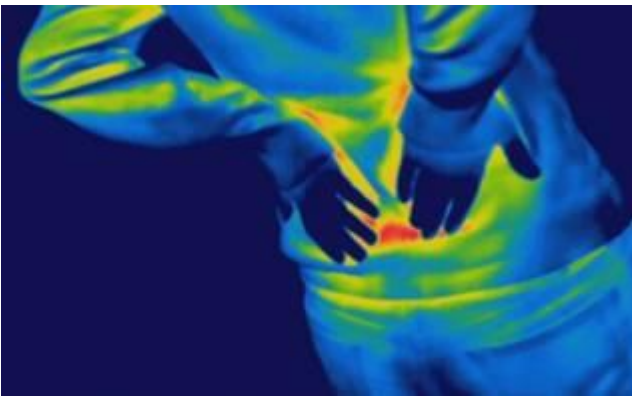


EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO EN TRABAJADORES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA DERIVADA DE UN RIESGO DE TRABAJO

José Luis Valencia Galindo¹, Teresa Margarita Torres López², Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez² y Carolina Aranda Beltrán²

¹Universidad de Guadalajara (Guadalajara, Jal., México); ² Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Universidad de Guadalajara (Guadalajara, Jal., México)

E-mail: jlvalenciag@hotmail.com



Introducción

La lumbalgia es frecuente y extenuante para el paciente, además de costosa para la sociedad si se convierte en una condición crónica. Los factores psicosociales afectan el curso de este dolor, se reconocen como factores de riesgo los problemas del entorno y relaciones de trabajo, además de problemas del sistema (1,2). Los portadores son sujetos que tradicionalmente no quedan satisfechos con la atención recibida y que tienen una visión compleja de la enfermedad, la que es necesario tomar en cuenta para mejorar su atención (3,4).

Lumbalgia inespecífica crónica (LIC)

La lumbalgia se define como el dolor localizado entre la punta de las escapulas y el pliegue gluteo. Una vez que se descarta patología grave como fracturas, tumores, infecciones o compresión de raíces o médula, se le llama lumbalgia inespecífica (5). Se considera crónica cuando tiene una duración de tres meses o más, siendo una de las primeras causas de ausentismo laboral (6). La LIC se ha conocido con múltiples nombres como lumbago, lumbalgia mecánica, espasmo muscular, esguince lumbar, síndrome miofascial, términos que tienen en común el ser vagos e inespecíficos. El 85% de los cuadros de dolor lumbar crónicos son inespecíficos y solo un 15% van a tener una causa específica, 5% hernia discal o estenosis espinal, 0.1% tumor, 3% artritis reumatoide y aproximadamente 5% otras causas (7,8).

Diagnostico Diferencial

Con la finalidad de establecer mejores diagnósticos y así otorgar tratamientos adecuados se cuenta con un método de clasificación que se ha ido construyendo a medida que se avanza en el conocimiento de esta patología.

Banderas rojas.- Bigos fue el primero que recomendó utilizar el término banderas rojas para descartar patología grave como son fracturas, tumores, infecciones o compresión radicular grave (síndrome de cauda equina), lo cual ha sido confirmado como útil y necesario (9,10, 11).

Banderas amarillas.- Cuando mediante una evaluación psicosocial se identifican creencias, expectativas, ansiedad, estrés y depresión (12). En este momento hay suficiente evidencia que confirma que los factores psicosociales están asociados a la mala evolución de la lumbalgia (13), por ello se desarrollaron instrumentos que tratan de identificar a los grupos de alto riesgo (14, 15, 16, 17). Sin embargo no han probado eficacia y explican menos del 50% de los resultados (18).

Banderas azules.- Exploran las cuestiones relacionadas con el trabajo, son dilucidadas por preguntas sobre las expectativas para volver al trabajo, las barreras y los problemas previstos, la forma de apoyo, el entorno del lugar de trabajo y satisfacción con lo que hace. Estos factores incluyen trabajo demandante, incapacidad para modificar las exigencias del trabajo, altos niveles de estrés en el trabajo, ausencia de apoyo social o relaciones disfuncionales en el lugar de trabajo, escasa satisfacción profesional, bajas expectativas para reanudar el trabajo, y el temor de una nueva lesión (19).

Banderas negras.-Muy conocidas en Europa pero poco conocidas en el resto del mundo, que se refieren a los problemas con el sistema de seguridad social que puede ser un obstaculo para el retorno al trabajo del paciente; por ejemplo cuando no se cuenta con un sistema de reubicación laboral o la compañía no está asegurada para hacer frente a estos problemas, el paciente va a permanecer con incapacidad. Este es un problema complejo que merece mayor atención (20).

Tratamientos

A diario se publican nuevas intervenciones terapéuticas, sin embargo no han sido capaces de disminuir la incidencia de lumbalgias crónicas en los trabajadores, ni de acortar evoluciones (21). Actualmente se proponen dos modelos de tratamiento. El tratamiento médico cuando hay una lesión organica que tratar y el tratamiento biopsicosocial que reconoce lo inespecífico del padecimiento, identifica factores psicosociales y los maneja, ya sea con tratamiento conductual o intervenciones en el lugar de trabajo, además de delegar la responsabilidad del tratamiento a los pacientes en una patología que no es grave pero si recurrente y puede hacerse crónica (22).

Ciencias sociales y salud

Eisemberg llama la atención sobre lo diferente que son las ideas profesionales y las populares acerca de la enfermedad. Cómo la tecnología privilegia el modelo biomédico y ensancha la brecha entre lo que los pacientes buscan y lo que ofrecen los médicos. Concluye que los pacientes sufren padecimientos (illnesses) y los médicos diagnostican y tratan enfermedades (diseases). Llama a integrar los conceptos científico a enfermedad (disease) y social al padecimiento (illness).

Dado que la matriz social determina que, cuando, cómo y qué clase de ayuda buscan los pacientes, lo cual influye en la adherencia a las recomendaciones y en el resultado, considera necesario explorar las experiencias de los pacientes para lo integración de estos conceptos (23).

Se ha demostrado que cuando sólo se trata la enfermedad sin tomar en cuenta el padecimiento, el paciente experimenta menos satisfacción y la respuesta clínica es pobre, esto incide en la aparición de desconfianza por parte del paciente que no se apega al tratamiento y puede llegar hasta problemas médico legales, producto de las diferencias en la interpretación de la realidad clínica (24).

En México se han llevado a cabo diversos estudios acerca de la experiencia de los pacientes con enfermedades crónicas orientados a las expectativas acerca de la atención médica (25), a propuestas de formación de grupos de autoayuda (26), intervenciones educativas (27), de corte psicosocial y etnografico (28) y otros que han clarificado los terminos en que los enfermos explican la enfermedad y utilizan los servicios medicos (29), sin embargo ninguno ha estudiado el tema de la lumbalgia inespecifica crónica.

El objetivo de esta investigación es conocer y describir la experiencia del padecimiento, de los trabajadores portadores de Lumbalgia Inespecífica Crónica Derivada de un Riesgo de Trabajo (LICDRT), entendida la experiencia del padecimiento, como el fenómeno social subjetivo y dinámico en el cual los enfermos y sus allegados, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, estados de ánimo, sensaciones y cambios corporales, eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo dentro de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan (30).

Material y Métodos

Diseño.-

En este estudio se utilizó como referente teórico la Teoría fundamentada de Anselm Strauss, que es un método de investigación en el que la teoría emerge de los datos (31), tiene por objeto identificar procesos sociales básicos como punto central de la teoría y a través de ella podemos descubrir aspectos relevantes de una determinada área de estudio que pueden utilizarse para entender mejor un fenómeno ya estudiado y así poder profundizar en él (32). Con esta metodología se produce simultáneamente la recogida y análisis de los datos, se van generando códigos, identificando que información se desea ampliar o profundizar; la recogida de datos va configurando el tamaño de la muestra final, que está determinada por el desarrollo de las categorías identificadas y la teoría emergente (33, 34).

Población participante.-

Participaron seis pacientes, 5 masculinos y 1 femenino, con lumbalgia inespecífica crónica de más de tres meses de duración, derivada de un riesgo de trabajo, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, contactados en los servicios de consulta externa de Ortopedia, invitados a participar y entrevistados previa firma de consentimiento bajo información.

Recolección de datos.-

Se realizaron entrevistas a profundidad, semiestructuradas con una duración de 60 minutos, que fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Se recuperó la perspectiva de los sujetos portadores de LICDRT a través de su propio discurso mediante los ejes estructurantes de la experiencia de su padecimiento, identificando las principales huellas que han ido dejando durante la evolución de su enfermedad. Se identificó la trayectoria del padecimiento de acuerdo a la definición de Anselm Strauss, que se refiere *“no solo al despliegue fisiológico de la enfermedad de una persona enferma, sino también a la organización total del trabajo hecho en el curso de ésta, además del impacto en aquellos implicados con este trabajo y su organización”*. Esto mediante la reconstrucción del itinerario diagnóstico que es el proceso de búsqueda de diagnóstico definitivo desde el inicio de la sintomatología, dificultades en términos de precisión, retraso u oportunidad diagnóstica y reacciones que produjo esta información. La reconstrucción del itinerario terapéutico, que se refiere a la secuencia de recursos utilizados para su atención, cuidado y autoayuda, quienes han participado y decisiones tomadas para ello, evaluando la relación médico-paciente y eficacia, ineficacia o iatrogenia de los tratamientos utilizados.

Se identificaron las principales consecuencias del padecimiento, en 4 esferas fundamentales, 1.- Salud física evaluando discapacidades, afectaciones, limitaciones físicas. 2.- Relaciones familiares y sociales consecuencias percibidas en sus vínculos y actividades sociales, cambios en su estilo de vida, modificaciones positivas o negativas en las actitudes de quienes le rodean, impacto percibido en la dinámica y organización familiar, recursos de apoyo emocional o material con que cuenta y reconocimiento de dificultades o conflictos derivados de esta situación. 3.- Plano afectivo-psicológico identificando continuidad o cambio acerca de su autoestima, autoimagen y como piensa que lo ven los demás; indagando en las emociones como sentimientos de tristeza, aislamiento, abandono, desesperanza, alegría, optimismo, pesimismo, aceptación/negación, adaptación o duelo en las diversas etapas de su padecimiento. 4- Consecuencias económicas y laborales analizando el impacto del padecimiento en su vida laboral, limitaciones para efectuar su trabajo, incapacidades o despidos, desempleo o reinserción laboral y si desempeña rol de proveedor económico o no (35).

Se analizó la información mediante la metodología de la teoría fundamentada iniciando con los códigos conceptuales, luego se reagruparon en códigos sustantivos, teóricos e “in vivo”, se desglosaron los datos en distintas unidades de significado (*Codificación abierta*), se establecieron relaciones entre los códigos sustantivos y sus propiedades (*Codificación teórica*), se relacionaron códigos mediante pensamiento inductivo y deductivo, enfatizando en las relaciones causales (*Codificación axial*), hasta llegar a las categorías centrales (*Codificación selectiva*).

Consideraciones éticas.-

Es un estudio de riesgo mínimo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17 (36). Todos los participantes firmaron su participación voluntaria mediante una carta de consentimiento bajo información.

Resultados

Se efectuaron seis entrevistas a profundidad semi-estructuradas a cinco hombres y una mujer, trabajadores activos, incapacitados por más de tres meses posterior a un riesgo de trabajo y con diagnóstico de lumbalgia inespecífica crónica.

1.- Emerge la percepción de un sistema de salud deficiente.

"Me enviaron al hospital, me regresaron a la clínica y no me dijeron mi problema y me trajeron vuelta y vuelta". Femenino 40 años.

Masculino de 50 años en relación a falta de recursos materiales disponibles: *"Poquito más de seis meses para un estudio e iba a citas y no me lo tomaban porque no servía el aparato".*

Femenino de 40 años hablando del mismo tema: *"Eso de las fechas tan largas lo acepto porque hay muchísima gente, pero eso de que no hay un aparato, como no va a haber un aparato ¡díos mío!".*

2.- Mala relación médico paciente.

Masculino 37 años: *"Parece que la doctora estaba un poco molesta, o no andaba de buen humor ese día"*

Masculino 48 años: *"Con mi doctora no me la llevo muy bien y no le tengo confianza..."*

Masculino 28 años comenta del estado de ánimo con que encuentra a su médico: *"Enojada casi doctor, creo que viene, como le diría como un poco estresada".*

Masculino 35 años estaba realmente contrariado: *"Me trataron de lo peor, si se pudiera tramitar pa' que le dieran una sanción o algo..."*.

3.- La estigmatización que perciben los pacientes por parte del médico.

Masculino de 50 años, *"Me dijo que muchas veces venia uno nada más por incapacidad..."*.

Masculino de 48 años, *"Más ustedes piensan que se accidenta uno por gusto..."*.

Masculino de 28 años, *"a lo mejor el doctor pensaba que yo lo que quería era la incapacidad"*

Masculino de 37 años, las actitudes de su médico le hace opinar que: *"ya logras entender que ellos creen que te estás haciendo..."*.

Y hubo un caso en que esta estigmatización provenía de familiares y compañeros de trabajo, *"Han comentado que ya es mucho el tiempo de incapacidad y que pos se les hace raro que todavía siga incapacitada, son familiares y compañeros de trabajo..."*, femenino de 40 años.

4.- Deseo de información.

Femenino de 40 años externa: *"pues yo siento como que me asusta, porque no conozco, no sé si está muy delicado, no sé si es muy peligroso, a qué grado pueda ser tan malo eso, porque la doctora nada más reposo, reposo, y ya, no me da más información..."*

Masculino de 35 años propone: *"sí la doctora me hubiera dicho, mire señora o paciente, su problema es esto..."*

Masculino de 37 años tiene dudas y lo que le van diciendo no lo saca de las mismas: *"pero ¿qué es lo que tengo?, ya cuando me dijeron, es un esguince, ¿qué es un esguince?, ¿qué sigue?..."*

Masculino de 28 años comenta que su médico fue enérgico pero está conforme: *"porque no fue aterciopelado, fue muy claro, pero a mí me ayudo..."*.

6.- Dolor y limitación para manejar cargas.

Manifiestan limitaciones para moverse y efectuar sus actividades.

Masculino de 50 años, carpintero *“el trabajo, no dejo de hacerlo, pero si, si lo hago un poco más lento”*

Femenino de 40 años, extraña: *“no poderme mover así rápido como antes lo hacía, extraño muchísimo poderme mover, servir, servir...”*, y se siente: *“como desilusionada de mi, de no poderme mover así rápido como antes lo hacía...”*

Masculino de 48 años dice: *“pero ya cosas pesadas no, aparte que no puedo me llega el dolor”*

Masculino de 35 años ejemplifica: *“un decir no les puedo echar la mano en nada, en cualquier cosa, porque luego me dan los dolores si me agacho, si levanto pesado...”*

Femenino de 40 años recuerda: *“llego un momento que me puse a llorar de la desesperación de que no me atendían y del dolor que sentía...”*

Masculino de 28 años cuando tiene agudizaciones requiere de ayuda: *“me dolía la espalda, me ayudaron unos vecinos porque saben que estaba lesionado de mi columna...”*, y menciona que en cualquier actividad aparece el dolor: *“y que en ocasiones que quieres tener intimidad aparecen esas sensaciones de tu dolor...”*

7.- En Las relaciones familiares y sociales predomina el apoyo y la solidaridad.

De la familia comentan.

Masculino 48 años recuerda: *“mi esposa me apoyó en todo, que si era necesario hasta cambiar de trabajo, lo que sea, me apoyó”*

Femenino de 40 años comenta: *“y hasta mi esposo que es un poco gruñón nos ayuda mucho, me ayuda mucho”*, y de sus compañeros de trabajo comentó: *“pues me echan la mano, hasta eso que se han portado a la altura, me han echado la mano...”*, *“se portan bien, son solidarios, en el taller me han apoyado los muchachos, los trabajadores de ahí, mi patrón también...”*

Masculino de 37 años recuerda que: *“esos 15 días mis compañeros, le digo, me apoyaron, órale, acuéstate, ahí quédate en el sillón”*

Masculino de 50 años comentó: *“pues me echan la mano, hasta eso que se han portado a la altura, me han echado la mano, no, tu siéntate y espérate”*

Masculino de 28 años manifestó pérdida de amigos: *“ya ni me hablan, ya no van y me buscan, así como antes para irnos a jugar, sí cambió, de tener 50 amigos, ahora ya tengo 10 nada más”*

8.- Diversos sentimientos se despertaron con la aparición de la lumbalgia, desde sentirse mal hasta pensamientos suicidas, pasando por preocupación, tristeza, irritación, coraje, desilusión, desesperación y depresión.

Femenino de 40 años menciona: *“que me preocupó un poquito...”*, y se siente *“pues mal, porque llega un momento que me siento desesperada...”*, *“pues da como pena, como sentirse ya medio inservible para cierta actividad, o limitado para hacer eso, es triste...”*, *“ya me siento así como triste, como desilusionada de mi...”*

Masculino 28 años: *“a veces me pone nervioso, pues me irrita un poco”*

Masculino 37 años: *“pues sí me dio coraje y más así me sentí triste...”*

Masculino 35 años: *“pues me siento mal, me siento a veces triste...”*

Masculino 48 años pensó en matarse: *“y empecé a deprimirme y dije pues vale la pena mejor estar en paz, y en paz yo lo relacioné con morirme, fue cuando atente contra mi vida...”*.

9.- Otro tema fue la resignación.

Femenino 40 años *“a veces siento un poco de resignación...”, “como resignarme, como una resignación...”, “si ellos me creen que bueno y si no, pos resignarme...”*

Masculino 37 años *“no me gusta hacer un drama ni mucho menos, ni tampoco me voy a cortar las venas, ni nada por el estilo, ni voy a querer dejar de existir...”*

Masculino 50 años *“pues ya me resigno, me resigno...”*,

Masculino 48 años *“si mi médico tratante me dice que tengo que es... tratar de seguir mi vida normal, pos así tiene que ser...”*

10.- Se manifiesta una relación problemática con los patrones.

Masculino 50 años, *“si no hubiera problemas con los patrones...”*

Masculino 35 años, *“pues el único problema es el patrón...”*

Masculino 48 años, *“y sin embargo a veces tenemos nuestras discusiones y todo, tanto por la enfermedad, como por el trabajo...”*

11.- En lo económico aunque se mencionan problemas no hubo casos de dificultad extrema.

Femenino de 40 años comenta que si le afecta no trabajar: *“Claro que si porque percibo el 60% de mi salario, entonces en consecuencia, pos si repercute económicamente hablando...”*, que si es proveedor junto con su esposo, *“si aporto, porque ahorita ya ve que no hay mucho trabajo y entonces si necesitamos eso, y si, considero que si, cuando menos la luz, el teléfono, el gas aporto...”*

Masculino 50 años manifiesta: *“para los gastos que tiene uno doctor, quiera uno que no, bajan, entonces se la empieza a ver uno más difícil, que de una manera u otra de donde quiera sale...”*

Discusión

Al igual que en este estudio, se ha encontrado que los pacientes aquejados de lumbalgia se sienten frustrados con su sistema de salud en Inglaterra (37). En México estudiando enfermos crónicos con diagnósticos diversos a lumbalgia, se reportó que los pacientes definen la atención recibida por el Instituto Mexicano del Seguro Social como negativa (38).

Así pues no es exclusivo de países sub-desarrollados, en el mundo las principales quejas se refieren al retardo para la atención (listas de espera), ya sea para consultas especializadas o tratamientos quirúrgicos y sí bien es cierto el gasto en salud de México está muy por debajo de los países desarrollados, 683 dólares “per cápita” (39), contra los más de 3000 dólares que gasta Inglaterra o Suecia, en esos países no se han logrado eliminar las listas de espera, ni cumplir con las expectativas de los usuarios de los servicios de salud (40).

La mala relación médico paciente se ha documentado desde el siglo XVIII, mediante una investigación histórica de 1300 cartas enviadas por más de 1000 autores diferentes acerca de 1250 pacientes, encontraron una relación médico paciente deteriorada, dos mundos “extraños” uno del médico y otro del paciente, los médicos no escuchan fue la queja recurrente (41).

Los pacientes con lumbalgia se muestran insatisfechos con las explicaciones médicas del dolor, concluyendo que esto puede deberse a una consulta superficial y a las limitaciones de la medicina general⁴². Se sienten mal

comprendidos y ninguno de los participantes se mostró satisfecho con el proceso médico, debido a una pobre comunicación y poca coordinación y continuidad de la atención (43).

En dos hospitales de enseñanza de Estados Unidos de América se encuestaron a 277 pacientes y sus médicos tratantes, los médicos formados en diversas escuelas y regiones del país, explorando cinco dimensiones del sufrimiento del paciente. Encontraron que en las dimensiones de dolor y síntomas no dolorosos los médicos se entienden bien con sus pacientes, pero en las de comunicación, factores emocionales, pérdidas y factores sistémicos hay discrepancia entre lo que estiman los médicos y el sufrimiento de los pacientes (44).

Al igual que en otros estudios encontramos que se sienten estigmatizados. Los pacientes con lumbalgia se sienten estigmatizados con los términos simulador y ganancia secundaria. Reclaman empatía, aceptación y credibilidad de la comunidad, de su entorno laboral y del personal de salud. Las consecuencias del estigma y la discriminación son duraderas, potencialmente incapacitantes y parecen interferir con la búsqueda de atención, la participación en el tratamiento y los resultados (45, 46).

Deseo de información fue un tema importante en este estudio, al igual que en Noruega, en donde Lærum, Indahl y Skouen destacaron la importancia de haber tenido los pacientes la explicación durante el examen de lo que se está haciendo y de recibir información comprensible sobre la causas del dolor, de recibir mensajes tranquilizadores, discutir problemas psicosociales y analizar lo que se puede hacer (47). Asimismo en Australia Slade, Molloy y Keating, encontraron que los pacientes con lumbalgia exigen al personal de salud que les hablen y expliquen lo necesario; desean un papel activo en su rehabilitación y expresan enojo y frustración si no se les explica y educa (48).

Dolor y limitación para manejar cargas fueron la queja principal de estos pacientes en esta investigación. En Inglaterra Walker, Holloway y Sofaer, encuentran que el dolor es lo que predomina en portadores de lumbalgia. Los adultos sintieron que sus vidas habían cambiado irrevocablemente por el dolor (49). En Inglaterra De Souza y Frank concluyen que la mayoría de los pacientes Intentan describir el dolor buscando un símil, buscan describir la intensidad del dolor utilizando lenguaje coloquial. En su muestra encontraron dificultad para cuantificar la intensidad del dolor (50). En este estudio los pacientes expresaron apoyo familiar y social, solo en un caso se reportó pérdida de amigos. No se encontraron consecuencias económicas importantes.

Walker, Sofaer y Holloway en su estudio fenomenológico, como tema principal encontraron pérdidas, físicas, mentales, socioeconómicas, actividades sociales, trabajo y rol; en pacientes en edad de trabajar dificultades financieras y cambios en sus relaciones interpersonales que culminan con la pérdida de la autoestima, esperanza y confianza en el futuro (51).

Se encontraron una gama de sentimientos que van desde el sentirse mal, pasando por tristeza, coraje, depresión y pensamientos suicidas. Corbett, Foster y Ong, en su estudio cualitativo en donde encuestaron a 37 pacientes de los cuales entrevistaron a profundidad a seis, encontraron que sus sentimientos oscilan entre la esperanza y desesperación, pasando por incertidumbre, impacto en sí mismo, contexto social de vivir con dolor y preocupación y miedo por el futuro. Afirman que no es el dolor de espalda lo único que tiene que soportar el paciente, sino también las consecuencias psicosociales que constituyen un reto añadido y complicado. Los profesionales de la salud deben tomar en cuenta todo lo anterior a la hora de diseñar los tratamientos (52).

Conclusiones

Ante la prevalencia cada vez mayor de cuadros de lumbalgia en trabajadores y la dificultad para su tratamiento aplicando solo el modelo biomédico y por sus altos costos para el individuo, patrones y sociedad, es necesario estudiar factores causales potencialmente modificables investigando más de cerca y de manera amplia el entorno social, creencias de la sociedad, el apoyo social, las influencias familiares, disponibilidad de servicios de salud, los sistemas de prestaciones y esforzarnos por mejorar la comunicación y relación con los pacientes actuando desde el periodo de formación de los médicos y continuar durante su vida profesional con actualización continua acerca de las sutilezas de la relación médico-paciente.

Resumen

Conocer y describir la experiencia del padecimiento de los trabajadores portadores de Lumbalgia Inespecífica Crónica Derivada de un Riesgo de Trabajo (LICDRT). Entendiendo la experiencia del padecimiento como el fenómeno social subjetivo y dinámico en el cual los enfermos y sus allegados, organizan, interpretan y expresan

un conjunto de sentimientos, estados de ánimo, sensaciones y cambios corporales, eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo dentro de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan. El estudio emplea el método cualitativo desde la perspectiva de la teoría fundamentada de Anselm Strauss. Se realizaron entrevistas a profundidad semi-estructuradas a 6 pacientes del área metropolitana de Guadalajara, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los datos se analizaron mediante la metodología de la teoría fundamentada con el apoyo del programa Atlas ti 6. Los pacientes manifestaron su percepción de un sistema de seguridad deficiente, conflictos en la relación médico paciente, consistentes en falta de credibilidad por parte del personal médico hacia la sintomatología experimentada. Manifestaron que el principal síntoma fue dolor y limitación para manejo de cargas. Enfatizaron la necesidad de recibir información entendible acerca de las causas del dolor y evolución del padecimiento, así como trato serio y humano por parte del médico especialista. Sus sentimientos fueron de la tristeza, a la depresión y hasta pensamientos suicidas. Manifestaron apoyo de su familia y redes sociales. Expusieron una relación problemática con sus patrones y no hubo consecuencias económicas importantes.

Palabras clave: Lumbalgia Inespecífica crónica, riesgo de trabajo, estudio cualitativo, experiencia del padecimiento, teoría fundamentada.

Abstract

Understand and describe the illness experience of workers carrying nonspecific chronic low back pain resulting from an occupational hazard (LICDRT). Understanding the illness experience as the subjective and dynamic social phenomenon in which patients and their relatives, organize, interpret and express a set of feelings, moods, feelings and bodily changes, related events and / or derivatives of the disease and attention, particularly within the structures, relationships and social meanings that determine. The study used the qualitative method from the perspective of grounded theory by Anselm Strauss. We conducted in-depth interviews, semi-structured to 6 patients in the metropolitan area of Guadalajara of the Mexican Institute of Social Security. The data were analyzed using grounded theory methodology, with the support of software Atlas ti. Patients expressed their perception of poor security system, conflicts in the doctor-patient relationship, consisting of lack of credibility on the part of medical personnel to the symptoms experienced. They stated that the main symptom was pain and limitation for cargo handling. They emphasized the need for understandable information about the causes of pain and disease's development, as well as serious and humane treatment by the medical specialist. His feelings were sadness, depression and even suicidal thoughts. Expressed support of family and social networks. Presented a problematic relationship with their employers and no major economic consequences.

Key words: Chronic nonspecific low back pain, occupational risk, qualitative study, illness experience, grounded theory.

Referencias

1. Lavielle, P., P. Clark, H. Martínez, F. Mercado y G. Ryan 2008. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública Mex.* Vol. 50(2):147-154
2. Weiner, S.S. y M. Nordin 2010. Prevention and management of chronic back pain. *Best Practice y Research Clinical Rheumatology.* Vol. 24 No. 2: 267-279.
3. Skelton, A.M., E.A. Murphy, R.J. Murphy y T.C. O'Dowd. 1996. Patient's views of low back pain and its management in general practice. *Br J Gen Pract.* Vol. 46 No. 404: 153-156.
4. Miller, J. S., M. A. Pinnington y I. M. Stanley 1999. The early stages of low back pain: a pilot study of patient diaries as a source of data. *Family Practice.* Vol.16 No.4: 395-401.
5. Humbria, A 1999. Dolor lumbar crónico: la complejidad de lo cotidiano. *Rev Esp Reumatol.* No. 26: 15-16.
6. Pérez Guisado, J 2006. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol.* Vol. 20 No. 2: 1-26.

7. *Idem*

8. Lavielle, P., *et al*, *Op. Cit.*

9. Bigos, S., O. Bowyer, G. Braen, K. Brown, R. Deyho, S. Haldeman *et al* 1994. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline n.º 14. AHCPR publication no. 95-0642. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

10. van Tulder, M., A. Becker, T. Bekkering, A. Breen, M.T. del Real, A. Hutchinson, B. Koes, E. Laerum, A. Malmivaara 2006. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* Vol. 2 No.15: 169-191.

11. Chou, R., A. Qaseem, V. Snow, D. Casey, J.T. Cross Jr., P. Shekelle y D.K. Owens 2007. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* Vol. 147 No.7: 478-91.

12. *Idem*

13. Keeley, P., F. Creed, B. Tomenson, C. Todd, G. Borglin y C. Dickens 2008. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilization in people with chronic low back pain. *Pain*, 135(1-2): 142-150.

14. Roland M. y R. Morris 1983. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*.8(2):141-144.

15. Southwick, S. y A.A. White 1983. The use of psychological tests in the evaluation of low back pain. *J Bone Joint Surg.* No. 65-A: 560-565.

16. Kopec, J.A., J.M. Esdaile, M. Abrahamowicz, L. Abenhaim, S. Wood-Dauphinee, D.L. Lamping y J.I. Williams 1995. The Quebec Back Pain Disability Scale. *Spine* 20 (3): 341-352.

17. Wynne-Jones, G., R. Buck, A. Varnava, C. Phillips, y C.J. Main 2009. Impacts on work absence and performance: what really matters? *Occup Med (Lond)*.Vol.59 No.8: 556-62.

18. Weiner, S.S. y M. Nordin. *Op. Cit.*

19. Wynne-Jones, G., *et al*, *Op. Cit.*

20. Weiner, S.S. y M. Nordin, *Op. Cit.*

21. S  ller, A., J. Hayden, C. Bombardier y M. van Tulder 2007. Effect sizes of non-surgical treatments of non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 16(11):1776-1788.

22. Weiner, S.S. y M. Nordin. *Op. Cit.*

23. Eisenberg, L. 1977. Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry.* Vol. 1 No.1: 9-23.

24. Kleinman, A., L. Eisenberg y B. Good 1978. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* Vol. 88 No.2: 251-8.

25. Mercado, F.J., I.M. Ramos, E. Valdez 2000. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Vol. 16 No. 3: 759-772.

26. Mercado-Martínez, F. J., L. Robles, N. Moreno y E. Alcántara 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 15 No.1: 179-186.
27. Alcántara, E., L.M. Tejada, F. Mercado, N. Lara y A. Flores 2004. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investigación en salud*. Vol.6 No. 3: 146-153.
28. Torres, T., M., J.D. Castañeda y F. Chong 2005. Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes mellitus. *Inv salud*. Vol. VII No. 1: 42-49.
29. Torres-López, T.M., M. Sandoval-Díaz y M. Pando-Moreno 2005. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Vol. 21 No. 1: 101-110.
30. Lavielle, P., *et al*, *Op. Cit*.
31. Strauss, A. y J. Corbin 2002: Bases de la investigación cualitativa. Colombia: Universidad de Antioquia 14 pp
32. Locke, K. (2001). *Grounded Theory in Management Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications 36-37 pp.
33. Strauss, A. y J. Corbin, *Op. cit*.
34. Coyne, I.T. 1997. Sampling in qualitative research: purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*. 26 (3): 623-630.
35. Osorio, R. M. 2007. La trayectoria del padecimiento crónico en un grupo de enfermos reumáticos. Reflexiones y apuntes de investigación. CIESAS. México. 158-163 pp
36. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD, 2003. *RESPYN*, 4 (3). Consultado en Julio, 8, 2010, disponible en <http://www.respyn.uanl.mx/iv/3/index.html>
37. Walker, J., I. Holloway y B. Sofaer, 1999. Adults with chronic low back pain felt frustrated, unsupported, and powerless with healthcare, social, and legal systems. *Pain*. No. 80: 621-8.
38. Mercado, F.J., I.M. Ramos y E. Valdez, *Op. Cit*.
39. OCDE en México 2005. Eco-Salud OCDE 2005. Consultado en Julio, 26, 2010 en www.oecd.org/health/healthdata.
40. Más inversión en salud no garantiza más salud. *Revista Creces*, Noviembre 2002 Consultado en Julio, 26, 2010 en <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2081&tc=3&nc=5&art=1351>
41. Courvosier, M.L. y A. Mauron (2002). He found me very well; for me, I was still feeling sick: The strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries. *J Med Ethics: Medical Humanities*, 28, 9-13.
42. Skelton, A.M., *et al*, *Op. cit*.
43. Lavielle, P., *et al*, *Op. Cit*.
44. Lesho, E., Foster, Z. Wang, D. Sarmiento, S. Dennison, 2009. The Accuracy of Physicians' Perceptions of Patients' Suffering: Findings From Two Teaching Hospitals. *Acad Me*. Vol. 84 No. 5: 636-642.

45. Slade, S. C., E. Molloy y J.L. Keating, 2009. Stigma experienced by people with nonspecific chronic low back pain: a qualitative study. *Pain Med.* Vol. 10 No. 1: 143-54.
46. Walker, J., *et al*, *Op. cit.*
47. Lærum, E., A. Indahl y J.S. Skouen, 2006. What is "the good back-consultation"? a combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *J Rehabil Med.*Vol. 38: 255-262.
48. Slade, S. C., E. Molloy y J.L. Keating, 2009. 'Listen to me, tell me': a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clinical Rehabilitation.* Vol. 23 No.3: 270-280.
49. Walker, J., *et al*, *Op. cit.*
50. De Souza, L.H y A. O. Frank, 2000. Subjective pain experience of people with chronic back pain. *Physiotherapy Research International.* Vol. 5 No.4: 207-219.
51. Walker, J., B. Sofaer y I. Holloway 2006. The experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain*, 10, 199-207.
52. Corbett, M., N.E. Foster, y B.N. Ong, 2007. Living with low back pain-Stories of hope and despair. *Soc Sci Med* , 65 (8), 1584-1594.