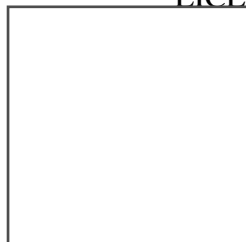


UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



TEMA
FACTORES INCIDENTES EN EL APARECIMIENTO DE LUMBALGIA, SU
RECURRENCIA Y CRONICIDAD EN LAS Y LOS USUARIOS DEL AREA DE
FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA, COJUTEPEQUE,
MARZO 2010.

ASESORA:
LICENCIADA MARGARITA RIVAS. MESSR

PRESENTADO POR:
ANA LISSET GALEAS ROMERO
CECILIA GUADALUPE GOMEZ CAÑAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO DE 2010

INDICE

CONTENIDO	pág.
Introducción	i
CAPITULO I	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Enunciado del problema	2
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos	5
1.4.1 General	5
1.4.2 Específicos	5
CAPITULO II	

2.1 Marco teórico	6
2.1.1 Antecedentes	6
2.1.2 Fundamentación teórica	8
Glosario de palabras técnicas	20
CAPITULO III	
Operacionalización de las variables.	21
CAPITULO IV	
Diseño metodológico.	
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Universo y muestra	23
4.3 Variables	23
4.4 TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	23
4.5 Validación de los instrumentos	24
4.6 Procedimiento para la recolección de datos.	24
4.7 Procedimientos para presentación y análisis de datos	24
4.8 CRONOGRAMA	25
4.9 PRESUPUESTO	26
CAPITULO V	
Presentación y análisis de datos	27
6 ANALISIS GENERAL DE DATOS	63
7 CONCLUSIONES	64
8 RECOMENDACIONES	65
9 PROGRAMA EDUCATIVO	66
10 BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta el documento que contiene el Informe Final de la investigación sobre “FACTORES INCIDENTES EN EL APARECIMIENTO DE LUMBALGIA, SU RECURRENCIA Y CRONICIDAD EN LAS Y LOS USUARIOS DEL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EN COJUTEPEQUE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE DE A DICIEMBRE 2009”.

En el documento se expone la problemática que motivó la investigación dada la incidencia, recurrencia y cronicidad en la patología de lumbalgia, que presenta la población usuaria del servicio en el Hospital Nuestra Señora de Fátima en Cojutepeque; contiene el enunciado del Problema, la Justificación y Objetivos de la investigación. Detalla además, el Marco Teórico conteniendo en el mismo los principios anatómicos, fisiológicos de la patología que sientan las bases de los análisis que se hicieron durante la investigación.

Así mismo el Diseño Metodológico que ordena el trabajo que se llevó a cabo para la obtención de los resultados y cumplimiento de los objetivos de la investigación, tomando en cuenta la operacionalización de las variables en estudio con el fin que la información que se obtuvo de ellos fuese la necesaria, se señala la forma que se presentaron y procesaron los datos obtenidos, los análisis de los datos recolectados, las conclusiones y recomendaciones producto de la

investigación.

En los Anexos del documento se encuentran los instrumentos utilizados para la recolección de los datos que fueron elaborados en base a los objetivos de la investigación.

CAPITULO I.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SITUACION PROBLEMÁTICA.

El dolor de la espalda baja es un padecimiento común e incapacitante y forma parte de los primeros diagnósticos de consulta de las personas adultas en las instituciones de salud y en aquellas que brindan servicios de Medicina Física, en varias partes del mundo, por lo que es reconocido como un problema de salud pública, en este sentido El Salvador, no es la excepción. De acuerdo a datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, en el año 2006, los problemas de lumbalgia se encontraron dentro de las 10 primeras causas de consulta médica en el Sistema Público Nacional, lo que constituye un 2.3% del total de las consultas. Para el año 2007, esta cifra se reporta en un 2.0%, de ese total de consultas a nivel nacional.

La frecuencia, cronicidad y reincidencia de este padecimiento, es causa de ausentismo laboral y consecuentemente un fuerte impacto a la economía nacional y doméstica ya que las personas se ven imposibilitadas para el trabajo.

Muchas de las causas de la lumbalgia se deben a una mala educación en dinámica postural, a factores culturales como podría ser el tipo de dieta que lleva a sobre peso, unido al sedentarismo de las personas, a la adopción de malas posturas, y entre las causas más importantes están las asociadas a los factores ocupacionales.

En el servicio de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima, asistieron un número de 125 usuarias y usuarios en el año 2006; 157 usuarios y usuarias en el 2007; y 148 en el año 2008 que presentaron este padecimiento, siendo en este sentido el dolor de la baja espalda considerado en la lista de los primeros diez diagnósticos atendidos en esta institución.

Las edades de las personas oscilan entre los 20 y 59 años de edad; lo que refleja claramente que la edad no es un factor determinante para su padecimiento pero que si el padecimiento es frecuente en personas en edad productiva por lo que resulta importante poner atención en la ocupación que ellas realizan.

Para acercarnos a una caracterización de las personas atendidas en la institución en el presente año, al verificar su ocupación tenemos que 25 de los pacientes son docentes de Bienestar Magisterial, 15 son amas de casa, 10 agricultores, 12 enfermeras, y sus edades oscilan entre de 25 a 59 años, predominando el sexo femenino. Durante el seguimiento de su padecimiento se pudo observar que de estas personas, 22 se convirtieron en padecimiento crónico y 15 fueron reincidentes en el dolor lumbar aún habiéndose dado de alta.

El alto porcentaje de pacientes que acuden por este padecimiento, requiere de acciones de educación y atención que vayan orientadas a las necesidades de las personas que acuden al servicio, tomando en cuenta el contexto tanto familiar, laboral como también el aspecto cultural que les rodea y que incide directamente en hábitos no saludables que pueden sumarse a aquellos factores incidentes en el apareamiento de lumbalgia, su recurrencia y cronicidad.

En la problemática anteriormente descrita, se hace necesario el explorar aquellos factores que pueden tener mayor incidencia en el apareamiento de lumbalgia, su recurrencia y cronicidad en la población usuaria del área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima en Cojutepeque en el periodo comprendido de enero a marzo de 2009 con el fin de orientar las acciones educativas de acuerdo con las necesidades reales de la población.

2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

Cuáles son aquellos factores incidentes en el aparecimiento de lumbalgia, su recurrencia y cronicidad en las y los usuarios del área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima en Cojutepeque en el periodo comprendido de enero a marzo de 2009

1.3 JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación se ha realizado con el fin de explorar los factores que inciden en el apareamiento de lumbalgia su recurrencia y cronicidad tomando en cuenta que la lumbalgia es un problema que afecta en la actualidad a muchas personas sin exclusión de sexo o edad afectándolos en todos los niveles tanto económicos, social como laboral; por la incidencia y prevalencia de los casos, se considera un problema de salud pública, que por la intensidad del dolor puede evolucionar hacia una discapacidad real cuando se afecta de manera crónica la funcionalidad de las personas.

La naturaleza y el tipo de trabajo determinan en algunas ocasiones que las personas corran riesgos de afectar de manera directa o indirecta su salud; la intensidad física de las labores, las posturas adoptadas durante dichas actividades, algunos factores culturales como también el ambiente ocupacional, se han reconocido como factores determinantes para padecimientos de dolor en la espalda baja, mas aun cuando no existe educación en la dinámica corporal para la realización de las actividades ocupacionales. Sin embargo, la frecuencia, cronicidad y reincidencia obliga a la búsqueda de otros factores que puedan ser específicos del contexto de las usuarias y usuarios del Servicio de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima con el fin de diseñar programas de Educación para la Salud que puedan evitar al máximo el apareamiento de estos casos tomando en cuenta las necesidades propias de la población afectada.

El ausentismo laboral e incapacidad que provoca la incidencia y recurrencia de los padecimientos de dolor lumbar, castiga aun más la precaria economía familiar en El Salvador, ello obliga a la búsqueda de medidas educativas más cercanas a las necesidades reales de la población y a trabajar con mayor énfasis en la prevención de estos padecimientos, lo que puede lograrse únicamente conociendo los factores propios del contexto de las y los usuarios que estén determinando dicha incidencia, recurrencia y cronicidad.

La visión que hasta el momento ha caracterizado al sector salud, es un aspecto centrado en la atención a la enfermedad, olvidando que la problemática en salud es multifactorial y que cada caso es individual con un contexto particular. El sentido de la presente investigación busca rescatar un enfoque de prevención centrado en las condiciones del contexto del grupo poblacional que padece lumbalgia en el sentido de diseñar planes de intervención educativa que se basen en dicho contexto.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- * Identificar aquellos factores que inciden en el apareamiento de lumbalgia, su recurrencia y cronicidad en las y los usuarios del área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima en Cojutepeque.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Precisar la cronicidad y recurrencia en el padecimiento de la lumbalgia en las y los usuarios.
- * Identificar factores fisiológicos y anatómicos en las y los usuarios que favorecen al apareamiento, cronicidad y recurrencia de lumbalgia.
- * Identificar factores laborales u ocupacionales que contribuyen al apareamiento, cronicidad y recurrencia de la lumbalgia en las y los usuarios del servicio.
- * Identificar factores culturales, familiares y educacionales que contribuyen al padecimiento de lumbalgia en las y los usuarios.
- * Diseñar un programa educativo de prevención de la lumbalgia, tomando en cuenta los factores que intervienen en el apareamiento, cronicidad y recurrencia de este padecimiento en las usuarias y usuarios de la institución.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO.

2.1.1 ANTECEDENTES.

A partir de la década de los 80's se observan en América Latina un creciente interés por la salud de los trabajadores, tanto en el ámbito académico e institucional como en los sindicatos. Muchos estudios revelan que se vive una problemática de salud muy intensa en el mundo laboral, que el trabajo es uno de los determinantes principales de las condiciones de salud de la población adulta que es necesario analizar para comprender las características de la salud colectiva, además destacan que esta problemática relacionada con el trabajo en ciertas áreas, es más intensa en Latinoamérica que en los países desarrollados. Esto se explica por las características políticas, económicas y sociales del proceso de industrialización en la región, cuestión que lejos de resolverse con la actual reestructuración productiva parece agravarse por el papel asignado a nuestros países en la nueva división internacional del trabajo como proveedores de mano de obra barata y receptores de procesos productivos nocivos. A esto se añade el crecimiento de las relaciones laborales irregulares, la expansión vertiginosa de la economía informal y la incorporación masiva de mujeres y de niños al trabajo, todo lo cual nos habla de nuevos y amplísimos ámbitos laborales sin regulación y carentes de una protección mínima al trabajador.

La investigación de la medicina del trabajo y la epidemiología ocupacional tradicional se planteó como problemática básica para explorar qué factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo provocan daños específicos en la salud (Enfermedades) y a través de qué mecanismos. La pregunta que se plantea es: si el factor de riesgo "X" genera la enfermedad "Y", y bajo qué condiciones. En consecuencia, utiliza un procedimiento metodológico basado en una relación abstracta entre la causa y los factores de riesgo y efecto-enfermedad.

Detrás de esta pregunta de origen hay una concepción de la relación trabajo-salud, en la cual la relevancia del trabajo para la salud reside en que pone a las personas en contacto con algunos "factores de riesgo", esto es, el trabajo es más que un ambiente externo que como cualquier otro contiene factores de riesgo causantes de enfermedad. En concreto esto implica, por ejemplo, que estudia los perfiles tanto de las cargas (riesgos o exigencias) laborales como los daños.

"Así, con la finalidad de construir teóricamente las mediciones entre el proceso laboral y el proceso salud-enfermedad colectivo, se construyeron los conceptos de carga laboral y proceso de desgaste. El primero se define como los elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre si y con el cuerpo del trabajador produciendo aquellos cambios en los procesos bio-psíquicos que se manifiestan como desgaste, entendido este como pérdida de capacidades biopsíquicas potenciales, o efectiva. Las cargas se agrupan en función de sus características en aquellas que tienen materialidad externa al cuerpo (físicas, químicas, biológicas y mecánicas) y aquellas (fisiológicas y psíquicas) que solo adquieren materialidad a través del cuerpo humano transformando sus procesos; no obstante ambos se caracterizan porque ponen en movimiento la capacidad de plasticidad del cuerpo y la psique, que se expresa en la transformación de sus procesos"¹. El proceso de desgaste consigna las transformaciones negativas en los procesos biopsíquicos, originados entre otras cosas por la interacción dinámica de las cargas laborales definiéndose así del proceso de desgaste. La lumbalgia viene a ser entonces una consecuencia de ambos procesos señalados anteriormente.

2.1.2. FUNDAMENTACION TEORICA.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La Columna Vertebral se extiende desde la cabeza hasta la pelvis y sus funciones son: proteger a la medula espinal, soportar peso corporal y la transmisión del peso corporal a la pelvis y miembros inferiores. La mayor parte del peso corporal recae en la parte anterior de ella, por ello está reforzada por atrás por músculos potentes insertados de tal forma que forman palancas resistentes de acuerdo con las inserciones en las apófisis espinosas y transversas de las 33 vértebras que la forman.

La presencia de la medula espinal dentro del armazón constituido por la columna vertebral produce con frecuencia manifestaciones neurológicas y esqueléticas.

La columna vertebral está compuesta por:

- 7 vertebras cervicales
- 12 vertebras dorsales
- 5 vertebras lumbares
- 5 vertebras sacras
- 4 vertebras coccígeas

Los componentes de una vértebra típica son: el cuerpo, arco vertebral y apófisis.

Cuerpo de la vertebral: es la parte que ofrece resistencia y soporta peso, formada por huesos esponjosos, contiene medula roja; el hueso compacto de los bordes de la cara superior e inferior es más grueso que el resto del cuerpo y forma un anillo.

Arco vertebral: se encuentra por detrás del cuerpo, forma las paredes del agujero vertebral que encierra y protege la medula espinal. Esta formada por pedículos y láminas.

Apófisis: las transversas se proyectan hacia atrás a partir del Arco vertebral en la unión de las dos laminas. Las apófisis articulares presentan las carillas articulares, que son sitios de articulación.

Vertebras cervicales: son las que se encuentran inmediatamente bajo el cráneo con la principal función de sostén de la cabeza y protección de las estructuras neurales inmediatas bajo el cerebro, se caracterizan por presentar un agujero en cada apófisis transversa llamado agujeros transversos y da el paso a la arteria vertebral. La primera y segunda vértebra cervical, atlas y axis son vértebras especializadas. Y la séptima es una vértebra de transición entre la región cervical y dorsal o torácica. Las vertebras C3 – C6 son consideradas como típicas de la región.

Vertebras dorsales: se articulan con las costillas y generalmente son doce, de la segunda a la octava tienen características semejantes y se les puede considerar como típicas de la región dorsal. El contorno del cuerpo vertebral es uniforme y el agujero vertebral es circular, contiene carillas costales de forma semilunar, pedículos cortos y aplanados en sentido lateral, su apófisis espinosa es larga y delgada, las apófisis transversas son largas redondeadas y resistentes.

Vertebras lumbares: se distinguen por su tamaño, no contienen carillas costales y agujeros transversos, sus apófisis transversas son delgadas y las espinosas cuadriláteras, tienen pedículos cortos y gruesos.

Quinta vértebra lumbar: suele ser la mayor de las vertebras posee apófisis transversas grandes, cuerpo más grueso por delante que por atrás, forma que se relaciona con la prominencia del ángulo lumbosacro.

Sacro: está formado por cinco vertebras que se fusionan en el adulto para formar un hueso en forma de cuña que es palpable por debajo de la parte inferior del dorso.

Cóccix: se encuentra ligeramente por arriba del ano, es cuneiforme, presenta cara anterior

o pélvica, dos bordes laterales, base y vértice.

Músculos de la columna vertebral: Los músculos que son los encargados de la movilidad en la región cervical y torácica incluyendo los movimientos respiratorios, así como la conexión con los movimientos del tronco a nivel lumbar, participan:

Trapezio (superior, medio e inferior), esternocleidomastoideos. Angular del omoplato, romboides, serrato anterior, esplenio del cuello, transverso espinoso y escalenos.

En la región dorsal participan: Erectores espinales, Iliocostal, Largo dorsal, Transverso espinoso, Sacrolumbar, Cuadrado lumbar.

Articulaciones de la columna vertebral: dentro de ellas están incluidas:

- Las que se forman entre los cuerpos de las vertebrae subyacentes y suprayacentes.
- Las articulaciones de los arcos vertebrales.
- Las costo vertebrales, es decir entre las costillas y las vértebras.
- Las sacroiliacas (entre sacro y hueso Ilión).

Ligamentos de la región lumbar: Estructuras blandas que dan estabilidad a la columna vertebral son:

- > Ligamento longitudinal anterior y posterior.
- > Ligamento supra-espinoso.
- > Ligamento intraespinoso.
- > Ligamento amarillo.

Cargas y Movimiento

Generalmente la columna cervical tiene el mayor movimiento intersegmentario; sin embargo, las cargas son relativamente bajas en esta región. En la columna torácica existe un movimiento relativamente pequeño y rigidez alta, debido a las propiedades mecánicas intrínsecas, uniones costales y la caja torácica que son intermedias entre las encontradas en la región cervical y en la región lumbar.

En la columna vertebral lumbar existe un grado intermedio de movimiento intersegmentario pero las cargas aplicadas son de mayor amplitud y es en esa región en donde los pacientes frecuentemente experimentan dolor.

Un análisis biomecánico de la incidencia del dolor en diferentes regiones de la columna sugiere una relación entre las cargas y el movimiento. El grado de movimiento es alto en la columna cervical pero las cargas son pequeñas, lo que coloca a este segmento en segundo lugar de incidencia de dolor. En la columna torácica existe relativamente, una pequeña cantidad de movimiento y las cargas son moderadas, lo que coloca a este segmento espinal en tercer lugar como incidencia de dolor. La columna lumbar tiene un grado moderado de movimiento pero un alto nivel en cuanto a carga de peso, lo que coloca a este segmento en primer lugar de incidencia de dolor.

Debido a la orientación de las facetas articulares en el área lumbar existe relativamente un mayor tipo de fuerzas cizallantes en el disco intervertebral durante la rotación axial. Los discos L4 – L5 y L5 – S1, están sujetos a grandes fuerzas cortantes debido a su gran ángulo en el plano horizontal. Se ha sugerido que este puede ser un factor de desarrollo de herniación discal. La

carga torsional causa falla de los anillos fibrosos, los cuales dan como resultado una enfermedad discal. Estos factores pueden explicar, al menos en parte, una alta incidencia de enfermedad discal a nivel L4 – L5 y L5 – S1.¹

POSTURA.

El estático constituye la postura. El ser humano se pone erecto en una base sacra con la participación de todas las unidades vertebrales funcionales que forman cuatro curvas fisiológicas.

El raquis permanece erecto por sus componentes de tejido blando, ligamentos, tejidos capsulares y musculares.

Postura correcta significa una posición cosmética aceptable y económica en cuanto al consumo de energía; requiere equilibrio entre tono ligamentoso y muscular. La postura incorrecta significa un desequilibrio entre fatiga, simétrica y producción de dolor.

El ángulo lumbo-sacro, depende de la rotación de la pelvis, también del apoyo ligamentoso, cuando se altera este, se requiere un esfuerzo muscular para apoyar el raquis, lo que deteriora la eficiencia de la energía de la postura erecta principalmente ligamentosa; vista desde atrás el raquis debe de estar erecto y alineado con el centro de gravedad. A medida que la pelvis rota también lo hace la curva lumbar, torácica y cervical. Por último la cabeza se sostiene directamente a la altura del raquis y se apoya en la totalidad del mismo, sosteniéndose así con eficiencia y mínimo gasto de energía del raquis cervical y músculos del cuello.

Las curvas fisiológicas que comprenden la postura en vista lateral son: lordosis cervical, cifosis dorsal, lordosis lumbar y cifosis sacra.

Según academia estadounidense de cirugía ortopédica define como postura estándar: “El alineamiento esquelético refinado como una disposición relativa de las partes del cuerpo en un estado de equilibrio que protegen las estructuras de apoyo del cuerpo contra lesiones o deformidades progresivas”.

1 Dr. Vásquez Escamilla Jesús
“Biomecánica del dolor lumbar”

Hay muchos factores que influyen en la postura del adulto, de los cuales tres predominan en su influencia y frecuencia:

1- Posturas familiares o hereditarias: como cifosis dorsal o lordosis lumbar.

2- Anormalidades estructurales, congénitas o adquiridas: neurológicas musculares, esqueléticas o ligamentosas, estáticas o progresivas

3- Posición de costumbre o de entrenamiento durante los años del desarrollo.
Lumbalgia es una de las manifestaciones de desgaste y de sobrecarga debido a posturas

incorrectas en el trabajo o las que realizan trabajos pesados o en posición sentada muy prolongada pues la columna es sometida a estrés prolongado.

Descripción de las posturas:

1- postura de pie: cabeza erguida, vista al horizonte brazos relajados y paralelos al cuerpo, caderas en posición neutra, rodillas extendidas tobillos a 90°, pies apoyados en una base de sustentación de 20Cm.

2- Postura sentada: cabeza erguida, vista al horizonte, hombros al mismo nivel, ángulo brazo – antebrazo a 90°, brazo ligeramente abducidos y flexionados, cadera, rodillas y tobillos en flexión de 90°. Cuando estas posturas no siguen la alineación descrita anteriormente y se sostienen por tiempos prolongados incluyendo carga adicional de trabajo es que provocan dolor.

Definiciones de Lumbalgia

Dolor a nivel lumbar que son trastornos musculo – esqueléticos generalizados que afectan a las personas independientemente de las tareas que realicen. Al elevarse su incidencia en la población laboral traducido a un elevado número de horas de trabajo perdidos por incapacidad, ha provocado que se impulse su estudio.

Lumbalgia es un término aplicado para el dolor de espalda baja, es decir, en la zona lumbar, causado por un síndrome músculo esquelético o trastornos relacionados con las vértebras lumbares y las estructuras de los tejidos blandos ubicados en dicha región como músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales. Se origina por distintas causas y formas, siendo las más comunes el estrés, el sobreesfuerzo físico y las malas posturas sostenidas por tiempos prolongados. En su presentación clínica puede ser aguda si dura menos de 4 semanas, subaguda entre 1 y 3 meses o crónica si dura más de 12 semanas. Cuando es aguda, lo normal es tener reposo en cama y en la mayoría de las veces, los síntomas de dolor lumbar muestran una mejora significativa dentro de unos días a unas semanas desde su inicio.

En un número significativo de personas, el dolor lumbar puede ser recurrente, mejorando y empeorando con cada ciclo. En una pequeña proporción de personas esta condición puede volverse crónica. Estudios poblacionales muestran que el dolor de espalda afecta a la mayoría de los adultos en algún momento en su vida y representa más casos de permisos laborales por enfermedad y de discapacidad que cualquier otra condición médica.

Clasificación:

1. De origen vertebral:

- > **Estática:** viene favorecida por un aumento de las posturas fisiológicas normales como: cifosis, lordosis cuyo aumento se denomina hiperlordosis y/o por el apareamiento de posturas anormales como la escoliosis.
- > **De origen ligamentoso:** los ligamentos que suelen afectarse y que dan manifestaciones clínicas de dolor debido a su rica inervación son: el supra espinoso, interespinoso y sacroiliacos posteriores.
- > **Inflamatoria:** la lumbalgia puede ser un signo precoz de la espondiloartritis.

- > **Tumoral:** cuando es debido al apareamiento de tumoraciones, y en este caso el dolor es muy intenso, de inicio brusco, de carácter tanto diurno como nocturno.
- > **Metabólica:** después de un episodio agudo posterior a una causa metabólica que conlleva a aplastamiento de la zona lumbar y que puede ser al inicio completamente indolora.
- > **Traumática:** debido a una fractura del cuerpo vertebral a nivel lumbar que se provoca a veces por traumatismo de poca intensidad.
- > **Por alteración de las articulaciones interapofisiarias posteriores:** desde el punto de vista biomecánico debido a su oblicuidad, estas articulaciones soportan más o menos el 20% del peso corporal; clínicamente el dolor es más incidente a la inclinación lateral sobre el lado afecto y a la extensión.

2. De origen extravertebral:

- > Causada por posturas incorrectas prolongadas: la causa más común es una curvatura lumbar exagerada, que se adopta al realizar actividades, embarazo, uso de zapatos altos, malos hábitos al dormir.

Lumbalgia discal:

El disco intervertebral está formado por una cubierta inextensible llamada: anillo fibroso, el disco tiene una capacidad elástica que le permite soportar peso modificando su espesor de acuerdo con el mismo. Si existe una sobrecarga excesiva se pueden destruir las fibras del anillo y degenerarse el mismo cuando las cargas y descargas se repiten excesivamente.

Hernia de disco intervertebral: Se produce por mover cargas en forma asimétrica donde el núcleo pulposo se hernia en los laterales, la zona que no hay protección del ligamento longitudinal posterior, donde puede o no comprimir la raíz nerviosa. Se presenta mayormente en L5 y S1 y en segundo lugar entre L5 y L4, en otros niveles es muy raro.

Según su forma de presentación:

- **Aguda:** aparece un dolor intenso, brusco, generalmente el paciente está realizando un esfuerzo.
- **Crónica:** es la que se da con mayor frecuencia en pacientes mayores de 40 años.

El paciente se queja de dolor lumbar de una forma intermitente desde un periodo de tiempo que va de meses a un año. La sensación dolorosa que refiere aumenta con el esfuerzo y por las posturas prolongadas de bipedestación y sedestación puede presentar irradiación difusa a extremidades inferiores.

Según localización

- **Altas:** son las originadas entre D12 y L4, son poco frecuentes.
- **Bajas:** corresponde a una zona de gran movilidad como la comprendida entre L4 y la pelvis.

Signos y síntomas de lumbalgia:

- > Dolor a nivel lumbar.
- > Irradiación de dolor hacia los miembros inferiores.
- > Hipersensibilidad en la movilidad del raquis.
- > Hipersensibilidad a la presión de los músculos paravertebrales.
- > Espasmo muscular que puede irradiarse hasta las piernas.
- > En etapa aguda la marcha se vuelve rígida o escoliótica, es decir, con inclinaciones laterales anormales.
- > Dolor al movimiento en cualquier plano.

- > Hiperlordosis lumbar.
- > Imposibilidad de realizar actividades y movimientos (casos severos).

Causas:

- > Mala postura.
- > Falta de ejercicio regular.
- > Exceso de peso.
- > Torcedura de espalda o estiramientos bruscos.
- > Malos hábitos de dinámica postural (al levantarse, caminar, manejar, sentarse, dormir y cargar pesos).
- > Distensión muscular.
- > Fibromalgia.
- > Rotura traumática de un ligamento.
- > Estrechamiento del canal vertebral.
- > Dolor por problemas y conflictos psicosociales que aumentan la tensión muscular.
- > Fractura, etc.

Lumbalgias que se dan más frecuentes en el trabajo:

1. De origen muscular o ligamentoso:
 - > Lumbalgia por fatiga de musculatura para vertebral.
 - > Lumbalgia por distensión musculo – ligamentosa.
2. De origen en el sistema de movilidad y estabilidad de la columna vertebral:
 - > Lumbalgia por ritmo lumbo – pélvico inadecuado.
 - > Lumbalgia por inestabilidad articular.
3. De origen discogenico:
 - > Protusión interdiscal del núcleo pulposo.
 - > Hernias de disco intervertebral.
4. De origen psíquico:
 - > Lumbalgia por conversión psicósomática.

Las más frecuentes son:

1. **Lumbalgia por fatiga muscular:** se produce por la posición curvada hacia los lados o excesiva lordosis o en la cifosis.
 - > **Causas de esta lumbalgia:** cuando el individuo trabaja sentado encorvado hacia adelante, falta de apoyo lumbar, imposibilidad de apoyar los codos o apoyarlos a un nivel no adecuado de la altura del trabajo, por ejemplo: costurera, operadoras y personas que trabajan en posición de sentada frente a una máquina de escribir o computadora; trabajos demasiado encorvados sin poder agacharse, en el caso de trabajar en mesas o escritorios demasiado altos o demasiado bajos.
2. **Lumbalgias por ritmo lumbo pélvico:** se debe a una falla en el movimiento de la columna vertebral, ya sea en flexión o en la extensión. Puede ocurrir que los tejidos no sean muy flexibles o que exista mala coordinación como consecuencia de un movimiento defectuoso, por costumbre, mala educación en el manejo del cuerpo o directamente una mala conformación del puesto de trabajo y herramientas.

3. Lumbalgia por ruptura interdiscal del núcleo pulposo:

Aparece cuando:

- > El trabajador o trabajadora toma o manipula una carga muy pesada con el tronco flexionado.
- > En el caso de tomar o manipular una carga con el tronco en flexión lateral o rotación.

Lumbalgia por conversión psicósomática: se presenta cuando el trabajador o trabajadora tiene problemas de adaptación en las relaciones laborales y no posee habilidades para el manejo del estrés o está sometido a problemas personales y somatiza sus emociones.

Estudios especiales

Existen diversos exámenes para explorar la región lumbar uno de estos son los estudios radiológicos, que descubren lo que no puede verse a simple vista, palparse o escucharse por medio de instrumentos. Las placas radiográficas demuestran el tamaño, densidad y posición de los huesos y los espacios que hay entre ellos. Al observarse el aspecto del hueso, es posible visualizar el padecimiento que altera la imagen ósea tales como osteoporosis, fracturas o infecciones. Dado que la radiografía también muestra los espacios entre los huesos, en la columna se aprecia el grosor del espacio entre los discos y amplitud e integridad de las articulaciones apofisiarias.

Otro estudio es la tomografía axial computarizada (TAC).

Consiste en tres proyecciones radiográficas que se obtienen simultáneamente, que son integradas por una computadora en una sola imagen, este estudio nos arroja datos tanto de las estructuras óseas, como de tejidos blandos, el engrosamiento de un ligamento o una deformación ósea del canal raquídeo.

Tratamiento:

El tratamiento es mucho más complejo, más preciso que la mayoría de los tratamientos de los miembros. Por su gravedad podemos clasificarla en:

- Lumbalgia aguda o lumbago.
- Lumbalgia crónica.
- Lumbalgia psicógena

Lumbalgia aguda: comienza casi siempre bruscamente al realizar un esfuerzo para levantar un peso o al efectuar un simple “falso movimiento” el lumbago es un verdadero bloqueo de la columna lumbar con vivo dolor lumbosacro y posición antalgica importante y característica. A veces se complica con ciática y recidiva frecuentemente en intervalos más o menos prolongados en el caso de falta de tratamiento postural profiláctico.

El tratamiento de urgencia es esencialmente reposo absoluto en cama con medicación anti inflamatoria e infiltración eventual. La mayoría debe sobrevenir en varios días y el tratamiento es entonces, el de lumbalgia y lumbociática crónica.

Lumbalgia crónica: dolores lumbares bajos, difusos, a menudo unilaterales, que irradian a veces hacia los glúteos, aumentan la fatiga y se calman con el reposo cuya duración es de mayor de un mes a años. El tratamiento médico ha de ser más discreto y se recurrirá sobre todo a los medios físicos.

Lumbalgia de origen dorsolumbar: Numerosas lumbalgias tienen su origen no a nivel lumbar inferior o lumbosacro, si no a nivel dorsolumbar, por irritación de las ramificaciones

posteriores de los últimos miembros raquídeos dorsales por las articulaciones interapofisiarias correspondientes; esas ramificaciones inervan los planos cutáneos y subcutáneos de la región lumbar baja y de la cresta iliaca.

La radiología es con frecuencia negativa y solo el examen clínico guiara al terapeuta.

La lumbalgia aguda unilateral se caracteriza por el apareamiento de posición antálgica y aparece contractura de la región para vertebral, la limitación dolorosa se realiza casi siempre hacia la rotación y la flexión.

Teorías sobre el apareamiento del dolor lumbar.

La primera según Williams.

“La postura erecta se sostiene por la presión de los discos que conserva separadas a las vértebras y tensa a los ligamentos comunes de la unidad funcional. Tan pronto como un sujeto se flexiona y se mueva hacia adelante del centro de gravedad, los músculos del dorso se contraen de inmediato para evitar que la flexión sea demasiado rápida. A partir de entonces, conforme la persona sigue flexionándose, los músculos del dorso se elongan con lentitud para permitir la flexión de la columna.

Una vez que el cuerpo ha llegado a una flexión de 45° a partir de la postura erecta, la región lumbar ya no puede seguir flexionándose”².

² Dr. Cailliet René. Lumbalgia. Pág. 61.

De esta teoría se establece que los discos intervertebrales ejercen una gran función en el mantenimiento de la postura y el mínimo daño a estos, sumado la alteración de los tejidos del dorso y de los miembros inferiores y en una persona donde la condición física se encuentra disminuida darán la pauta en el apareamiento de la lumbalgia. Esto sucede porque la persona con las características anteriores al flexionarse hacia adelante los músculos y ligamentos del dorso no logran extenderse por completo por consiguiente aparece el dolor.

Bajo esta teoría se concluye que la flexión normal de la columna solo es de aproximadamente 45° y la flexión restante se produce en la pelvis y esta para rotar necesita que los músculos isquiotibiales y los glúteos sean elásticos para permitir a la pelvis rotar. De no ser así se imposibilita el adecuado movimiento apareciendo el dolor y por lo siguiente la lumbalgia.

Teoría según Mc Kenzie.³

“cuando una persona está en flexión completa, con flexión de la región lumbar, rotación de la pelvis e inversión de la lordosis lumbar tiene bastante inclinación para que sus dedos toquen el suelo.

Ahora deberá recobrar la posición erecta. Para ello primero la pelvis se des rota, en tanto que la columna permanece en flexión. Esto continua hasta que el cuerpo está a 45° por delante del centro de gravedad, después y solo hasta entonces, la columna lumbar inicia la extensión gradual, hasta recuperar la posición erecta y la lordosis normal. Los músculos de la región lumbar no se contraen hasta que la columna ha recobrado 45° de flexión; los músculos del dorso entonces empiezan gradual y lentamente a acortarse. Esta secuencia de movimiento puede alterarse,

cuando una persona recobra la curvatura lordótica lumbar antes de que la pelvis se haya desrotado por completo. En este caso, se presentan las situaciones que producen la lumbalgia”.

³ Dr. Cailliet René. Lumbalgia. Pág. 67-68.

GLOSARIO DE TERMINOS TECNICOS

- **Costovertebrales:** relativo a una costilla y la columna vertebral.
- **Cifosis:** proceso patológico de la columna vertebral caracterizado por aumento de la convexidad de la curvatura de la columna toraxica
- **Espondilo:** prefijo que significa perteneciente o relativo a una vertebra o la columna vertebral.
- **Interespinoso:** relativo o perteneciente al espacio entre dos apófisis.
- **Lordosis:** curvatura normal de la columna lumbar y cervical q se manifiesta como una concavidad anterior cuando la persona se observa de un lado, aumento patológico del grado de curvatura de cualquier zona de la espalda.
- **Sacroiliacas:** articulaciones inmóviles de la pelvis, formadas por la unión por cada lado del sacro con hueso iliaco.
- **Supraespinoso:** ligamentos q van desde la 7^a vertebra cervical, prosigue hacia arriba hasta la protuberancia occipital externa y la línea media del cuello, constituyendo el ligamento de la nuca.
- **Sacro iliaco:** articulación inmóvil de la pelvis formada por la unión de cada lado del sacro con hueso iliaco.

CAPITULO III

SISTEMA DE HIPOTESIS.

A. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores incidentes en el apareamiento de lumbalgia	1. Aquellas causas que permiten que las personas padezcan de	1. Son todas aquellas condiciones personales o del medio ambiente	Factores personales. Factores en el ambiente laboral u	Personales: Sobrepeso Sedentarismo Sobrecarga por actividad no usual.

	dolor lumbar en la población de estudio.	social que provocan el apareamiento del dolor lumbar	ocupacional. Factores culturales	Estrés y otros factores psicológicos. Laborales: Tipo de ocupación. Duración de la ocupación -Sobrecarga muscular a repetición - Carga estática prolongada. Culturales: Uso de Tacón alto. Desconocimiento en dinámica postural. Desconocimiento de técnicas de levantar y trasladar objetos pesados.
Factores incidentes en su recurrencia y cronicidad.	Son todas aquellas causas que permiten que las personas reincidan en la patología luego de haber sido dadas de alta o que esta se vuelva crónica.	2. Son todas aquellas condiciones personales o del ambiente cultural y social que permiten que la persona reincida en la patología luego de haber sido dado de alta o que esta se vuelva crónica.	Factores a) personales. b) en el ambiente laboral u ocupacional. c) de la institución que proporciona la atención en salud	Personales -Persistencia de sobrepeso -Estrés y otros factores psicológicos. Incumplimiento de las recomendaciones sobre ejercicios a realizar. Incumplimiento de las recomendaciones en higiene de columna. En el ambiente laboral. Imposibilidad de cambio en las condiciones laborales. De la institución que da el servicio de salud: Falta de orientación a la paciente sobre higiene de columna y otras recomendaciones por parte del personal en rehabilitación.

CAPITULO IV.

DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO: Transversal y Descriptivo.

TRANSVERSAL: Se estudiaron las variables simultáneamente en el periodo comprendido de Enero a Abril del 2009.

DESCRIPTIVO: se encuentra dirigido a describir la frecuencia, recurrencia y cronicidad de la lumbalgia en los(as) usuarios del servicio del área de fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA:

UNIVERSO: Usuarios del área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional del Hospital Nuestra Señora de Fátima.

MUESTRA: 20 usuarios del área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Hombres y Mujeres comprendidos en las edades de 20-50 años.

4.3 VARIABLES:

Factores incidentes en el aparecimiento de la lumbalgia en la población de estudio.

Factores incidentes en la recurrencia y cronicidad de la lumbalgia en la población de estudio

4.4. TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

4.4.1 OBSERVACION Y ENTREVISTA

Para obtener los datos de los usuarios y usuarias del área de fisioterapia, se administro una guía de observación y una entrevista a los usuarios.

4.4.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron: una Guía de observación que exploró básicamente condiciones personales de la anatomía y complexión física de las personas que pudieran ser factores de incidencia y prevalencia del dolor lumbar, así como también la práctica de indicaciones en higiene de columna.

La guía de entrevista, investigó otros factores personales, de la ocupación y del entorno que también podrían estar incidiendo en el aparecimiento del dolor lumbar del grupo investigado.

5. VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS.

La validación de los instrumentos se llevó a cabo con un grupo de seis pacientes usuarios del servicio, que padecen lumbalgia pero que no formaron parte de la muestra a investigar, en la misma, no se modificaron preguntas ni indicadores en ninguno de los instrumentos para la recolección de datos.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS...

Para la recolección de datos se realizó una lista de 20 pacientes que consultaron en el área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, se realizo la entrevista a los pacientes que llegaron al tratamiento de fisioterapia tomando en cuenta el listado de control para no repetirlo, se llenó además la guía de observación para cada paciente en el momento que realizaba su tratamiento

4.7 PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

Los datos han sido vaciados y presentados en gráficos de barras para una clara visibilización y facilitación de su interpretación.

8. CRONOGRAMA AÑO 2009-2010

	May	Jun
Material	\$80.00	\$80.00
Humanos	\$100.00	\$100.00
Equipo	\$40	\$40.00
TOTAL:		\$220.00

CAPITULO V.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

A continuación se presentan el vaciado de datos obtenidos con los instrumentos de Entrevista a usuarios y usuarias del servicio de fisioterapia que acuden por el padecimiento de lumbalgia y de la Guía de Observación que fue diseñada en base a los objetivos de la investigación y la descripción de los mismos.

CUADRO #1

EDAD Y SEXO DE LOS USUARIOS DEL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EN COJUTEPEQUE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2009

No	EDAD / SEXO	M	F	Fr	%
1	20-30	3	0	3	15
2	31-40	2	2	4	20
3	41-50	2	4	6	30
4	61-70	0	4	4	20
5	71-70	1	2	3	15
TOTAL				20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

En el cuadro anterior se presenta la distribución de la muestra en estudio por edad y sexo de los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque.

Al realizar el análisis de los resultados se observa lo siguiente:

- Los usuarios y usuarias entrevistados se encuentran en mayor proporción entre las edades comprendidas de 41 a 50 años.
- Se puede observar que el 60% de los usuarios del área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima es del sexo femenino y el 40% restante es del sexo Masculino, expresando un nivel levemente mayor en el apareamiento y recurrencia de dicho padecimiento, es decir la incidencia mayor de la Lumbalgia corresponde a la población femenina usuaria del servicio.

Al revisar los datos del cuadro 2 sobre ocupación de las personas usuarias, se ve que la mayor frecuencia de ocupaciones son aquellas tradicionalmente son realizadas por las mujeres como: oficios domésticos, costurera, profesora, por lo que también se puede definir como factor de riesgo la doble jornada laboral que realizan las mujeres en nuestra cultura, sumado a ello las largas jornadas laborales como puede observarse en el cuadro y gráfico número 3 donde la mayoría 55% refiere laborar entre 11 y 15 horas.

CUADRO # 2

OCUPACION LABORAL DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EN COJUTEPEQUE

OCUPACION LABORAL			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	ALBAÑILERIA	2	10
2	COSTURA	2	10
3	MOTORISTA	3	15
4	PROFESOR(A)	3	15
5	AGRICULTURA	3	15
6	OFICIOS DOMESTICOS	7	35
TOTAL		20	100



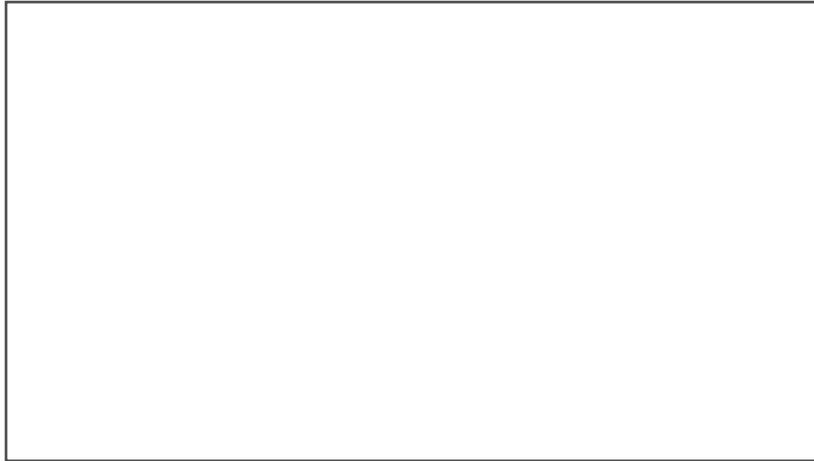
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Según el cuadro anterior el 35% de los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque son empleadas del área domestica, un 15% en la Agricultura, un 15% adicional trabajan en el área de la educación. Un 15% trabajan de motoristas, un 10% trabajan en corte y confección y el 10% restante trabaja en el área de construcción específicamente en Albañilería. La mayoría de las ocupaciones corresponde a aquellas tradicionalmente realizadas por mujeres, lo que es congruente con el cuadro y gráficos sobre sexo de las y los usuarios que padecen lumbalgia.

CUADRO # 3

HORARIO LABORAL DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS ENTREVISTADAS

HORARIO LABORAL DE LAS Y LOS ENTREVISTADOS			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	8 HORAS O MENOS	6	30
2	DE 9 A 11 HORAS	3	15
3	12 HORAS O MAS	11	55
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Según el cuadro anterior, el 55% de las y los entrevistados afirma mantener una jornada laboral de 12 horas o más, mientras que el 30% manifiesta que tiene una jornada laboral de 8 horas o menos y el 15% afirma que su jornada laboral se encuentra en el horario de entre 9 y 11 horas. Es decir, las largas jornadas laborales de más de 8 horas causan fatiga y estrés muscular que puede ocasionar fatiga crónica y favorecer el apareamiento, cronicidad y recurrencia de la lumbalgia. Es de señalar que el Trabajo Doméstico no remunerado que realizan las mujeres en nuestra cultura es justamente realizado en un promedio de 15 horas diarias, sin que el mismo sea valorado en la economía familiar ni nacional.

CUADRO # 4

CONSIDERACION DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EN COJUTEPEQUE SOBRE EN QUE LUGAR SE LOCALIZA EL DOLOR DE SU ESPALDA.

LOCALIZACION DEL DOLOR			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	LUMBAR ALTA	2	10
2	LUMBAR BAJA	18	90
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
Según el cuadro anterior el 90% de los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque manifiesta que el dolor en su espalda se localiza en la zona lumbar baja.
El 10% restante refiere que el dolor en su espalda se localiza en la zona lumbar alta.

CUADRO # 5
INTERVENCION DEL TRABAJO DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EN COJUTEPEQUE EN EL APARECIMIENTO DEL DOLOR DE ESPALDA.

INTERVENCION DEL TRABAJO EN EL APARECIMIENTO DEL DOLOR DE ESPALDA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	15	75
2	NO	5	25
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

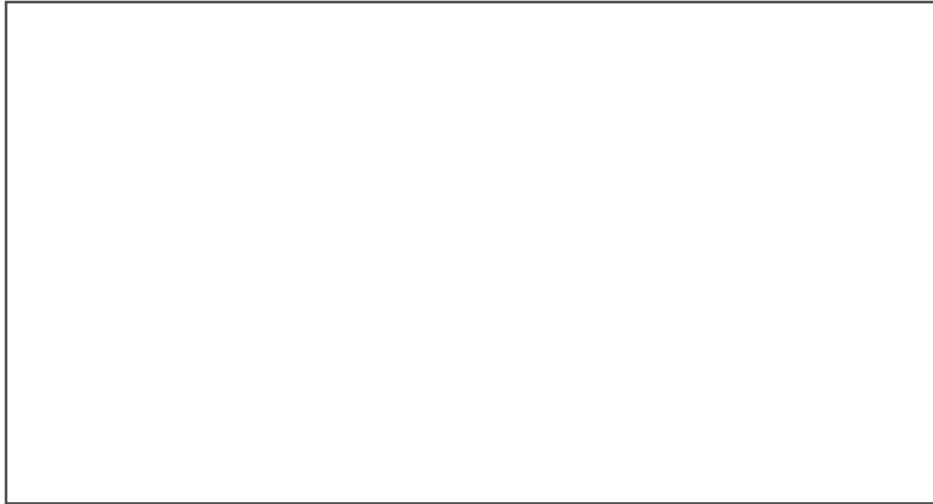
De la muestra en estudio el 75% de los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque considera que el trabajo interviene en el aparecimiento del dolor en su espalda.

Únicamente el 25% de las y los encuestados considera que el trabajo no influye en el aparecimiento del dolor en su espalda.

CUADRO # 6

DIFERENTES SITUACIONES A LAS QUE SE ENCUENTRAN EXPUESTOS EN EL TRABAJO, ESTRÉS POR AMBIENTE LABORAL.

STRESS POR AMBIENTE LABORAL			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	15	75
2	NO	5	25
TOTAL		20	100

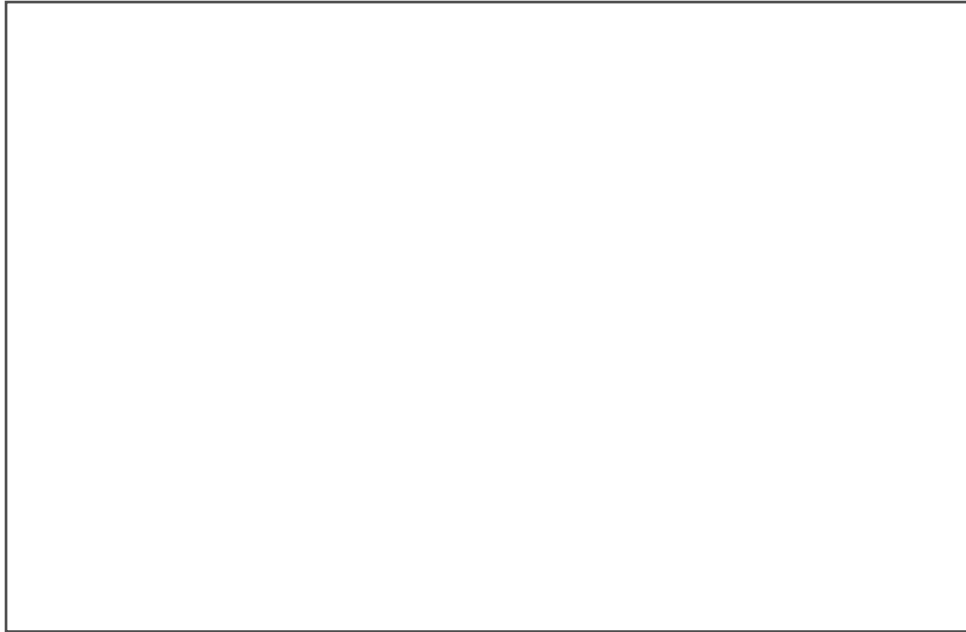


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Los datos reflejan que el 75% reconoce estar expuesto a stress por el ambiente laboral y el 25% respondió no tener stress en su trabajo, siendo este un resultado de posible causa para la incidencia, prevalencia y recurrencia de su dolor.

CUADRO # 7
SOBRCARGA MUSCULAR AL LEVANTAR O TTRASLADAR OBJETOS EN EL TRABAJO

SOBRECARGA MUSCULAR AL LEVANTAR O			
TRASLADAR OBJETOS			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	7	35
2	NO	13	65
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
El 65% de la población encuestada afirma no tener sobrecarga muscular permanente en el trabajo levantando o trasladando objetos, en tanto el 35% manifiesta tener sobrecarga muscular permanente ya sea al levantar objetos o trasladarlos durante su actividad laboral.

CUADRO # 8
EXCESO EN EL TIEMPO QUE REALIZA DICHA ACTIVIDAD EN EL TRABAJO

EXCESO EN EL TIEMPO QUE REALIZA DICHA ACTIVIDAD		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	SI	17	85
2	NO	3	15
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

En términos generales la mayoría de usuarios y usuarias es decir, el 85% de ellas y ellos manifestó estar expuestos a un exceso en el tiempo en que realiza la actividad con sobre carga muscular en su trabajo, mientras que la minoría de los usuarios y usuarias, el 15% manifestó no estar afectados por un exceso en el tiempo en que realiza una actividad en su trabajo que conlleve a sobrecarga muscular. Lo expuesto contrasta con los datos anteriores en los que sólo el 35% de los encuestados y encuestadas admiten sobrecarga muscular al levantar y trasladar objetos en su quehacer laboral u ocupacional, pero sí coincide con lo expresado en el cuadro y gráficos #9 sobre exposición a sobrecargas inusuales en su actividad laboral, es decir la mayoría manifestó estar expuestas y expuestos a este factor.

CUADRO # 9
SOBRECARGA MUSCULAR EN ACTIVIDADES INUSUALES EN SU TRABAJO

SOBRECARGA MUSCULAR EN ACTIVIDADES INUSUALES			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	13	65
2	NO	7	35
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
Al hablar de la sobrecarga muscular en actividades que no son muy usuales en el ambiente laboral observamos que un 65% respondió estar expuesto a estas en su trabajo y el 35% manifestó no estar expuesto a dichas sobrecargas inusuales en el ambiente laboral.

CUADRO # 10
MANTIENE POSTURAS PROLONGADAS DURANTE SU TRABAJO U OCUPACION.

POSTURAS PROLONGADAS		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	SI	7	35
2	NO	13	65
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
Como podemos observar los resultados del cuadro indican que el 65% de los usuarios y usuarias no permanecen en posturas prolongadas en el trabajo, en tanto un 35% manifestó estar expuesto en su trabajo a posturas prolongadas.

CUADRO # 11
TIPOS DE POSTURAS ESTATICAS QUE MANTIENE.

TIPOS DE POSTURAS		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	DE PIE	13	65
2	SENTADO(A)	6	30
3	INCLINADO(A)	1	5
TOTAL		20	100



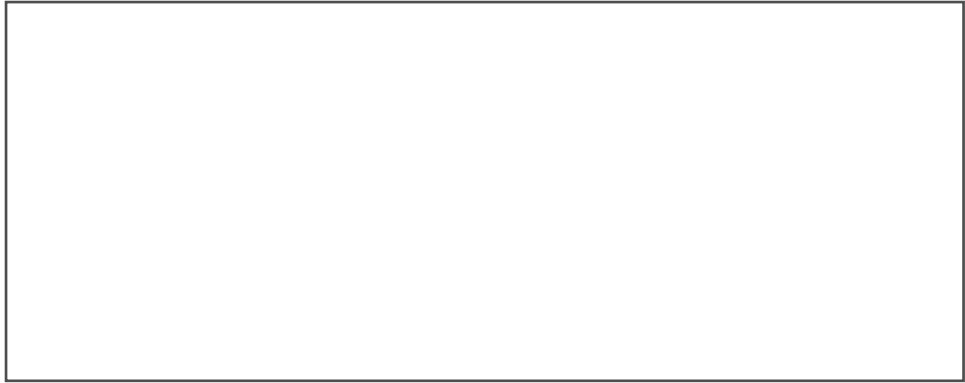
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 65% de las y los entrevistados afirma permanecer de pie durante su jornada laboral, mientras que el 30% manifiesta que permanece sentado durante la jornada y el 5% restante afirman adoptar una posición inclinada en parte de su jornada laboral.

CUADRO #12

TIEMPO DE MANTENIMIENTO DE POSTURAS ESTATICAS

TIEMPO QUE MANTIENE DICHAS POSTURAS			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	4 - 5 HORAS	3	15
2	6 - 7 HORAS	3	15
3	8 - 9 HORAS	3	15
4	10 HORAS O MAS	11	55
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Como se puede observar, los resultados del cuadro indican que el 55% de las y los usuarios del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque permanecen alrededor de 10 o más horas en determinada postura sin mucha variación durante su jornada laboral, siendo esta postura la posición de pie como lo señalado en el cuadro 11 que indica que el 65% de las encuestadas y encuestados permanecen en posición de pie durante su ocupación lo que puede tomarse como un factor en la recurrencia y cronicidad del padecimiento en esta población; el otro 15% mantiene determinada postura por 8 a 9 horas, el otro 15% por 6 a 7 horas y el 15% restante por 4 a 5 horas. Esto nos confirma que al mantener una postura por tiempo prolongado y en el caso específico la postura de pie sin mucha variación agregando si está es realizarda de manera inadecuada, puede ser otra causa de incidencia y recurrencia a experimentar molestias que pueden convertirse en un dolor lumbar recurrente puesto que el factor continúa presente siendo producto de su condición laboral.

CUADRO #13
POSICION ADOPTADA EN LA CUAL AUMENTA EL DOLOR.

EN QUE POCISION AUMENTA EL DOLOR			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	DE PIE	18	58
2	SENTADO(A)	10	32
3	ACOSTADO (A)	3	10
TOTAL		31	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 58% de las y los entrevistados afirma que el dolor aumenta cuando se encuentran en la posición de pie, mientras que el 32% dice que el dolor aumenta cuando se encuentran sentados, y el 10% restante afirma que el dolor aumenta cuando se encuentran en posición acostados. La posición de pie y sentada durante tiempo prolongado, viene a ser entonces un factor a considerar en la recurrencia y cronicidad del padecimiento, se vuelve entonces un elemento a educar en la higiene de columna al cual se debe dar mucha importancia en la población usuaria del servicio.

CUADRO # 14
CAPACITACION PARA EL CUIDADO DE SU ESPALDA.

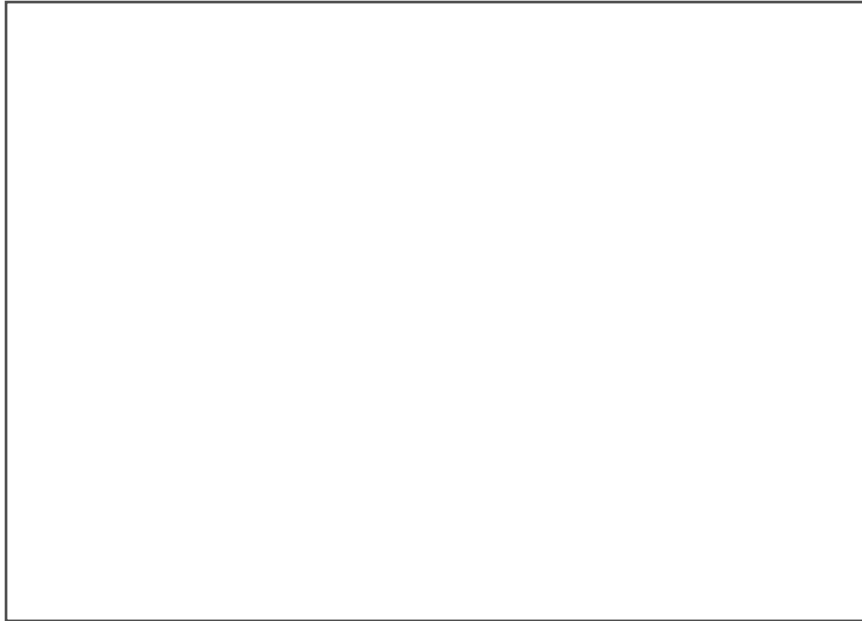
HA SIDO CAPACITADO PARA EL CUIDO DE SU ESPALDA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	12	60
2	NO	8	40
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
El 60% de las y los entrevistados afirmó haber recibido al menos una capacitación para el cuidado de su espalda y el 40% dijo no haber recibido ningún tipo de capacitación para el cuidado de su espalda.

CUADRO # 15
DE QUIEN RECIBIO LA CAPACITACION PARA PREVENCION EN PROBLEMAS DE COLUMNA.

DE QUIEN RECIBIO LA CAPACITACION		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	TRABAJO	0	0
2	HOSPITAL O CLINICA	15	100
TOTAL		15	100



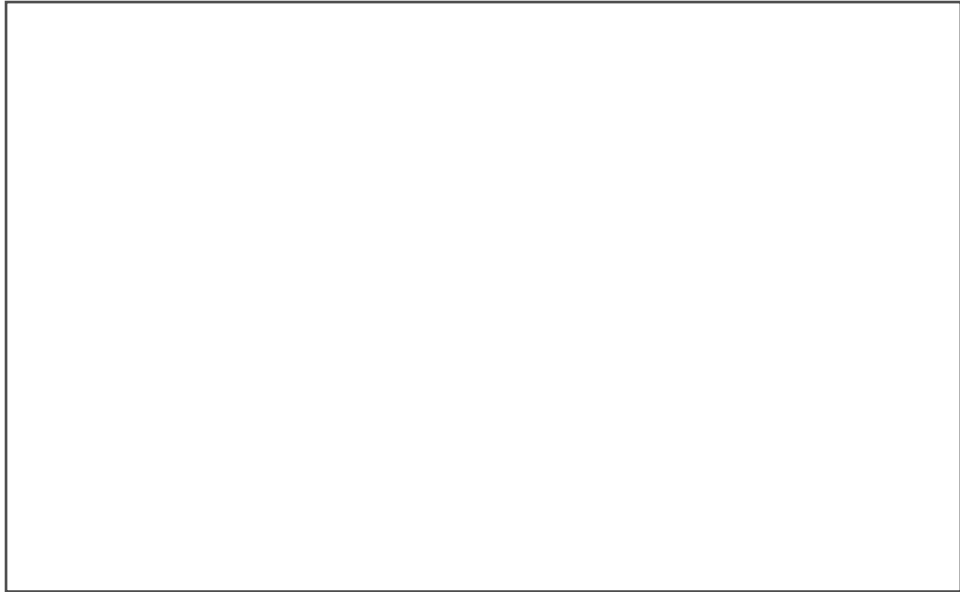
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 100% de los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque que contestaron haber recibido una capacitación para el cuidado de su espalda en un Hospital o Clínica, lo que indica que las personas fueron capacitadas ya cuando presentaban la sintomatología de la lumbalgia, es decir ninguna fue capacitada a nivel preventivo en su lugar de trabajo. La recurrencia y cronicidad del padecimiento también indica que la educación en higiene de columna debe ser permanente para introyectar el cambio de conducta que se necesita para el verdadero cuidado de la espalda en las personas usuarias del servicio.

CUADRO # 16

LEVANTA OBJETOS PESADOS EN SU TRABAJO

LEVANTA OBJETOS PESADOS EN EL TRABAJO			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	11	55
2	NO	9	45
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

De acuerdo a los datos obtenidos, el 55% de la muestra se encuentra expuesto a levantar objetos pesados en el trabajo, y el 45% manifestó no levantar objetos pesados en el trabajo. Ello también indica que las personas aún habiendo recibido indicaciones para el uso de su espalda como se señala en el cuadro 14 y 15, es muy probable que dicha capacitación no haya sido suficiente para el cambio de hábitos saludables en el cuidado de la espalda.

CUADRO # 17
OPINION DE LOS USUARIOS Y USUARIAS ENTREVISTADOS SOBRE SI CUENTAN CON UN ESPACIO LABORAL ADECUADO PARA DESEMPEÑARLO

ESPACIO LABORAL ADECUADO		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	SI	16	80
2	NO	4	20
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
Como podemos observar en el cuadro y el gráfico anterior la mayoría de las y los entrevistados representado por el 80% de la muestra dice contar con un espacio laboral adecuado para desempeñar sus labores, el 20% restante manifestó no contar con un espacio adecuado.

CUADRO # 18
ANTECEDENTES FAMILIARES CON PROBLEMAS DE ESPALDA

FAMILIARES CON PROBLEMAS DE ESPALDA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	15	75
2	NO	5	25
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados.
El 75% de las y los entrevistados tienen familiares con problemas de espalda y el 25% dice no tener familiares con problemas de espalda. Este resultado puede apuntar a otra causa de incidencia y recurrencia a la lumbalgia en dicha población.

CUADRO # 19
SOBRE LA INTENSIDAD DEL DOLOR DE ESPALDA QUE PADECEN LOS USUARIOS Y
USUARIAS LOS CLASIFICARON ENTRE:

INTENSIDAD DE SU DOLOR DE ESPALDA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	LEVES	13	65
2	MODERADOS	6	30
3	SEVEROS	1	5
TOTAL		20	100



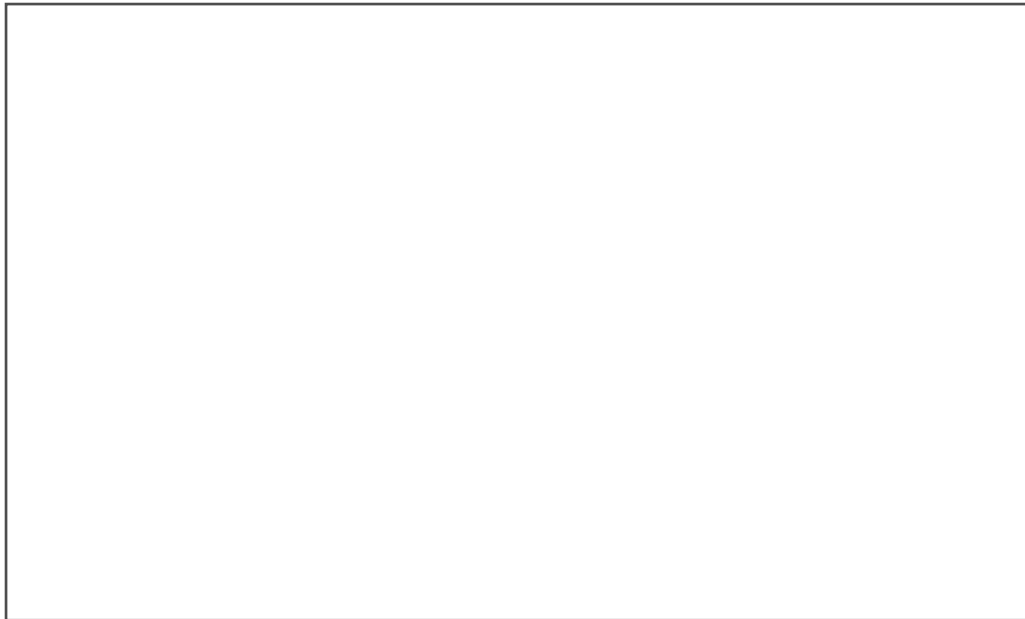
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 65% los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra señora de Fátima en Cojutepeque que fueron entrevistados, dijeron sentir su dolor de espalda en forma leve, el 30% dijo que su dolor de espalda era moderado y solo un 5% manifestó tener un severo dolor en su espalda.

CUADRO # 20

CONSIDERACION DE LOS ENTREVISTADOS SOBRE SI LES AFECTA EN SU ECONOMIA EL DOLOR DE ESPALDA

CUANTO LE AFECTA LA LUMBALGIA EN SU ECONOMIA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	NADA	0	0
2	POCO	10	50
3	MUCHO	10	50
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 50% de las y los entrevistados manifestó que el problema en su espalda les afecta mucho en su economía, y el 50% restante opino que les afecta poco en su economía.

CUADRO # 21
TRATAMIENTOS PREVIOS POR LUMBALGIA

TRATAMIENTOS PREVIOS POR LUMBALGIA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	16	80
2	NO	4	20
TOTAL		20	100



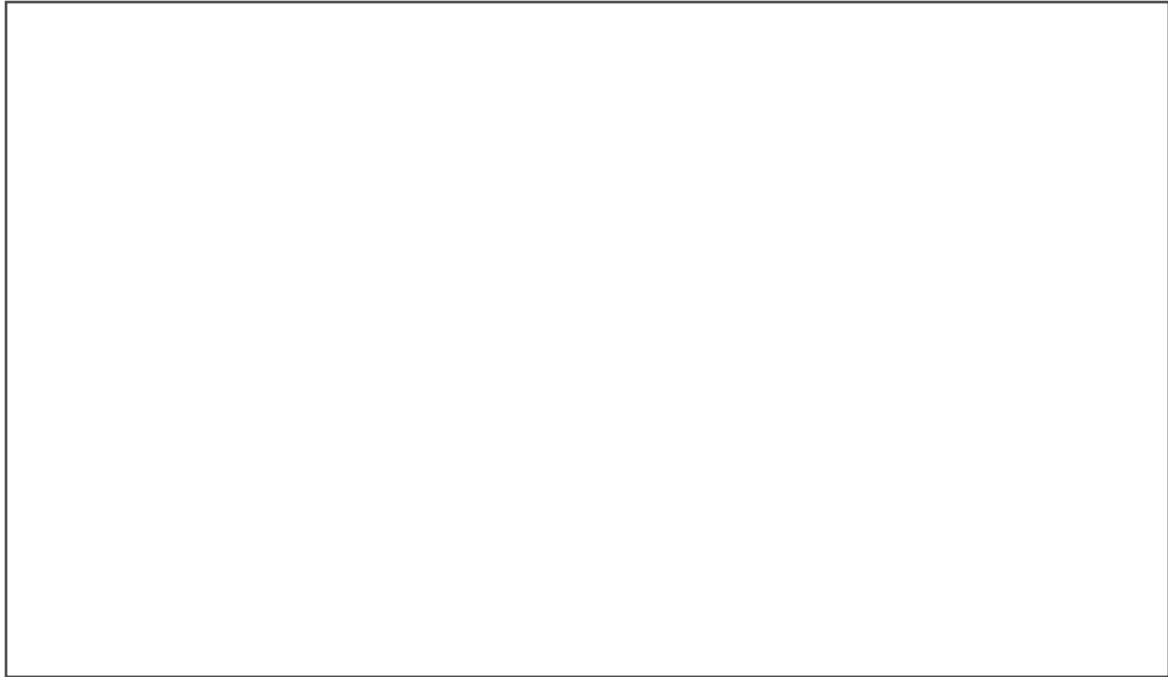
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

En cuanto a tratamientos previos por lumbalgia se refiere, el 20% de las y los usuarios entrevistados manifestó no haber recibido tratamientos previos por lumbalgia y el 80% restante manifestó si haber estado en tratamiento previo por lumbalgia. Es decir el dato muestra que el 80% de las y los usuarios del servicio ha sido reincidente en el dolor lumbar, es decir, un dato de recurrencia en el padecimiento.

CUADRO # 22

TIEMPO QUE LLEVA EL USUARIO O USUARIA EN TRATAMIENTO POR LUMBALGIA

TIEMPO EN TRATAMIENTO POR LUMBALGIA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	15 DIAS	1	5
2	1 MES	4	20
3	MAS DE 1 MES	15	75
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Al considerar el tiempo que llevan los usuarios y usuarias en tratamiento por lumbalgia se puede observar que el 75% lleva más de un mes en tratamiento, mientras que un 20% lleva hasta un mes en tratamiento y el 5% restante lleva hasta 15 días en tratamiento por lumbalgia. Los datos obtenidos dan muestra de la cronicidad del padecimiento en las personas encuestadas, ya que la mayoría padece de dolor lumbar desde hace más de un mes.

CUADRO # 23
OPINION DE LOS ENTREVISTADOS SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA FISIOTERAPIA PARA SU DOLOR DE ESPALDA

CUANTO CONSIDERA QUE LE AYUDA LA FISIOTERAPIA EN SU DOLOR DE ESPALDA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	NADA	0	0
2	POCO	4	20
3	MUCHO	16	80
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Al preguntar a los entrevistados sobre que tan importante consideran el tratamiento de fisioterapia para su problema de espalda el 80% contesto que tiene mucha importancia en el sentido de alivio al dolor y su recuperación y el 20% de los entrevistados opina que tiene poca importancia, es decir que no observa la mejoría a su estado con la intervención del tratamiento físico, lo que podría ser un indicador de un daño más estructural que ocasiona su padecimiento.

CUADRO # 24

OPINION DE LOS ENTREVISTADOS SOBRE SI PRESENTAN SINTOMAS DE FATIGA EN SU ESPALDA AL FINALIZAR SU JORNADA LABORAL

SINTOMAS DE FATIGA EN SU ESPALDA AL FINALIZAR SU JORNADA LABORAL			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	19	95
2	NO	1	5
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

La mayoría de las y los entrevistados, el 95% dijo presentar síntomas de fatiga en su espalda al finalizar su jornada laboral mientras que el 5% restante dijo no presentar síntomas de fatiga en su espalda al finalizar su jornada laboral. Ello comprueba que las condiciones de trabajo están siendo un factor de recurrencia en el dolor de la mayoría de las y los usuarios. También este resultado está en congruencia con los resultados del tiempo invertido por las personas en la actividad ocupacional ya que la mayoría tiene jornadas muy largas de trabajo.

CUADRO # 25

TIENE CONOCIMIENTOS DEL CUIDO DE SU ESPALDA Y LOS PRÁCTICA

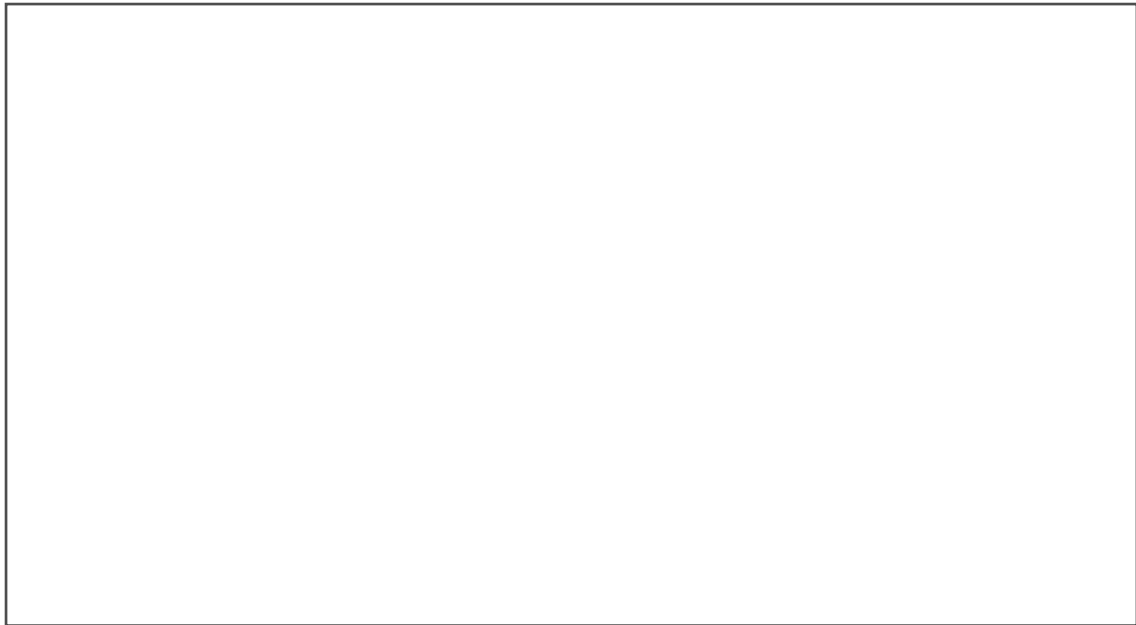
SI TIENE CONOCIMIENTOS DEL CUIDO DE SU			
ESPALDA ¿LOS PRACTICA?			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	13	65
2	NO	0	0
3	A VECES	7	35
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
Del total de entrevistados y entrevistadas que respondieron tener conocimientos del cuidado de su espalda el 65% respondió que si practica los ejercicios y medidas preventivas que conlleva la capacitación en higiene de columna y solo un 35% respondió que solo a veces los practica.

CUADRO # 26
CONSIDERACION DE LOS USUARIOS Y USUARIAS SOBRE EL VESTUARIO
INADECUADO EN SU LUGAR DE TRABAJO

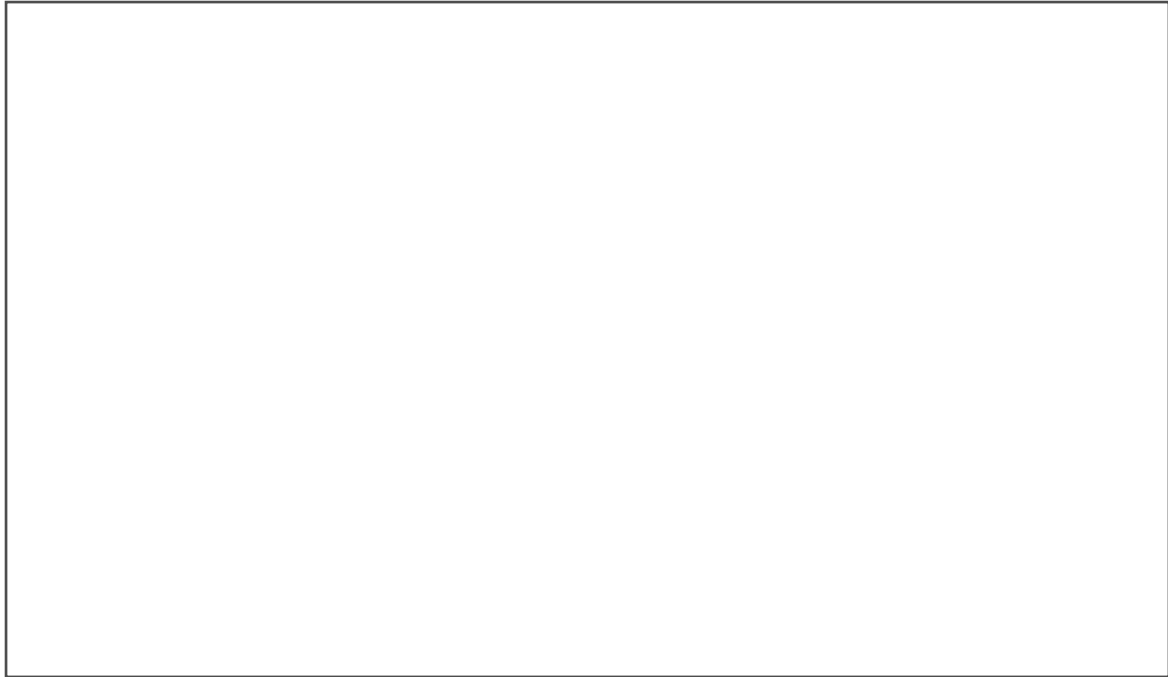
CONSIDERA SU VESTUARIO INADECUADO PARA SU			
TRABAJO			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	6	30
2	NO	14	70
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
En cuanto al vestuario inadecuado para su trabajo, se refiere el 70% de los usuarios manifestó tener ropa o calzado adecuado al realizar su trabajo, y un 30% respondió poseer un calzado o vestuario inadecuado para la realización de su trabajo, en el sentido de que éstos puedan ser factor que provoque dolor por la incomodidad sobre todo manteniendo una postura de pie por largos periodos de tiempo.

CUADRO # 27
CONSIDERACION DE LOS USUARIOS DE LA IMPORTANCIA DEL CUIDO DE SU
ESPALDA

CONSIDERA IMPORTANTE EL CUIDADO DE SU			
ESPALDA			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	20	100
2	NO	0	0
3	A VECES	0	0
TOTAL		20	100



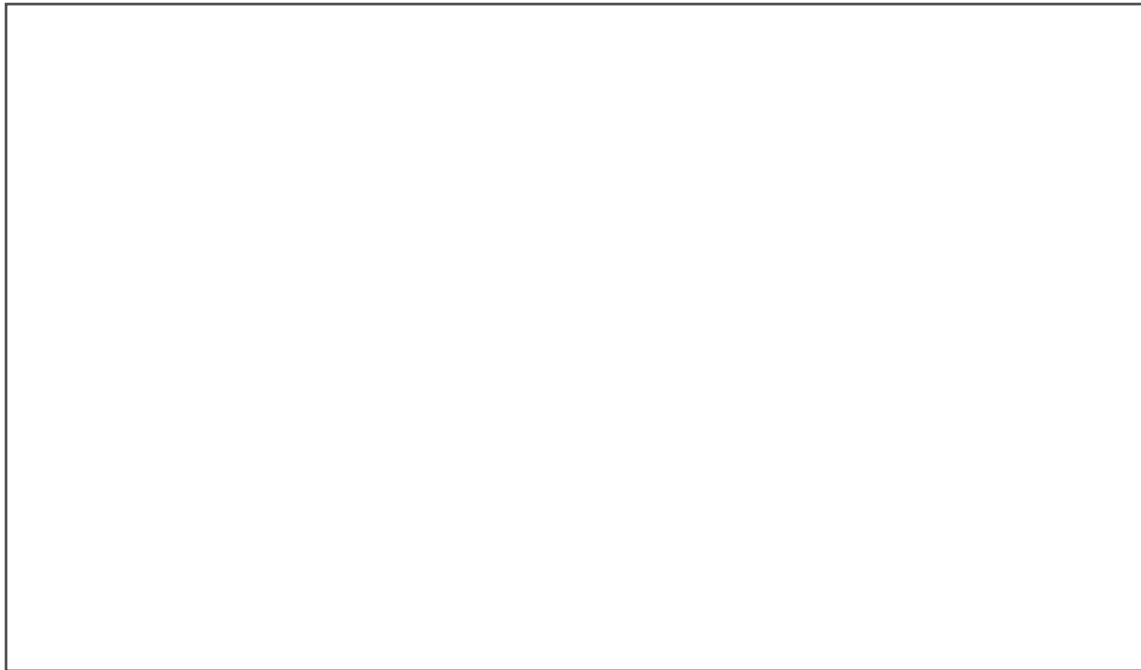
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 100% de las y los entrevistados opina que tiene una gran importancia el cuidado de su espalda, se puede observar que la gran mayoría considera importante el cuidado de su espalda pero solo un porcentaje del 65% de ellas y ellos practica los cuidados preventivos de su espalda como puede observarse en los resultados presentados en el cuadro y gráfico No 14.

CUADRO # 28

ACCION QUE REALIZAN LOS USUARIOS Y USUARIAS ENTREVISTADOS AL LEVANTAR UN PESO

QUE ACCION REALIZA AL LEVANTAR UN PESO			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	DOBLA LAS RODILLAS AL LEVANTAR UN PESO	18	90
2	DOBLA EL TRONCO CON EXTENCION DE MIEMBROS INFERIORES AL LEVANTAR UN PESO	2	10
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
En cuanto a levantar un peso se refiere el 90% de los entrevistados manifestó doblar las rodillas al levantar un peso para evitar una lesión en su columna mientras que un 10% restante manifestó doblar el tronco con extensión de miembros inferiores, en este sentido, la mayoría de las y los entrevistados toman la precaución de cuidar su columna al levantar peso por lo que no puede este factor considerarse como relevante en el apareamiento de dolor lumbar en dicha población.

CUADRO # 29
CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS Y USUARIAS ENTREVISTADOS SOBRE LAS MALAS POSTURAS

CONOCE LAS MALAS POSTURAS		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	SI	16	80
2	NO	4	20
TOTAL		20	100



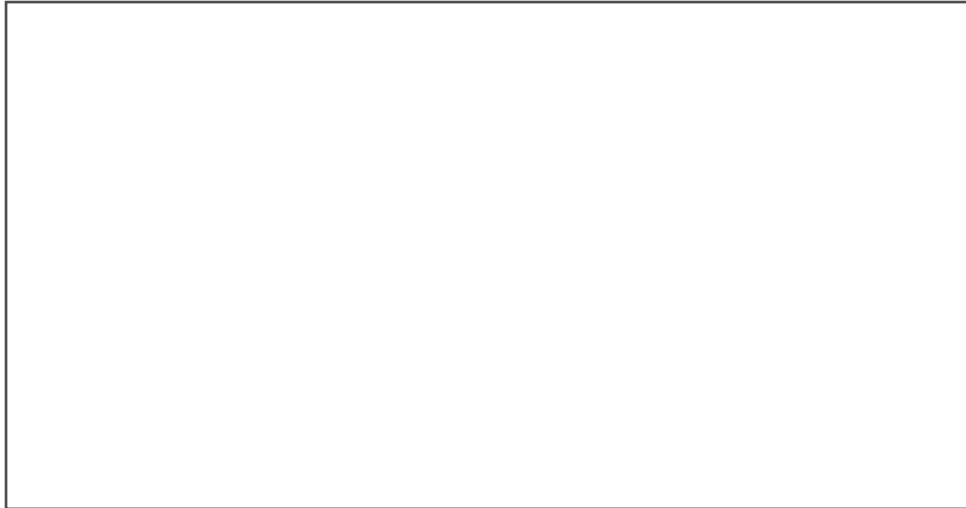
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Al entrevistar a los usuarios y usuarias del Área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima sobre sus conocimientos de las malas posturas reveló que el 80% tienen conocimiento de las malas posturas mientras que un 20% indicó no poseer conocimientos sobre las malas posturas. El factor de desconocimiento por parte de las y los usuarios de las malas posturas, no es indicador del apareamiento y recurrencia del dolor lumbar en ellas y ellos.

CUADRO # 30

RAZON POR LA QUE ADOPTAN MALAS POSTURAS EN EL TRABAJO LOS USUARIOS Y USUARIAS ENTREVISTADOS

No	RESPUESTA	Fr	%
1	POR COMODIDAD	8	50
2	POR RAPIDEZ	2	12
3	PORQUE ES NECESARIO	6	38
TOTAL		16	100



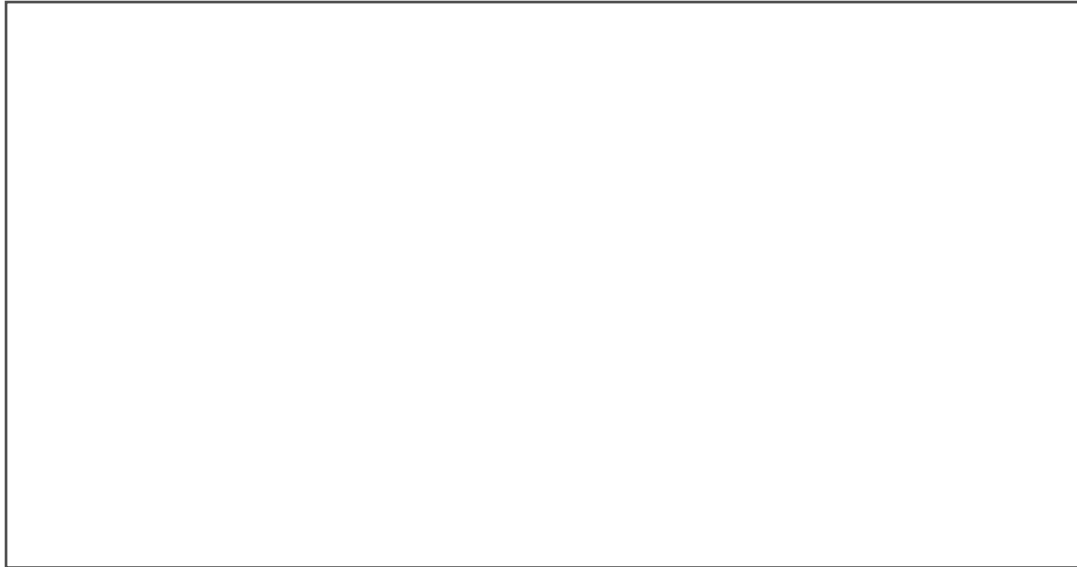
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

Un 50% de los usuarios entrevistados manifestó adoptar malas posturas en el trabajo por comodidad, un 38% manifestó adoptar malas posturas en el trabajo porque es necesario y un 12% restante manifestó adoptar malas posturas en el trabajo por rapidez. Lo que manifiesta que aun teniendo el conocimiento de las malas posturas como está indicado en el cuadro 18, las personas las adoptan por diversidad de motivos y este sí puede verse como un factor que intervenga en la recurrencia y cronicidad de la lumbalgia en la población entrevistada, no obstante tener conocimiento sobre malas posturas, es decir no se ha logrado con ellas y ellos una verdadera toma de conciencia en la prevención del dolor.

CUADRO # 31

CONSIDERACION DE LOS USUARIOS Y USUARIAS SOBRE SI TIENEN EXCESO DE PRESION LABORAL

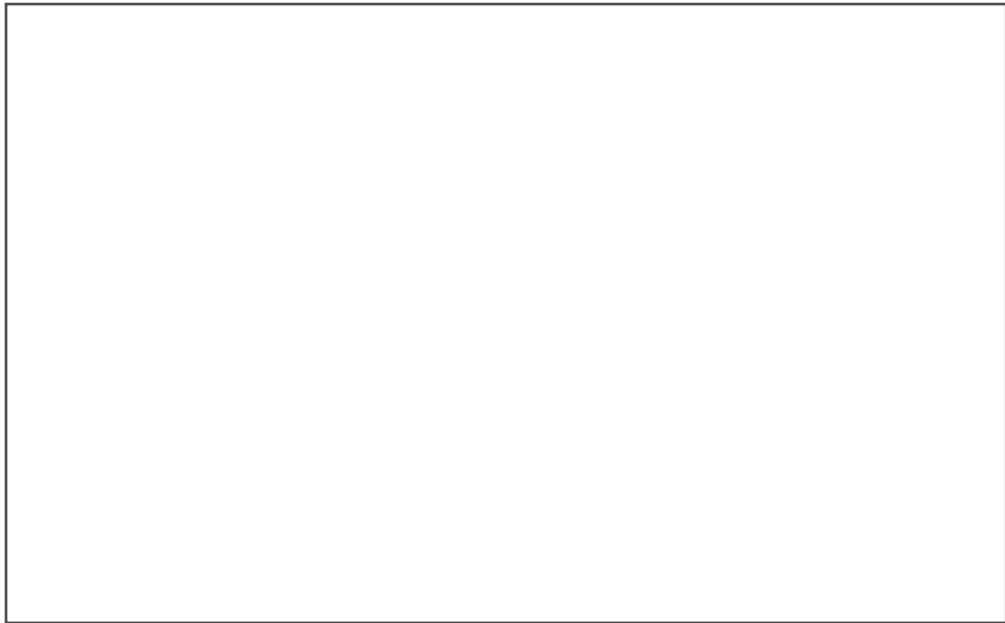
TIENE MUCHA PRESION EN EL TRABAJO			
No	RESPUESTA	Fr	%
1	SI	11	55
2	NO	9	45
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.
En cuanto a exceso de presión laboral se refiere, el 55% de los entrevistados y entrevistadas, manifestó tener un exceso de presión en su trabajo mientras que un 45% manifestó no tener exceso de presión laboral. No existe en los resultados una diferencia contundente que indique este factor como importante en la recurrencia y apareamiento del dolor lumbar en dicha población.

CUADRO # 32
CONSIDERACION DE LOS USUARIOS SOBRE SI LA PRESION EN SU TRABAJO O EN CASA INCIDE EN LA APARICION DE SU DOLOR DE ESPALDA

LA PRESION LABORAL O EN CASA LE PROVOCA EL DOLOR EN SU ESPALDA		Fr	%
No	RESPUESTA		
1	SI	12	60
2	NO	8	40
TOTAL		20	100



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de las entrevistas.

El 60% de los usuarios entrevistados considero que la presión laboral o la presión en su casa les provoca el dolor de espalda que padecen, y un 40% manifestó que su presión laboral o en casa no influye en su dolor de espalda, lo cual es un poco contradictorio con lo expresado en el cuadro anterior pero podría tomarse en cuenta como el hecho que un exceso de presión ya sea laboral o en casa puede conllevar al aparecimiento de un dolor de espalda debido al aumento de la tensión muscular por el estado anímico de las personas.

5.1 GUIA OBSERVACIONAL

No	RESPUESTA OBSERVACION DURANTE EL TRATAMIENTO	si		No	
		Fr	%	Fr	%
1	mantiene postura correcta indicada	12	60	8	40
2	se acuesta y levanta de forma correcta	14	70	6	30
3	Tiene sobrepeso	14	70	6	30
4	Tiene postura antalgica	18	90	2	10
5	Usa zapato alto	18	90	2	10
6	tiene desviación de la columna	6	30	14	70
7	Realiza ejercicios de forma adecuada	9	45	11	55
8	Tiene postura viciosa en la marcha	4	20	16	80
9	Realiza todos los ejercicios con éxito	15	75	5	25
10	Se sienta de la forma correcta	7	35	13	65



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras a partir de los resultados de la Guía de Observación.

En el cuadro anterior se puede observar los resultados obtenidos en lo que fue la guía observacional aplicada a los usuarios y usuarias del área de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima, que nos da como resultado:

El 65% de las personas observadas no presentaron una higiene de columna adecuada durante su tratamiento de fisioterapia, no obstante el 75% de ellas y ellos realizaron correctamente sus ejercicios durante las sesiones de tratamiento, con respecto a lo observado en el caso de la higiene de columna expresa lo contrario de lo que ellos manifestaron en la entrevista, es decir que se constata la falta de práctica de los conocimientos que se les imparte sobre la educación para la prevención del dolor lo cual podría ser un factor significativo en el apareamiento del dolor lumbar, su consecuente cronicidad y recurrencia.

También es significativo el dato que refiere que el 70% de las personas tienen sobre peso, otro factor que también puede mantener el dolor lumbar por la sobrecarga a la columna lumbar. La posición antálgica por dolor la presenta el 90% de las personas observadas. El 90% se observó que usan zapatos altos lo que también deja claro que no están aplicando los conocimientos para la protección de su columna

5. ANALISIS GENERAL DE DATOS

Sobre la información que se recolectó en la entrevista a usuarios y usuarias y lo observado en la Guía para dar respuesta a los objetivos de la investigación, pudo constatar que el padecimiento es crónico en la mayoría de las usuarias y usuarios, lo que además concuerda con el marco teórico en cuanto a la edad de las personas entrevistadas ya que se señala en él que el padecimiento crónico es frecuente en las personas arriba de los 40 años, y la mayoría de las personas en el grupo en estudio osciló entre las edades de 41 a 50 años; así mismo en un análisis general puede decirse que en la mayoría de las personas entrevistadas, la lumbalgia se ha convertido en un padecimiento recurrente. La incidencia del padecimiento resultó ser mayoritariamente en el sexo femenino siendo esta en general calculada en un 20% del total de los pacientes que son atendidos en el departamento de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima en Cojutepeque.

La identificación de factores fisiológicos y anatómicos en las y los usuarios que puedan favorecer al apareamiento, cronicidad y recurrencia de lumbalgia en la población en estudio, pudo verse en la Guía de Observación que el 70% de las personas observadas tiene sobre peso, y que el 70% también padece alguna desviación en la columna vertebral, siendo ambos factores fisiológicos y anatómicos que podrían estar favoreciendo al apareamiento, cronicidad y recurrencia del dolor en ellas y ellos. El 90% de las personas observadas presentó posturas antálgicas que si bien son provocadas por el dolor, si no pueden ser superadas también pueden convertirse en un factor fisiológico que provoque la recurrencia en el padecimiento.

En cuanto a los factores laborales u ocupacionales que se identificaron en la entrevista, como se pudo observar en la entrevista el 65% de los usuarios y usuarias tienen una ocupación laboral que los obliga a mantener posturas inapropiadas durante tiempos prolongados por lo que podemos decir que el tipo de trabajo es un factor que influye de gran manera en el apareamiento de lumbalgia, y un 70% de los usuarios y usuarias manifestó poseer un horario laboral extenso de mas de 9 horas lo cual es un factor determinante en el apareamiento de lumbalgia así como su recurrencia y cronicidad, también así como lo manifestó el 70% de los usuarios y usuarias de la muestra, existen muchos lugares de trabajo con espacios físicos inadecuados o reducidos por lo que lo que tienen que acomodarse a dichos espacios para poder realizar sus actividades laborales lo que provoca que en la mayoría de los casos adopten una mala postura durante su jornada laboral.

La mayor parte de los usuarios esta expuesto a mucho stress laboral o excesos de tiempo en su trabajo y stress en su hogar provocando que este aumente su problema lumbar, y además en el aspecto laboral también están sujetos al factor tiempo que no les permite tener una adecuada recuperación, antes de reiniciar sus actividades laborales u ocupacionales.

Entre los factores culturales, familiares y educacionales que pueden incidir en la recurrencia y cronicidad del padecimiento, puede expresarse que la mayoría de los usuarios(as) esta consiente del cuidado de su espalda y de las consecuencias de las malas posturas pero adoptan algunas de estas ya sea por su comodidad (costumbre), rapidez o necesidad. Se pudo observar además, que un menor porcentaje de las personas en el momento de su tratamiento ejercen posturas incorrectas no la mayoría pues el 60% según la Guía de Observación sí mantienen la postura indicada lo que indica que debe de insistirse en la educación postural a las y los usuarios ya sea por medio de charlas y educación durante el tratamiento.

Es importante mencionar que en la Guía de Observación, el 75% de las personas realizó

los ejercicios de forma correcta, y el 70% tenían buena dinámica corporal para levantarse y acostarse, es decir, poseen una buena educación en el cuidado de su espalda.

En los factores culturales, también en la guía se observó que el 90% usan zapatos de tacón alto no cómodos que también puede ser un factor cultural en la cronicidad y recurrencia del dolor.

En los antecedentes familiares, un 75% de las entrevistadas indicó antecedentes familiares de dolor lumbar por lo que este también es uno de los factores identificados como causantes de la incidencia y recurrencia del padecimiento en dicha población.

7. CONCLUSIONES

Según los resultados y análisis de los datos se concluye que:

1. La incidencia del padecimiento resultó ser mayoritariamente en el sexo femenino siendo esta en general calculada en un 20% del total de los pacientes que son atendidos en el departamento de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Fátima en Cojutepeque.
2. El padecimiento es crónico en el grupo de usuarias y usuarios arriba de los 40 años
3. Entre los factores fisiológicos y anatómicos de las y los usuarios encontrados en la observación es que la mayoría tiene sobre peso; un porcentaje menor presenta además desviación de la columna vertebral y la mayoría presenta posturas antálgicas que pueden llegar a ser otro factor fisiológico que provoque la recurrencia del padecimiento. Hay además un buen grupo de usuarios y usuarias con antecedentes familiares de dolor lumbar.
4. En los factores laborales y ocupacionales se encontró:
Posturas inadecuadas durante tiempos muy prolongados especialmente la postura de pie por más de 9 horas. La mayoría posee unos horarios laborales extensos de mas de 9 horas, la existencia de lugares de trabajo con espacios físicos inadecuados y reducidos por lo que estos tiene que acomodarse a realizar sus actividades laborales o domésticas; la mayoría están expuestos a mucho estrés en su hogar provocando el aumento del problema lumbar, puesto que la mayoría son amas de casa.
5. En cuanto al factor educacional en la mayoría de los usuarios (as) se encontró que están consientes de los cuidados de su espalda y las consecuencias de una mala postura, pero ello no impide que las adopten, por comodidad o costumbre, rapidez o necesidad. No hay conciencia en que el uso de zapato con tacón alto no cómodo a la recurrencia del dolor por lo que este es un factor cultural que condiciona la recurrencia y cronicidad del padecimiento.

8. RECOMENDACIONES

Promover, mediante la educación en salud un programa preventivo y educativos, especialmente sobre higiene de la columna vertebral no solo a los usuarios ya con problemas de espalda baja si no también a jóvenes usuarios del área de fisioterapia para que tomen conciencia de la importancia de este y evitar las malas costumbres que conlleva a los problemas de dolor de espalda. Dar especialmente énfasis en el programa de la manera de bajar el estrés muscular cuando se mantiene la postura de pie por largo tiempo.

Hacer conciencia en el momento de su tratamiento a los usuarios y usuarias del área de Fisioterapia con el sobre peso y con las posturas antalgicas, que es de gran importancia no solo la higiene de su espalda si no también el cuidado físico manteniendo un peso adecuado de su cuerpo.

Que el área de fisioterapia mantenga la educación en la prevención del dolor en el momento de su terapia haciendo énfasis en la importancia de un calzado cómodo y con tacón bajo para realizar su trabajo o actividades en el hogar.

9. PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCION DE LA LUMBALGIA PREPARADO PARA EL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE.

OBJETIVO:

Prevenir la incidencia, recurrencia y cronicidad del padecimiento de lumbalgia en la población usuaria del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, tomando en cuenta la educación en aquellos aspectos que resultan ser factores de riesgo en dicha población.

METODOLOGIA.

Charlas educativas participativas, con el apoyo de material educativo en hojas volantes o trípticos con los contenidos temáticos resultado de la investigación.

La metodología a seguir será a través de una reunión semanal con los usuarios y usuarias en jornada de 1 hora.

POBLACION BENEFICIARIA:

Personas usuarias del servicio de Fisioterapia del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

CONTENIDOS EDUCATIVOS ADAPTADOS AL NIVEL EDUCATIVO DE LAS Y LOS USUARIOS:

1. Anatomía y fisiología de la Columna Vertebral
2. Fisiopatología de la lumbalgia y la importancia de su prevención.
3. Sobre peso como factor condicionante para el padecimiento de la lumbalgia.
4. Estrategias nutricionales y ejercicios básicos para mantener un peso adecuado.
5. Educación en Higiene de Columna. Incluirá posiciones adecuadas para dormir, levantarse, en general técnicas de ergonomía y adaptaciones funcionales para reducir el estrés en las actividades del hogar y laborales. El calzado como factor condicionante para el padecimiento del dolor y uso de calzado adecuado.
6. Estrategias para reducir el estrés muscular en postura estáticas prolongadas.
7. Estrés Emocional como factor condicionante para el padecimiento de la lumbalgia.
8. Educación en Habilidades para la Vida, como estrategia para reducir el estrés emocional, los temas que incluyen este apartado serán:
Las 10 Habilidades para la Vida propuestas por OPS-OMS: Autoconocimiento, Empatía, Comunicación Asertiva, Relaciones Interpersonales, Toma de Decisiones, Solución de Problemas y conflictos, Pensamiento creativo, Pensamiento crítico, Manejo de emociones y sentimientos, Manejo de tensiones y estrés cuya base teórica se encuentra en los anexos.
9. Enseñanza de diferentes técnicas de relajación.
10. Enseñanza de diferentes técnicas vertebrales.
11. Ejercicios recomendados para fortalecimiento de la columna y ejercicios no recomendados.
12. Ejercicios preventivos que pueden realizar en horas laborales para prevenir el dolor lumbar. Anexo #4.
13. Técnicas de corrección de desviación de la columna vertebral y posturas antalgicas.
14. Formas de prevención de un dolor de espalda crónico.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dr. Vásquez Escamilla Jesús, “Biomecánica del dolor lumbar”.

- 2 Wikipedia la Enciclopedia Libre
“Lumbalgia”
Ultima Revisión 22 mar 2010
<http://es.wikipedia.org/wiki/lumbalgia>
 - 3 Dr. Caillieth René.
“Síndromes Dolorosos – Columna Vertebral”
Pág. 37, 39, 42,44
 - 4 OCEANO Diccionario de Medicina MOSBI,
“Dolor de Espalda”, pág. 417.
4. KAPANDJI.
Cuaderno de Fisiología Articular Tronco y Raquis.
Capitulo I el Raquis en Conjunto pág. 14, 16, 24.
5. http://www.habilidadesparalavida.net/es/que_son_las_habilidades_para_la_vida.html
 6. Plaja Juan. “Analgésia Por Medios Físicos”. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana
1^{ra} edición. Capitulo 19.

ANEXOS

ANEXO #1

ENTREVISTA A USUARIOS(AS) DEL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA COJUTEPEQUE.

OBJETIVO: recolectar información sobre factores que puedan intervenir en el
apareamiento y recurrencia de la lumbalgia en los usuarios (as), del área de fisioterapia.

Datos generales:

Nombre:

edad:

Sexo:

ocupación:

Horario laboral:

1. ¿Dónde localiza su dolor de espalda?

Lumbar alta _____ lumbar baja _____

2. ¿Considera que su trabajo interviene en el apareamiento del dolor de espalda?

Si _____ No _____

3. Durante su trabajo está expuesto o expuesta a cualquiera de las siguientes situaciones?

a) Stress Por ambiente laboral _____

b) Sobrecarga muscular en actividad permanente. Como levantar y trasladar objetos.

c) Tiempo que realiza dicha actividad _____

d) Sobre carga muscular en actividades que no son muy usuales _____

e) Tiempo que realiza dicha actividad _____

f) Posturas prolongadas _____

g) Tipo de posturas: de pie _____
Sentado(a) _____
Inclinado(a) _____

h) Número de horas **que mantiene dicha postura** _____

i) ¿En que posición aumenta el dolor de la espalda?

De pie _____ sentado _____ acostado _____

j) Ha sido capacitado o capacitada para el cuidado de su espalda?

Si _____ No _____

k) De quién recibió la capacitación?

Trabajo _____ En el hospital o clínica _____

4. ¿Cuál es la posición que mas adopta al realizar su trabajo?

Sentado parado arrodillado.

5. ¿Cuánto tiempo mantiene esa postura?

a) ½ hora

b) 1 hora

c) 2 o mas horas.

6. ¿Levanta objetos pesado en su trabajo?

- Si _____ No _____
7. ¿considera que en el área de su trabajo tiene el espacio adecuado para desempeñarlo?
Si _____ No _____
8. ¿en su familia hay mas personas con problemas de lumbalgia?
Si _____ No _____

11. ¿la intensidad de los dolores de su espalda son?

Leves _____
Moderados _____
Severos _____

12. ¿usted cree que la lumbalgia afecta laboral, económicamente en su vida diaria? Nada
_____ poco _____ mucho _____
13. ¿había estado ya antes en tratamiento por padecer la lumbalgia?
Si _____ No _____
14. ¿Cuánto tiempo tiene en tratamiento de la lumbalgia?
15 días _____ 1 Mes _____ **más de 1 mes** _____
15. ¿Cuánto considera que la Fisioterapia le ayuda al problema de su espalda?
Nada _____ Poco _____ Mucho _____

9. ¿al terminar su jornada de trabajo presenta algunos síntomas de fatiga en su espalda?

Si _____ No _____

16. Si tiene conocimientos del cuidado de la espalda o columna vertebral, ¿los practica?

Si _____ No _____ A veces _____

17. ¿Considera que su vestuario es inadecuado para realizar su trabajo? Por ejemplo, calzado o ropa muy ajustada.
Si _____ No _____
18. ¿considera de importancia el cuidado que se le de a su espalda?
Si _____ No _____ A veces _____
19. ¿Qué posición adopta para levantar un objeto desde el piso?
a) Dobla las rodillas: si _____ no _____
b) Dobla el tronco con extensión de miembros inferiores: si _____ no _____
20. ¿Conoce usted las malas posturas?
Si _____ No _____

Si la respuesta es si, adopta usted una mala postura al realizar su trabajo por:

- a) Por comodidad _____
b) Por rapidez _____
c) por que es necesario _____

21. *¿Tiene usted mucha presión en su trabajo?*

Si _____ No _____

22. *¿Considera que la presión de su trabajo u hogar provoca dolor en su espalda?*

Si _____ No _____

ANEXO #2

ANEXO # 2. GUIA OBSERVACIONAL

OBJETIVO. Que el equipo investigador pueda constatar mediante la observación, si el o la paciente sigue indicaciones básicas de higiene de columna durante el tratamiento.

1. *Mantiene la postura correcta indicada al momento de recibir su tratamiento*

Si___ No

2. Se acuesta y se levanta de la forma correcta durante el tratamiento.

Si___ No___

3. Tiene sobrepeso

Si___ No___

4. Tiene postura antalgica

Si___ No___

5. Usa zapato alto.

Si___ No___

6. Tiene desviación de columna

Lordosis___ Escoliosis___ Cifosis___

7. Realiza los ejercicios en forma indicada

Si___ No___

8. Tiene postura viciosa al momento de la marcha

Si___ No___

9. Realiza todos los ejercicios al momento del tratamiento con éxito

Si___ No___

10. Se sienta de la forma correcta

Si___ No___

ANEXO # 3. HABILIDADES PARA LA VIDA.

Que? son las habilidades para la vida

Diez destrezas psicosociales

Habilidades para la Vida es un enfoque educativo centrado en la enseñanza de diez destrezas que ayudan a afrontar las exigencias y desafíos de la vida diaria. Son de naturaleza psicosocial: pueden aplicarse en el área de las acciones personales, las relaciones sociales o las acciones para transformar el entorno a favor de la salud y el bienestar. Su esencia incluye tanto el empoderamiento y la realización individual, como la lucha por

objetivos comunes.

Antecedentes

Habilidades para la Vida se enraíza en la Carta de Ottawa. Persigue mejorar la capacidad de las personas para vivir una vida más sana y gozosa, con mayor control sobre los determinantes de la salud y el bienestar, y participando en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas.

Desde Jomtien (1990), la educación en Habilidades para la Vida, junto con las destrezas necesarias para leer, escribir y hacer cálculos matemáticos, se presenta como un derecho de todas las personas. Se consideran parte importante de la calidad de la educación y del aprendizaje a lo largo de la vida. Declaraciones internacionales posteriores sobre política educativa (Dakar, 2000; Santo Domingo, 2000), confirman su importancia, animando a los países a comprometerse con este enfoque.

Ámbitos de aplicación

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzo? una Iniciativa Internacional proponiendo incluir la enseñanza de Habilidades para la Vida en el marco de la educación formal. Hoy día sigue siendo un campo de investigación y práctica psicosocial activo y en desarrollo, con amplia difusión en distintas regiones del mundo. El enfoque de Habilidades para la Vida tiene mucho que aportar en ámbitos como la promoción de la salud, la prevención de problemas psicosociales específicos, la inclusión social, la calidad de la educación, la promoción del desarrollo humano sostenible... Este enfoque tiene éxito en áreas, como la promoción de la convivencia, la educación en competencias ciudadanas, la prevención de las drogodependencias, la educación para la sexualidad y la prevención del VIH/sida, o la igualdad de género.

Un enfoque y dos planos

Promoción de competencias psicosociales

La Organización Mundial de la Salud propuso las Habilidades para la Vida en el marco de la educación formal, para complementar la experiencia vital de socialización con nuevas oportunidades de aprendizaje. Todo ello con el objetivo de promover competencias psicosociales y favorecer así el bienestar físico, mental y social de niñas, niños y jóvenes.

Doble utilidad del modelo

El modelo ha crecido y demostrado su aplicación a otros entornos y momentos evolutivos (habilidades para todas las personas, para toda la vida).

El camino recorrido enseña que la promoción de estas competencias psicosociales genera un doble beneficio, relacionado con las dimensiones personal y social de las habilidades psicosociales. La educación en Habilidades para la Vida produce resultados en dos planos diferentes:

- **Inclusión Social Positiva**
- **Prevención de Riesgos Psicosociales**

| Inclusión Social Positiva
| Crecimiento personal

|
|

Habilidades para la Vida es una herramienta para el crecimiento personal y social. Para estar más a gusto con uno mismo, con los demás y nuestro entorno. Son un conjunto de destrezas psicosociales para ser más competentes personal y socialmente.

La educación en Habilidades para la Vida busca fortalecer a las personas para que además de transformar su vida, transformen su entorno. En especial, características sociales que impiden el bienestar, como el maltrato, la desigualdad, la discriminación.

El origen del enfoque estuvo motivado por la necesidad de actuar de manera preventiva en la escuela. Poco a poco las Habilidades para la Vida han ocupado el sitio que les corresponde: un modelo teórico y práctico de aplicación universal (por la variedad de situaciones y entornos a los que se aplica).

Crecimiento Social

Formación en competencias ciudadanas.

Promoción de la calidad de la educación, la salud y el desarrollo humano.

Promoción de conductas pro sociales: socialización, mejor comunicación, toma efectiva de soluciones, solución de conflictos...

Formación en competencias clave para una socialización positiva en lo académico, profesional o relacional.

Este plano de intervención de las Habilidades para la Vida, ha avanzado con rigor y efectividad en los últimos años y seguro que no quedará ahí, dado que el modelo ofrece un marco teórico riguroso y de enorme aplicabilidad.

Prevención de Riesgos Psicosociales

Ámbitos de prevención

La utilidad de las Habilidades para la Vida como herramientas para prevenir riesgos psicosociales es quizá la faceta más acreditada de este modelo. La eficacia demostrada en el tiempo por distintas evaluaciones y el aval de prestigiosas entidades e instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud o UNESCO, entre otras, ha ayudado a difundir este plano de las habilidades. Estos son algunos espacios concretos donde este enfoque se ha revelado exitoso:

Conductas sexuales de riesgo.

Prevención del VIH/sida.

Delincuencia.

Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Comportamiento violento

Aplicabilidad del modelo

Este portal incluye reseñas y enlaces concretos de diferentes programas y herramientas que han demostrado su eficacia en distintas áreas de intervención.

En este plano, como en el anterior, las posibilidades de actuación e innovación para abordar problemas son ilimitadas. Podemos utilizar este modelo para prevenir multitud de situaciones: prevención de riesgos laborales, de riesgos en la conducción de automóviles, bullying, mobbing...

Las 10 habilidades para la vida

En 1993 la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la

Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas (Life Skills Education in Schools). El propósito de esta actuación era difundir mundialmente la enseñanza de un grupo genérico de diez destrezas psicosociales, consideradas relevantes en la promoción de la competencia psicosocial de niñas, niños y jóvenes.

	1. Autoconocimiento	6. Solución de problemas y	
	2. Empatía	conflictos	
	3. Comunicación asertiva	7. Pensamiento creativo	
	4. Relaciones interpersonales	8. Pensamiento crítico	
	5. Toma de decisiones	9. Manejo de emociones y	
		sentimientos	
		10. Manejo de tensiones y estrés	

Estas diez habilidades psicosociales no son materia nueva. En cierta forma son tan antiguas como la propia humanidad, porque todas tienen que ver con la manera en que manejamos las relaciones con nosotros mismos, con las demás personas y con el entorno social.

Todas las personas de todas las edades las usan a diario .Y entonces, ¿en qué consiste lo novedoso? Sobre todo, en que **cada vez se reconoce más la importancia de incluirlas como parte de diversos programas educativos dirigidos a niños, niñas y adolescentes. Tanto en la escuela como en otros escenarios de trabajo.**

Aunque hay otras formas de clasificar las Habilidades para la Vida, la propuesta de la OMS ha logrado un reconocimiento amplio porque es bastante flexible y tiene aplicabilidad universal

Autoconocimiento

Conocer mejor nuestro ser, carácter, fortalezas, oportunidades, actitudes, valores, gustos y disgustos. Conocerse a sí mismo también significa construir sentidos acerca de nosotros mismos, de las demás personas y del mundo en que vivimos.

Conocerse, saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo, son aspectos que le permiten a una persona tener claridad sobre el proyecto vital que quiere emprender y desarrollar las competencias que necesita para lograrlo. **Conocerse es el soporte y el motor de la identidad y de la capacidad de comportarse con autonomía.**

Conocerse no es sólo mirar hacia dentro de sí, también es saber con qué fuentes sociales de afecto, ejemplo, apoyo o reconocimiento se cuenta. Saber con qué recursos personales y sociales contamos en los momentos de adversidad.

Tres ejercicios sencillos para conocerse mejor y ver las situaciones desde el punto de vista de las demás personas pueden consultarse en:

www.galeon.com/aprenderaaprender/intemocional/interactividades.htm

En este sitio de Internet se presentan preguntas y reflexiones apropiadas para jóvenes que desean

elegir su carrera universitaria. Parten del principio que conocerse a sí mismo ayudará a tomar una mejor decisión. www.educared.net/universidad/asp/conocete.asp

Empatía

“Ponerse en la piel” de la otra persona para comprenderla mejor y responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias.

La empatía es una **capacidad innata** de las personas que permite “tender puentes” hacia universos distintos al propio, para imaginar y sentir cómo es el mundo de la otra persona, incluso con situaciones en las que no estamos familiarizados por experiencia propia. Esto no quiere decir que las personas nazcan con la habilidad desarrollada, requiere ejercitarse en ella y tener oportunidades para ponerla en práctica.

Poder sentir con la otra persona facilita comprender mejor las reacciones, emociones y opiniones ajenas, e ir más allá de las diferencias, lo que nos hace más tolerantes en las interacciones sociales.

“Promises”. Documental basado en la vida de siete niños palestinos e israelíes entre los nueve y los trece años, dirigido por Juntina Shapiro, B.Z. Goldberg y Carlos Bolado. Año 2000. Para información on line puede consultarse: www.iespana.es/elmejocine/promises.htm

Para saber más sobre empatía:

www.galeon.com/aprenderaaprender/intemocional/intinterpersonal.htm

Comunicación asertiva

Expresar con claridad, y en forma apropiada al contexto y la cultura, lo que se siente, piensa o necesita.

La persona que se comunica asertivamente, expresa en forma clara lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hacer valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas.

La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones con las demás personas. Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos.

La película sueca “Ondskan” (El Mal, 2003), basada en la novela parcialmente autobiográfica de Jan Guillou, es una buena oportunidad para observar distintos aspectos de tres estilos de comportamiento (inhibido, agresivo y asertivo) y la lucha del protagonista por encontrar la forma adecuada de comportarse sin tener que renunciar a sus derechos. Para conocer más detalles sobre esta película, titulada también como “Evil”: www.imdb.com/title/tt0338309/trivia

Para más información sobre la asertividad y los derechos de la persona asertiva: es.wikipedia.org/wiki/Asertividad

Relaciones interpersonales

Establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que impiden el crecimiento personal.

Con esta destreza existen dos aspectos claves. El primero es aprender a iniciar, mantener o terminar una relación. En la vida de las personas es normal encontrar relaciones que se fortalecen o malogran; todos conocemos a personas con dificultad para iniciar una relación, para conservarla en el tiempo o para terminarla cuando sea necesario.

El segundo aspecto clave es aprender a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa a diario, especialmente cuando no se decide con quién se comparte la vida cotidiana, en el caso del trabajo, o en el caso de la escuela

En la comedia argentina “No sos vos, soy yo”, de Juan Taratuto, el espectador se puede aproximar a muchos de los matices propios de las relaciones interpersonales: ¿Cómo iniciar una relación? ¿Cuándo y cómo terminarla? ¿Cómo sostenerla? Mayor información sobre la comedia cinematográfica en su sitio oficial: www.labutaca.net/52sansebastian/nosvossoyyo.htm

Para profundizar en algunas de las dificultades que aparecen cuando se quiere terminar una relación, el libro “Mujeres que aman demasiado” de Robín Norwood, cuenta y analiza situaciones de mujeres que no logran terminar sus relaciones de pareja, a pesar de lo insatisfactorias que resultan.

El libro se encuentra disponible en:

www.psicologosgd.com/mujeres%20que%20aman%20demasiado.pdf

Toma de decisiones

Evaluar distintas alternativas, teniendo en cuenta necesidades, criterios y las consecuencias de las decisiones, no sólo en la vida propia sino también en la ajena.

Decidir significa hacer que las cosas sucedan en vez de simplemente dejar que ocurran como consecuencia del azar u otros factores externos. Continuamente estamos tomando decisiones, escogiendo qué hacer tras considerar distintas alternativas, en nuestra vida cotidiana o en situaciones de conflicto.

Esta habilidad ofrece a las personas herramientas para evaluar las diferentes posibilidades en un momento dado, teniendo en cuenta, entre otros factores, necesidades, valores, motivaciones, influencias y posibles consecuencias presentes y futuras, tanto en la propia vida como en la de otras personas.

Para conocer más acerca de dinámicas sobre toma de decisiones:

www.educarueca.org/rubrique.php3?id_rubrique=18

Para responder un cuestionario on line (diseñado con base en el Inventario Rotter sobre Locus de Control Interno-Externo) para medir su locus de control puede ir a:

www.psych.uncc.edu/pagoalka/LocusofControl-intro.html

Solución de problemas y conflictos

Manejar los problemas y conflictos de la vida diaria de forma flexible y creativa, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.

No es posible ni deseable evitar los conflictos. Están siempre alrededor nuestro, forman parte de la vida diaria de las personas y no son algo que podamos escoger. Gracias a ellos las personas renovamos las oportunidades de cambiar y crecer, de aprender a convivir con los demás.

Podemos aceptar los conflictos como “motor” de la existencia humana, dirigiendo los esfuerzos a desarrollar estrategias y herramientas que permitan manejarlos de forma creativa y flexible, viéndolos como oportunidades para crecer, hacer cambios y enriquecer distintas dimensiones de la vida humana.

Para conocer herramientas sobre solución de problemas y conflictos, puede consultar:

www.galeon.com/aprenderaaprender

El portal de la Red de Resolución de Conflictos (Conflict Resolution Network) ofrece abundantes materiales que pueden descargarse gratuitamente: www.crnhq.org

Pensamiento crítico

Analizar con objetividad experiencias e información y ser capaz de llegar a conclusiones propias sobre la realidad. La persona crítica se pregunta, investiga y no acepta las cosas en forma crédula.

En términos muy amplios, pensar críticamente significa “pensar con un propósito”: demostrar una idea o hipótesis, interpretar el significado de algo o solucionar un problema.

El pensamiento crítico depende de dos factores principales: una serie de habilidades cognitivas y las disposiciones afectivas. Lo cognitivo implica aplicar destrezas básicas del pensamiento, como la interpretación, el análisis, la evaluación, la inferencia, la explicación y la autorregulación, en un proceso activo de pensamiento que permite llegar a conclusiones de un orden superior. Las disposiciones afectivas se refieren a la actitud personal; hace falta también querer pensar.

Para conocer una propuesta sobre los principios del pensamiento crítico y creativo:

www.innovaforum.com

En el portal www.austhink.org/critical/ encontrará una gran variedad de recursos sobre pensamiento crítico.

Manejo de emociones y sentimientos

Propone aprender a navegar en el mundo de las emociones y sentimientos, logrando mayor “sintonía” con el propio mundo afectivo y el de las demás personas. Esto enriquece la vida personal y las relaciones interpersonales.

Las emociones y sentimientos nos están continuamente enviando señales, aunque no siempre las escuchamos. A veces pensamos que no tenemos derecho a sentir miedo, tristeza o indignación. Se considera que sentimientos y emociones como la rabia y el odio son “malas” y deben evitarse. Este es un ejemplo de cómo el mundo afectivo es distorsionado por la razón, por prejuicios, temores aprendidos y racionalizaciones.

Comprender mejor lo que sentimos implica no sólo escuchar lo que nos pasa por dentro, sino

también atender al contexto en que nos pasa.

Para conocer más sobre inteligencia emocional, puede consultar: www.capitalemocional.com

Manejo de tensiones y estrés

Identificar oportunamente las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar maneras para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.

El estrés es una presión. Todos los seres humanos lo sentimos. Ante determinados estímulos y de manera automática, el organismo se activa disponiéndose para la acción: aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión sanguínea, el metabolismo y el flujo de sangre hacia los músculos.

Las tensiones son inevitables en la vida de todas las personas y se presentan desde el nacimiento hasta la muerte. El reto que afronta cada ser humano no consiste en evadir las tensiones, sino en aprender a vivirlas sin llegar a un estado crónico de estrés.

Para conocer más sobre el estrés y su relación con la salud, puede revisar los libros escritos por Robert Sapolsky o consultar uno de sus artículos disponibles en

jcem.endojournals.org/cgi/content/full/91/2/0-a

FUNDAMENTACIÓN

|Origen y desarrollo de la Iniciativa Internacional de la OMS
|Nuevos desafíos para la educación
|La iniciativa de la OMS de 1993 surgió tras reconocer que la educación que
|hasta ahora han dado las escuelas, ya no es suficiente para que la gente
|joven pueda afrontar las demandas y desafíos del mundo actual, complejo,
|cambiante e interdependiente. UNESCO en su documento del Proyecto Regional
|de Educación para América Latina y el Caribe (PRELAC, 2002) afirma, "Ya no
|es suficiente, aunque sigue siendo fundamental, que la educación
|proporcione las competencias básicas tradicionales, sino que también ha de
|proporcionar los elementos necesarios para ejercer plenamente la
|ciudadanía, contribuir a una cultura de la paz y a la transformación de la
|sociedad. Desde esta perspectiva, la educación tiene una función cívica y
|liberadora del ser humano".
|La OMS basó su iniciativa en dos características añadidas. Primera; la
|importancia de la competencia psicosocial en la promoción de la salud, es
|decir, en el bienestar físico, mental y social de las personas. Segunda;
|como consecuencia de los cambios sociales, culturales y familiares de las
|últimas décadas, es difícil que desde los hogares se realice un aprendizaje
|suficiente de estas competencias. Así, la OMS propuso que la enseñanza de
|las diez habilidades se trasladara al contexto de la educación formal.
|Vigencia actual del modelo
|El esfuerzo de la OMS, consistió en revisar la literatura e investigaciones
|realizadas durante más de dos décadas, organizar reuniones entre expertos
|internacionales y finalmente, consolidar una propuesta metodológica y
|difundirla a escala internacional. Como resultado de esta Iniciativa
|Internacional, se ha multiplicado el número de proyectos en distintas

|regiones del mundo. De prevenir problemas específicos, como las
|drogodependencias, se ha pasado a incluir temas como la promoción de la
|convivencia, la educación en ciudadanía o la mejora de la calidad de la
|educación.

|Habilidades para la Vida es un campo de la práctica y la investigación en
|pleno desarrollo. Una encuesta de la OMS y UNICEF (2001-2002), encontró se
|aplica en instituciones gubernamentales, agencias de Naciones Unidas y ONG
|en Europa, Asia, África, Medio Oriente, Norteamérica, el Caribe y América
|Latina: www.vox.no/upload/2830/J.Jones.pdf

|Fundamentación teórica

|Cuerpo teórico

|El cuerpo teórico en el que se apoya el enfoque de habilidades para la vida
|es muy amplio y rebasa los objetivos de este portal. Diversas teorías
|provenientes de distintas disciplinas y áreas del conocimiento,
|relacionadas con el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje,
|entre otras, nutren este campo:

|La teoría del aprendizaje social.

|La teoría de la influencia social.

|La solución cognitiva de problemas.

|Teoría de las inteligencias múltiples.

|Teoría de la resiliencia y riesgo.

|Psicología constructivista.

|Teoría del desarrollo infantil y adolescente (teorías sobre desarrollo
|humano).

|Teoría de la conducta problemática.

Para saber más...

Las personas interesadas en profundizar en este tema, pueden consultar las siguientes publicaciones:

- “Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes”, un documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en 2001 y disponible electrónicamente en: www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf

ANEXO # 4. EJERCICIOS FISICOS PREVENTIVOS QUE PUEDE REALIZAR DURANTE EL TRABAJO

Existen ciertos ejercicios físicos que pueden aplicar mientras estás en tu lugar de trabajo; solo debes darte tiempo para realizar los ejercicios destinados a fortalecer los músculos extensores de la columna, los que en la medida que los realices te irán ayudando a realizar con más alivio tu trabajo diario

PAUTA DE EJERCICIOS PREVENTIVOS:

Ejercicio 1



Propósito: contrarrestar la cifosis. Fortalecer los extensores de la columna proximal.

Posición: de sentada en una silla firme, sin apoyarse contra la espalda de la silla. Codos pegados al tórax lateral, antebrazos horizontales y manos dirigidas hacia delante.

Movimiento: tirar de las escápulas hacia atrás y mantener hasta haber contado cinco.



Ejercicio 2

Propósito: fortalecer los extensores de la espalda, estimular la respiración profunda, estirar los pectorales.

Posición: la misma que la figura 1, pero con las manos colocadas detrás de la cabeza.

Movimiento: empujar los codos hacia atrás, manteniendo al mismo tiempo las manos sobre la cabeza. Inspirar profundamente al realizar este movimiento y espirar al relajarse.



Ejercicio 3

Propósito: fortalecer los extensores de la espalda.

Posición: decúbito prono, con una almohada firme debajo del tórax y el abdomen. Brazos extendidos por detrás de la espalda, piernas extendidas con los dedos de los pies apoyados en el suelo.

Movimiento: levantar la cabeza y tronco superior, manteniendo el tórax contra la almohada, sostener hasta contar cinco.

Ejercicio 4



Propósito: fortalecer los extensores lumbares y de la cadera.

Posición: a gatas en el suelo. Apoyar el tronco sobre los brazos extendidos. Asegurarse de que la columna este recta.

Movimiento: levantar del suelo una pierna con la cadera extendida y la rodilla ligeramente flexionada sostener hasta contar cinco.



Ejercicio 5

Propósito: fortalecer los músculos abdominales con el ejercicio isométrico.

Posición: decúbito supino sobre una superficie dura. Talones contra el suelo, brazos cruzados sobre el abdomen.

Movimiento: levantar las dos piernas unos 25 - 30 cms, manteniendo las rodillas en extensión. Sostener hasta contar cinco. Asegurarse de que la columna no se despegue de la camilla.

Propósito: fortalecer los extensores de la espalda. Mejorar el rango de movilidad de las caderas y las rodillas.

Posición: decúbito supino, sobre una superficie dura.

Movimiento: levantar las rodillas y acercarlas al tórax todo lo posible, sostener hasta contar cinco. Asegurarse de que la columna no se despegue de la camilla.



Ejercicio 6

Propósito: fortalecer los extensores de la espalda y los músculos abdominales. Estirar la espalda hasta su máxima extensión.

Posición: decúbito supino sobre una superficie dura. Brazos extendidos en el sentido de la cabeza.

Movimiento: estirar los brazos en el sentido de la cabeza y los dedos de los pies hacia fuera, tirando del abdomen hacia dentro. Sostener hasta contar cinco.