

Impacto del cuidado no profesional: incapacidad por dolor de espalda en las personas cuidadoras.

Impact of informal care: back pain disability carers.

Victor Ortiz Mallasen | Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario de la Plana, Vila-Real | sa319755@uji.es
M^aVictoria Ibáñez Gual | Matemática. Departamento de Matemáticas, Universidad Jaime I de Castellón.
Eloy Claramonte Gual | Médico. Servicio de Urgencias y UMCE, Hospital General Universitario de Castellón.

RESUMEN

Introducción: el cuidador no remunerado está sometido a grandes sobrecargas, siendo vulnerable a padecer problemas físicos como el dolor de espalda, que pueden sobrevenirle una incapacidad.

Objetivos: estimar la prevalencia de dolor de espalda e incapacidad por dolor de espalda en un grupo de cuidadores no remunerados. Conocer las características de los cuidadores y de los dependientes y las posibles relaciones estadísticas entre las distintas variables.

Material y método: estudio descriptivo transversal multicéntrico. Población y muestra: 35 cuidadores no remunerados participantes en actividades de apoyo. Instrumentación: cuestionario sobre dolor de espalda e incapacidad de Oswestry. Variables: presencia y nivel de dolor de espalda, características de cuidadores y dependientes.

Resultados: el perfil del cuidador corresponde a una mujer (94.29%), de mediana edad (63.65 ± 9.34), casada (82.86%), que lleva cuidando más de 6 años (86.96 ± 106.20) y que cuida a un ascendiente (57.14%). La prevalencia de dolor de espalda es del 94.29%, con una media de nivel de dolor de 6.21 ± 2.04 en una EVA de 0 a 10. El 42.42% de los cuidadores mostraron una incapacidad moderada derivada de su dolor de espalda. Encontramos una relación estadísticamente significativa al 95% entre la existencia de dolor y el tiempo de desempeño del cuidado (p-valor 0.029), el nivel de dolor y el nivel de incapacidad (p-valor 0.018) y el diagnóstico principal del dependiente con su índice de Barthel (p-valor 0.005).

Conclusiones: se detecta una alta prevalencia de dolor de espalda e índices moderados de incapacidad derivados de la existencia de ese dolor, con posible relación con el tiempo de desempeño de sus funciones.

Recibido: 2 febrero 2016
Aceptado: 28 marzo 2016
Publicado: 3 mayo 2016

Palabras clave. Dolor de espalda, cuidadores no remunerados, prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: family caregiver is under great overloads, being vulnerable to suffer physical problems like back pain, which can lead to a situation of disability.

Objectives: to estimate the prevalence of back pain and disability due to back pain in a group of family caregivers. Knowing the characteristics of caregivers and dependents, as well as any statistical relationships between different variables studied.

Methods: cross-sectional multicenter study. Population and sample: 35 family caregivers participating in support activities. Instrumentation: back pain questionnaire and Oswestry disability. Variables: presence and level of pain, sociodemographic features of caregivers and dependents.

Results: the profile of a caregiver correspond to a woman (94.29 %), middle age (63.65 ± 9.34), married (82.86 %), who is caring people for over 6 years (86.96 ± 106.20) and who cares for an ascendant (57.14 %). The prevalence of back pain in the sample is 94.29%, with a mean pain level of 6.2 ± 2.04 . The 42.42% of caregivers showed moderate disability resulting from back pain. We found a 95% statistical relationship between the presence of pain and time of performance of care (p-value 0.029), the level of pain on the level of disability (p-value 0.018) and the main diagnosis of the dependent with his index Barthel (p-value 0.005).

Conclusions: we have a high prevalence of back pain and moderate rates of disability due to the existence of that pain, possibly related to the time of performance of their duties.

Keywords: Back pain, family caregivers, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El cuidador no remunerado es aquel que manteniendo algún vínculo de parentesco con una persona en situación de dependencia asume la responsabilidad en cuanto a su atención y cuidados diarios, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que esta

va perdiendo sus capacidades y su autonomía. El cuidador se ocupa de las necesidades de autocuidado y de atención que pueda presentar la persona dependiente. No suele poseer formación previa relacionada con el cuidado y no percibe remuneración económica por ello (1). En España, al igual que en el resto de los países de la Europa meridional, la satisfacción de las necesidades de las personas dependientes se ha caracterizado históricamente por el papel predominante de la "familia como principal fuente de ayuda", asignando este rol cuidador de forma mayoritaria a la mujer (2).

El cuidador familiar está sometido a grandes sobrecargas, siendo más vulnerable a padecer problemas físicos y psíquicos, lo que es determinante para la aparición del denominado síndrome del cuidador, relacionándose incluso con un aumento de la mortalidad (3).

El aumento de la esperanza de vida y los cambios en los estilos de vida han favorecido el crecimiento de prevalencia de las enfermedades musculoesqueléticas en todo el mundo, entre las que hay descritas más de 150 enfermedades y síndromes. En una investigación sobre el coste de las enfermedades realizado en Suecia, el grupo de las enfermedades músculo esqueléticas era el más importante, suponiendo el 22,6% del coste total de las enfermedades (4). Solo en EEUU se calcula que los costes derivados de estas enfermedades sobrepasan los 240 billones de dólares al año (5).

Sin duda la patología músculo esquelética más común es el dolor de espalda. En España la prevalencia de dolor de espalda en la población general se sitúa entre el 54% y el 78% según algunos estudios (6). La Sociedad Española del Dolor en su estudio Valoración socioepidemiológica del paciente con dolor (7), indica que el dolor de espalda afecta a un 75% de las personas adultas a lo largo de su vida y en el 90% de los casos se debe a una alteración mecánica de las estructuras vertebrales.

Aunque actualmente no existen demasiadas referencias que aborden el dolor de espalda en cuidadores familiares, los resultados encontrados en un estudio de casos-controles evidenciaron la tendencia que tenía el grupo de cuidadores no remunerados a la presencia de dolor de espalda y algias musculares, en mayor proporción que el grupo control, formado por no cuidadores con iguales características sociodemográficas y de salud que el grupo de casos (8).

Un estudio realizado en Barcelona en el año 2000 demostró que el 73% de la población de cuidadores no remunerados estudiada padecía

dolor de espalda ocasionado por sus labores del cuidado (9). Así mismo el análisis de datos reflejó que cuanto mayor era el nivel de dependencia de la persona cuidada, más repercutía en el deterioro de la calidad de vida del cuidador. Otra investigación más reciente llevada a cabo sobre un grupo de cuidadores principales concluyó que el 74,70% de la muestra presentaba dolor de espalda, siendo esta la consecuencia de mayor impacto derivada del cuidado informal (10).

OBJETIVOS

- Objetivo principal: estimar la prevalencia y el grado de incapacidad por dolor de espalda en cuidadores no remunerados participantes en un programa enfermero de educación y apoyo.
- Objetivos secundarios: conocer las características sociodemográficas de los cuidadores y de las personas a las que cuidan. Averiguar la intensidad subjetiva del dolor de espalda en los cuidadores. Analizar las posibles relaciones existentes entre las diferentes variables, como el impacto que puede tener el tiempo de cuidador con la presencia o no de dolor de espalda o el sexo de los dependientes sobre el nivel de incapacidad por dolor de espalda, entre otros.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de carácter descriptivo, transversal y multicéntrico; se realizó recolectando datos sobre la presencia de dolor de espalda y su afectación sobre la vida diaria en un grupo de cuidadores no remunerados, que participaron en una actividad multidisciplinar de formación y apoyo a la comunidad, denominada "Formando a personas cuidadoras".

Dicha actividad se lleva a cabo en distintos centros de salud de la provincia de Castellón; está apoyada por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud y dirigida por el área de Salud Pública de Castellón, quien se encarga de marcar las pautas curriculares de los talleres.

El programa proporciona herramientas necesarias para cuidadores no profesionales teniendo como objetivo principal: proporcionar apoyo y formación a aquellos cuidadores que cumplen ciertos criterios de sobrecarga física y/o psíquica.

ca, con la intención de mejorar su calidad de vida, desarrollando o modificando estilos de vida que propicien su autocuidado. Los talleres constan de 10 sesiones, de dos horas de duración cada una, un día a la semana. Cada grupo consta de un máximo de 12 participantes y el contenido general del mismo recoge distintos campos del cuidado, con el objetivo de reforzar dichas áreas. La programación general transmite en sus sesiones nociones básicas de recursos socio-sanitarios, conocimientos técnicos, ergonómica, movilidad, relajación, cuidado del cuidador; signos y síntomas de alarma en el paciente domiciliario y circuitos sanitarios.

Población y muestra

La población diana del estudio fueron mujeres y hombres, residentes en la provincia de Castellón, que ejercían como cuidadores no profesionales y que participaron en los talleres de formación. La población de estudio fueron los cuidadores que cumplieron los criterios de inclusión exigidos para la investigación. Finalmente, la muestra del estudio la conformaron aquellos participantes que cumplieron correctamente el cuestionario sobre dolor de espalda: 35 cuidadores (la totalidad de los asistentes a 4 talleres realizados entre los meses de marzo y mayo del año 2015).

Criterios de selección

En las características de la enfermedad o exposición, los participantes debían presentar dolor de espalda durante el último año. Los criterios de inclusión se detallan a continuación.

- Participar en el taller: "Formando a personas cuidadoras".
- Poder autocumplimentar la encuesta sin ayuda.
- Deseo expreso de participar en el estudio.
- Firmar un formulario de consentimiento informado.

Variables

- Variable Principal: existencia de dolor de espalda en el último año, obtenida esta información mediante la utilización de una pregunta directa.
- Variables Secundarias: características del cuidador (sexo, edad, parentesco con la persona cuidada, meses como cuidador; nivel de dolor de espalda y grado de incapacidad por dolor de espalda), características del dependiente (edad, sexo, diagnóstico médico principal y nivel de dependencia).

Instrumentación

La recogida de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario sobre el dolor de espalda e incapacidad (Anexo 1), formado por tres partes; la primera recogía los datos sociodemográficos de los cuidadores y de las personas dependientes. Uno de los datos recogidos sobre éstos últimos era el nivel de dependencia según el índice de Barthel, que es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (11). Se eligió este índice ya que está considerado a nivel general como la escala más adecuada para valorar las actividades de la vida diaria (12). En la segunda parte del cuestionario se preguntaba al cuidador sobre la existencia de dolor de espalda en el último año, mediante una pregunta directa, y mediante una valoración del grado del dolor del 0 al 10. Sólo aquellos que respondieron positivamente a la pregunta directa, podían completar el resto del cuestionario. La última parte se corresponde con la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry compuesta por 10 ítems que evalúan la limitación que el dolor provoca en diferentes situaciones cotidianas. Es el test más utilizado, reconocido y recomendado a nivel mundial para medir la incapacidad por dolor lumbar (13). Fue publicada en el año 1980 por Fairbank et al (14) y en 1995 un grupo de investigadores español-

les (15) la adaptaron al español. En un estudio aplicado a pacientes con dolor crónico realizado en el año 2004, se concluyó que la escala podía ser útil en una población con dolor en distintas localizaciones y no únicamente en pacientes con lumbalgia (16).

Procedimiento de recogida de datos

Tras finalizar una de las sesiones del taller el docente responsable ofreció a los asistentes la participación en el presente estudio. Se explicó que su participación era absolutamente anónima y voluntaria; debían leer y firmar previamente un consentimiento informado para poder participar. Tras esto se procedió a entregar el cuestionario para su autocumplimentación. Se les indicó que debían de rellenar todo el cuestionario excepto la parte de los datos sociodemográficos relacionados con la patología y grado de dependencia de cada uno de los pacientes cuidados, ya que estos ítems los cumplimentaban los enfermeros gestores extrayendo la información de las historias clínicas correspondientes.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las distintas variables que se iban a estudiar. Se realizaron resúmenes numéricos en las variables cuantitativas: edad de los cuidadores, meses como cuidador; edad de los pacientes, índice de dependencia de Barthel y nivel de dolor de espalda en cuidadores. Así mismo, para evaluar las distintas variables cualitativas (sexo de los cuidadores, sexo de los pacientes, parentesco cuidador-dependiente, estado civil de los cuidadores, diagnóstico principal de los dependientes, presencia de dolor de espalda e incapacidad por dolor de espalda en cuidadores) se realizaron tablas de frecuencias de las categorías que las componen. Posteriormente, se escogieron las más destacables para mostrarlas mediante histogramas y gráficos de sectores. Para contrastar las posibles relaciones estadísticas se realizaron test de correlaciones para

las variables cuantitativas. En las cualitativas se llevaron a cabo test chi-cuadrado de independencia.

Para detectar diferencias significativas entre las medias de una misma variable en distintos grupos se utilizaron test t de comparación de medias o tests ANOVA (dependiendo del número de categorías).

Para el cálculo de todos los análisis se utilizó el programa estadístico R Commander, en su versión 3.0.1 (17).

Consideraciones éticas

La investigación cumple con los principios éticos básicos: justicia, no maleficencia/beneficencia y autonomía/respeto. Así mismo, no existen conflictos de interés por parte del investigador.

Aunque el método de recogida de datos y el tipo de estudio no implicaba dudas éticas ni deontológicas, se consideró oportuno solicitar permiso para su realización a los enfermeros responsables de cada taller. Se presentó una propuesta de proyecto de investigación, explicando las características del estudio. Todos aceptaron la propuesta y dieron verbalmente su conveniencia para la realización del mismo. Como se ha citado anteriormente, previamente a la contestación del cuestionario sobre dolor de espalda se ofreció un formulario de consentimiento informado que los participantes debían leer y firmar. Se les explicó que la aportación de sus datos era voluntaria y anónima, y que se cumplía con todos los permisos y consideraciones éticas oportunas para la realización del estudio.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 35 cuidadores, que cuidaban a un total de 41 personas dependientes; 29 (82.857%) cuidadores atendían a un único familiar y 6 (17.142%) manifestaron cuidar a dos dependientes simultáneamente.

Datos de los cuidadores

El rango de edad de los cuidadores (figura 1) estaba comprendido entre los 39 y los 80 años (edad media: 63.65 años; desviación típica: 9.34 años). El grupo era mayoritariamente femenino: 33 mujeres (94.29%) y tan solo 2

hombres (5.71%).

El 82.86% de los cuidadores estaban casados en el momento de la encuesta, como se muestra en la tabla 1.

Los encuestados llevaban una media de 82.22 meses cuidando, con un rango que oscilaba entre los 6 y los 588 meses (figura 2).

En cuanto al parentesco que unía al cuidador con el dependiente, más de la mitad eran hijos (57.14%) y en segundo lugar cónyuges (37.14%).

Datos de los dependientes

Los cuidadores se encargaban del cuidado principal de un total de 41 dependientes, con un rango de edad comprendido entre los 49 y los 95 años (edad media: 80.73 años; desviación típica: 10.36 años) (figura 3). 22 de los dependientes eran mujeres (53.66%) y 19 hombres (46.34%).

En cuanto a las patologías de los dependientes (figura 4), destacó principalmente el grupo de enfermedades neurológicas con un 63.41% de los casos (26 casos). Se englobaron en este grupo enfermedades como Alzheimer; patologías cerebrovasculares, Parkinson, demencias, esclerosis lateral amiotrófica, etc. El resto de diagnósticos fueron cáncer; enfermedades musculoesqueléticas, respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), psiquiátricas (esquizofrenia) y cardiovasculares (insuficiencia cardíaca).

Se recogieron datos del nivel de dependencia de los pacientes (tabla 2) a través del índice de Barthel. La media fue de 47.31, la desviación típica de 25.88, con un rango comprendido entre 0 y 95. Como se puede observar en la tabla 2 la mayoría de los dependientes presentaron un nivel de dependencia severo (21-60).

Prevalencia del dolor de espalda

La prevalencia de dolor de espalda en la muestra fue de 94.29%. En el caso de aquellos cuidadores con un dependiente a su cargo la prevalencia se reducía al 93.10% y si atendían a 2 aumentaba al 100% (tabla 3).

Se llevó a cabo un test chi-cuadrado para ver si existía relación entre el número de dependientes que atendía cada cuidador y la presencia/ausencia de dolor de espalda. El p-valor del contraste fue 1, con lo que no se detectaron diferencias significativas en la prevalencia de dolor de espalda entre los grupos de cuidadores que atendían a 1 o a 2 dependientes.

DISCUSIÓN

El estudio detecta una alta prevalencia de dolor de espalda en el grupo de cuidadores encuestados: el 94.29% manifiesta haber padecido dolor de espalda en el último año. Estas cifras superan las encontradas en anteriores estudios, aunque la comparación es complicada ya que se utilizan distintas metodologías y por otro lado la muestra es reducida. Así, Ballester et al (10) obtienen una prevalencia del 73% en una muestra de 269 cuidadores gerundenses. Roca et al (9) en un estudio llevado a cabo en Barcelona encuentran una prevalencia del 74.70%. Las cifras de estos estudios son similares a la prevalencia de dolor de espalda en la población española, 75% según la Sociedad Española del Dolor (7); no así respecto a la de la presente investigación.

Los resultados encontrados en el estudio ponen en evidencia la vulnerabilidad del cuidador no remunerado a padecer en mayor medida dolor de espalda. Un estudio realizado sobre una población similar (8), muestra que los cuidadores padecen dolor de espalda y algias musculares, y que estos síntomas se pueden relacionar con la aparición del denominado síndrome del cuidador.

El grado de incapacidad por dolor de espalda según el test de Oswestry oscila mayoritariamente entre la incapacidad moderada e intensa (72.72% del total); similar al de otros estudios como el realizado en 2013 (18) sobre una población con espondilolistesis lumbar donde el nivel medio fue de 41.28, correspondiente a un nivel intenso de incapacidad. Vicario et al (19) concluye sobre una muestra de pacientes sometidos a artrodesis cervical, que padecen una incapacidad intensa con una media de 49.46 previa a la cirugía.

Respecto a los factores asociados, al igual que otros autores, se objetiva que el sexo de los cuidadores es mayoritariamente femenino (94.29%), algo que se relaciona con el tradicional papel de la mujer como principal fuente de ayuda (2) y que coincide con otros estudios como el de Ballester et al (10), donde las mujeres representan el 80% de su muestra.

En cuanto al nivel de dolor, la media (en una escala visual analógica del 1 al 10) es de 6.21; una cuantía moderada si se tiene en cuenta que los cuidadores llevaban una media de meses cuidando bastante elevada, 82.22 meses. Aquí sí se puede establecer una relación directa entre el tiempo de cuidador con la presencia o no de dolor, ya que los que tienen dolor llevan una media de 86.96 meses con un rango entre 6 y

588 meses, mientras que los que no padecen dolor llevan una media de 21.5 meses con un rango de 7 a 36 meses.

Otra variable que parece interferir sobre el grado de incapacidad por dolor de espalda es el nivel de dolor presentado. Cuanto más dolor manifiestan padecer los cuidadores, mayor es el grado de incapacidad. En la bibliografía consultada no existen datos que relacionen ambas variables en el contexto de nuestro estudio, pero sí existen otras investigaciones (20-22) que relacionan directamente la influencia del dolor sobre el grado de incapacidad, como la de Tomé-Bermejo et al (18) donde la incapacidad se reduce conforme disminuye el dolor lumbar por síndrome facetario, en un grupo de 70 pacientes.

Así mismo el tipo de patología que padecen los pacientes marca directamente su grado de dependencia según Barthel. Destacan las patologías neurológicas y las musculoesqueléticas, teniendo esta última un mayor grado de discapacidad que el resto. Sin embargo las alteraciones neurológicas presentan más casos de discapacidad total.

Nos sorprende no encontrar relación entre el nivel de dolor de espalda y el tiempo que los cuidadores llevan ejerciendo como cuidadores principales, máxime cuando se relaciona la existencia del dolor al tiempo.

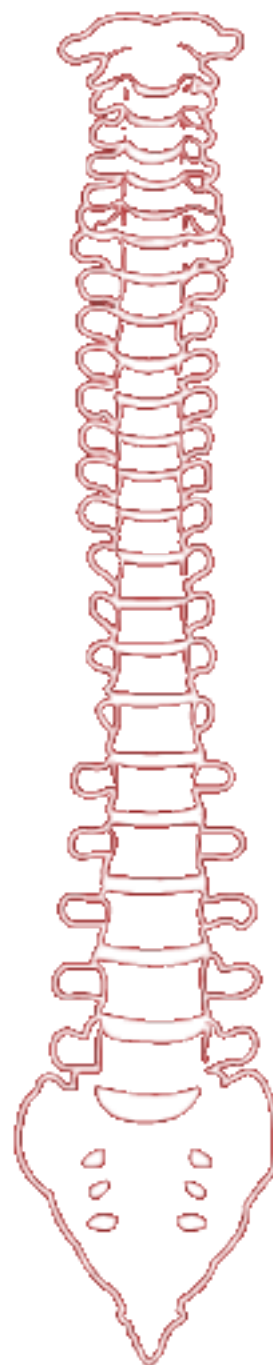
El presente estudio ha permitido una aproximación a las características sociodemográficas del cuidador no remunerado que tiene a su cargo una persona dependiente, así como al impacto que el desempeño de dicho rol ocasiona sobre la salud de su espalda. A tenor de la escasez de estudios sobre la afectación de la labor del cuidado sobre la salud musculoesquelética de los cuidadores, el estudio representa una aportación interesante sobre el tema intentando establecer los niveles de incapacidad por dolor de espalda que el cuidado no profesional genera.

Dado que el estudio ha sido realizado en una pequeña muestra captada por reunir una serie de características muy concretas, la

generalización de los resultados y conclusiones debe ser realizada con precaución, aunque son representativos pues las características de los cuidadores son similares a las descritas en otros grupos estudiados en la bibliografía. Así, el perfil del cuidador corresponde al de una mujer de edad media (40-65 años), casada, descendiente de primer grado de la persona cuidada y con varios años (2-9 años) en el desempeño del rol de cuidador. Presenta dolor de espalda en el momento del estudio, que le genera un nivel medio de dolor de 6.2, en una escala visual analógica. El dolor le produce al un nivel de incapacidad moderado (20-40% en la escala Oswestry).

Los resultados ponen en relieve que el tiempo que la cuidadora lleva desempeñando este rol influye a la hora de que exista su dolor de espalda; igualmente la incapacidad que dicho dolor le genera, tiene que ver con el nivel de dolor manifestado.

Los resultados obtenidos ponen en evidencia la necesidad de continuar con actuaciones multidisciplinares encaminadas a apoyar a los cuidadores principales tanto de forma preventiva como de soporte, máxime cuando las revisiones realizadas al respecto muestran el beneficio de las mismas (23-24). Existen experiencias publicadas (8) sobre diferentes tipos de intervenciones realizadas por distintos profesionales, donde se han obtenido resultados positivos (sobre el cuidador y el paciente) en aspectos tan diversos como el retraso en la institucionalización del paciente, disminución de la sobrecarga percibida por parte del cuidador y de las repercusiones que dicha sobrecarga suponía para las distintas esferas de la salud, etc. Sin embargo no se han encontrado referencias a programas de intervención sobre las consecuencias musculoesqueléticas en cuidadores no remunerados, por lo que es interesante alentar con los resultados a investigaciones futuras que profundicen en este campo de actuación, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los cuidadores y minimizar el impacto que esta labor genera sobre su salud física.



ENCUESTA DE DOLOR DE ESPALDA

1.- DATOS DEL CUIDADOR/RA

- Edad:
- Sexo:
- Estado Civil:
- Parentesco con la persona cuidada:
- Número de meses que lleva ejerciendo como cuidador/a:

2.- DATOS DE LA PERSONA CUIDADA

Edad:

Sexo:

Datos a rellenar por el personal de Enfermería:

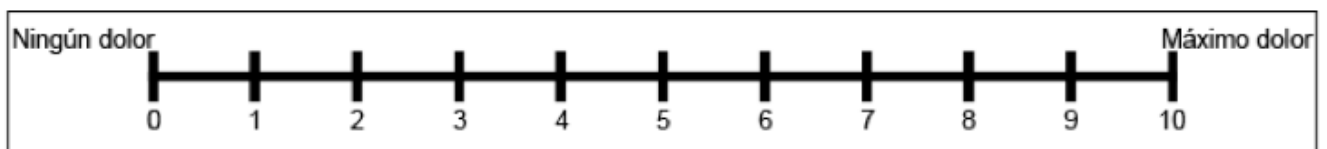
- Diagnóstico principal:
- Índice de Barthel:

3.- ¿Ha tenido algún episodio de dolor de espalda en los últimos 12 meses?

- SI
- NO

Si ha contestado negativamente la pregunta 3, no continúe rellenando el cuestionario.

4.- ¿Cómo de intenso es ese dolor? Señale del 1 al 10, siendo 1 un dolor mínimo y el 10 el máximo dolor imaginable.



Anexo I. Encuesta del dolor de espalda (página 2)..

5.- Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Sólo una respuesta por pregunta.

<p>1.- INTENSIDAD DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Actualmente no tengo dolor de espalda. <input type="radio"/> Mi dolor de espalda es muy leve en este momento. <input type="radio"/> Mi dolor de espalda es moderado en este momento. <input type="radio"/> Mi dolor de espalda es intenso en este momento. <input type="radio"/> Mi dolor de espalda es muy intenso en este momento. <input type="radio"/> Mi dolor es el peor imaginable en este momento. 	<p>2.- ACTIVIDADES COTIDIANAS (LAVARSE, VESTIRSE, ETC.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Las realizo sin ningún dolor. <input type="radio"/> Puedo hacer de todo solo, pero con dolor. <input type="radio"/> Las realizo en forma más lenta y cuidadosa por el dolor. <input type="radio"/> Ocasionalmente requiero ayuda. <input type="radio"/> Requiero ayuda a diario. <input type="radio"/> Necesito ayuda para todo, estoy postrado en la cama.
<p>3.- LEVANTAR OBJETOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor. <input type="radio"/> Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor. <input type="radio"/> No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura, como por ejemplo una mesa. <input type="radio"/> Sólo puedo levantar desde el suelo objetos medianos. <input type="radio"/> Sólo puedo levantar desde el suelo cosas muy livianas. <input type="radio"/> No puedo levantar ni cargar nada. 	<p>4.- CAMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Camino todo lo que quiero sin dolor. <input type="radio"/> No puedo caminar más de 1-2 Km. debido al dolor. <input type="radio"/> No puedo caminar más de 500-1000 mt. debido al dolor. <input type="radio"/> No puedo caminar más de 500 mt. debido al dolor. <input type="radio"/> Sólo puedo caminar ayudado por uno o dos bastones. <input type="radio"/> Estoy prácticamente en cama, me cuesta mucho hasta ir al baño.
<p>5.- SENTARSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me puedo sentar en cualquier silla, todo el rato que quiera sin dolor. <input type="radio"/> Sólo en un asiento especial puedo sentarme sin dolor. <input type="radio"/> No puedo estar sentando más de 1 hora sin dolor. <input type="radio"/> No puedo estar sentado más de 30 minutos sin dolor. <input type="radio"/> No puedo estar sentado más de 10 minutos sin dolor. <input type="radio"/> No puedo estar ningún instante sentado sin que sienta dolor. 	<p>6.- ESTAR DE PIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor. <input type="radio"/> Puedo estar de pie lo que quiera, aunque con dolor. <input type="radio"/> El dolor me impide estar de pie más de 1 hora. <input type="radio"/> El dolor me impide estar de pie más de media hora. <input type="radio"/> El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos. <input type="radio"/> No puedo estar ningún instante de pie sin dolor.
<p>7.- DORMIR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo dormir bien, sin dolor. <input type="radio"/> Sólo puedo dormir si tomo pastillas. <input type="radio"/> Por el dolor no puedo dormir más de 6 horas seguidas. <input type="radio"/> Por el dolor no puedo dormir más de 4 horas seguidas. <input type="radio"/> Por el dolor no puedo dormir más de 2 horas seguidas. <input type="radio"/> El dolor me impide totalmente dormir. 	<p>8.- ACTIVIDAD SEXUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Normal, sin dolor de espalda. <input type="radio"/> Normal, aunque con dolor ocasional de espalda. <input type="radio"/> Casi normal, pero con importante dolor de espalda. <input type="radio"/> Seriamente limitada por el dolor de espalda. <input type="radio"/> Casi sin actividad, por el dolor de espalda. <input type="radio"/> El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.
<p>9.- VIDA SOCIAL (FIESTAS, DEPORTES, ETC.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mi vida social es normal, libre de dolor. <input type="radio"/> Mi actividad es normal, pero con algo de dolor. <input type="radio"/> Mi dolor sólo afecta a las actividades más enérgicas, como bailar, hacer deporte, etc.). <input type="radio"/> Por culpa de dolor salgo muy poco. <input type="radio"/> Por culpa del dolor no salgo nunca. <input type="radio"/> No tengo vida social, a causa del dolor. 	<p>10.- VIAJAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sin problemas, puedo viajar libre de dolor. <input type="radio"/> Sin problemas, pero viajar me da algo de dolor. <input type="radio"/> El dolor es fuerte, pero hago viajes de más de 2 horas. <input type="radio"/> Puedo viajar menos de 1 hora, por el dolor. <input type="radio"/> Puedo viajar menos de 30 minutos, por el dolor. <input type="radio"/> Sólo viajo para ir al médico o al hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krikorian A, Vélez MC, González O, Palacio C, Vargas JJ. La experiencia de sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico. *Av.enferm.* 2010; 208: 13-20.
2. Seguridad Social {página de Internet}. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/index.htm.
3. Schulz R, Bneach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA.* 1999; 282:2215-2219.
4. Jacobson L, Lindgren B. What are the cost of illness? Swedish, Stockholm: Socialstyrelsen, National Board of Health an Welfare. 1996.
5. Yelin E. Costo f Musculoskeletal Diseases: Impact of Work Disability and Functional Decline. *J Rheumatol.* 2003; Vol 30, Supl 68: 8-11.
6. Bassols A, Baños JE. La epidemiología del dolor en España. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.* {serie en Internet}. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org>.
7. García M, Castañeda R. Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004. *Rev Esp Salud Pública.* 2006; 80:361-75.
8. López MJ, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carmona J, Alonso FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clín Med Fam.* 2009; 2(7):332-34.
9. Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten. Prim.* 2000; 26(4):217-223.
10. Ballester D, Juvinyà D, Brugada N, Doltra J, Domingo A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Presencia.* 2006; 2(4).
11. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.* 1965; 14:61-65.
12. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1997; 71:127-137.
13. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine.* 2000; 25:3115-24.
14. Fairbank JC, Davis JB, Mbaot JC, O'Brien JP. The Oswestry low back pain questionnaire. *Physiotherapy.* 1980; 66:271-3.
15. Flórez MT, García MA, García F, Armenteros J, Álvarez A, Martínez MD. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación.* 1995; 29:138-45.
16. Wittink H, Turk DC, Carr DB, Sukiennik A, Rogers W. Comparison of the redundancy, reliability, and responsiveness to change among SF-36, Oswestry Disability Index, and Multidimensional Pain Inventory. *Clin J Pain.* 2004; 20:133-42.
17. R Foundation for Statistical Computing {sede Web} Viena, R: A language and environment for statistical computing; 2014. Disponible en: <http://www.r-project.org/>.
18. Garza FR, Lagarda J, Chavez MF, Ladewig GI. Experiencia del tratamiento de espondilolistesis lumbar degenerativa de un solo segmento con espaciador interespinoso. *Coluna/Columna.* 2013; 12(2):119-23.
19. Vicario C, Lopez Oliva F, Sánchez Lorenzte T, Zimmermann M, Asenjo Sigüero JJ, Ladero F et al. Artrodesis cervical anterior mediante implante de tantalio. Resultados clínicos y radiológicos. *Neurocirugía.* 2006; 17:132-39.
20. Tomé Bermejo F, Barriga Martín A, Madruga Sanz JM, Moreno Pérez J. Dolor lumbar crónico de origen facetario. Resultado del tratamiento mediante rizolisis percutánea. Selección de pacientes y técnica quirúrgica. *Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol.* 2010; 54(1):13-19.
21. Gutiérrez Cruz AR, Hernández Santos JR, Tenopala S, Torres JC, Rivera MG, Canseco CP et al. Anuloplastia en el dolor lumbar de origen discógeno, experiencia a corto plazo. *Rev. Soc. esp. Dolor.* 2008; 15(4):234-240.
22. Abril E, Gómez Conesa A, Gutiérrez Santos M. Evaluación y mejora del protocolo de atención al paciente con afección lumbar en una unidad de fisioterapia de atención primaria. *Rev. Cal. Asist.* 2008; 23(3):109-113.
23. Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E, Gallart A, Bardallo MD, Rodríguez E et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2008; 43:157-166.
24. Torres MP, Ballesteros E, Sánchez PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos.* 2008; 19:9-15. □