

# Relación e importancia del tratamiento fisioterapéutico y psicoterapéutico en la mielopatía cervical<sup>1</sup>

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

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

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

**M.<sup>a</sup> T. Labajos Manzanares.** *Profesora Titular. Área de Fisioterapia. Universidad de Málaga*

## RESUMEN

Con el nombre de *mielopatía cervical* se conocen un sinnúmero de procesos patológicos de diversas etiologías, cuyo común denominador consiste en la afectación de la médula espinal a nivel cervical. A pesar de que los síntomas de dolor y disestesias de mayor o menor importancia sean los considerados como más invalidantes, se ha observado la afectación psíquica de estos pacientes como factor determinante de la evolución del proceso recuperador.

Se estudian 134 casos de pacientes afectados de mielopatía cervical de diversas etiologías, siguiendo un método descriptivo semicuantitativo y observándose la afectación psíquica ligada al proceso en el 96,9 % de ellos. Se evalúan los distintos tratamientos, fisioterapéutico y psicoterapéutico, recibidos por los pacientes y los diversos resultados obtenidos dependiendo de la terapéutica aplicada.

La mielopatía cervical requiere tratamiento psíquico en el que el fisioterapeuta constituye un pilar básico.

La educación para la salud del paciente debe ser el comienzo tanto de la Fisioterapia como de la psicoterapia.

La inobservancia de la atención a la afectación psíquica del afecto de mielopatía cervical implica un enlentecimiento de dimensiones muy considerables en la recuperación funcional del paciente.

*Palabras clave:* Fisioterapia, psicoterapia, mielopatía, educación para la salud.

## ABSTRACT

*Title:* Relationship and importance of physiotherapeutic treatment and psychotherapeutic treatment in the cervical myelopathy.

With the name of *cervical myelopathy* knows each other a numberless of pathological processes of etiology diverse whose denominate common consists in the disease of the spinal cord to cervical level. In spite of the fact that the symptoms of pain and dysesthesia of senior or minor importance is the considerate like but disableds symptoms, the pysich alteration has been observed of these patient like determinant factor of the evolution of the regainer process.

134 cases of patient affections of cervical myelopathy are studied of etiology diverse following a method descriptive semiquantitative, observing the psychic alteration tied to the process in the 96,9 % of them. They are evaluated the different psychic and physic treatments received by the patient and the diverse gotten outputs relying on the applied therapy.

The cervical myelopathy requires psychic treatment in the that the physiotherapist constitutes a basic pillar of treatment.

The manners for the health of the patient is the so much commencement of the physic like of the psychotherapy.

The neglect of the attention to the physic disease of the affection of cervical myelopathy implicates a obstacle of very considerable dimension in the functional recuperation of the patient.

*Key word:* Physiotherapy, psychotherapy, myelopathy, health education.

## INTRODUCCIÓN

Con el nombre genérico de *mielopatía cervical* se conocen unos síndromes de afectación neuromuscular, de etiologías variadas, que tienen el común denominador del compromiso de la médula a nivel cervical, siendo de todas ellas la artrosis, seguida de cerca por la herniación discal, las causas más frecuentes de su aparición.

La mielopatía cervical, en principio alteración física de la médula espinal a nivel cervical, como cualquier enfermedad, va a condicionar un trastorno psicosocial del individuo que la padece [2, 4, 5]. La importancia del compromiso social será mayor o menor atendiendo a las implicaciones sociales que pudieran verse afectadas en el paciente y su entorno (actividades laborales, relaciones sociales, etc.), pero, durante nuestra ya dilatada experiencia profesional, hemos podido constatar la enorme frecuencia con que se presentan trastornos psíquicos de estos enfermos y la importancia de ellos en el devenir de la reeducación funcional y su posterior retorno a la normalidad sociolaboral.

Platón, hace ya casi dos mil quinientos años, en su *Cármides*, dijo: «El gran fallo en el tratamiento de las enfermedades se halla en que existen médicos para el cuerpo y mé-

dicos para el alma, cuando ambas cosas no deberían ir separadas. Pero precisamente esto lo pasan por alto muchos médicos y, solamente por esta razón, son impotentes frente a muchas enfermedades, ya que no ven nunca el todo» [6].

De todos es sabido la implicación de los trastornos psíquicos en la motricidad del ser humano y cómo perturban las dificultades motrices la psique del individuo, principios éstos que, por desgracia, se olvidan con frecuencia. Es lo que hace que, en determinadas ocasiones, el profesional de la salud se presente ante el enfermo como un mecánico ante un motor averiado, olvidando que se encuentra ante un ser humano [1]. Es uno de los tremendos errores de la actual sociedad materialista y mecanicista, que nos va sumiendo a pasos agigantados en la deshumanización de las profesiones sanitarias.

La alteración medular condiciona la aparición de dolor neuropático, por lesión, de mayor o menor entidad, de los troncos nerviosos periféricos, que van a sufrir una descarga anormal de las neuritas regeneradas o de los aferentes nociceptivos de las propias vainas neurales afectas, produciendo dolor de características quemante y lancinante; es lo que se denomina disestesia [6]. Estas alteraciones disestésicas van a ser la primera causa del

cambio psíquico del paciente, que no comprende en absoluto por qué se le cayó el vaso que sostenía, o por qué los dedos de la mano dejan de tener sensibilidad y por qué, a pesar de las maniobras de estimulación que él inicia, no puede volver a sentir.

Una vez se ha iniciado la afectación psíquica, aparecerán contracturas musculares secundarias a aquélla, que agravarán el cuadro doloroso y disestésico, con lo que aumentarán los síntomas psicopáticos aparecidos. Todo ello va sumiendo al paciente en una peligrosa espiral, de la que difícilmente podrá salir por sí solo o con la sola ayuda de la Fisioterapia. Tampoco la psicoterapia por sí sola será capaz de hacer el milagro. Se nece-

sita de la conjunción de ambas terapias, unidas a la atención al estado social del individuo, para que los anillos que le aprisionan se rompan permitiendo su acercamiento al estado de salud deseado (fig. 1)

En este trabajo trataremos de estudiar los posibles beneficios que la atención psicológica al paciente de mielopatía cervical pueda aportar en la duración del tratamiento fisioterapéutico.

### MATERIAL Y MÉTODO

Siguiendo un método descriptivo comparativo y semicuantitativo, analizamos las res-

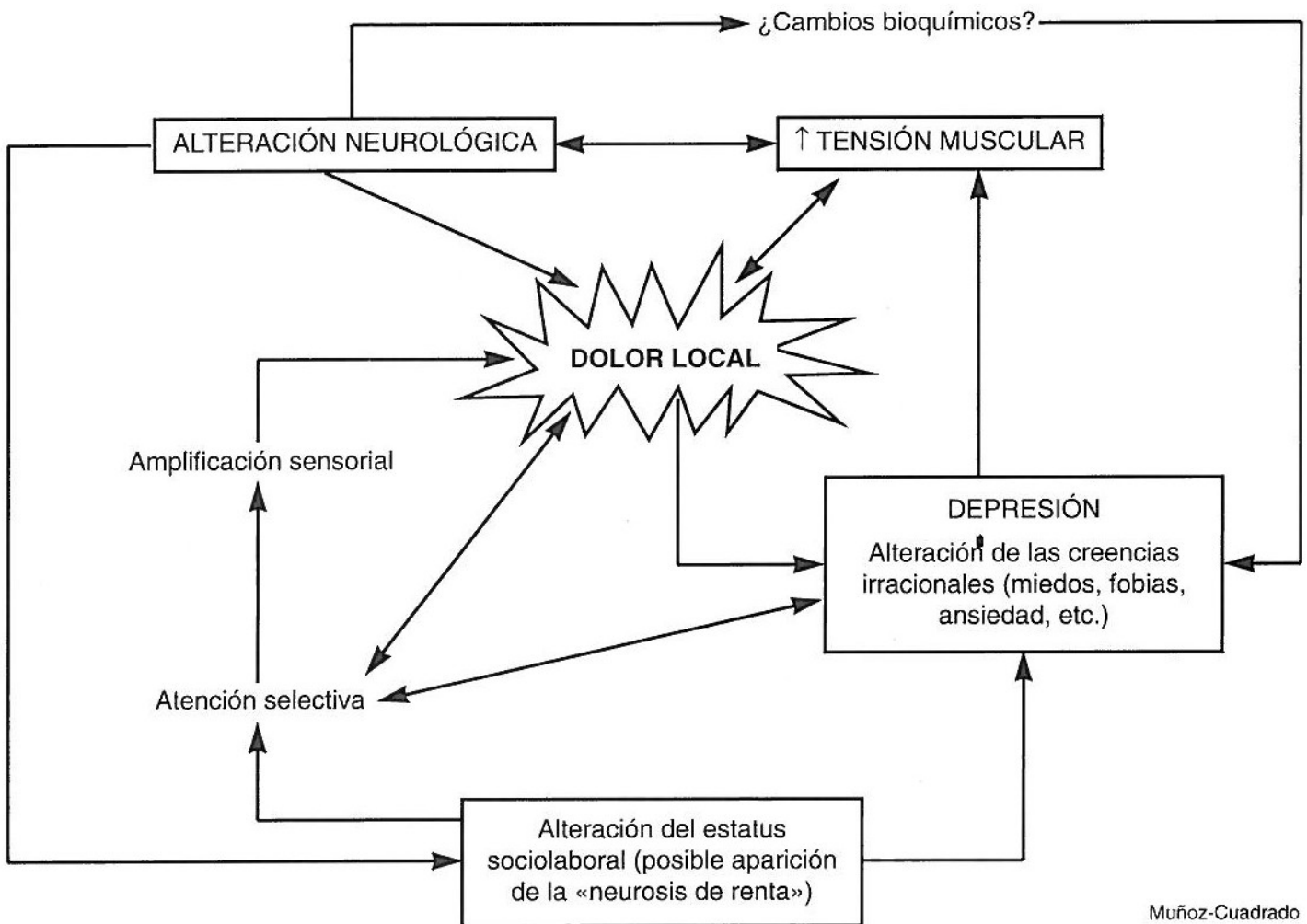


Fig. 1. Alteraciones biopsicosociales de la mielopatía cervical.

TABLA 1

<i>Etiología</i>	<i>Casos</i>
Artrosis cervical	63
Hernias cervicales	51
Síndrome del «latigazo cervical»	19
Otras	1
Total	134

puestas obtenidas entre dos muestras, tomadas al azar, de pacientes afectos de mielopatía cervical de diversas etiologías, en las que a una, junto a las técnicas fisioterapéuticas, se le practicó atención psicoterapéutica, y a la otra se le trató exclusivamente con procedimientos fisioterapéuticos.

Se estudian 134 casos de pacientes afectos de mielopatía cervical de diversas etiologías, observándose la afectación psíquica ligada al proceso en el 96,26 % de ellos.

Durante el período comprendido entre enero de 1985 y enero de 1995, en el Centro de Reeducción Funcional y Fisioterapia de Torre del Mar (Málaga) se atendieron 134 pacientes (49 varones = 36,56 % y 85 mujeres = 62,68 %) diagnosticados de mielopatía cervical de distintas etiologías.

TABLA 2. **Opción A**

<i>N.º pacientes</i>	<i>N.º Sesiones</i>	<i>Total sesiones</i>
2	20	40
10	30	300
14	50	700
21	60	1.260
28	90	2.520
Total 75		4.820

$$\bar{X} = 64,26$$

Las etiologías de dichos procesos se recogen en la tabla 1.

Los pacientes psíquicamente afectados fueron incluidos, según una tabla de números aleatorios y en orden de llegada al centro, en una de las siguientes opciones:

*Opción A:* Tratamiento fisioterapéutico convencional.

*Opción B:* Tratamiento fisioterapéutico + tratamiento psicoterapéutico.

El tratamiento psicoterapéutico llevado a cabo por nosotros consistió en:

1. Educación para la salud:

a) Objetivo: Procurar un hábitat biopsicosocial idóneo para la curación.

b) Tareas:

- Explicación del problema.
- Explicación de las técnicas a emplear.
- Explicación de las actitudes a adoptar.

2. Derivación a especialista (si procedía).

3. Derivación a trabajador social (si procedía).

TABLA 3. **Opción B**

<i>N.º pacientes</i>	<i>N.º Sesiones</i>	<i>Total sesiones</i>
17	20	240
12	30	360
2	50	100
12	60	720
11	90	990
Total 54		2.410

$$\bar{X} = 44,63$$



## RESULTADOS

La valoración de los resultados se efectuó cuantificando los días que tardaron en ser dados de alta, según las tablas 2 y 3.

## DISCUSIÓN

Dado que por nuestra experiencia nos preocupaban las alteraciones psíquicas que observábamos en ese tipo de pacientes, nos dispusimos a cuantificar cuántos de ellos presentaban algún síntoma de variación en su comportamiento habitual, valiéndonos de la entrevista al realizar la historia, así como de datos que podíamos recoger de los familiares. Del total de pacientes estudiados, 129 (96,26 %) presentaron alguna de estas alteraciones.

Aunque el tratamiento estadístico empleado haya sido la pobre comparación entre las medias de los días precisados por una y otra opción, se puede constatar que la opción B ha favorecido considerablemente la respuesta al tratamiento seguido.

Por otra parte, si bien no se han valorado otras variables, como pueden ser la antigüedad previa del proceso al inicio del tratamiento, las diversas etiologías, las edades y sexos de los pacientes, etc., se ha procedido, a fin de homogeneizar la muestra, a incluir a la totalidad de los pacientes afectados de mielopatía cervical que presentaban alteración psíquica de mayor o menor intensidad, siguiendo el orden cronológico de llegada al centro, para, una vez consultada la tabla de números aleatorios, ser incluidos en una u otra opción.

De la totalidad de pacientes incluidos en el estudio, sólo dos de ellos, una mujer y un varón, llegaron a alcanzar el grado de «alta

que ambos habían sufrido un «síndrome de latigazo cervical» en accidentes de tráfico, y, dadas las características de ellos, opinamos humildemente que se trataron de claros casos de «neurosis de renta».

Del total de la muestra, sólo 5 pacientes (4 mujeres y un hombre) requirieron ser enviados a nivel especializado de atención psíquica, mientras que otros 3 varones tuvieron que ser atendidos por la trabajadora social.

## CONCLUSIONES

1. La mielopatía cervical requiere de atención psíquica en la que el fisioterapeuta constituye un pilar básico.

2. La educación para la salud del paciente debe ser el comienzo tanto de la Fisioterapia como de la psicoterapia.

3. La inobservancia de la atención psíquica del paciente de mielopatía cervical implica un enlentecimiento de repercusiones biopsicosociales muy considerables, que interfieren en el normal desarrollo de la recuperación funcional del paciente.

4. A pesar de los muchos años transcurridos desde la conferencia de Alma-Ata, en donde se proclamó la necesidad de la atención biopsicosocial de los individuos como única vía posible para procurar la salud integral por parte de los profesionales sanitarios, la realidad es que, como decíamos en la introducción, son por desgracia frecuentes los casos en que nos sentimos mecánicos reparadores frente a una máquina averiada, en lugar de sanitarios frente a una persona enferma.

5. Son numerosísimas las comunicaciones que, sobre las más diversas técnicas específicas fisioterapéuticas y afines, se presentan en los incontables congresos que con tanta prodigalidad se desarrollan en nuestro

país y en todo el mundo; sin embargo, nos lamentamos de la escasa importancia que generalmente prestamos a los aspectos psicosociales de nuestros pacientes, tan importantes a tener en cuenta, como creemos, con toda humildad, queda demostrado en el presente trabajo.

6. El fisioterapeuta no puede olvidar en su formación los aspectos anímicos y sociales de los pacientes, en pro de una mayor preparación técnica. De poco nos valdrá el conocimiento de los avances que la técnica nos ofrece día a día para el tratamiento de nuestros enfermos, si obviamos el concepto de seres biopsicosociales que tenemos los humanos. De esta manera haremos de nuestra profesión un oficio mecanicista y frío, demasiado alejado de su verdadera filosofía.

7. Es, por tanto, imprescindible que tanto en la formación pregrado como en la de posgrado se potencien las técnicas de tratamiento psicoterapéutico y las valoraciones

sociales de los individuos, de forma que la Fisioterapia afiance, de manera incuestionable, su carácter de ciencia con propio cuerpo de conocimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arasa, F.: *Folia Humanística* (diversos artículos). Ed. Glarma, S. A. Barcelona.
2. Bond, M. R.: *Dolor, naturaleza, análisis y tratamiento*. Ed. Harofarma, S. A. Barcelona, 1986.
3. Cyriax, J.: *The slipped disc*, 2.<sup>a</sup> ed. Gower Press Limited. Epping, Essex. England.
4. Gabinete de Estudios Sociológicos de Bernard Krief Consultants for Europe: *Aspectos sociológicos del dolor en España. Encuesta nacional sobre el dolor*. Centro de Estudios MSD para el Dolor. Madrid, 1982.
5. Montrone, V.; Petruzzella, O., y Petrosino, R.: *El dolor. Un síntoma multidisciplinar*. Harofarma, S. A. Barcelona, 1996.
6. Platón: *Cármides*.