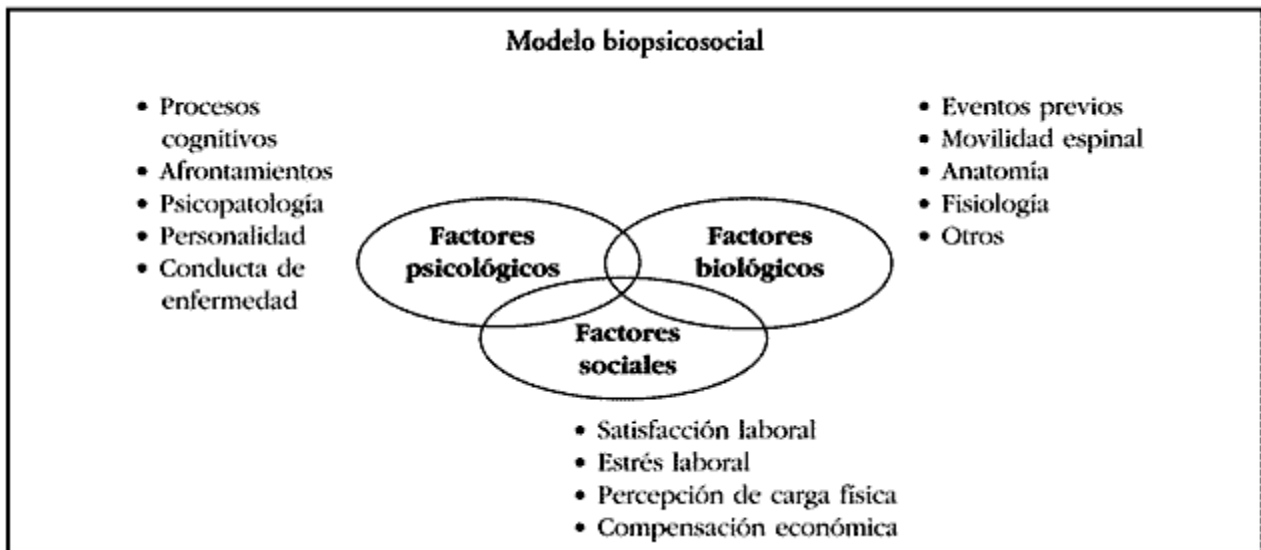


Figura 1. La evaluación del síndrome de dolor lumbar en el contexto de un modelo biopsicosocial considera la presencia de factores biológicos, psicológicos y sociales y cómo la interacción entre ellos puede afectar la evolución del cuadro clínico.

2.2.1 Factores psicológicos asociados al síndrome de dolor lumbar:

- a. **Procesos cognitivos:** Las evaluaciones y las creencias acerca del dolor influyen sobre el grado de discapacidad que presentan los pacientes con dolor lumbar. (Medline;1994)
- b. **Estilos de afrontamiento:** El estilo con que las personas afrontan el dolor se relaciona con su intensidad y su persistencia en el tiempo. Esto quiere decir que las personas dejan de realizar actividades para evitar el dolor, además pacientes con dolor lumbar utilizan las medidas de afrontamiento de tipo emocional frente a situaciones problemáticas (Medline, 1997)
- c. **Sicopatología:** Es importante detectar la presencia de síntomas emocionales en su relación con el dolor lumbar, ya sea como un factor precipitante, contribuyente o como una consecuencia de éste.
 - **Síntomas depresivos:** Numerosas investigaciones han demostrado una alta correlación positiva entre síntomas depresivos y dolor lumbar. Entre 60% y 100% de estos pacientes tienen síntomas depresivos. En una muestra de 389 trabajadores chilenos accidentados del trabajo con un síndrome de dolor lumbar se encontró que 71% presentaba un trastorno de adaptación con síntomas

ansiosos y/o depresivos, 8% con un episodio depresivo mayor y en 21% no se encontró psicopatología en el momento del examen clínico (Rebolledo P; 1999).

- **Síntomas de ansiedad:** Aunque estos síntomas han sido relativamente poco estudiados en cuadros de dolor, se han encontrado en un alto porcentaje de pacientes con dolor lumbar (Polatin P y col; 1993).

Los síntomas tendrían mayor intensidad que en la población general y parecen estar presentes desde antes de la aparición del cuadro lumbar. (Volatín P y col; 1993).

En el Hospital del Trabajador de Santiago de Chile el 71% de una muestra de 166 pacientes presentaba un trastorno de adaptación con síntomas ansiosos relacionados a la enfermedad lumbar (Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad; 1999).

En otra investigación hecha por Clinical Standards Advisory Group de Estados Unidos muestra que la presencia de síntomas de ansiedad se correlaciona significativamente con la intensidad del dolor y la discapacidad. Hay que tener presente que este resultado se podría interpretar aludiendo a la ansiedad como un factor etiológico o como un factor que interfiere con el reporte y por lo tanto con la evaluación médica de los síntomas. (Medline; 2000)

- d. **Personalidad:** La relación entre características de personalidad y dolor lumbar ha sido muy estudiada, sin embargo esta relación continúa siendo muy poco clara (Linton SJ; 2000)

Algunos trabajos han descrito puntajes elevados en las escalas de histeria e hipocondría' otros sólo en depresión. Sin embargo, en el trabajo clínico puede ser importante evaluar rasgos de personalidad, para aportar a conocer la forma que tiene el paciente de enfrentar los sucesos vitales y la enfermedad propiamente tal. (Mongini F, Defilippi N, Negro C; 1997).

- e. **Conducta de enfermedad:** Forma en la que los individuos experimentan y responden a su estado de salud. Algunos pacientes tienen trastornos en su entorno psicosocial y puede aparecer la somatización del lumbago, en una personalidad ya predispuesta. La tríada neurótica de ansiedad, depresión e hipocondriasis, favorece esta situación.

La singular autopercepción del dolor de estos pacientes, puede ser tomada del estilo de vida de su familia o de su estado cultural. Las principales manifestaciones clínicas del paciente con dolor no orgánico o hipocondríaco son que el paciente está quejumbroso, sus dolores son múltiples, no posee un patrón racional, difícilmente mira a los ojos del médico y puede realizar gesticulaciones desproporcionadas a su condición patológica.

También la digitopresión es dolorosa para el paciente en casi toda su espalda, sus respuestas a preguntas pueden ser agresivas, responder cosas diferentes a lo preguntado o entrar en relativo mutismo. Durante el examen clínico, el paciente evita o rehúsa activar alguna de sus articulaciones de los miembros inferiores por supuesto dolor y al dejarlas movilizar, expresa sensación dolorosa sin encontrar bases que expliquen este hallazgo. La marcha y la postura del paciente son atípicas, no se encuentra correlación lógica entre la evaluación motora y sensitiva, el paciente puede manifestar entumecimiento, hipoestesia inespecífica en toda la extremidad. Además las emociones son un factor causante muy importante de los padecimientos que implican dolor.

En particular en el lumbago muchas de las lesiones se presentan cuando el paciente está cansado, alterado, confundido, irritado, preocupado, deprimido, ansioso o distraído de algún modo. Estos problemas psicológicos, se manifiestan mecánicamente puesto que perturban las funciones neuromusculares normales de la parte baja de la espalda. Por lo tanto, el SDL se agrava muchísimo, es más prevalente, significativo y refractario al tratamiento en personas con alteraciones emocionales que en aquellos que se encuentran en calma, con buen autocontrol y en paz consigo misma. (Calliet, 1996).

2.2.2 Factores sociales relacionados al dolor lumbar:

Últimamente se ha considerado de gran importancia la estructura y el clima organizacional como factores que pueden contribuir a la incapacidad y cronicidad en estos pacientes (Main CJ, Burton AK; 2000)

- a. **Satisfacción laboral:** La relación social con los colegas y la baja motivación de retorno al trabajo estarían entre los factores más frecuentes de prolongación del cuadro agudo, en pacientes con dolor lumbar. (Van Der Weide WE, y col;1999)
- b. **Estrés laboral:** Hay evidencias de que el estrés laboral está presente en forma significativa en pacientes con dolor lumbar. El dolor lumbar es el síntoma más frecuente en una muestra de ejecutivos chilenos con alto estrés laboral, presentando el 42% de ellos este dolor entre 1 y 3 veces a la semana. (Guic E y col ; 2002)

- c. **Percepción de carga física:** Se ha demostrado que posee una importante asociación con el dolor lumbar, aunque existe polémica respecto a su importancia relativa frente a otros factores psicológicos y laborales (Thrbjornsson y col ; 1999)
- d. **Compensación económica:** Está demostrado que la compensación económica, pagos por licencias médicas y las situaciones de litigios pendientes, están asociadas a la cronicidad del cuadro. Este aspecto se ha interpretado desde el punto de vista de la teoría conductual como ganancia secundaria de los síntomas de dolor. Estos serían reforzados positivamente por los pagos o licencias médicas, lo que aumentaría en el futuro la probabilidad de aparición del dolor. Estos datos se confirmaron recientemente en un trabajo que demostró que refuerzos, tanto sociales como económicos, hacen más persistente el dolor y la discapacidad (Medline, 1992).

2.2.3 Factores médicos asociados al dolor lumbar

Compromiso morfológico o fisiopatológico: El Dolor lumbar se acompaña de síntomas en el miembro inferior produciéndose dolor, espasmo, dolor glúteo, escoliosis antiálgica, cojera, sensación dolorosa en parte externa de la pierna, en el hallux, parte media y borde del pie. También debilidad dorsiflexora del pie, dedos y los reflejos osteotendinosos pueden estar normales. (Thomas E, Silman AJ; 1998)

2.3 Discapacidad laboral:

2.3.2 Esta puede dividirse en dos tipos según su gravedad:

- a. **Incapacidad temporal:** se define como aquella situación determinada por enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo.
- b. **Invalidez permanente:** se define a la situación del trabajador que, después, de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y presumiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad funcional laboral.

La actividad laboral del paciente debe ser evaluada de acuerdo con las tareas que realiza para definir si participa en la génesis del dolor lumbar. La relación causal debe ser cuidadosamente examinada mediante un análisis ergonómico del puesto de trabajo y éste debe realizarse tempranamente para evitar tratamiento médico que no lograría la mejoría del paciente (Trigud A; 2005)

Por esto el análisis del puesto de trabajo comprende el reconocimiento de las tareas que el paciente realiza en sus actividades laborales, identificando en ellas las posturas que deben adoptarse, las características del diseño de la estación de trabajo y las herramientas que se utilizan. También se miden los esfuerzos que deben realizarse y se cuantifica el número de movimientos a ejecutar. Con esta información se pueden encontrar las situaciones potencialmente nocivas y elaborar las recomendaciones para su modificación (Trigud A; 2005).

Una investigación hecha por la Universidad de Southampton, el año 2004 en el Reino Unido, estudió a un total de 514 enfermeras las que experimentaron dolor lumbar: el 14% de modo repentino, mientras estaba trabajando; el 28% súbitamente mientras estaba fuera del hospital; finalmente, en el 59% de las afectadas las molestias habían aparecido de modo gradual.

En los dos primeros casos, el dolor fué más incapacitante, pues un mayor número de pacientes dijo que tenía dificultades para realizar simples tareas como ponerse los calcetines o las medias; tuvo que permanecer un tiempo sin trabajar y se vió obligada a acudir al médico. Las que padecían una lumbalgia que había aparecido de modo gradual presentaban al inicio del estudio síntomas psicológicos como sentirse cansadas con frecuencia, bajas de moral o tensas y estresadas. "Por el contrario, el dolor lumbar que aparecía súbitamente (en el trabajo o donde fuere) no se producía con más frecuencia en las enfermeras con estas quejas", matizan los autores.

Este dolor súbito, cuando aparecía en el trabajo, era más frecuente en enfermeras cuyas tareas incluían mover a pacientes de la cama a una silla o al baño sin la ayuda de otros soportes, girarlos en la cama y sacarlos de la bañera, sin embargo, las actividades intensas no parecen causar problemas a la larga, dado que las mencionadas actividades no se relacionaban con el dolor lumbar que aparecía súbitamente fuera del trabajo o paulatinamente. Por lo tanto, se concluyó que los esfuerzos físicos pueden ocasionar lesiones agudas de las estructuras lumbares, pero no predisponen al dolor lumbar debido al desgaste acumulado en largos períodos de tiempo. (Rull M; 2005).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

“Determinar la calidad de vida de los pacientes con Lumbago que se atienden en la Asociación Chilena de Seguridad de Valdivia en los meses de Mayo y Junio del año 2005 a través de la aplicación del cuestionario de salud SF-12”

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a la población en estudio según sexo, edad, estado civil y ocupación atendida por lumbago en la ACHS de Valdivia.
- A través de la aplicación del cuestionario de salud SF-36 a los pacientes con lumbago agudo atendidos en la ACHS de Valdivia, se pretende:
 - Identificar la percepción de su estado de salud
 - Determinar las capacidades de los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria.
 - Identificar los problemas o limitaciones presentadas en su trabajo y actividades cotidianas.
 - Determinar el estado de ánimo en que se encuentra el paciente al realizar sus actividades diarias.
 - Describir hasta que punto el dolor dificulta las actividades diarias del paciente.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se desarrollará en esta investigación será de tipo *cuantitativo descriptivo y transversal*. Para tal efecto se aplicará un cuestionario a los pacientes que se atendieron por lumbago agudo en los meses de Mayo y Junio del año 2005 afiliados a la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) de Valdivia.

4.2 Población en estudio

La población que será sometida a estudio incluirá a todos los pacientes atendidos en la ACHS que presentaron un cuadro de lumbago agudo, incluyendo a los pacientes que se encontraron hospitalizados por dicha causa en los meses de Mayo y Junio.

4.3 Instrumento

Para determinar la calidad de vida de los pacientes que se atendieron en la ACHS en los meses de Mayo y Junio como se utilizará como instrumento el Cuestionario SF-12 el cual será entregado o le será leído al paciente para que verbalmente lo conteste, dicho cuestionario es la versión reducida del cuestionario de salud SF-36 el cual fue desarrollado por el *Medical Outcomes Study* (MOS) el año 1994 para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas

Para confeccionarlo, se utilizaron métodos de regresión lineal múltiple con el fin de seleccionar aquellos ítems que mejor representen las medidas física y mental del SF-36. De esta forma se obtuvieron 10 de los ítems. Los otros dos ítems restantes fueron escogidos con el objetivo de que todas las escalas del SF-36 estuvieran bien representadas en la versión reducida.

Originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, el SF-36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment (IQOLA)* “Evaluación internacional de la calidad de vida” (Aaronson y Cols., 1992; Ware y Cols; 1994).

La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA. Se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios pilotos con pacientes. Este proceso se presenta con detalle en otra publicación (Alonso y Cols., 1995).

La equivalencia de la versión española fue evaluada a través de diversos estudios (Alonso y Cols; 1995). Se realizaron retrotraducciones que fueron comparadas con la versión original por investigadores independientes. Asimismo, se realizó una reunión con los investigadores autores de las versiones del cuestionario en otros países (Alemania, Australia, Canadá, Francia, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia) para armonizar el contenido en los casos con expresiones alternativas.

Finalmente se hizo un estudio piloto con pacientes crónicos para evaluar la factibilidad y la comprensión del cuestionario. Diversos estudios en vías de publicación evalúan de manera exhaustiva la fiabilidad, la validez y la sensibilidad a los cambios clínicos del cuestionario.

El sistema estandarizado de puntuación da por resultado un perfil de ocho escalas de puntuación. La estandarización del contenido y puntuación son esenciales para la interpretación del SF-36 y hace posibles las comparaciones significativas de los resultados a través de los estudios y para tal efecto se atizara una plantilla Excel en la cual se deberán ingresar los puntajes obtenidos en cada pregunta e instantáneamente nos dará los resultados los cuales van en una escala del 0 al 100.

El SF-12 es la versión reducida del cuestionario de Salud SF-36, está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono o durante una entrevista cara a cara con encuestados de 14 o más años de edad.

El cuestionario SF-36 y el SF-12 contienen 8 dimensiones que evalúan:

- **Función Física:** Grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, inclinarse, coger o cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems)

- **Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
- **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- **Función Social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- **Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

4.4 Tabulación y análisis de datos

Para obtener los resultados de los cuestionarios se utilizará un planilla para base de datos Excel en donde se introducirán las puntuaciones de las escalas crudas de los cuestionarios, se transformaran las puntuaciones de las escalas crudas en una escala de 0 – 100 y finalmente se comprobaran las puntuaciones:

- Excelente 100%
- Muy Buena 99% - 84 %
- Buena 83,9% – 61%
- Regular 60,9% - 25%
- Mala 24,9% - 0%

Luego de obtenidos los resultados se diseñaran tablas y gráficos con los resultados para una muestra mas clara.

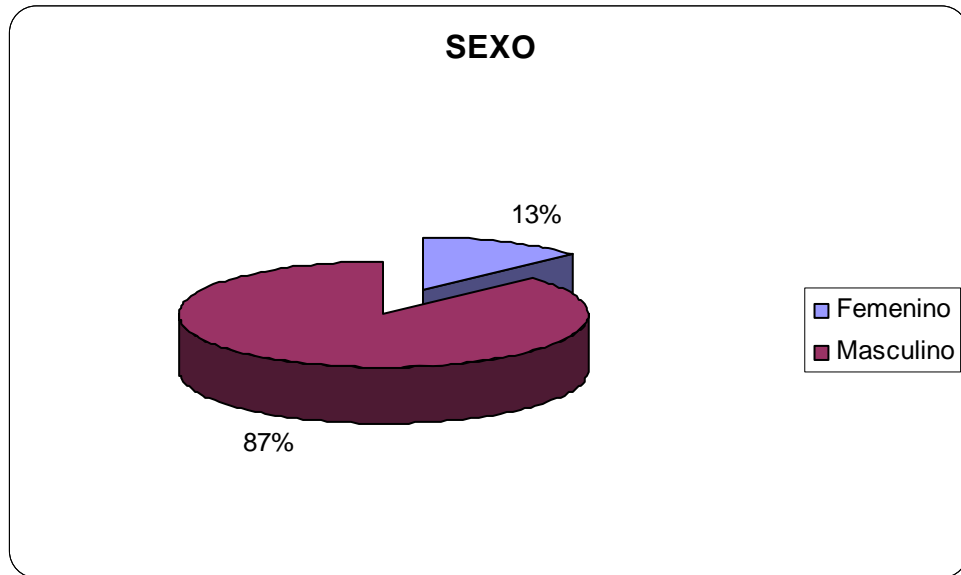
4.5 Definición de las variables

VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL
▪ Sexo.	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	a) Masculino b) Femenino.
▪ Edad.	Años cumplidos.	a) 20 – 29 b) 30 – 39 c) 40 – 49 d) 50 – 59 e) 60 – 69
▪ Estado civil.	Tipo de relación con la pareja en la que se encuentra actualmente el trabajador.	a) Soltero b) Casado c) Separado d) Viudo

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción de salud. 	Es lo que percibe el paciente por salud.	<ul style="list-style-type: none"> a) Excelente b) Muy buena c) Buena d) Regular e) Mala
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitación de actividades diarias 	Dificultad que presenta el paciente al realizar sus actividades diarias.	<ul style="list-style-type: none"> a) Se limita mucho b) Se limita poco c) No se limita.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condición física. 	Capacidad del paciente para realizar sus actividades diarias.	<ul style="list-style-type: none"> a) Hizo menos de lo que hubiera querido hacer. b) Hubo que dejar de realizar algunas tareas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado emocional al realizar su trabajo 	Estado de ánimo en que se encuentra el paciente al realizar sus su trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> a) Hizo menos de lo que hubiera querido hacer b) Hubo que dejar de realizar algunas tareas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitación por dolor 	Hasta que punto el dolor dificulta las actividades diarias del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Sólo alguna vez f) Nunca.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado emocional al realizar sus actividades sociales 	Estado de ánimo en que se encontró el paciente al realizar sus actividades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Sólo alguna vez f) Nunca.

5. RESULTADOS

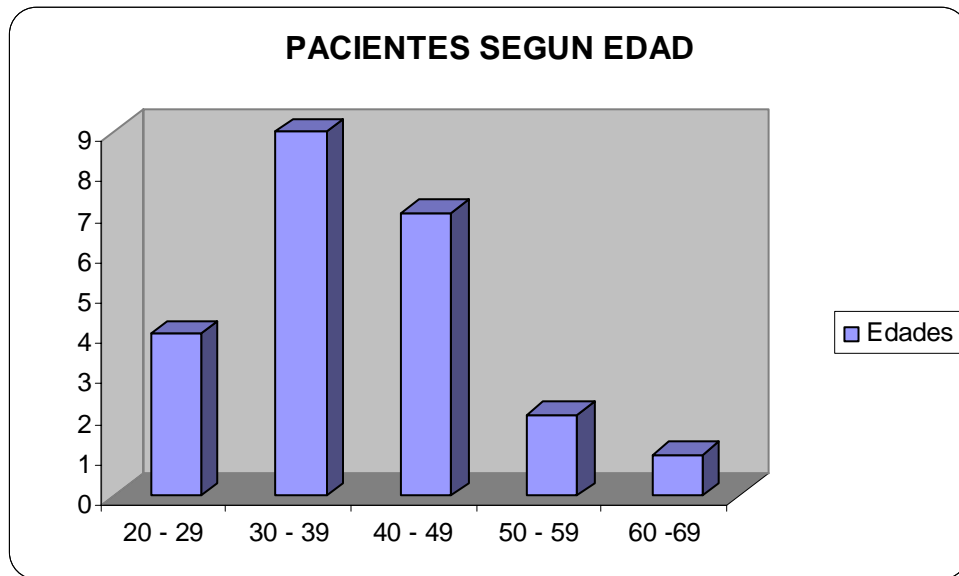
**Gráfico N° 1: Relación porcentual de pacientes con lumbago según sexo.
ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.**



Fuente: Tesis “Calidad de vida del paciente con lumbago atendido en la Asociación Chilena de Seguridad de Valdivia. Mayo y junio del 2005”

Del total de pacientes atendidos por lumbago, la mayoría pertenecía al sexo masculino, esto porque las personas afiliadas a la ACHS pertenecen principalmente a empresas tales como UACH, ASENAV, INFODEMA, MASISA, etc. de las cuales la mayor parte de sus trabajadores son hombres.

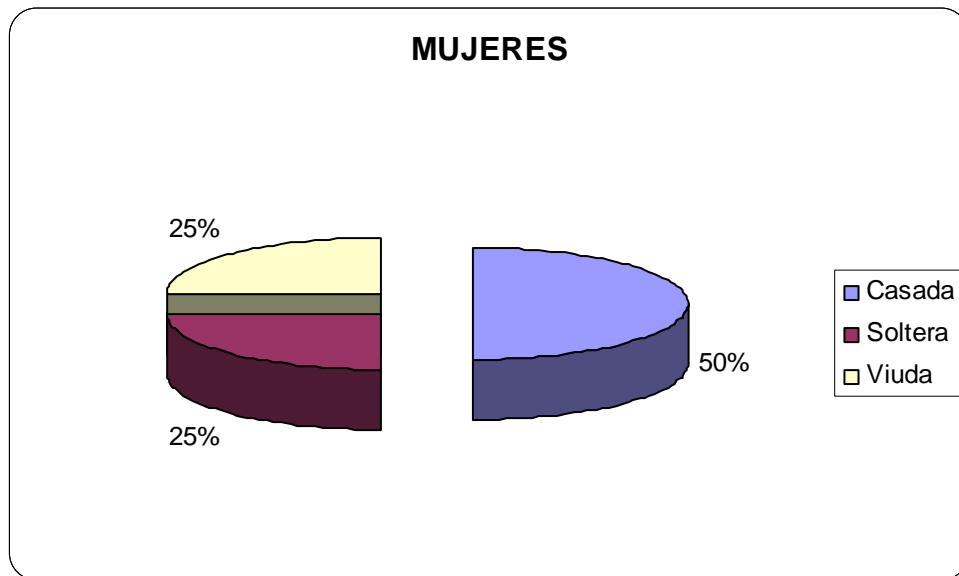
**Gráfico N° 2: Relación numérica de pacientes con lumbago según edad.
ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.**



Fuente: ídem.

Lo que podemos destacar de este gráfico es que la mayor frecuencia de pacientes con lumbago se presenta en personas cuya edad nos muestra que son jóvenes y físicamente activos.

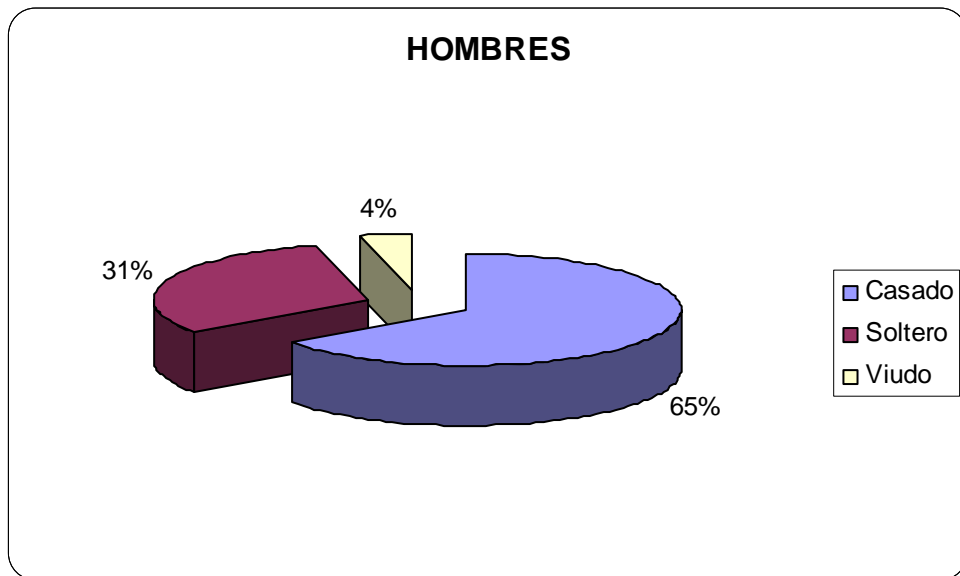
**Gráfico N° 3: Relación porcentual de pacientes del sexo femenino con lumbago según estado civil.
ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.**



Fuente: ídem.

Según el gráfico la mitad de las pacientes estaban casadas al momento de presentar lumbago.

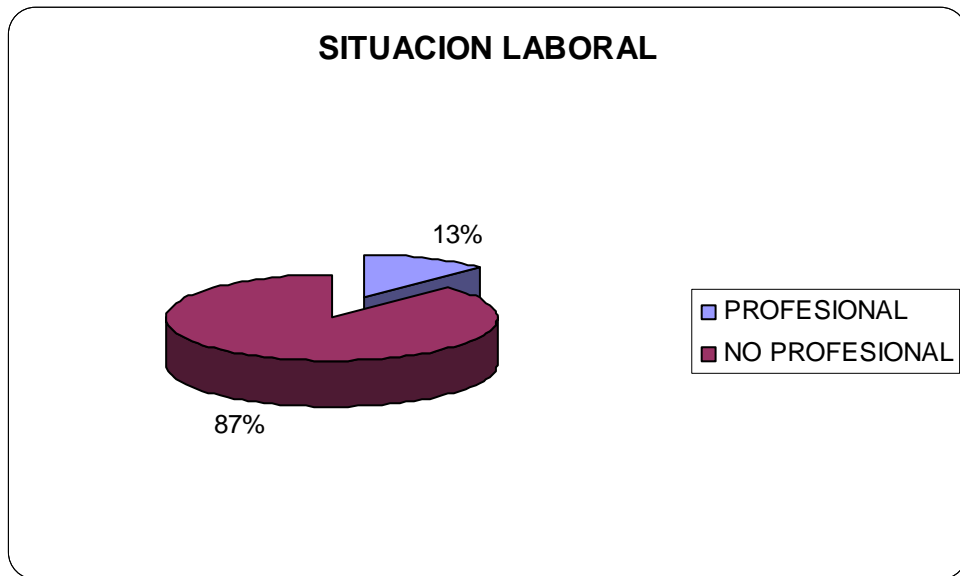
**Gráfico N° 4: Relación porcentual de pacientes del sexo masculino con lumbago según estado civil.
ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.**



Fuente: ídem.

Según el gráfico la mitad de los pacientes estaban casados al presentar lumbago.

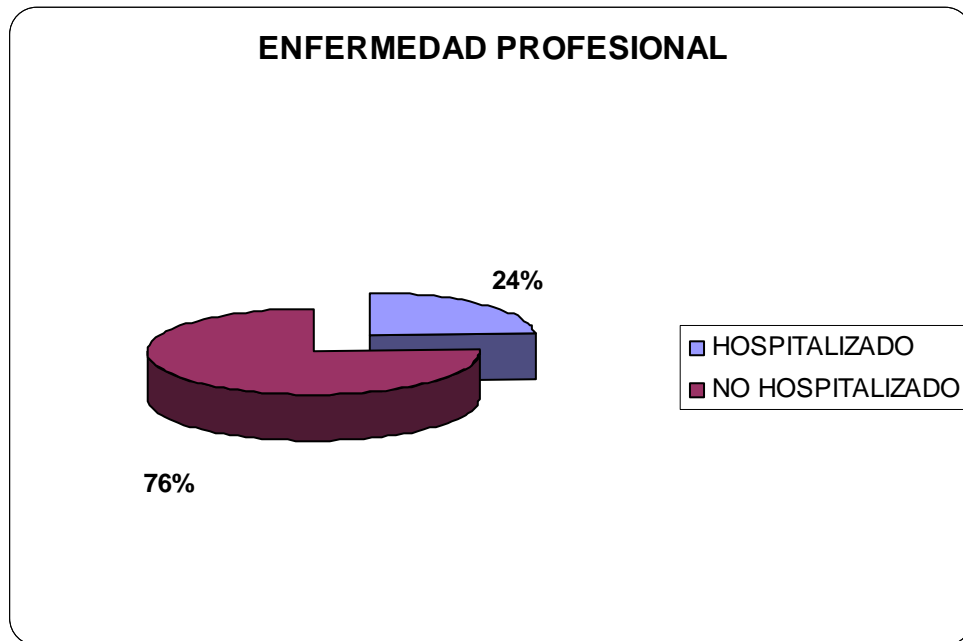
**Grafico N° 5: Relación porcentual de pacientes con lumbago según situación laboral.
ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.**



Fuente: ídem.

De las personas que fueron atendidas por lumbago, la mayoría corresponde a mano de obra no profesional, la cual está sometida a trabajos que demandan un gran esfuerzo físico. Por lo que se podría deducir que las personas que están mucho tiempo de pie, mantienen posiciones antiálgicas, etc. tienen una alta probabilidad de presentar lumbago.

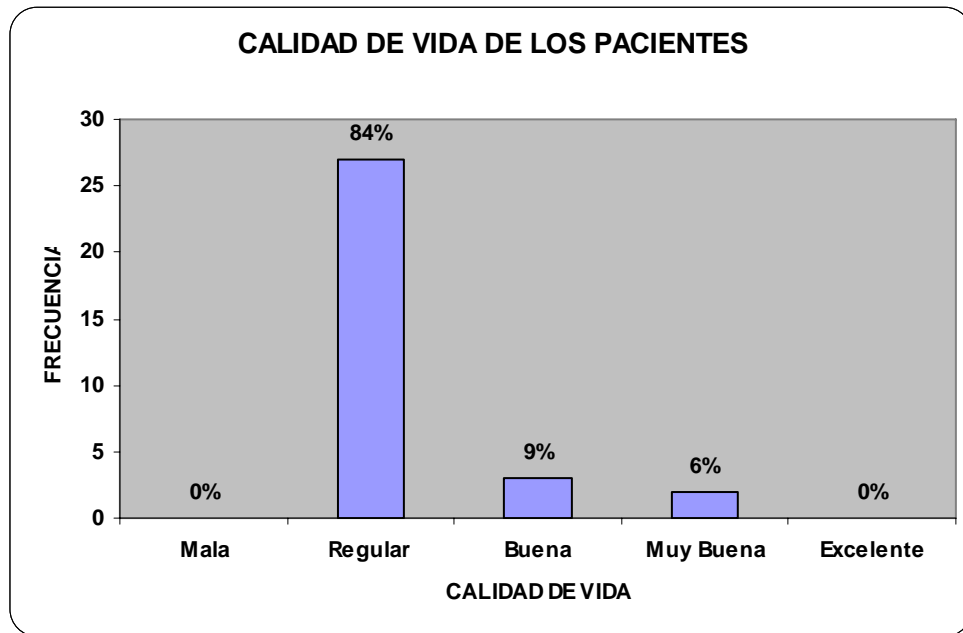
Gráfico N° 6: Relación porcentual de pacientes con lumbago según enfermedad profesional y hospitalización. ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.



Fuente: ídem.

De acuerdo al gráfico, la mayoría de las personas que consultaron por presentar lumbago no necesitaron ser hospitalizadas, ellos según prescripción médica deberán asistir a sesiones de kinesioterapia, tomar analgésicos y reposo por algunos días en su casa sin realizar labores que les exijan una gran demanda física por algún tiempo.

Gráfico N° 7: Relación numérica y porcentual de pacientes con lumbago según su percepción de calidad de vida. ACHS Valdivia. Mayo – Junio 2005.

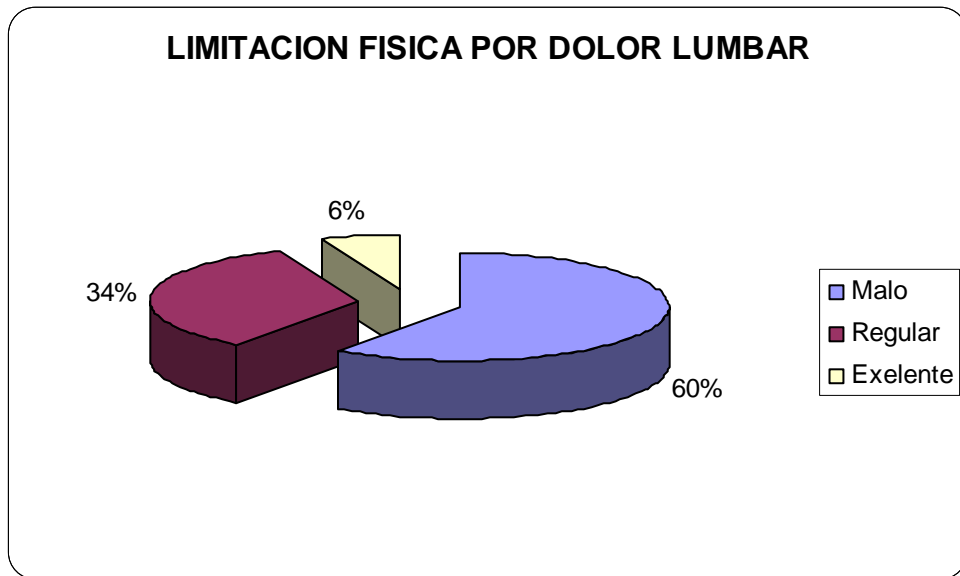


Fuente: ídem.

La calidad de vida es la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida incluyendo su nivel de salud. Este gráfico evidencia que un altísimo porcentaje de las personas con lumbago perciben su calidad de vida como regular, nadie la percibe como mala o buena.

También hay que decir que de los resultados obtenidos en la dimensión de salud general, más de la mitad de los pacientes consideran que su estado actual de salud interfiere en el desarrollo habitual de sus actividades cotidianas, limitándolas en cierto grado o en una forma regular.

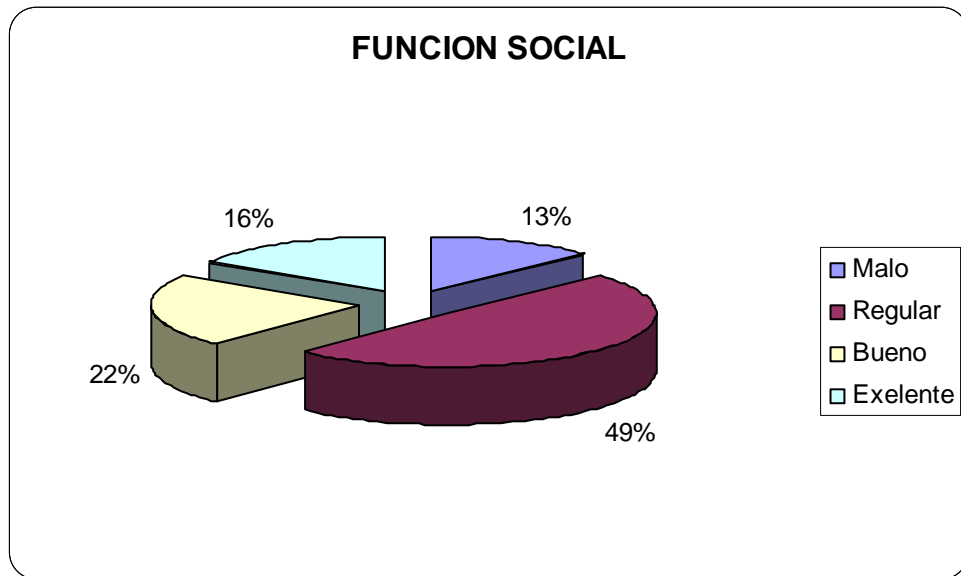
**Gráfico N° 8: Relación porcentual de pacientes con lumbago según dolor corporal.
ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.**



Fuente: ídem.

En este gráfico se puede observar que el lumbago de una u otra manera produce un grado de incapacidad física por dolor, una parte insignificante de los pacientes atendidos manifestó que el dolor no les impidió realizar sus labores diarias, pero la mayoría consideró que no puede trabajar porque se siente limitada para realizar sus labores.

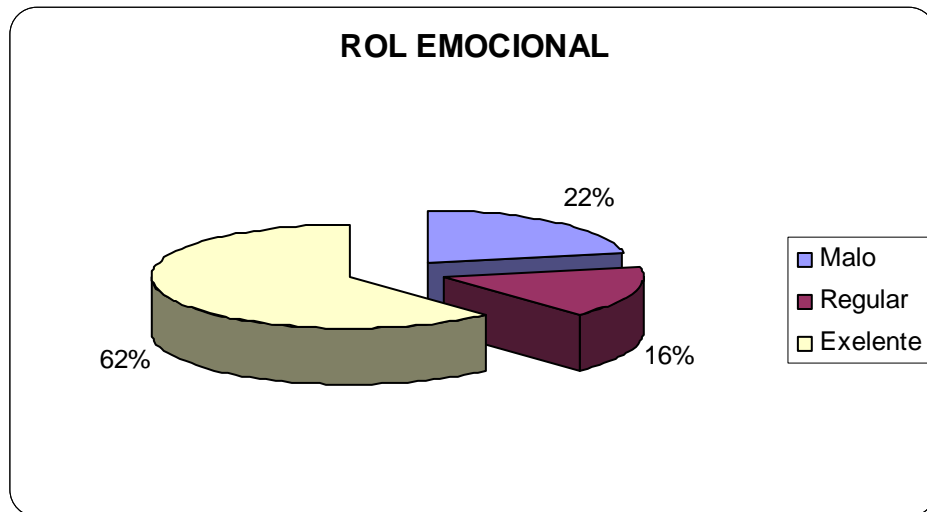
**Gráfico N° 9: Relación porcentual de pacientes con lumbago según función social.
ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.**



Fuente: ídem.

Este gráfico muestra que el lumbago interfiere de forma negativa en la vida social del individuo, ya que al sentirse limitado físicamente no puede visitar a familiares, reunirse con amistades, etc.

**Gráfico N° 10: Relación porcentual de pacientes con lumbago según rol emocional.
ACHS. Valdivia. Mayo- Junio 2005.**

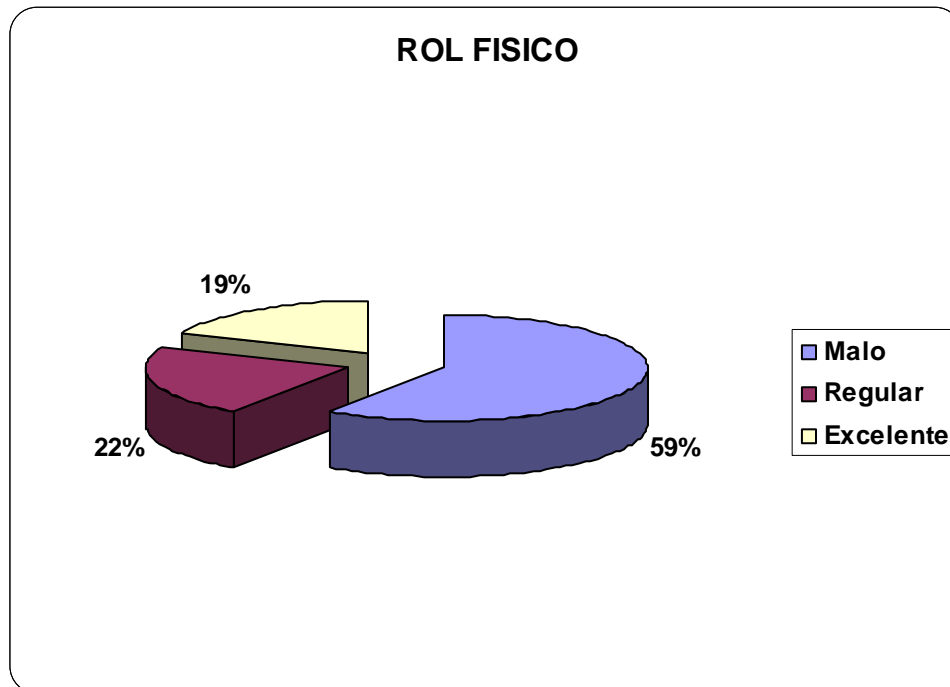


Fuente: ídem.

La mayoría de los pacientes que presentaron lumbago manifestaron que la causa de éste no correspondía a problemas emocionales sino más bien físicos, a diferencia de que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes expresó que la causa de su dolor lumbar fué de carácter emocional.

Según estos resultados la salud mental de estos pacientes evidencia que el dolor lumbar les provocó algunos problemas en su estado de ánimo como depresión, estrés, ansiedad, etc.

**Gráfico N° 11: Relación porcentual de pacientes con lumbago según su rol físico.
ACHS. Valdivia. Mayo – Junio 2005.**



Fuente: ídem.

Un poco más de la mitad de los pacientes no cumple con su trabajo y otras actividades por causa física, ya que se encuentra limitado para cumplir con aquello por las molestias provocadas por el lumbago.

Además, según función física, la mayoría de los pacientes obtuvieron un resultado regular, esto quiere decir, que ellos no poseen una adecuada mecánica postural, no realizan bien sus esfuerzos físicos, lo que conlleva a la aparición de lumbago.

También si se habla de vitalidad, la mayor parte de los pacientes manifestaron que han presentado episodios de cansancio y agotamiento, lo que se asemeja a los resultados obtenidos en las dimensiones de rol físico y función física.

6. DISCUSION

Los resultados obtenidos de la población estudiada, mostraron que la edad de los pacientes atendidos por lumbago fluctúa entre los treinta y cincuenta años de edad, es decir, se presenta en personas jóvenes, lo cual se asemeja a estadísticas realizadas por la ACHS las cuales muestran que el 80% de los casos de lumbago afecta a menores de 45 años. (Boletín de la ACHS; 2005).

En relación al sexo, la mayoría de la población atendida por lumbago fué masculina, ya que gran parte de los afiliados a la ACHS son hombres y trabajan en empresas tales como la UACH, ACENAV, INFODEMA, MASISA, etc.

Al analizar la calidad de vida según estado civil resultó que hombres y mujeres poseen una calidad de vida regular, a diferencia de estudios realizados por Elgueta y Cols que dicen que la buena calidad de vida se relaciona con el estar casado (Elgueta y Cols, 2002).

También al comparar pacientes profesionales y no profesionales podría deducirse que los profesionales poseen mayores conocimientos sobre los peligros que conllevan los malos hábitos posturales, un mejor manejo del estrés, o que su trabajo es menos demandante de esfuerzo físico a diferencia de la mano de obra no profesional la cual está expuesta a trabajos más exigentes. Se puede agregar que en nuestro país según estudios realizados por la Mutual de Seguridad el lumbago es la segunda causa de ausentismo laboral (Mutual de Seguridad; 2005).

De acuerdo al los resultados obtenidos según hospitalización la mayoría de las personas que consultaron por presentar lumbago no necesitaron ser hospitalizadas, ellos según prescripción médica deberán asistir a sesiones de quinesioterapia, tomar analgésicos y reposo por algunos días en su casa sin realizar labores que les exijan una gran demanda física por algún tiempo.

Un 60% de los pacientes manifestaron que su dolor lumbar los limitó en sus actividades diarias y en su trabajo, lo que concuerda con resultados obtenidos en la dimensión de rol físico, los que dicen que un 59% de los pacientes no puede cumplir con su trabajo ni sus labores habituales debido a las molestias que les causa el lumbago y respecto a la función física un 62% de los pacientes teniendo conciencia de cómo se debe desarrollar una buena mecánica postural a veces no realizan bien sus esfuerzos físicos , por lo tanto su evaluación es regular. Esto a su vez influye en que el trabajador no entrega un servicio de calidad a la empresa es cusa de ausentismo laboral por licencia médica.

Las dolencias de la espalda, y específicamente los dolores lumbares, son la causa más frecuente de ausentismo laboral, en países tales como Estados Unidos causan el 16% de las bajas laborales y se estima que en un país europeo el gasto que generan sólo por conceptos laborales equivale cada año al 1,5% del Producto Interior Bruto. (www.ondasalud.com/edición/noticia)

Un 50% de los pacientes manifestó que el dolor lumbar es uno de los causantes de que a veces le impidió realizar su vida social habitual como compartir con la familia, visitar familiares, salir con amigos, etc., o que en cierto modo este dolor interfirió en aquello.

Solo un 22% de los pacientes manifestó que el lumbago es por causa emocional o que éste influye totalmente en su mal estado de ánimo, a diferencia de un 63% de los pacientes que dicen que su lumbago no es por causa emocional como por ejemplo estrés, depresión, ansiedad, etc., lo cual se contradice con los resultados obtenidos en la dimensión de salud mental, la cual muestra que el 56% de los pacientes manifestaron que en algunas oportunidad el dolor lo relacionaron con una situación de ansiedad o depresión que presentaron, por ejemplo, de 166 pacientes que se atendieron por lumbago en el Hospital del Trabajador de Santiago de Chile, un el 71% presentó un trastorno de adaptación relacionado con síntomas ansiosos (Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad; 1999).

Un 59% de los pacientes presentaron situaciones de cansancio y agotamiento, las cuales en ciertos momentos dificultaron su actividad laboral, su función física, familiar y social.

7. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos después de la aplicación del cuestionario de salud SF-12 a los pacientes atendidos por lumbago en la ACHS en los meses de Mayo y Junio del año 2005, se puede concluir que el dolor lumbar es una experiencia emocional, subjetiva y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral que afecta negativamente la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, es una enfermedad músculo-esquelética común en hombres jóvenes cuya edad fluctúa aproximadamente entre los treinta y cincuenta años de edad, que ejecutan trabajos demandantes que requieren de un gran esfuerzo físico como la manipulación de cargas, movimientos repetitivos, etc. agregándosele a esto una mala postura, estrés, obesidad, etc.

También se puede decir que la intensidad del dolor corporal influye de forma negativa en la salud general del paciente, provocando en él un sentimiento de baja energía, falta de vitalidad e incapacidad para realizar labores habituales.

En relación al estado civil de los pacientes con lumbago predominan los pacientes casados independientemente del sexo que tengan.

En el ámbito psicológico existe una contradicción, ya que la mayor parte de los pacientes encuestados dice que el lumbago no interfiere en sus problemas emocionales obteniendo en este ítem una calificación excelente a diferencia del ítem sobre la dimensión de salud mental en donde obtuvieron como resultado la calificación de regular.

Para finalizar se puede decir, que el paciente con lumbago necesita la adopción de una serie de pautas para evitar aquellos factores de riesgo que empeoren su dolencia, ser atendidos por un equipo multidisciplinario para el tratamiento del dolor, de las alteraciones psicológicas, disminución del déficit funcional y la reincorporación laboral. También generar programas en donde se incluyan sesiones educativas, terapia física, psicológica, ocupacional individual y en la empresa.

8. BIBLIOGRAFIA

John F. Flinkea. “Enfermedades ocupacionales”. Organización Panamericana de la salud. Cali, Colombia. 1988

Lola Estévez. “ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES”. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 2001

Rossana Belmar. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PATOLOGÍA LUMBAR EN CHILE. Santiago de Chile. 1999

Subsecretaria del trabajo. “CÓDIGO DEL TRABAJO”. Ministerio del trabajo y previsión social. Santiago de Chile. Julio 2002

Software Laboral. Boletín oficial de la dirección del trabajo. Versión PC. 2003.

REFERENCIA ELECTRÓNICA

Albornoz J. DOLOR DE ESPALDA BAJA O LUMBAGO. 1999.
<http://www.angelfire.com/al2/albornoz/lumbago.html> (visitada el 29 de Julio del 2005)

Ara C. LUMBAGO. 2005.
<http://www.webdehogar.com/salud-familiar/lumbago-dolor-lumbar-espalda-tratamientos-remedios.htm> (visitada el 29 de Julio del 2005)

Áreas Temáticas. LA LUMBALGIA DE APARICIÓN LENTA SE RELACIONA CON FACTORES PSICOLÓGICOS.2005
<http://dl.areastematicas.com/noticia.php?id=36> (visitada el 29 de Julio del 2005)

Castro M. LUMBALGIA. 2002.
<http://www.fisterra.com/guias2/lumbalgia.asp> (visitada el 30 de Julio del 2005)

DIARIO DIGITAL DE INFORMACION SANITARIA. 2000. Noticias.
http://www.azprensa.com/noticias_ext.php?idreg=9153&AZPRENSA=e0f75cf3da10994cc34b9cac2c49649a (visitada el 9 de Agosto del 2005)

Dra. Buil P. LA LUMBALGIA EN ATENCION PRIMARIA. 2000
<http://www.aoes.org/idb/documentos/guiadelumbalgia.pdf> (visitada el 29 de Julio del 2005)

Dra. García C. LUMBALGIA MECANICA.
http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/cirugia/doc/rehabilitacion/doc/lumbalgia_mecanica.htm (visitada el 2 de Agosto del 2005)

Dra. Rull M. LA LUMBALGIA DE APARICION LENTA SE RELACIONA CON FACTORES SICOLOGICOS. 2005.
<http://dl.areastematicas.com/noticia.php?id=36> (visitada el 3 de Agosto del 2005)

Dra. Vega L .APUNTES DE REUMATOLOGIA..2005. Lumbago.
<http://escuela.med.puc.cl/publ/ApuntesReumatologia/Lumbago.html> (visitada el 20 de Agosto del 2005)

Dr. Calderón J. LUMBALGIA. 2004.
<http://www.proloterapia.com/lumbalgia.html> (visitada el 29 de Julio del 2005)

Dr. Londoño R. DOLOR LUMBAR AGUDO. 2001
http://www.sccot.org.co/bancoconocimiento/O/Orto_v15n3dic_lumbar-new/orto_lumbar.htm (visitada el 30 de Julio del 2005)

Espiño I. LA LUMBALGIA DE APARICION LENTA SE RELACIONA CON FACTORES SICOLOGICOS. 2005.
<http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2005/03/29/dolor/1112106056.html> (visitada el 1 de Agosto del 2005)

González A. CRITERIOS PARA EL ESTUDIO Y MANEJO DEL DOLOR BAJO DE ESPALDA. 2000.
<http://www.imbiomed.com.mx/Juarez/Juv67n2/espanol/Wju002-06.html> (visitada el 29 de Julio del 2005)

GUÍA MÉDICA FAMILIAR.1998

<http://www.explored.com.ec/guia/fas833.htm> (visitada el 30 de Julio del 2005)

GUIA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA. 1998

<http://www.intermedicina.com/Guias/Gui035.htm> (visitada el 8 de Agosto del 2005)

Guic E. CONTRIBUCION DE FACTORES SICOSOCIALES A LA CRONICIDAD DEL DOLOR LUMBAR. 2002

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-> (visitada el 28 de Agosto del 2005)

Hermida L. LUMBALGIA O DOLOR DE ESPALDA. 2003

<http://www.fisterra.com/material/consejos/lumbalgia.asp> (visitada el 3 de Agosto del 2005)

Kovacs F. LUMBALGIA. 2004.

<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,227185,00.html> (visitada el 26 de Agosto del 2005)

LLEGA A PADECER LUMBALGIA 70% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL. Noticias. 2003

<http://www.todito.com/paginas/noticias/134776.html> (visitada el 26 de Agosto del 2005)

Medicina TV.GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA. 2005

<http://profesional.medicinatv.com/reportajes/muestra.asp?id=49> (visitada el 5 de Agosto del 2005)

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento escrito, específico para cada cuestionario que se entregará al posible participante antes de que este otorgue su consentimiento.

Consentimiento informado sobre el cuestionario de la calidad de vida del paciente con residencia en Valdivia atendido por lumbago agudo en la Asociación Chilena de Seguridad de Valdivia (ACHS)

Yo:.....

He leído el cuestionario que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el cuestionario.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la Sra. Mabel Venegas Henríquez y

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo rechazar el cuestionario.

Presto libremente mi conformidad para participar en el trabajo de investigación sobre la calidad de vida del paciente con lumbago.

Fecha

ANEXO 2

CUESTIONARIO SF-12 SOBRE EL ESTADO DE SALUD

NOMBRE:

SEXO: M F

EDAD:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

I. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente (1 punto)
2. Muy buena (2 puntos)
3. Buena (3 puntos)
4. Regular (4 puntos)
5. Mala (5 puntos)

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

II. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de 1 hora:

1. Sí, me limita mucho (1 punto)
2. Sí, me limita un poco (2 puntos)
3. No, no me limita nada (3 puntos)

III. Subir varios pisos por la escalera.

1. Sí, me limita mucho (1 punto)
2. Sí, me limita un poco (2 puntos)
3. No, no me limita nada (3 puntos)

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

IV. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1. Si (1 punto)
2. No (2 puntos)

V. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

1. Si (1 punto)
2. No (2 puntos)

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

VI. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

1. Si (1 punto)
2. No (2 puntos)

VII. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

1. Si (1 punto)
2. No (2 puntos)

VIII. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada (1 punto)
2. Un poco (2 puntos)
3. Regular (3 puntos)
4. Bastante (4 puntos)
5. Mucho (5 puntos)

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

IX. ¿Se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre (1 punto)
2. Casi siempre (2 puntos)
3. Muchas veces(3 puntos)
4. Algunas veces(4 puntos)
5. Sólo alguna vez (5 puntos)
6. Nunca(6 puntos)

X. ¿Tuvo mucha energía?

1. Siempre (1 punto)
2. Casi siempre (2 puntos)
3. Muchas veces (3 puntos)
4. Algunas veces (4 puntos)
5. Sólo alguna vez (5 puntos)
6. Nunca (6 puntos)

XI. ¿Se sintió desanimado y triste?

1. Siempre (1 punto)
2. Casi siempre (2 puntos)
3. Muchas veces (3 puntos)
4. Algunas veces (4 puntos)
5. Sólo alguna vez (5 puntos)
6. Nunca (6 puntos)

XII. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre (1 punto)
2. Casi siempre (2 puntos)
3. Algunas veces (3 puntos)
4. Sólo alguna vez (4 puntos)
5. Nunca (5 puntos)