

Importancia de la disfunción somática en pacientes con alteraciones crónicas en la columna vertebral

A. Quintana Ruz. *Profesor Asociado Clínico. Área de Fisioterapia. Universidad de Málaga*

E. Montoro Fernández. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Málaga*

M. Muñoz-Cruzado y Barba. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Málaga*

E. Díaz Mohedo. *Profesora Ayudante. Área de Fisioterapia. Universidad de Málaga*

RESUMEN

En nuestro trabajo asistencial diario, como fisioterapeutas, nos encontramos con pacientes crónicos, en los cuales la terapéutica aplicada no responde a las perspectivas de mejoría deseada. Ante esta situación, observamos que hay pacientes afectados con somatizaciones psíquicas, como cansancio, apatía, ansiedad e incluso depresión.

Nuestra experiencia profesional nos ha llevado a pensar que tales somatizaciones son producidas por las frecuentes visitas médicas para obtener alivio sin resultado, por el excesivo uso de analgésicos que no alivian el dolor, por la asunción por parte del paciente del rol de inválido y, en algunos casos, por la propuesta/petición de cirugía. Normalmente, se rechaza la consideración de los factores psicológicos del dolor.

Los objetivos de intervención que nos proponemos son considerar la situación global del paciente; transmitirle el resultado de la evaluación efectuada, ayudándole a comprender su situación; valorar la causa real de la situación; y efectuar una propuesta terapéutica que le ayude a mejorar su calidad de vida.

El abordaje terapéutico debe ser interdisciplinar, pues es muy importante la coordinación y orientación global conjunta a fin de evitar actuaciones contradictorias que puedan confundir al paciente.

Nuestra propuesta concreta incide en motivar al paciente, explicándole de la forma más clara posible la patología orgánica desencadenante de su patología psíquica, e implicándole en el tratamiento, tanto orgánico como psíquico.

Palabras clave: Fisioterapia, dolor crónico, somatizaciones, patología vertebral.

ABSTRACT

In our daily care work, we find some patients with a chronic pathology unable to get better with the therapy they have, which means the presence of some associated problems like tiredness, listlessness, anxiety or even mental depression.

In our professional experience, we have found that all of these problems are due to the following: the frequent medical visits, the excessive use of analgesic to reduce the pain without any result, the disabled role and the surgery proposal. Frequently, without taking care of the psychological factors of the pain.

The objectives we propose are: to know the global situation of the patient; to inform the patient about his total assessment, helping him to understand his situation; to assess the real motivation of the situation; to improve the patient's quality of life.

The treatment must be multifactorial. It is very important the coordination and the orientation in order not to confuse the patient.

We propose a clear explanation to the patient about what is causing his psychological and organic pathology, and also, to get from him a good motivation and implication in his psychological and organic treatment.

Key words: Physiotherapy, chronic pain, somatizations, disc pathology.

INTRODUCCIÓN

El fracaso terapéutico que a veces se nos presenta en nuestro trabajo asistencial, en pacientes crónicos con patologías de columna, hizo reunirnos a un grupo de profesionales para comentar el tema e intentar buscar soluciones.

Individualmente habíamos observado que en cierto número de pacientes con patología de columna se enmascaraban enfermedades psíquicas, pero cuando le explicábamos las causas de sus dolencias y eran conscientes de ello, mejoraban.

En la actualidad ya no se considera el dolor como un concepto meramente unitario; se sabe que incluye la nocicepción, un proceso perceptual de reconocimiento, un componente afectivo, otro cognoscitivo y uno conductual. Se tiende, por tanto, a contemplar el dolor desde una perspectiva holística, psicobiológica.

Un dolor fugaz es una vivencia común que hemos experimentado todos y que mueve a tomar medidas, para paliarlo, sin gran resonancia psíquica.

Sin embargo, el dolor agudo fuerza al individuo a centrar la atención en él y puede ir acompañado de dudas sobre su causa y pronóstico. Dependiendo de la persona, puede generar una reacción de ansiedad más o menos severa.

En los casos de persistencia del dolor, los procesos de modulación se hacen más complejos y existen más fracasos, surgiendo entonces el dolor crónico. Las reacciones psíquicas en estos casos son más profundas, apareciendo, además de la ansiedad típica del dolor agudo, ideas sombrías del futuro caracterizadas por la desesperación, la impotencia, el desamparo y la pasividad, llegando a menudo a provocar un cuadro depresivo de dolor crónico. (Dolor crónico es aquel que dura varios meses.)

El dolor agudo es una experiencia común, asociada a lesiones físicas puntuales o a situaciones emocionales concretas, pero el paciente doloroso es aquel que, con lesiones físicas o sin ellas y en ausencia de conflicto emocional consciente, siente el dolor de forma persistente durante meses o años. (Aunque el dolor sea considerado como un acompañante necesario e inevitable de la vida humana y la incapacidad de experimentarlo sea observada como patológica, el paciente con dolor crónico puede sentir la vida como intolerable.)

Algunos pacientes con dolor crónico sienten su realidad interna muy disgregada y confusa, y es precisamente su rol de enfermo crónico lo que les permite poseer una identidad concreta con la que, a partir de ella, se relacionan y sitúan en la realidad.

EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA

El último caso que nos llegó, y al que vamos a hacer referencia, fue un paciente de 45 años, remitido por el médico, para tratarse de una contractura de trapecios por cervicalgia.

El tratamiento indicado en la ficha consistía en lo siguiente:

- Ultrasonidos en trapecios.
- Tracción cervical.
- Cinesiterapia cervical.

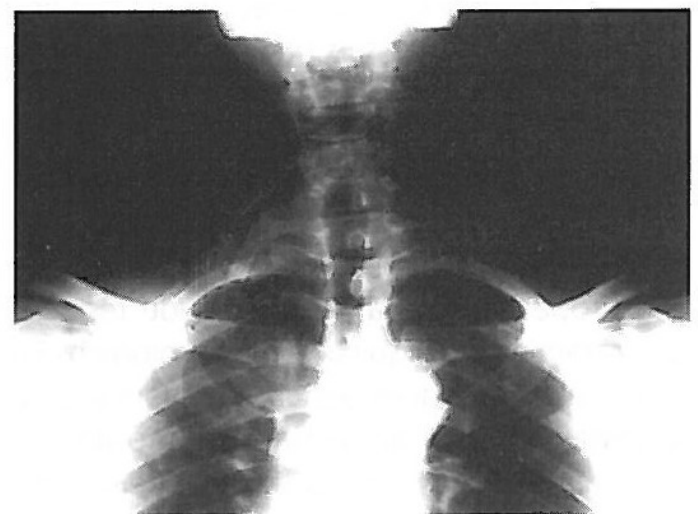
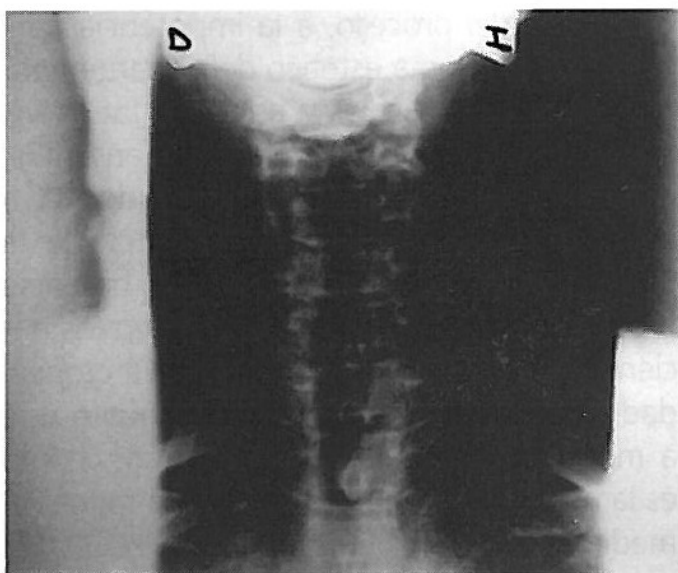
El paciente nos comentó que llevaba padeciendo de dolor de cabeza y de cuello desde hacía 25 años, y que, desde entonces, estaba en tratamiento psiquiátrico por depresión, además de tener que tomar con gran frecuencia antiinflamatorios y analgésicos, manifestando también que, en las ocasiones en que fue remitido al servicio de rehabilitación, tampoco había sentido gran mejoría.

Nos llamó la atención que en la ficha de tratamiento no aparecía el diagnóstico, pero



FIG. 2. Costilla cervical bilateral.

sí se especificaba «cervicalgia y depresión». Al preguntar al paciente si conocía su diagnóstico, nos comunicó que en todos estos años nadie le había dicho lo que tenía; sólo le habían referido ciertos signos artrósicos en las cervicales. Le pedimos que trajese las radiografías y apreciamos, como se puede observar en las figuras 1, 2 y 3, un problema de «costilla cervical».



Como en otros casos similares, se le explicó al paciente cuáles eran las posibles causas de sus alteraciones físicas que, a su vez, originaban la sintomatología psíquica. Desde ese día remitió la sintomatología y se produjo un cambio gradual en sus alteraciones psíquicas.

Dialogado el tema con el médico que nos lo remitió y revisado su historial, el enfermo fue enviado a su traumatólogo y al servicio de psiquiatría.

Actualmente está en lista de espera para ser intervenido, no toma antidepresivos y ha reducido al mínimo los analgésicos.

En las diferentes reuniones multidisciplinarias llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Los pacientes, como norma general, no saben explicar bien su problema. Hemos observado en tales pacientes determinadas características, entre las que destaca la dificultad para reconocer y verbalizar las sensaciones. Según Sternbach (1980), no hay relación entre el dolor que se siente y el dolor que se manifiesta, aconsejando que se tenga en cuenta el estilo de comunicación de la persona que lo sufre. El extrovertido tiende a expresar el dolor, mientras que el introvertido tiende a inhibirlo. Además, los factores psicológicos, sociales y culturales hacen que el dolor sea un fenómeno difícil de definir.

2. Todos los pacientes presentaban ansiedad. La enfermedad crónica, o de pronóstico incierto, aumenta la ansiedad en la mayoría de las personas, pero en aquellas que son propensas a la ansiedad puede requerir un tratamiento psíquico o farmacológico. En todo caso, en pacientes con tendencia a la ansiedad, el dolor aumenta al mismo tiempo que la ansiedad, y ésta, a su vez, vuelve a incrementar el dolor. Se trata de una relación en *feedback* que es necesario romper por al-

gún método, como son, entre otros, los diferentes procedimientos fisioterapéuticos.

3. Un gran número de ellos presentan apatía. La ansiedad y la apatía forman parte de la vida cotidiana normal. La ansiedad es necesaria en la conducta y contribuye a mantener la atención y la eficacia. Pero la ansiedad y la apatía excesivas o persistentes van a producir síntomas y disfunciones que facilitan conductas inadecuadas y que empeoran los desajustes.

4. En algunos casos, se aprecia también depresión, teniendo en cuenta que esta patología era previa a la situación actual. Los rasgos que conforman un cuadro depresivo típico de dolor crónico se caracterizan por la depresión, la impotencia, el desamparo y la pasividad.

INDAGACIÓN DE LAS CAUSAS

Llegados a este punto nos propusimos averiguar los motivos que llevan a un paciente a este estado, encontrando los siguientes:

— Fenómenos secundarios al dolor, a la cronicidad del proceso, a la impotencia funcional, al problema estético deformante, etc.

— Astenia muscular y psíquica, fatiga inmediata, sensación profunda de cansancio, irritabilidad afectiva, angustia, tendencia a la fobia. Según el doctor Rodríguez de la Serna, los dos pilares sobre cuyas bases se presentan las psicomatizaciones en los pacientes reumáticos son el dolor y la cronicidad, además de un tercer componente que a menudo acompaña estos procesos, como es la astenia muscular y psíquica, la fatiga inmediata, etc.

— Al no alcanzar en la etapa de sueño una profunda relajación, los pacientes se le-

vantan más cansados y, por consiguiente, con más dolor. Además del sufrimiento de estos pacientes durante la vigilia, hay que añadir los problemas que se suscitan durante el sueño, con grandes dificultades para conseguir el sueño profundo y con gran número de despertares nocturnos; por dicho motivo, las noches se le hacen interminables, apoderándose de ellos angustias que intentarán calmar con lo que sea: abuso de medicamentos, alcohol, tabaco, etc.

— Frecuentes visitas médicas y paramédicas para encontrar alivio, sin obtener un diagnóstico comprensible y satisfactorio. Son pacientes que en las visitas denotan muy poca atención e interés a su exploración o historia, lo cual les genera desconfianza o inseguridad y facilita una mala respuesta terapéutica. Denotan exploraciones injustificadas, tratamientos y explicaciones inadecuadas, contribuyendo a alimentar sus síntomas el consumo de servicios asistenciales y la patología del papel de enfermos.

— Excesivo uso de analgésicos que no alivian el dolor.

— Petición de cirugía.

— Asunción del rol de inválido.

PLAN DE INTERVENCIÓN GLOBAL DESDE LA FISIOTERAPIA

Para tratar de que no se produzcan estas situaciones o, si se han producido, paliarlas, proponemos un plan global de intervención desde la Fisioterapia, que incluye los siguientes elementos:

1 Hacer un diagnóstico fisioterapéutico sobre la causa física que origina el dolor crónico. En este caso, al igual que en toda actuación fisioterapéutica, es de vital importancia la implementación de la «historia de

fisioterapia», previa a cualquier acto profesional.

En los casos de somatizaciones, el modo de recibir e intercambiar información es de prioridad absoluta. La privacidad y la relajación en el intercambio de información, la supresión de barreras, el no tener mesa de despacho por medio (es mejor sentarnos a su lado), el tener la habilidad suficiente para hacer un encauzamiento de la conversación hacia el terreno que nos interesa y el tener claro cómo, cuándo, por qué, de qué forma, etcétera, es fundamental para llegar a una acertada «hipótesis de trabajo».

2. Transmitir al interesado la hipótesis basada en la valoración global realizada.

3. Ayudar al paciente a comprender su situación más allá de la sintomatología. Para ello, la información se dará de forma progresiva y teniendo en cuenta sus características y sus dificultades para aceptarlas, ya que de otra forma podríamos contribuir a un mayor rechazo de los factores psicosociales y a aumentar la reafirmación en sus síntomas psíquicos. Un principio psicológico fundamental en la percepción del dolor es que éste molesta menos cuando se conoce su origen. Este hecho pone en evidencia la importancia de indicar al paciente todos los conceptos erróneos e ideas falsas que pueda tener sobre el origen de la enfermedad, su evolución, su curación, su tratamiento de Fisioterapia, etc.

4. Valorar la motivación real del enfermo para salir de su situación de dolor crónico, así como sus deseos y expectativas respecto a la mejoría. En muchos casos, el rol de paciente crónico es un intento de evitar realidades psicológicas o sociales más perturbadoras, por lo que la situación les comporta beneficios secundarios. Por este motivo, no todos los que piden mejorar lo desean realmente a niveles más profundos, y, en muchos casos, no conscientemente.

5. Efectuar una propuesta terapéutica que le ayude a mejorar su calidad de vida y su adaptación global, a fin de que el dolor llegue a desaparecer, disminuir o perder la preponderancia de elemento central en su realidad cotidiana.

CONCLUSIONES

Actualmente estamos en fase de ampliación y profundización en el conocimiento que nos proporcionan estas experiencias, al objeto de recoger y codificar datos para poder realizar un proyecto de investigación más profundo. Mientras tanto, presentamos este trabajo preliminar para transmitir nuestra inquietud por estos problemas y conocer si en otros lugares están también interesados en este tema, lo que nos podría llevar a plantear un trabajo de campo más amplio (regional e intercentros).

Las conclusiones a que hemos llegado son, de forma resumida, las siguientes:

1. Debemos y tenemos que abordar, comprender y manejar con eficacia todos los factores objetivos y subjetivos de la patología.

2. Debemos explicar al paciente, lo más claramente posible, la patología orgánica desencadenante de su patología psíquica e implicarle en el tratamiento propuesto. El mejor tratamiento de la depresión en los pacientes orgánicos es un tratamiento adecuado de su enfermedad base, acompañado de una información clara y ajustada de su problema y una buena relación con el equipo de salud, proporcionándole suficiente confianza a fin de obtener su colaboración activa.

3. Es necesario aliviar el dolor. En muchos casos buscaremos, en un principio, pro-

longar el beneficio obtenido por los analgésicos o antidepresivos a dosis bajas. Debemos contemplar el tratamiento fisioterapéutico a medio y largo plazo y buscaremos reemplazar los mecanismos de la estática, la dinámica y la estética de la columna vertebral de la forma más fisiológica posible.

Evitaremos la fisioterapia poco precisa y estandarizada; en nuestra experiencia la crioterapia y la electrotermoterapia, como preparatorio para las movilizaciones y la masoterapia, nos ha sido de gran ayuda.

Otras técnicas fisioterapéuticas que hemos empleado han sido: ejercicios isométricos, movilizaciones pasivas, movilizaciones activas y técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva, incluyendo la relajación previa.

En los casos en que incluso los isométricos resultan muy dolorosos, hemos utilizado cadenas cinéticas, con un trabajo creciente de las fuerzas según la sintomatología vaya cambiando.

4. Debemos procurar la preservación del descanso de nuestro paciente. En este aspecto nos encontramos con dos causas principales de alteración del sueño: los síntomas de una enfermedad orgánica y los desórdenes de la ansiedad. Lo primero que debemos hacer es una modificación de las circunstancias ambientales que creen malestar, la supresión de los agentes estimulantes y un reajuste de la vida, de forma que los horarios sueño-vigilia se adapten al ritmo circadiano propio. Si a esto añadimos la supresión o disminución del estrés, el cansancio lógico del trabajo realizado en la sala de fisioterapia y el trabajo que recomendamos en el domicilio, estaremos en condiciones de obtener la compensación o mejoría, aunque tal vez no a corto plazo, de la preservación del descanso.

5. Propiciaremos la modificación de hábitos. Motivar al paciente para que realice

cambios de hábito, actitudes y conductas mal adaptadas, como pueden ser la adición a fármacos, las posturas inadecuadas, la sobrecarga de actividad, etc.

6. Buscaremos el bienestar físico general. Ha sido de gran ayuda para nuestros pacientes el incluirlos en un programa de la Escuela de la Espalda, aunque, como es de suponer, nunca en período agudo, sino cuando los síntomas han remitido o han mejorado sustancialmente. Ello ha servido para evitar posturas viciosas, darles seguridad en sí mismos y romper la cadena dolor-postura antiálgica-más dolor-mayor postura antiálgica.

7. Debemos reestablecer las funciones y actividades suficientes para la autonomía, el trabajo y el ocio.

8. Por último, hemos de contener los trastornos ansio depresivos. Cuando la depresión es muy severa, está indicada la administración de antidepresivos. Los antidepresivos también están indicados cuando la enfermedad orgánica se prolonga, no se dispone de una medicación resolutive eficaz y el cuadro depresivo suponga una fuente de sufrimiento, ya que puede mejorar el humor, la capacidad del paciente para afrontar dificultades, y, a dosis bajas, un alivio sintomático de molestias dolorosas.

Nuestra propuesta concreta, como equipo, incide en atender las causas de la afección y

en explicar, de la forma más clara posible, la patología orgánica desencadenante de su patología psíquica, implicando al paciente en su tratamiento, tanto orgánico como psíquico, y haciendo hincapié en que es su vida y sus expectativas de futuro lo que está en nuestras manos y en las suyas.

BIBLIOGRAFÍA

- Anguera, Y.: *Medicina psicósomática*. Doyma. Barcelona, 1988.
- Barry Wyte: *Mecanismos neurofisiológicos del dolor espinal*. M.D.B.S. Londres.
- Fernández, A.; Camacho, F., y Bozal, D.: Utilización de antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico. Posibles mecanismos de acción. *Revista Dolor & inflamación (1)*: 73-78, 1988.
- Flores Lozano, J. A.: *Medicina integral: Aspectos psicológicos del dolor*, vol. 27. n.º. 7, abril, 1996.
- Guitart Boixader, J.: Procedimiento para la evaluación abreviada de la ansiedad y la depresión. Centro de Reumatología San Gervasio. *Revista Dolor & Inflamación*.
- Main, C. J.: The modified somatic perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 338: 835-854, 1983.
- Vallejo, M. A.: Tratamientos psicológicos del dolor crónico. Departamento de Psicología de la personalidad UNED. *Revista Dolor & Inflamación (3)*: 155-156, 1989.