

Manifestaciones psicopatológicas en pacientes con cervicalgia aguda antes y después del tratamiento rehabilitador

E. MONTES DONCEL*, F. J. VAZ LEAL** y G. TÉLLEZ DE PERALTA*

*Escuela de Fisioterapia. **Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura, Badajoz.

Resumen.—El presente estudio ha ido encaminado a analizar las manifestaciones psicopatológicas de un grupo de pacientes con cervicalgia aguda antes y después del tratamiento rehabilitador, es decir, en el momento del dolor agudo y tras una mejoría significativa del mismo. La muestra ha estado compuesta por 50 pacientes afectos de cervicalgia aguda, nueve varones y 41 mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y los 71 años. Estos pacientes realizaron tratamiento sintomático en una clínica de rehabilitación, que consistió básicamente en masoterapia, tracciones y microonda cervical. Todos los pacientes completaron «la Sympton Checklist 90 revised» (SCL-90-R) en dos ocasiones: antes de comenzar el tratamiento, y al finalizar el mismo. Esta escala valora la severidad de la psicopatología presentada a distintos niveles: somatización, obsesivo-compulsivo, ansiedad, depresión, sensitividad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Al comparar los resultados observamos una reducción en las puntuaciones de todos estos factores psicopatológicos, siendo estadísticamente significativa en el caso de somatización, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo, así como en el «Índice Global de Severidad». Por tanto, la mejoría de la cervicalgia aguda tras el tratamiento rehabilitador, implica una mejoría a nivel psicopatológico, y una mejora de la calidad de vida a nivel no sólo orgánico sino también psicosocial.

Palabras clave: *Cervicalgia. Psicopatología. Rehabilitación.*

PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE CERVICALGIA BEFORE AND AFTER REHABILITATION TREATMENT

Summary.—This study has aimed to analyze the psychopathological manifestations of a group of patients with acute cervicalgia before and after rehabilitation treatment, that is, when the acute pain occurs and after a significant improvement of it. The sample was made up of 50 patients

suffering from acute neck pain, nine male and 41 female, whose ages ranged from 17 to 71 years. These patients received symptomatic treatment in a rehabilitation clinic, that basically consisted in masotherapy, tractions and cervical microwave treatments. All the patients filled out the «Symptom Checklist 90 revised» (SCL-90-R) on two occasions: prior to beginning treatment and after finishing it. This scale assesses the severity of the psychopathology presented on different levels: somatization, obsessive-compulsive, anxiety, depression, interpersonal sensitivity, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychotism. When the results are compared, we observe a reduction in the scores of all these psychopathological factors, with statistical significance in the case of somatization, anxiety, phobic anxiety and psychotism, as well as in the Global Severity Index». Thus, improvement of acute neck pain after rehabilitation treatment implies psychopathological improvement and both body as well as psychosocial quality of life improvement.

Key words: *Neck pain. Psychopathology. Rehabilitation.*

INTRODUCCIÓN

Podemos definir el dolor como una sensación molesta afectando a una parte del cuerpo y causada por un agente externo o interno. Clínicamente podemos distinguir tres tipos de dolor en razón a su origen: centrógeno, somático y visceral. A su vez, el dolor de origen central puede ser físico y psíquico.

El dolor psicógeno constituye una realidad clínica incuestionable. Tiene una motivación psíquica, aunque desconocemos sus bases anatómofisiológicas. En la infancia y la juventud, el dolor se produce cuando un estímulo nocivo actúa sobre el organismo. Al desarrollarse la personalidad, el dolor se relaciona con sentimientos o pensamientos de las experiencias vividas. Es decir, el dolor tiene un importante compo-

Trabajo recibido el 23-VIII-01. Aceptado el 9-VII-01.

nente psicológico, y es una experiencia subjetiva (1). Por otro lado, el dolor tiene una dimensión interaccional. Es una llamada a la caridad del prójimo. Se usa muchas veces de forma inconsciente o involuntaria para pedir ayuda o para llamar la atención de los demás. Muchas veces el dolor se desarrolla cuando el paciente es incapaz de resolver una situación vital problemática; en este caso, el dolor pone al enfermo en una situación diferente, con un nuevo modo de relación con el entorno. La función del médico en estos casos será no sólo hacer desaparecer el dolor, sino también que ese dolor pierda su función simbólica inconsciente (2).

En el caso concreto del dolor de espalda, ya sea cervicalgia o lumbalgia, intervienen una serie de mecanismos neurológicos identificados. Existe un trabajo estático de la columna vertebral en el que participan estructuras musculares, óseas, ligamentosas, articulaciones, y el sistema nervioso. Este trabajo estático es inconsciente. El sistema nervioso participa de forma compleja: en su aspecto reflejo, tono postural, coordinación, movimientos expresivos, etc. Al aparecer el dolor, todo este sistema intenta compensarlo, siendo una de las formas de compensación la contractura antalgica. En ese momento, el sistema de soporte se hace consciente, y se evita cualquier movimiento o posición que aumente el dolor; aparece entonces la llamada «mala postura» o «mal hábito», que en principio tratan de evitar el dolor, pero que a la larga se traducen en una contractura dolorosa. Por otra parte, se ha hablado de la musculatura de la nuca como parte de un sistema expresivo. Así, los movimientos de la nuca pueden ser interpretados como una actitud. Por ejemplo, el llevar el «cuello estirado» puede ser signo de orgullo, una persona tímida bajará la cabeza, y la testarudez va acompañada de un aumento del tono de los músculos de la nuca y una contracción involuntaria de los maseteros. Esta musculatura puede contracturarse con facilidad; la contractura producirá dolor, y se establecerá un círculo vicioso, pues el dolor se traducirá en una postura antiálgica que, como hemos visto, aumentará la contractura.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, en nuestro estudio intentamos establecer una relación entre el estado clínico del paciente en lo relativo al nivel de dolor cervical y una serie de dimensiones psicopatológicas que pueden expresarse en cada momento.

PACIENTES Y MÉTODOS

Muestra. Fueron estudiados 50 pacientes con cervicalgia aguda que consultaron de forma consecutiva en una clínica de rehabilitación entre enero y septiembre

de 1999. De ellos, 9 eran varones y 41 mujeres. La edad mínima fue de 17 años y la máxima de 71, con una edad media de 47 años.

Métodos. El tratamiento aplicado fue un protocolo consistente en 20 sesiones de masoterapia en la región cervical, dorsal alta y trapecios, tracciones cervicales con peso ajustado a las características del paciente, y 12 sesiones de termoterapia profunda de alta frecuencia, tipo pulsátil, a una potencia de 80 watos y tiempo entre 5 y 10 minutos. Si tras este período no se obtenía mejoría, se repetía el protocolo una vez más.

Evaluación psicopatológica. Se realizó aplicando la escala SCL-90-R «Symptom Checklist 90 revised», (3), un cuestionario que permite valorar la severidad de la psicopatología presentada por el paciente en diferentes niveles. Se trata de una escala tipo Likert, que establece la valoración en función de la frecuencia con que han aparecido en la vida diaria del paciente a lo largo de la última semana distintos síntomas psiquiátricos. La escala consta de 90 ítems, y cada uno de ellos tiene cinco posibles respuestas, que valoran la severidad de los síntomas de 0 (nada) a cuatro (extremo). A partir de la puntuación de los 90 ítems se obtienen nueve factores psicopatológicos: 1) somatización; 2) obsesivo-compulsivo; 3) ansiedad; 4) depresión; 5) sensibilidad interpersonal; 6) hostilidad; 7) ansiedad fóbica; 8) ideación paranoide; y 9) psicoticismo. También se obtiene un ÍNDICE GLOBAL DE SEVERIDAD de los síntomas (GS). Los pacientes cumplimentaron el cuestionario por primera vez el día que llegaban a la consulta, antes de comenzar el tratamiento, y por segunda vez al ser dados de alta.

Procedimientos estadísticos. Los valores obtenidos en los factores de la SCL-90-R al inicio y final de tratamiento fueron comparados mediante una prueba *t* para muestras emparejadas. Dado que se realizaron diez comparaciones, se aplicó la corrección de Bonferroni para controlar los posibles errores tipo I, de manera que el nivel de significación estadístico adoptado fue de 0,005. El programa estadístico utilizado fue el SPSS, versión 9.0 para Windows.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se resumen en la tabla I. Como podemos observar, la puntuación en todos los factores considerados disminuye en la segunda cumplimentación del cuestionario, es decir, se produce una mejoría en la psicopatología tras el tratamiento. Esta mejoría es estadísticamente significativa (para el nivel de significación adoptado) en los factores somatización, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo, así como en el Índice Global de Severidad.

TABLA 1. Valores de los factores de la SCL-90-R al inicio y al final del tratamiento.

	<i>Inicio del tratamiento*</i>	<i>Final del tratamiento*</i>	<i>Valor t</i>	<i>Valor p</i>
Somatización	1,49 (0,55)	0,94 (0,56)	9,329	0,0001
Obsesivo-Compulsivo	1,29 (0,71)	1,13 (0,67)	2,733	0,009
Ansiedad	1,04 (0,52)	0,79 (0,49)	6,706	0,0001
Depresión	1,22 (0,60)	1,12 (0,59)	2,326	0,024
Sensitividad interpersonal	0,94 (0,64)	0,86 (0,82)	0,955	0,344
Hostilidad	0,66 (0,48)	0,65 (0,50)	0,180	0,858
Ansiedad fóbica	0,65 (0,68)	0,44 (0,48)	4,229	0,0001
Ideación paranoide	0,93 (0,74)	0,82 (0,68)	2,313	0,025
Psicoticismo	0,59 (0,57)	0,49 (0,51)	2,948	0,005
Índice global de severidad	1,08 (0,51)	0,86 (0,45)	5,276	0,0001

* El valor entre paréntesis corresponde a la desviación típica.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos, podemos plantear que existe una clara relación entre el nivel de dolor cervical y la expresión de determinados trastornos psicopatológicos en cada momento de la evolución de las cervicalgias. El individuo expuesto a cierto grado de tensión psíquica puede exteriorizarlo en forma de aumento de la tensión a nivel de la musculatura cervical, que se traduce en contractura y dolor. La cervicalgia, asociada generalmente a cefalea occipital y contractura de trapecios, aumenta la sensación de malestar del paciente, y con ello su tensión psíquica, estableciéndose un círculo vicioso. Al hacer tratamiento sintomático de la cervicalgia y eliminarla, romperemos ese círculo, y las manifestaciones psicopatológicas también disminuyen, según hemos visto, tanto en los aspectos generales (GSI) como en los síntomas relacionados con la ansiedad, la tendencia a la somatización, los comportamientos fóbicos y el psicoticismo.

Nuestros resultados en gran medida coinciden con los de Gómez-Feria y Núñez del Arco (4), que encontraron que los pacientes con cefalea opresiva fronto-occipital presentan altas puntuaciones en variables psicopatológicas (psicoticismo y neuroticismo) y también con los de Heikkila et al (5), que al estudiar a un grupo de pacientes con cervicalgia y otros dolores miofasciales han hallado que en un 46% de los casos, tras un período de rehabilitación, mejora su satisfacción por la vida. Brulin et al (6), en un estudio sobre factores de riesgo asociados con síntomas músculo-esqueléticos, han llegado a la conclusión de que hay factores de riesgo psicosociales que pueden influir en el desarrollo de las cervicalgias, algo que parece evidente a la luz de nuestros resultados, y confirman la idea de Radanov (7), al plantear que el tratamiento psiquiátrico puede ayudar a la recuperación y a la integración social de los pacientes que sufren esguince

cervical y laboral. En una línea de pensamiento similar parecen estar Estlander et al (8), que, en un estudio para determinar el valor predictivo de algunos factores psicológicos en el desarrollo del dolor músculo-esquelético, concluyen que el mejor predictor de futuro dolor es la incapacidad o invalidez psíquica. Sheather-Reid y Cohen (9), estudiando la existencia de un componente neuropático en las cervicalgias crónicas, han definido la «hiperalgesia psicofísica», y han sugerido que el dolor cervical puede ser un ejemplo de dolor de origen central irradiado por vías nociceptivas. Por otro lado, Wallis et al (10), utilizando como nosotros la SCL-90-R en pacientes con cervicalgia asociada a cefalea, han llegado a la conclusión de que estos pacientes sufren una alteración psicológica secundaria al dolor crónico de columna cervical, y no a la cefalea. En un estudio similar, Ahlberg-Hulten et al (11) llegan a la conclusión de que, mientras la lumbalgia parece estar más relacionada con problemas de trabajo, la cervicalgia está más relacionada con factores emocionales, en tanto que Jensen et al (12) refieren que en el tratamiento multidisciplinario de las cervicalgias crónicas la eficacia es mayor si se incluye una terapia psiquiátrica, conclusión similar a la que alcanza Linton (13), que señala que los factores psicológicos deben tenerse en cuenta en la prevención y tratamiento de cervicalgias.

Toda esta línea argumental, pensamos, se ve reforzada por conclusiones como las derivadas de nuestro estudio, que demuestran la unidad psicofisiológica de las manifestaciones clínicas de las cervicalgias. Dada la naturaleza del estudio, es difícil plantear qué es primario y secundario en el cuadro (si la lesión física o el estado psicopatológico), y es posible que, más allá de toda discusión, se trate de manifestaciones coincidentes, es decir, de procesos comórbidos. En este mismo sentido hay que entender la afirmación de Pietri-Taleb et al (14), que plantean la complejidad de la asociación entre factores psicológicos y problemas

cervicales, y la influencia del entorno psicosocial, aunque no faltan autores, como Svebak et al (15) que se atreven a plantear que generalmente son los factores de personalidad una clara causa contribuyente de entrada al dolor cervical.

Existen algunos estudios más, con resultados más o menos coincidentes con el nuestro, o estructurados en una dimensión clínica similar, como el de Fernández Camacho y Diago Bozal (16), que estudian el uso de antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico, y llegan a la conclusión de que resulta útil, ya que la mejoría del estado de ánimo puede ser un mecanismo que favorezca la mejoría del dolor. Hay trabajos, como uno de Saarijaervi et al (17), que plantean que las mujeres casadas tienen significativamente más síntomas de dolor musculoesquelético en cuello y hombros que los hombres casados. A pesar de que nuestro grupo estaba compuesto de hombres y mujeres, el reducido número de sujetos de sexo masculino nos impide confrontar esta hipótesis.

Algunos autores, como Philips et al (18) han planteado que en sujetos con lumbalgia aguda, así como en casos crónicos, el sentimiento predominante es la frustración, por encima de la ansiedad o la depresión. No parece suceder eso en nuestra muestra, ya que, como podemos observar, las puntuaciones más altas corresponden a las manifestaciones de somatización y depresión, siendo sensiblemente más bajas las relativas a hostilidad (que podrían corresponderse en gran parte con los sentimientos de frustración). Más coincidentes parecen ser los resultados de Brattberg (19), que ha estudiado el dolor de espalda y de cabeza en estudiantes y ha hallado una relación significativa entre factores sociales, psicológicos y emocionales, así como los de Scoppa y Nicotra (20) o Melin y Lundberg (21), que hacen referencia a las características psicosomáticas de los pacientes con cefaleas tensionales y proponen un tratamiento conjunto psicosomático y cinesiterápico, que consideran más eficaz.

Considerados globalmente, existen numerosos resultados procedentes de la bibliografía (22-24) que, salvando las diferencias derivadas del diseño de los diferentes estudios, concuerdan en general con los obtenidos en nuestro caso, que, en general, vienen a poner de manifiesto: a) la existencia de una importante relación entre la cervicalgia y la tensión psíquica, que refleja la interacción entre factores orgánicos, de una parte, y factores psicológicos, emocionales y psicosociales, de otra; b) la necesidad de considerar en el tratamiento y la prevención de las cervicalgias los factores psicológicos y psicopatológicos; y c) la existencia de una clara mejoría de la calidad de vida, no sólo a nivel orgánico, sino también psicosocial, tras la rehabilitación. Por lo demás, y a modo de conclusión final, podemos destacar cómo la mejoría a nivel

psicopatológico es especialmente significativa en relación con determinadas dimensiones, relacionadas fundamentalmente con el espectro de los denominados «trastornos de ansiedad» (somatización, ansiedad y manifestaciones fóbicas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Dolor psicógeno. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ eds. Tratado de Psiquiatría. 3.^a ed. Barcelona, 1982:1874-8.
2. Padrón Estariol C. El lenguaje del dolor. Dol Inflam. Ed. Saned, S.A. 1988;5:351-3.
3. Derogatis LR. Symptom Checklist manual. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1997.
4. Gómez-Feria I, Núñez del Arco J. Las cefaleas idiopáticas en un grupo de estudiantes universitarias. Psíquis 1992;13:161-7.
5. Heikkila H, Heikkila E, Eisemann M. Predictive factors for the outcome of a multidisciplinary pain rehabilitation programme on sick-leave and life satisfaction in patients with whiplash trauma and other myofascial pain: a follow-up study. Clin Rehabil 1998;12:487-96.
6. Brulin C, Gerdle B, Granlund B, Hoog J, Knutson A, Sundelin G. Physical and psychosocial work related risk factors associated with musculoskeletal symptoms among home care personnel. Scand JCaring Sci 1998;12:104-10.
7. Radanov BP. Neuropsychiatric aspects of expert evaluation reports after whiplash injury of the cervical spine. Orthopedic 1998;27:846-53.
8. Estlander AM, Takala EP, Viikari-Juntura E. Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain? A prospective, two-years follow-up study of a working population. J Occup Environ Med 1998;40:445-53.
9. Sheather-Reid RB, Cohen ML. Psychophysical evidence for a neuropathic component of chronic neck pain. Pain 1998;75:341-7.
10. Wallis BJ, Lord SM, Barnsley L, Bodgnk N. The psychological profiles of patients with whiplash associated headache. Cephalgia 1998;18:101-5.
11. Ahlberg-Hulte GK, Theorell T, Sigala F. Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. Scand J Work Environ Health 1995;21:435-9.
12. Jansen I, Nygren A, Gamberal S, Goldie I, Westerholm P, Jönsson E. The role of the psychologist in multidisciplinary treatments for chronic neck and shoulder pain: a controlled cost-effectiveness study. Scand J Rehabil Med 1995;27:19-26.
13. Linton SJ. An overview of psychosocial and behavioral factors in neck-and-shoulder pain. Scand J Rehabil Med Suppl 1995;32:67-77.
14. Pietri-Taleb F, Riihimaki H, Viikari-Juntura E, Lindstrom H. Longitudinal study on the role of personality characteristics and psychological distress in neck trouble among working men. Pain 1994;58:261-7.
15. Svebak S, Mykletun RJ, Bru E. Connections between musculoskeletal complaints and personality. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114:685-8.

16. Fernández Camacho A, Diago Bozal F. Utilización de antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico. Posibles mecanismos de acción. *Dol Inflam* 1988;1:73-8.
17. Saarijäervi S, Hyypae MT, Lehtinen V, Alanen E. Chronic low back pain patient and spouse. *J Psychosom Res* 1990;34:117-22.
18. Philips HC, Gran L. Acute back pain: a psychological analysis. *Behav Res Ther* 1991;29:429 -34.
19. Brattberg G. The incidence of back pain and headache among swedish school children. *Qual Life Res* 1994;3:27-31.
20. Scoppa F, Nicotra MC. Muscle-tensive cervical headache: Investigation on 25 subjects treated with holistic therapeutical approach. *Med Psicosom* 1994;39:135-42.
21. Melin B, Lundberg U. A biopsychosocial approach to work-stress and musculoskeletal disorders. *J Psychophysiol* 1997;11:238-47.
22. Jensen C, Nilsen K, Hansen K, Wessgaard RH. Trapezius muscle load as a risk indicator for occupational shoulder-neck complains. *Int Arch Occup Environ Health* 1993;64:415-23.
23. Leino P, Magni G. Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain* 1993;53:89-94.
24. Bongers VH, de Winter CR, Komppier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993;19:297-312.

Correspondencia:

Esperanza Montes Doncel
Departamento de Fisioterapia
Facultad de Medicina
Aptdo. de Correos 108
06080 Badajoz