
**Obesidad, ejercicio físico
y dolor de espalda:
un análisis genéticamente
informativo**

**Juan Ramón Ordoñana Martín
Paulo Ferreira | Alejandro Luque Suárez
Francisca González Javier | Eduvigis Carrillo
Juan F. Sánchez Romera | Lucía Colodro Conde
Francisco Pérez Riquelme**

Ayudas a la investigación 2012

Equipo de trabajo:

Investigador Principal:

Juan Ramón Ordoñana Martín¹

Equipo investigador:

Dr. Paulo Ferreira²

Dr. Alejandro Luque Suárez³

Dra. Francisca González Javier¹

Dra. Eduvigis Carrillo¹

Dr. Juan F. Sánchez Romera¹

Dra. Lucía Colodro Conde¹

Dr. Francisco Pérez Riquelme⁴

Lugar de trabajo de los autores

¹ Departamento de anatomía Humana y Psicobiología. Universidad de Murcia.

² Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sydney (Australia)

³ Departamento de Fisioterapia. Universidad de Málaga

⁴ Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Murcia

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por la Fundación MAPFRE dentro del programa de Ayudas a la Investigación (2012). Deseamos agradecer su colaboración a los participantes en el Registro de Gemelos de Murcia. El Registro de gemelos de Murcia es financiado por la Fundación Séneca, Agencia Regional para la Ciencia y la Tecnología, Murcia (15302/PHCS/10) y el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI11560–2009).

Índice

	Página
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS ...	4
3. MATERIALES Y METODOLOGÍA	6
4. RESULTADOS	8
5. DISCUSIÓN	9
6. CONCLUSIONES	12
7. BIBLIOGRAFÍA	13
8. ANEXO. TABLAS GENERALES. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	16

1. RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio consiste en analizar la relación entre obesidad, actividad física y dolor lumbar a través de un estudio de gemelos caso-control. Adicionalmente se ha recogido información sobre estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud en la muestra de gemelos con el fin de profundizar en el análisis de la contribución relativa de factores genéticos y ambientales al dolor de espalda, tanto lumbar como cervical.

Material y método: Estudio transversal con un diseño de caso-control intra-pares de gemelos. La muestra general la componen 1613 individuos gemelos, entre 47 y 73 años, y participantes en el Registro de Gemelos de Murcia. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista telefónica y se recogió información sobre dolor de espalda, datos antropométricos y actividad física. La cigosidad fue evaluada mediante cuestionario. El análisis caso-control se realizó sobre 199 parejas completas y discordantes para dolor lumbar.

Resultados: La prevalencia del dolor lumbar en la muestra total fue del 33,1% (Mujeres: 36,4%; Varones: 29,1%). El Índice de Masa Corporal (IMC) fue de 27.2 (DE: 4,3). La frecuencia media de práctica de actividad física ligera fue de 3.7 (DE: 3,9) veces por semana. La práctica de actividad moderada o intensa no llegó a una vez por semana en promedio. En un día laborable habitual, los participantes pasaban de media 4,5 (DE: 2,9) horas sentados. La heredabilidad del dolor lumbar se estima en un 24,4%. En la muestra general ser mujer, IMC elevado, frecuencia baja de actividad física moderada e intensa, y sedentarismo se asociaron con mayor riesgo de padecer dolor lumbar. Sin embargo, todas las asociaciones perdieron significación estadística en el análisis caso-control.

Conclusión: Es necesario considerar las características individuales o grupales al valorar el papel del IMC o la actividad física en la prevención del dolor lumbar. Esto incluye la necesidad de tener en cuenta el papel de los factores genéticos en futuras investigaciones sobre esta relación.

2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN GENERAL

Tanto la obesidad como la actividad y el ejercicio físico están influidos por un gran número de factores de toda índole. Entre estos se pueden mencionar factores

socio-demográficos y psico-sociales como la edad, el sexo, nivel educativo, clase social, variables de personalidad, o contacto con el sistema sanitario. Adicionalmente, la literatura científica ha encontrado también en los dos casos una importante fuente de variabilidad en los factores genéticos. La obesidad (o variables relacionadas como el Índice de Masa Corporal – IMC) presenta una clara influencia genética y estudios recientes han encontrado una heredabilidad alta también en el interés y la práctica de actividad física. Teniendo en cuenta que ambas variables presentan relación con el dolor de espalda (lumbar y cervical), es lógico esperar también que los factores genéticos contribuyan en buena medida a la variabilidad encontrada en la población, en la frecuencia e intensidad del dolor de espalda y, subsidiariamente, en las consecuencias para el individuo y su entorno (P.e. absentismo, ILTs, etc.). A pesar de esto, no se ha profundizado aún en el análisis, desde modelos genéticamente informativos, de la contribución relativa de factores genéticos y ambientales en la frecuencia e intensidad del dolor de espalda en relación al IMC y a la actividad física.

Este proyecto incorpora la perspectiva de la genética cuantitativa, al estudio de los factores relacionados con el desarrollo de este tipo de variables. El proyecto se basa en un diseño genéticamente informativo sustentado en un estudio de gemelos ligado al Registro de Gemelos de Murcia (RGM). Este es el único Registro de base poblacional que existe en España y tiene como objetivo profundizar en el estudio de la contribución relativa de factores genéticos y ambientales al comportamiento humano relacionado con la salud. El objetivo principal de este proyecto consiste en analizar en qué medida la relación entre IMC y actividad física con el dolor de espalda (lumbar y cervical) tiene un origen genético o ambiental. Adicionalmente, recoge información sobre los estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud, con objeto de profundizar en el estudio de la contribución relativa de factores genéticos y ambientales (i.e. psico-sociales, sanitarios o demográficos) a este problema.

El procedimiento a seguir para el desarrollo de este proyecto ha consistido en recoger información a través de entrevista telefónica de una muestra formada por 1613 sujetos gemelos monocigóticos (MZ) y dizigóticos (DZ) residentes en la Región de Murcia, nacidos entre 1940 y 1966, y que participan en el RGM. La información recogida ha sido analizada mediante la utilización de un diseño caso-control de gemelos. Asimismo se han aplicado modelos biométricos para cuantificar la contribución relativa de influencias genéticas y ambientales, sobre las diferencias fenotípicas inter-sujetos.

La recogida de datos y el desarrollo de este estudio se han llevado a cabo durante 2013 y se ha apoyado en el establecimiento de una colaboración directa con la Universidad de Sydney (Australia) y la Universidad de Málaga. Dado el importante volumen de datos recogido y las grandes posibilidades de análisis que permite, el

proyecto debe considerarse aún vigente, en el sentido de que se continuará con la explotación de los datos en el futuro. En este sentido, a continuación se presenta un análisis parcial realizado sobre la influencia del IMC y la actividad física sobre el dolor lumbar, como muestra de los posibles análisis a realizar.

Por otra parte, durante el desarrollo de la recogida de datos y merced a la colaboración establecida con la Universidad de Sydney, se han llevado a cabo análisis preliminares sobre datos ya recogidos con anterioridad, que han dado lugar a sendas propuestas de artículos científicos, y el inicio de una revisión sistemática sobre obesidad y dolor lumbar en estudios de gemelos. Una muestra en borrador de estos trabajos y de la propuesta de revisión se incluye en los Anexos III a V.

ANTECEDENTES AL ANÁLISIS DEL DOLOR LUMBAR

El dolor lumbar es una de las principales causas de discapacidad en el mundo [1], y tiene un importante impacto sobre el individuo, incluyendo las esferas física, social, psicológica y económica [2]. Dicho impacto, además, se extiende a su entorno y el conjunto de la sociedad. En España, según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 20,5% de los mayores de 15 años, referían haber padecido dolor lumbar durante los últimos doce meses [3], proporción que parece estar estabilizada en los últimos años [4]. Este problema representaba, entre 2000 y 2004, el 12,5% de todas las bajas laborales y su coste medio estimado por jornadas no trabajadas, en ese periodo, era de más de 160 millones de euros anuales [5]. Por otro lado, aunque muestra un índice de recuperación favorable del 75% a las 6 semanas, presenta recaídas frecuentes (siendo el 33% en forma de ausencias laborales) [6, 7]. En conjunto, dada la magnitud y extensión de sus implicaciones, la identificación de las causas de este problema, así como de estrategias preventivas y de rehabilitación eficaces resulta de especial relevancia. Sin embargo, los factores de riesgo implicados en el dolor lumbar no están completamente definidos [8] y tampoco existen en la actualidad evidencias decisivas acerca de la eficacia de intervenciones preventivas [9].

Tanto la obesidad como la actividad física han sido consideradas como posibles factores influyentes en el dolor lumbar, de forma que tanto la presencia de obesidad como la baja actividad física se ha asociado, aunque de forma no concluyente, con un aumento del riesgo de padecer esta condición [10-13]. A su vez, el IMC y la actividad física están claramente relacionados entre sí [14-18] y, de hecho, se ha propuesto incluso una relación entre la capacidad genética para perder peso con el ejercicio y la adherencia al ejercicio regular [19] o una interacción entre baja actividad física y el gen FTO para incrementar el riesgo de obesidad [20]. Debido a que la obesidad y la actividad física son factores modificables, el carácter de su asociación con el dolor lumbar resulta

de especial interés por su papel como una posible alternativa preventiva [21].

La obesidad se considera una pandemia [22] y es un creciente problema de salud pública [23], y parece estar asociada con diversos trastornos musculoesqueléticos, como el dolor lumbar [10]. No obstante, su asociación con este problema sigue suscitando controversia [8, 24, 25]. Por ejemplo, mientras que algunos estudios han demostrado que la obesidad aumenta la prevalencia del dolor lumbar crónico [11, 26] y recurrente [26], y se ha identificado una relación entre IMC y dolor lumbar [10, 11], otros no han podido observar una asociación entre ambos [27-29]. Por otra parte, en un estudio de gemelos y controles [26], la asociación positiva entre el IMC y el dolor lumbar que se encontró en el análisis general de cohortes desapareció cuando se estudiaron los gemelos idénticos o monocigóticos discordantes para peso corporal, lo que sugiere que la genética podría influir y confundir esta relación. Por tanto, la relación entre obesidad y dolor lumbar aún no está clara [25, 30].

Por su parte, distintos estudios han analizado la relación entre actividad física y dolor lumbar con resultados contradictorios [12, 13, 21], y persiste la ausencia de evidencia acerca de hasta qué punto diferentes tipos de actividad física pueden causar o prevenir este problema [31]. Por ejemplo, mientras algunos trabajos asocian la actividad física intensa con una menor prevalencia de dolor lumbar [21, 32]; otros encuentran que tanto el comportamiento sedentario, como la actividad física de alta intensidad incrementan el riesgo [33].

Una de las posibles explicaciones de esta disparidad de resultados en la asociación de la obesidad y el ejercicio físico con el dolor lumbar puede encontrarse en el impacto de los factores genéticos en estas relaciones. En realidad, tanto factores ambientales como genéticos parecen estar asociados al desarrollo de dolor lumbar [24]. Varias publicaciones recientes informan de una heredabilidad significativa para este fenotipo [24, 34-37]. De acuerdo con estos trabajos, las variaciones en nuestra constitución genética explicarían entre un 30% y un 67% de las diferencias individuales observadas en el dolor lumbar, siendo el efecto genético mayor en las patologías crónicas e incapacitantes, que para episodios agudos [24]. Asimismo, se ha observado que los factores genéticos que influyen en este problema son comunes a otros fenotipos relacionados como la degeneración de disco lumbar [34]. Existen también un amplio número de investigaciones que han profundizado, desde un punto de vista genéticamente informativo, en la asociación del dolor lumbar con factores socio-demográficos, carga laboral, insatisfacción vital, discapacidad, y variables de personalidad [36, 38-41].

De la misma forma, tanto la obesidad como la actividad física muestran influencias genéticas en su desarrollo. Los estudios de gemelos han hallado consistentemente una contribución significativa de factores genéticos en

la variación en IMC y rasgos relacionados, en ambos sexos y en todas las edades. Actualmente se estima una heredabilidad media del IMC cercana al 70%, con un rango en función de la muestra entre el 50% y el 90%. [42-44]. Esta distribución se mantiene constante entre distintos países y culturas.[43, 45, 46] De la misma forma la práctica del ejercicio físico también parece mostrar influencias genéticas [19, 47, 48] y, de hecho, un estudio de asociación de genoma completo (genome-wide association study, GWAS) llevado a cabo recientemente concluyó que la práctica del ejercicio físico está probablemente influida por múltiples genes. [47]

Dada la relevante contribución de los factores genéticos a la varianza observada, tanto para el dolor lumbar, como para la obesidad o la actividad física, resulta de especial interés la utilización de diseños que permitan controlar el efecto de tales factores. Los estudios de gemelos, en los que se puede controlar el efecto genético, pueden contribuir a clarificar las relaciones entre estas variables y determinar el impacto real de factores ambientales modificables sobre el dolor lumbar.

En este estudio, nuestro objetivo fue investigar la relación entre IMC y diferentes medidas de actividad física, con el dolor lumbar en una muestra de gemelos. En particular, el objetivo consistió en realizar un análisis de caso-control con gemelos discordantes para la condición estudiada. Es decir, parejas en las que sólo uno de sus miembros presenta dolor lumbar. Dado el emparejamiento perfecto por sexo, edad y ambiente familiar, a lo que se añade el control de los factores genéticos en el caso de gemelos monocigóticos, este tipo de estudio presenta evidentes ventajas para el control de variables de confusión [49] y la determinación del efecto de las variables estudiadas.

3. MATERIALES Y METODOLOGÍA

DISEÑO, SUJETOS Y PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo un estudio transversal con un diseño de caso-control intra-pares de gemelos. Los sujetos procedían de la muestra del Registro de Gemelos de Murcia (RGM). Éste es un registro de gemelos de base poblacional constituido por adultos nacidos en partos múltiples entre 1940 y 1966, y residentes en la Región de Murcia. El RGM es una iniciativa conjunta entre la Universidad de Murcia y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma. La información relativa a las características del RGM y su desarrollo están descritos en otra publicación. [50] La participación en el Registro es voluntaria y sujeta a consentimiento. Los procedimientos del registro han sido aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de Murcia.

Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos en 2013 a través de entrevista telefónica. La muestra para este estudio consta de un total de 1613 individuos, participantes en el registro, que se agrupan en distintas categorías de cigosidad (tabla 1). Las mujeres representan el 55,1% de los participantes y la edad media de la muestra era de 56,7 (DE: 7,1) años, sin diferencias significativas por sexo.

DETERMINACIÓN DE LA CIGOSIDAD

La cigosidad fue evaluada a través de un cuestionario de 12 ítems que gira alrededor de determinadas características antropométricas y la similitud física de la pareja. Este cuestionario ha sido validado previamente y sus resultados se corresponden adecuadamente con la cigosidad determinada por análisis de ADN, alcanzando una concordancia de más del 95% [50].

Tabla 1. Características de la muestra, prevalencia de dolor lumbar e IMC, por sexo y total

	Varones		Mujeres		Total
Muestra general					
n (%)	725 (44,9)		888(55,1)		1613 (100)
Edad [media, (DE)]	56,4 (6,9)		56,9 (7,3)		56,7 (7,1)
Cigosidad (Sujetos) [n, (%)]					
MZ	225 (31,0)		341 (38,4)		566 (35,0)
DZ (Mismo sexo)	261 (36,0)		309 (34,8)		570 (35,4)
DZ-SO	239 (33,0)		238 (26,8)		477 (29,6)
Prevalencia de dolor lumbar [n, (%)]	211 (29,1)		323 (36,4)		534 (33,1)
IMC [media, (DE)]	27,8 (3,9)		26,6 (4,6)		27,2 (4,3)
Caso-control					
Pares discordantes para dolor lumbar	MZM	DZM	MZF	DZF	DZ-SO
n (%)	38 (36,5)	49 (41,9)	49 (31,9)	63 (45,0)	99 (46,9)
Edad [media, (SD)]	54,0 (6,0)	56,3 (7,6)	55,6 (6,8)	58,1 (7,6)	57,5 (6,2)

IMC: Índice de Masa Corporal; DE: Desviación Estándar; MZ: Monocigótico; DZ: Dicigótico; MZF: Monocigótico femenino; MZM: Monocigótico masculino; DZF: Dicigótico femenino; DZM: Dicigótico masculino; DZ-SO: Dicigótico sexo opuesto.

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

La entrevista estaba basada en un cuestionario de tipo epidemiológico que incluía, entre otros, aspectos relativos a datos antropométricos, actividad física y dolor de espalda. La prevalencia del dolor lumbar fue valorada a través de dos preguntas derivadas de la Encuesta Nacional de Salud [51] sobre si habían experimentado alguna vez en su vida dolor lumbar y si habían necesitado la asistencia de un profesional sanitario. Se definió como presencia en algún momento de dolor lumbar cuando se producía una respuesta positiva a ambas preguntas. Por su parte, la altura y el peso fueron auto-informados y se calculó el IMC dividiendo el peso corporal de los individuos en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros. En cuanto a la actividad física se utilizó un cuestionario basado en el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) [52] que recogía medidas de la frecuencia semanal de práctica de actividad física ligera (i.e., caminar al menos 10 minutos de forma continua), moderada (i.e., actividad física moderada durante al menos 10 minutos, como nadar relajadamente o practicar golf) e intensa (i.e., actividad física que le hiciera respirar rápido o jadear durante al menos 10 minutos), así como tiempo dedicado semanalmente a cada una de estas actividades. Adicionalmente se contempló también una medida de sedentarismo, operativizado como tiempo sentado/a habitualmente en un día laborable. Las medidas de frecuencia de la actividad física fueron recogidas en número de veces por semana. Las medidas de duración fueron recogidas en minutos y, posteriormente, dada su concentración alrededor de puntos concretos correspondientes a horas, se transformaron en 11 grupos horarios (desde menos de 1 hora, hasta más de 10 horas). En el caso del sedentarismo, la duración se agrupó en cuatro niveles (menos de 3 horas; entre 3-6 horas; entre 6-10 horas; más de 10 horas).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se llevó a cabo en dos etapas: análisis de la muestra general y análisis de casos y controles. Todas las variables, a excepción del sexo, se utilizaron como variables continuas. Para el análisis de la muestra general estudiamos la asociación entre el IMC y las medidas de actividad física (es decir, frecuencia y duración semanales de práctica de actividad física ligera, moderada e intensa, y sedentarismo) y la prevalencia del dolor lumbar, incluyendo a todos los participantes, independientemente del tipo de par, de si la pareja era completa o incompleta, o de la similitud en dolor lumbar. El sexo fue incluido como posible factor de confusión. Los efectos de las variables predictoras fueron calculados por medio de Ecuaciones de Estimación Generalizadas utilizando un estimador robusto. Este método tiene en cuenta la estructura dependiente de los datos familiares, de forma que todos los miembros de cada familia pudieron ser incluidos en el análisis. El sexo fue considerado como

factor, mientras que todos los demás predictores fueron incluidos como covariables.

Posteriormente, con el fin de controlar el posible efecto confusor de los factores genéticos y del ambiente familiar o compartido, se realizó un análisis de casos y controles utilizando sólo los pares de gemelos del mismo sexo, completos y discordantes para dolor lumbar (ambos gemelos habían respondido al cuestionario y sólo uno de ellos mencionaba haber sufrido dolor lumbar en alguna ocasión), utilizando el mismo procedimiento estadístico. El sexo y la edad no se tuvieron en cuenta por existir un emparejamiento perfecto de ambas variables. Además, se realizaron análisis separados para los pares de gemelos monocigóticos (MZ) y dicigóticos (DZ). En este tipo de diseños, cuando la magnitud de la asociación entre dos variables (por ejemplo, el IMC y el dolor lumbar) disminuye de forma secuencial entre el análisis de muestra general (no ajuste por factores genéticos o ambiente temprano compartido) y los análisis de casos y controles en pares DZ (ajuste por ambiente temprano compartido) y MZ (ajuste de factores genéticos y ambiente compartido), la relación entre las dos variables sería indirecta y mediada por factores de confusión. Por el contrario, el mantenimiento de la asociación en los análisis de caso-control, sería un indicador sólido de una posible senda causal directa [49]. El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico SPSS v.19.

ANÁLISIS GENÉTICO

La estimación de heredabilidad fue realizada mediante un estudio clásico de gemelos, utilizando el paquete estadístico Mx. Este diseño consiste, básicamente, en comparar el grado de similitud, con respecto a un carácter seleccionado, entre gemelos MZ y DZ. Los gemelos MZ son genéticamente iguales, mientras que los DZ comparten, en promedio, la mitad de su genoma. Cuando existe información fenotípica de ambos tipos gemelares, la varianza total de un rasgo puede descomponerse en varianza debida a factores genéticos aditivos (A), factores genéticos no-aditivos (D), ambiente compartido (C) y ambiente no compartido (E). Una mayor similitud entre gemelos MZ que entre gemelos DZ se interpreta como resultado de una influencia genética sobre las diferencias individuales en el rasgo estudiado. Si los gemelos DZ se parecen entre sí más de la mitad del parecido entre MZ, esto se interpreta como una indicación de la presencia de efectos ambientales compartidos. Si se parecen menos de la mitad, se interpreta como indicador de la presencia de factores genéticos no aditivos. Por último, los factores ambientales no compartidos, son aquellos que afectan específicamente a cada individuo y, por tanto, contribuyen a diferenciar a los miembros de una pareja, independientemente de su cigosidad. Dado que no se puede estimar simultáneamente D y C, la elección del modelo depende del patrón de correlaciones encontrado.

Siendo categóricas, las variables dependientes fueron analizadas por medio de un modelo de umbral de susceptibilidad (Threshold liability model). Este modelo de análisis asume que las categorías reflejan una medida imprecisa de una distribución de susceptibilidad subyacente, que tendría uno o más umbrales para discriminar entre categorías. Esta susceptibilidad puede estar influida por factores tanto genéticos como ambientales y se distribuye normalmente, con una media igual a 0 y una varianza igual a 1. La similitud de las parejas gemelares puede, por tanto, ser estimada por la correlación en esta escala de susceptibilidad. Dicha correlación se denomina tetra o policórica y presenta los valores clásicos en este tipo de análisis.

Las correlaciones entre gemelos han sido estimadas en un modelo saturado. El modelo genético se compara posteriormente con los modelos anidados a través de la diferencia entre el modelo más y el menos restringido. El estadístico resultante tiene una distribución χ^2 con grados de libertad (gl) equivalentes a la diferencia en gl entre ambos modelos. Cuando el ajuste de un modelo más restringido difiere significativamente del ajuste de otro menos restringido, se entiende que la restricción impuesta en el modelo anidado no es adecuada para los datos. Un cambio no significativo sugiere que la reducción en parámetros es aceptable. El modelo de mejor ajuste, más parsimonioso, se selecciona en función de la probabilidad y comparando el Criterio de Información de Akaike (Akaike's Information Criterion – AIC), cuyo valor es menor cuanto mejor es el ajuste.

4. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La información completa de todas las variables recogidas se expone en las tablas del Anexo I. La información detallada sobre las características de la muestra para el análisis parcial específico se encuentra en la tabla 1. La prevalencia del dolor lumbar en la muestra total fue

del 33,1%, con una presencia mayor en mujeres (36,4%) que en varones (29,1%). No se encontraron diferencias significativas de prevalencia por cigosidad ($p < ,05$).

El IMC promedio de la muestra fue de 27,2 (DE: 4,3), siendo significativamente mayor en varones (F: 26,4; $p < ,001$). No se observaron, en este caso, diferencias significativas por cigosidad entre individuos del mismo sexo.

La actividad física realizada se muestra en la tabla 2. La frecuencia media de actividad ligera fue de 3,7 veces por semana y ocupó un promedio de 6,5 horas semanales. La frecuencia de actividad moderada no llegó a una vez por semana, aunque aquellos que la practicaban, lo hicieron durante 8,5 horas semanales. En cuanto a la actividad intensa, la frecuencia fue también de menos de una vez, con una duración media de algo menos de 7 horas. En un día laborable habitual, los participantes en el estudio pasaban en promedio 4,5 horas sentados. En todos los casos, a excepción de la frecuencia de actividad física ligera, que no mostró diferencias por sexo, los varones presentaron valores significativamente más elevados, tanto en frecuencia [Moderada (F: 33,3; $p < ,001$); Intensa (F: 110,1; $p < ,001$)] como en duración [Ligera (F: 6,4; $p < ,01$); Moderada (F: 26,6; $p < ,001$); Intensa (F: 9,8; $p < ,01$)]. Asimismo, los varones pasaban mayor número de horas sentados en un día laborable (F: 61,7; $p < ,001$). Tampoco en este caso se observaron diferencias significativas por cigosidad entre individuos del mismo sexo, a excepción de una tendencia a pasar más horas sentados entre los varones de pares mixtos (F: 4,8; $p < ,01$).

ESTIMACIÓN DE LA HEREDABILIDAD

El tipo de muestra utilizada permite llevar a cabo un diseño clásico de gemelos para estimar la distribución de la varianza fenotípica entre sus componentes genéticos y ambientales. Las correlaciones tetracóricas fueron mayores para gemelos monocigóticos [$r_{MZ} = ,318$ (IC 95% ,114, ,501)] que para gemelos dicigóticos [$r_{DZ} = ,077$ (IC 95% -,122, ,272)], lo que sugiere la influencia de factores genéticos en la aparición de este problema. Esta

Tabla 2. Frecuencia y duración de actividad física ligera, moderada e intensa y tiempo sentado en un día laborable habitual. Total y por sexo

	Varones		Mujeres		Total	
	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)
Caminar (Veces/semana)	716	3,7 (4,3)	883	3,7 (3,6)	1599	3,7 (3,9)
Caminar (Horas/semana)	471	7,2 (9,5)	553	5,9 (5,1)	1024	6,5 (7,5)
Actividad moderada (Veces/semana)	699	0,7 (1,8)	883	0,3 (1,2)	1582	0,5 (1,5)
Actividad moderada (Horas/semana)	109	11,5 (12,0)	70	3,7 (5,1)	179	8,5 (10,6)
Actividad intensa (Veces/semana)	708	1,2 (2,2)	882	0,3 (1,1)	1590	0,7 (1,7)
Actividad intensa (Horas/semana)	218	7,6 (9,2)	84	4,2 (5,9)	302	6,7 (8,6)
Tiempo sentado (Horas/día)	710	5,2 (3,3)	871	4,0 (2,5)	1581	4,5 (2,9)

mayor similitud de los gemelos MZ apunta hacia la presencia de factores genéticos implicados en el fenotipo de interés.

Los resultados del ajuste de modelos genéticos se muestran en la tabla 3. En los modelos saturados, los umbrales pudieron ser restringidos a ser iguales entre todos los grupos sin que el ajuste fuera significativamente peor ($p > ,05$). Por tanto, como cabía esperar, se asume que no existen diferencias por orden entre parejas ni por cigosidad.

El modelo ADE presentó un ajuste adecuado, sin presentar diferencias significativas con el modelo saturado, por lo que se procedió a ajustar modelos anidados analizando sucesivamente si los modelos AE o E podían explicar los datos sin pérdida significativa de ajuste. Los modelos que mejor ajustaban, independientemente de si los umbrales eran diferentes o no por sexo, eran aquellos que distribuían la varianza entre factores genéticos aditivos y ambientales únicos de cada individuo (AE). No se detectó evidencia de la presencia de factores ambientales compartidos.

De acuerdo con estos modelos, se estima que los factores genéticos serían responsables de 28,4% de las diferencias individuales para este fenotipo (heredabilidad). El resto de la variabilidad (71,6%) sería debida a factores ambientales propios de cada individuo.

ANÁLISIS DE LA MUESTRA GENERAL

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en el análisis de la muestra general, en relación con el objeto de estudio. Como cabía esperar, el sexo mostró una asociación relevante con el dolor lumbar. La edad, por su parte, no tuvo ningún efecto sobre esta condición en la muestra total. Por tanto, los análisis realizados posteriormente fueron ajustados por sexo. En el caso de la muestra total, un IMC elevado, bajas frecuencias de actividad física moderada e intensa, y el sedentarismo mostraron una asociación significativa con el riesgo de dolor lumbar. La duración de la actividad no tuvo ningún efecto

sobre el dolor lumbar, independientemente del tipo de la misma.

Dado el importante efecto del sexo se decidió realizar estos mismos análisis independientemente para varones y mujeres. En este caso, la edad sí mostró un efecto significativo, aunque en sentido contrario para cada sexo. Así, una menor edad incrementaba el riesgo de padecer dolor lumbar en varones, mientras que para mujeres el riesgo era mayor en las de más edad. Por este motivo, el resto de variables predictoras fueron ajustadas por edad. Los análisis subsiguientes limitaron el efecto al sedentarismo en varones, y al IMC en mujeres.

ANÁLISIS DE CASOS Y CONTROLES

Un total de 199 parejas de gemelos completos y discordantes fueron utilizadas en los análisis de casos y controles. Como cabía esperar, la discordancia se presentaba con menor frecuencia en las parejas de gemelos MZ (tabla 1). Los análisis realizados mostraron que ninguna de las variables que habían mostrado influencia en la muestra general mantuvieron un efecto significativo al analizar la muestra emparejada (tabla 5). Independientemente de la sub-muestra utilizada, tanto el IMC como las variables de actividad física o el sedentarismo perdieron la significación estadística.

5. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar, en un modelo genéticamente informativo, la posible relación entre variables antropométricas (IMC), de actividad física (ligera, moderada e intensa) y sedentarismo, con el riesgo de haber sufrido dolor lumbar en alguna ocasión. De esta forma se esperaba determinar si existía una asociación entre estas variables y si tal asociación se mantenía después de controlar los factores genéticos y de ambiente compartido.

Tabla 3. Ajuste de modelos para prevalencia de dolor lumbar (Los modelos que mejor ajustaban se muestran en negrita)

MODELO	χ^2	df	p	$\Delta\chi^2$	Δdf	p	AIC
Modelo genético	5,91	6	,433				
Prevalencias iguales							
ADE diferente por sexo	6,37	7	,497	,459	1	,498	-1,54
ADE igual por sexo	6,91	9	,647	,999	3	,801	-5,00
AE	7,44	10	,684	1,53	4	,822	-6,47
E	16,59	11	,121	10,68	5	,05	,680
Prevalencias diferentes							
ADE igual por sexo	6,51	8	,59	,602	2	,740	-3,39
AE	7,05	9	,631	1,14	3	7,67	-4,85
E	16,159	10	,095	10,25	4	,03	2,25

Tabla 4. Análisis de la muestra general (Total y por sexo). Estimación del efecto sobre el dolor lumbar e intervalo de confianza 95% para variables demográficas, antropométricas (IMC) y de actividad física.

	n	B	IC 95%	p
<i>Sexo</i>				
Muestra general	1605	,367	,148, ,585	,001
<i>Edad</i>				
Muestra general	1605	0	-,02, ,02	,990
Varones	722	-,037	-,06, -,01	,002
Mujeres	888	,023	,01, ,04	,021
<i>IMC</i>				
Muestra general	1482	,030	,00, ,06	,027
Varones	705	,008	-,03, ,05	,707
Mujeres	777	,038	,01, ,07	,037
<i>Caminar (Veces/semana)</i>				
Muestra general	1593	-,018	-,05, ,01	,203
Varones	713	-,018	-,06, ,02	,400
Mujeres	880	-,019	-,06, ,02	,370
<i>Caminar (Minutos/semana)</i>				
Muestra general	1019	-,023	-,07, ,02	,296
Varones	468	-,042	-,11, ,02	,185
Mujeres	551	,006	-,05, ,07	,850
<i>Actividad moderada (Veces/semana)</i>				
Muestra general	1576	-,078	-,15, -,01	,045
Varones	696	-,085	-,19, ,02	,114
Mujeres	880	-,062	-,17, ,05	,268
<i>Actividad moderada (Minutos/semana)</i>				
Muestra general	179	-,036	-,15, ,08	,525
Varones	109	-,049	-,19, ,09	,491
Mujeres	70	-,157	-,47, ,16	,330
<i>Actividad Intensa (Veces/semana)</i>				
Muestra general	1584	-,073	-,14, -,01	,044
Varones	705	-,065	-,15, ,02	,122
Mujeres	879	-,083	-,22, ,06	,239
<i>Actividad Intensa (Minutos/semana)</i>				
Muestra general	301	-,021	-,10, ,06	,625
Varones	217	-,013	-,09, ,11	,800
Mujeres	84	-,010	-,01, ,01	,255
<i>Tiempo sentado (Diario)</i>				
Muestra general	1575	,160	,02, ,30	,026
Varones	707	,230	,04, ,42	,016
Mujeres	868	,051	-,15, ,26	,628

Nota: Los modelos de la muestra total están ajustados por sexo. Los modelos para las muestras de varones y mujeres están ajustados por edad.

Los resultados indican que existen relaciones entre las variables predictoras contempladas y el riesgo de padecer dolor lumbar. Así, un mayor IMC, pasar más horas al día sentado, y practicar actividad física moderada o intensa con menor frecuencia, se relacionan con un mayor riesgo de sufrir dolor lumbar. Por otra parte, los análisis sugieren también que todas estas relaciones están moderadas por factores genéticos y de ambiente no compartido. Ninguna de las asociaciones encontradas en el análisis de la muestra general mantuvo la significación en el análisis caso-control, donde el emparejamiento de gemelos controla el efecto de tales

factores. Estos resultados están en consonancia con un estudio previo en el que se encontró también una asociación positiva entre IMC y dolor lumbar en el análisis general de cohortes; asociación que desapareció cuando se llevó a cabo el análisis caso-control con gemelos MZ, lo que sugiere que los factores genéticos podrían influir y confundir esta relación [26]. En el mismo sentido, la inconsistencia de resultados encontrados respecto a la asociación entre sedentarismo y actividad física, tanto moderada como intensa, y dolor lumbar sugieren que ésta no es directa sino que se ve afectada por otros factores.

Tabla 5. Análisis caso-control. Efectos principales de las covariables con influencia significativa en el análisis de la muestra general

	Wald χ^2	gl	p
<i>Parejas discordantes (n = 199)</i>			
IMC	,027	1	,870
Actividad moderada (Veces/Semana)	,533	1	,466
Actividad intensa (Veces/Semana)	,007	1	,932
Tiempo sentado (Diario)	,308	1	,579
<i>Parejas DZ discordantes (n = 112)</i>			
IMC	,563	1	,453
Actividad moderada (Veces/Semana)	,103	1	,749
Actividad intensa (Veces/Semana)	,081	1	,776
Tiempo sentado (Diario)	,183	1	,669
<i>Parejas MZ discordantes (n = 87)</i>			
IMC	1,71	1	,191
Actividad moderada (Veces/Semana)	,612	1	,434
Actividad intensa (Veces/Semana)	,200	1	,655
Tiempo sentado (Diario)	1,63	1	,202
<i>Parejas discordantes masculinas (n = 87)</i>			
Tiempo sentado (Diario)	,018	1	,892
<i>Parejas masculinas DZ discordantes (n = 49)</i>			
Tiempo sentado (Diario)	,019	1	,892
<i>Parejas masculinas MZ discordantes (n = 39)</i>			
Tiempo sentado (Diario)	,101	1	,750
<i>Parejas discordantes femeninas (n = 112)</i>			
IMC	,014	1	,906
<i>Parejas femeninas DZ discordantes (n = 63)</i>			
IMC	,535	1	,464
<i>Parejas femeninas MZ discordantes (n = 49)</i>			
IMC	1,19	1	,273

Este estudio proporciona además otros resultados de interés. Así hemos encontrado una prevalencia de dolor lumbar mayor en mujeres que en varones, lo que es habitual en la literatura [40, 53-56], pero además, hemos encontrado un patrón diferente en cuanto a las influencias de variable predictoras por sexo. De esta forma, mientras en las mujeres era el IMC el que se relacionaba con el riesgo de padecer dolor lumbar, en los varones, este riesgo se asociaba a sedentarismo y escasa frecuencia de actividad física. Es más, la edad también parecía tener un efecto diferenciado. Mientras que una mayor edad suponía un incremento del riesgo en mujeres, en varones el efecto tenía el sentido contrario. Hasta el momento, se han ofrecido distintas explicaciones para esta mayor prevalencia del dolor lumbar en mujeres, pero la razón de este hecho sigue sin estar clara. Algunos autores han apuntado que las mujeres pueden ser más proclives a informar del dolor [40], a sufrir dolor durante más tiempo [40], a buscar atención médica con más frecuencia [57], o que tienen una mayor sensibilidad al dolor [58, 59] que los varones. Nuestros datos apuntan hacia otra posible explicación. Es posible que varones y mujeres representen subgrupos específicos de pacientes con dolor lumbar y que, por sus características

constitucionales y estilos de vida, requieran un análisis diferenciado, al menos en este grupo de edad. Por ejemplo, la distribución de grasa corporal es diferente entre mujeres y varones adultos, lo que podría propiciar un efecto mayor del sobrepeso en unos que en otros. Por otra parte, el tipo de trabajo desarrollado y la intensidad en la práctica de deportes también difiere por sexos, lo que podría explicar parte de las diferencias encontradas.

Otra cuestión relevante es la relacionada con la relación entre la actividad física y el sedentarismo sobre el dolor lumbar. En nuestro análisis, si bien parecía existir un efecto protector de la frecuencia de actividad física moderada e intensa sobre el dolor lumbar, la asociación no era de suficiente magnitud como para mantenerse en el análisis por sexo. Tampoco resultaba significativa, como ya hemos mencionado, en el análisis caso-control. Por otro lado, el número de horas semanales dedicado a la actividad física resultó irrelevante. En el caso del sedentarismo, el riesgo de dolor lumbar se acentuaba cuantas más horas diarias se pasaban sentado, pero sólo en varones. Este cuadro implica una relación compleja, y posiblemente recíproca, entre actividad física y dolor lumbar, con efectos no generalizables y variaciones importantes en función de las características del sujeto. Esto

explicaría también los resultados encontrados por otros autores. Por ejemplo, De la Cruz y cols [21], encontraron que el volumen total de actividad física habitual no parece influir en el dolor de espalda. Sin embargo, aquellas personas que habían tenido dolor de espalda durante los últimos 12 meses, presentaban con más frecuencia un patrón de actividad baja o moderada. Otros autores hallaron que la actividad física intensa tenía un efecto preventivo [32], mientras que para otros, tanto la conducta sedentaria como la actividad intensa se asocian con el riesgo de desarrollar dolor lumbar [33]. Es decir, la literatura ofrece evidencias contradictorias sobre qué tipo y grado de actividad física puede causar o prevenir el dolor lumbar [31], lo que es consistente con el modelo explicativo apuntado, según el cual diferentes tipos y grados de actividad tendrían distintos efectos en función de las características del individuo. A esto se añade que estas discrepancias pueden también ser debidas a las diferentes definiciones y categorías utilizadas, tanto para dolor lumbar, como para actividad física.

Este estudio presenta ciertas limitaciones que requieren ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, la definición utilizada de dolor lumbar es básica y no recoge información sobre los diferentes grados, frecuencias de aparición, origen del episodio o impacto funcional, lo que podría contribuir a acumular en la misma categoría casos con características diferentes. Por otro lado, la información obtenida, tanto del dolor lumbar, como de los predictores tenidos en cuenta, proviene de auto-informe. Es sabido que tanto la frecuencia y duración de la actividad física como el peso y la altura pueden ser sobre (p.e., altura) o subestimados (p.e., peso) [33, 60]. Adicionalmente, nuestro estudio utiliza un modelo transversal que limita la posibilidad de identificar las relaciones causales entre variables [33]. Este diseño impide determinar con exactitud si, por ejemplo, es el sedentarismo el que provoca un mayor riesgo de dolor lumbar, o la presencia de éste genera una mayor probabilidad de pasar más tiempo sentado. Cualquiera de las dos interpretaciones serían plausibles a la luz de la literatura actual [61-63]. Sin embargo, creemos que nuestro estudio aporta información valiosa para poder entender las diferencias individuales en cuanto a la prevalencia del dolor de espalda lumbar, con importantes aplicaciones prácticas para la prevención y rehabilitación de esta condición.

6. CONCLUSIONES

En resumen, mientras que la literatura presenta gran variedad de estrategias para el manejo de casos tras un episodio de dolor lumbar [64, 65], ofrece evidencia limitada acerca de estrategias para prevenir estos episodios. Dado el importante impacto en el individuo y en su entorno del dolor lumbar, sus efectos funcionales y sus consecuencias laborales y económicas, contar con información sobre estrategias preventivas y de rehabilitación es especialmente relevante. La escasez actual de evidencias claras de la efectividad de este tipo de intervenciones puede atribuirse a un cierto desconocimiento sobre los factores causales responsables del dolor lumbar [66]. Las conclusiones de este estudio, si bien están lejos de resolver las dudas existentes, pueden contribuir a profundizar en el conocimiento de estos aspectos. Así, nuestros resultados apuntan hacia una mayor relevancia de la frecuencia de actividad física que de la duración de la misma, aportan información sobre el papel de la actividad física moderada o intensa, e indican la evitación del sedentarismo y del sobrepeso como áreas que merecen una exploración en mayor profundidad por su potencial preventivo del dolor lumbar. Asimismo, orientan hacia la necesidad de tener en cuenta las características individuales o grupales (p.e., sexo), en lugar de asumir que cualquier estrategia y con cualquier intensidad debe tener el mismo impacto preventivo o rehabilitador en todas las personas. Por último, confirman la presencia de factores genéticos implicados en la presencia de dolor lumbar, con una estimación de heredabilidad cercana al 30%, lo que indica el interés de tener en cuenta el papel de los factores genéticos en las asociaciones analizadas. El hecho de que tanto el dolor lumbar, como el IMC o la práctica de actividad física estén influidos por este tipo de factores invita a considerar el peso de las características individuales y el interés de profundizar en la investigación sobre intervenciones personalizadas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Dec 15;380(9859):2163-96.
2. Kumar S, Beaton K, Hughes T. The effectiveness of massage therapy for the treatment of nonspecific low back pain: a systematic review of systematic reviews. *International journal of general medicine*. 2013;6:733-41.
3. INE. Encuesta Nacional de Salud 2011/12. Instituto Nacional de Estadística / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012.
4. Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Hernandez-Barrera V, Palacios-Cena D, Jimenez-Garcia R, Carrasco-Garrido P. Has the prevalence of neck pain and low back pain changed over the last 5 years? A population-based national study in Spain. *Spine J*. 2013 Sep;13(9):1069-76.
5. Salvans MM, Gonzalez-Viejo MA. [Disability by low back pain in Spain from 2000 to 2004]. *Medicina clinica*. 2008 Sep 13;131(8):319.
6. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. 2003 Apr;12(2):149-65.
7. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999 Aug 14;354(9178):581-5.
8. Leboeuf-Yde C. Body weight and low back pain. A systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies. *Spine*. 2000 Jan 15;25(2):226-37.
9. van Poppel MN, Koes BW, Smid T, Bouter LM. A systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain in industry. *Occupational and environmental medicine*. 1997 Dec;54(12):841-7.
10. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009;9:88.
11. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2009 Jan 15;171(2):135-54.
12. Heneweer H, Staes F, Aufdemkampe G, van Rijn M, Vanhees L. Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *Eur Spine J*. 2011 Jun;20(6):826-45.
13. Schiltenswolf M, Schneider S. Activity and low back pain: a dubious correlation. *Pain*. 2009 May;143(1-2):1-2.
14. Malis C, Rasmussen EL, Poulsen P, Petersen I, Christensen K, Beck-Nielsen H, et al. Total and regional fat distribution is strongly influenced by genetic factors in young and elderly twins. *Obesity research*. 2005 Dec;13(12):2139-45.
15. Heitmann BL, Kaprio J, Harris JR, Rissanen A, Korkeila M, Koskenvuo M. Are genetic determinants of weight gain modified by leisure-time physical activity? A prospective study of Finnish twins. *The American journal of clinical nutrition*. 1997 Sep;66(3):672-8.
16. Heuch I, Heuch I, Hagen K, Zwart JA. Body mass index as a risk factor for developing chronic low back pain: a follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study. *Spine*. 2013 Jan 15;38(2):133-9.
17. Karnehed N, Tynelius P, Heitmann BL, Rasmussen F. Physical activity, diet and gene-environment interactions in relation to body mass index and waist circumference: the Swedish young male twins study. *Public health nutrition*. 2006 Oct;9(7):851-8.
18. Nelson MC, Gordon-Larsen P, North KE, Adair LS. Body mass index gain, fast food, and physical activity: effects of shared environments over time. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2006 Apr;14(4):701-9.
19. Stubbe JH, Boomsma DI, Vink JM, Cornes BK, Martin NG, Skytthe A, et al. Genetic influences on exercise participation in 37,051 twin pairs from seven countries. *PloS one*. 2006;1:e22.
20. Andreasen CH, Stender-Petersen KL, Mogensen MS, Torekov SS, Wegner L, Andersen G, et al. Low physical activity accentuates the effect of the FTO rs9939609 polymorphism on body fat accumulation. *Diabetes*. 2008 Jan;57(1):95-101.
21. de la Cruz-Sanchez E, Torres-Bonete MD, Garcia-Pallares J, Gascon-Canovas JJ, Valero-Valenzuela A, Pereniguez-Barranco JE. [Back pain and restricted daily physical activity in the Spanish adult population]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2012 May-Aug;35(2):241-9.
22. Vismara L, Menegoni F, Zaina F, Galli M, Negrini S, Capodaglio P. Effect of obesity and low back pain on spinal mobility: a cross sectional study in women. *J Neuroeng Rehabil*. 2010;7:3.
23. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005 Oct 1;366(9492):1197-209.

24. Ferreira PH, Beckenkamp P, Maher CG, Hopper JL, Ferreira ML. Nature or nurture in low back pain? Results of a systematic review of studies based on twin samples. *European journal of pain (London, England)*. 2013 Aug;17(7):957-71.
25. Mirtz TA, Greene L. Is obesity a risk factor for low back pain? An example of using the evidence to answer a clinical question. *Chiropr Osteopat*. 2005 Apr 11;13(1):2.
26. Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Bruun NH. Low back pain and lifestyle. Part II--Obesity. Information from a population-based sample of 29,424 twin subjects. *Spine*. 1999 Apr 15;24(8):779-83; discussion 83-4.
27. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. Are lifestyle-factors in adolescence predictors for adult low back pain? A cross-sectional and prospective study of young twins. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:27.
28. Tsuritani I, Honda R, Noborisaka Y, Ishida M, Ishizaki M, Yamada Y. Impact of obesity on musculoskeletal pain and difficulty of daily movements in Japanese middle-aged women. *Maturitas*. 2002 May 20;42(1):23-30.
29. Riihimaki H, Wickstrom G, Hanninen K, Luopajarvi T. Predictors of sciatic pain among concrete reinforcement workers and house painters--a five-year follow-up. *Scand J Work Environ Health*. 1989 Dec;15(6):415-23.
30. Wright LJ, Schur E, Noonan C, Ahumada S, Buchwald D, Afari N. Chronic pain, overweight, and obesity: findings from a community-based twin registry. *J Pain*. 2010 Jul;11(7):628-35.
31. Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P, Purepong N, Pensri P, van der Beek AJ. The association between physical activity and neck and low back pain: a systematic review. *Eur Spine J*. 2011 May;20(5):677-89.
32. Hartvigsen J, Christensen K. Active lifestyle protects against incident low back pain in seniors: a population-based 2-year prospective study of 1387 Danish twins aged 70-100 years. *Spine*. 2007 Jan 1;32(1):76-81.
33. Heneweer H, Vanhees L, Picavet HS. Physical activity and low back pain: a U-shaped relation? *Pain*. 2009 May;143(1-2):21-5.
34. Livshits G, Popham M, Malkin I, Sambrook PN, Macgregor AJ, Spector T, et al. Lumbar disc degeneration and genetic factors are the main risk factors for low back pain in women: the UK Twin Spine Study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2011 Oct;70(10):1740-5.
35. Williams FM, Popham M, Sambrook PN, Jones AF, Spector TD, MacGregor AJ. Progression of lumbar disc degeneration over a decade: a heritability study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2011 Jul;70(7):1203-7.
36. Nyman T, Mulder M, Iliadou A, Svartengren M, Wiktorin C. High heritability for concurrent low back and neck-shoulder pain: a study of twins. *Spine*. 2011 Oct 15;36(22):E1469-76.
37. Battie MC, Videman T, Levalahti E, Gill K, Kaprio J. Heritability of low back pain and the role of disc degeneration. *Pain*. 2007 Oct;131(3):272-80.
38. Ropponen A, Svedberg P, Huunan-Seppala A, Koskenvuo K, Koskenvuo M, Alexanderson K, et al. Personality traits and life dissatisfaction as risk factors for disability pension due to low back diagnoses: a 30-year longitudinal cohort study of Finnish twins. *Journal of psychosomatic research*. 2012 Oct;73(4):289-94.
39. Kristman VL, Hartvigsen J, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Cassidy JD. Does radiating spinal pain determine future work disability? A retrospective cohort study of 22,952 Danish twins. *Spine*. 2012 May 15;37(11):1003-13.
40. Leboeuf-Yde C, Nielsen J, Kyvik KO, Fejer R, Hartvigsen J. Pain in the lumbar, thoracic or cervical regions: do age and gender matter? A population-based study of 34,902 Danish twins 20-71 years of age. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:39.
41. Pietikainen S, Silventoinen K, Svedberg P, Alexanderson K, Huunan-Seppala A, Koskenvuo K, et al. Health-related and sociodemographic risk factors for disability pension due to low back disorders: a 30-year prospective Finnish Twin Cohort Study. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2011 May;53(5):488-96.
42. Maes HH, Neale MC, Eaves LJ. Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behavior genetics*. 1997 Jul;27(4):325-51.
43. Ordonana JR, Rebollo-Mesa I, Gonzalez-Javier F, Perez-Riquelme F, Martinez-Selva JM, Willemsen G, et al. Heritability of body mass index: a comparison between the Netherlands and Spain. *Twin Res Hum Genet*. 2007 Oct;10(5):749-56.
44. Nan C, Guo B, Warner C, Fowler T, Barrett T, Boomsma D, et al. Heritability of body mass index in pre-adolescence, young adulthood and late adulthood. *European journal of epidemiology*. 2012 Apr;27(4):247-53.
45. Hur YM, Kaprio J, Iacono WG, Boomsma DI, McGue M, Silventoinen K, et al. Genetic influences on the difference in variability of height, weight and body mass index between Caucasian and East Asian

- adolescent twins. *International journal of obesity* (2005). 2008 Oct;32(10):1455-67.
46. Schousboe K, Willemsen G, Kyvik KO, Mortensen J, Boomsma DI, Cornes BK, et al. Sex differences in heritability of BMI: a comparative study of results from twin studies in eight countries. *Twin Res*. 2003 Oct;6(5):409-21.
 47. De Moor MH, Posthuma D, Hottenga JJ, Willemsen G, Boomsma DI, De Geus EJ. Genome-wide linkage scan for exercise participation in Dutch sibling pairs. *Eur J Hum Genet*. 2007 Dec;15(12):1252-9.
 48. De Moor MH, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJ. Exercise participation and self-rated health: do common genes explain the association? *European journal of epidemiology*. 2007;22(1):27-32.
 49. Goldberg J, M F. Co-Twin Control Methods. *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*: Wiley Online Library 2005.
 50. Ordonana JR, Rebollo-Mesa I, Carrillo E, Colodro-Conde L, Garcia-Palomo FJ, Gonzalez-Javier F, et al. The Murcia Twin Registry: a population-based registry of adult multiples in Spain. *Twin Res Hum Genet*. 2013 Feb;16(1):302-6.
 51. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. . 2012.
 52. Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Medicine and science in sports and exercise*. 2004 Mar;36(3):556.
 53. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007 Jun;21(3):403-25.
 54. Biglarian A, Seifi B, Bakhshi E, Mohammad K, Rahgozar M, Karimlou M, et al. Low back pain prevalence and associated factors in Iranian population: findings from the national health survey. *Pain Res Treat*. 2012;2012:653060.
 55. Fernandez-de-las-Penas C, Hernandez-Barrera V, Alonso-Blanco C, Palacios-Cena D, Carrasco-Garrido P, Jimenez-Sanchez S, et al. Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: a population-based national study. *Spine*. 2011 Feb 1;36(3):E213-9.
 56. Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, Herbert RD, Hodges PW, Jennings MD, et al. Comparison of general exercise, motor control exercise and spinal manipulative therapy for chronic low back pain: A randomized trial. *Pain*. 2007 Sep;131(1-2):31-7.
 57. Weimer MB, Macey TA, Nicolaidis C, Dobscha SK, Duckart JP, Morasco BJ. Sex differences in the medical care of VA patients with chronic non-cancer pain. *Pain Med*. 2013 Dec;14(12):1839-47.
 58. Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behav Brain Sci*. 1997 Sep;20(3):371-80; discussion 435-513.
 59. Schneider S, Randoll D, Buchner M. Why do women have back pain more than men? A representative prevalence study in the federal republic of Germany. *Clin J Pain*. 2006 Oct;22(8):738-47.
 60. Rzewnicki R, Vanden Auweele Y, De Bourdeaudhuij I. Addressing overreporting on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) telephone survey with a population sample. *Public health nutrition*. 2003 May;6(3):299-305.
 61. Verbunt JA, Seelen HA, Vlaeyen JW, van de Heijden GJ, Heuts PH, Pons K, et al. Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European journal of pain (London, England)*. 2003;7(1):9-21.
 62. Jacob T, Baras M, Zeev A, Epstein L. Physical activities and low back pain: a community-based study. *Medicine and science in sports and exercise*. 2004 Jan;36(1):9-15.
 63. van den Berg-Emons RJ, Schasfoort FC, de Vos LA, Bussmann JB, Stam HJ. Impact of chronic pain on everyday physical activity. *European journal of pain (London, England)*. 2007 Jul;11(5):587-93.
 64. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192-300.
 65. Thomassen J, Tulder MW, Bekkering GE, Oostendorp RAB, Heniks HJM, Koes BW, et al. Dutch physiotherapy guidelines for low back pain. *Physiotherapy* 2003;89(2):15.
 66. Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S136-68.

8. ANEXO I. TABLAS GENERALES. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

EDAD

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Varones	725	47	73	56,4	6,9
Mujeres	888	47	73	57,0	7,3
Total	1613	47	73	56,7	7,1

ALTURA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Varones	710	145	198	170,4	7,2
Mujeres	792	140	180	158,2	6,6
Total	1502	140	198	164,0	9,2

PESO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Varones	715	45	136	80,6	12,8
Mujeres	860	39	130	66,9	11,2
Total	1575	39	136	73,2	13,8

ACTIVIDAD FÍSICA EN OCUPACIÓN PRINCIPAL

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Sentado la mayor parte del tiempo	272	37,6	37,6
	De pie, sin grandes desplazamientos	270	37,3	75
	Caminando, llevando peso, no gran esfuerzo	166	23	97,9
	Realizando tareas de gran esfuerzo físico	15	2,1	100
MUJERES	Sentado la mayor parte del tiempo	156	17,7	17,7
	De pie, sin grandes desplazamientos	572	64,8	82,4
	Caminando, llevando peso, no gran esfuerzo	153	17,3	99,8
	Realizando tareas de gran esfuerzo físico	2	0,2	100
TOTAL	Sentado la mayor parte del tiempo	428	26,7	26,7
	De pie, sin grandes desplazamientos	842	52,4	79,1
	Caminando, llevando peso, no gran esfuerzo	319	19,9	98,9
	Realizando tareas de gran esfuerzo físico	17	1,1	100

EJERCICIO FÍSICO EN TIEMPO LIBRE

		N	% válido	% acumulado
VARONES	No ejercicio físico (leer, ver TV,...)	212	29,3	29,3
	Alguna actividad física ocasional (caminar, jardinería, gimnasia suave,...)	299	41,4	70,7
	Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, juegos de equipo...)	108	14,9	85,6
	Entrenamiento físico varias veces semana	104	14,4	100
MUJERES	No ejercicio físico (leer, ver TV,...)	332	37,5	37,5
	Alguna actividad física ocasional (caminar, jardinería, gimnasia suave,...)	505	57,1	94,6
	Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, juegos de equipo...)	45	5,1	99,7
	Entrenamiento físico varias veces semana	3	0,3	100
TOTAL	No ejercicio físico (leer, ver TV,...)	544	33,8	33,8
	Alguna actividad física ocasional (caminar, jardinería, gimnasia suave,...)	804	50	83,8
	Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, juegos de equipo...)	153	9,5	93,3
	Entrenamiento físico varias veces semana	544	6,7	100

NÚMERO DE VECES QUE CAMINÓ EN LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Ninguna	236	33	33
	De 1 a 5	224	31,3	64,2
	De 6 a 10	238	33,2	97,5
	Más de 10	18	2,5	100
MUJERES	Ninguna	327	37	37
	De 1 a 5	235	26,6	63,6
	De 6 a 10	305	34,5	98,2
	Más de 10	16	1,8	100
TOTAL	Ninguna	563	35,2	35,2
	De 1 a 5	459	28,7	63,9
	De 6 a 10	543	34	97,9
	Más de 10	34	2,1	100

DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE VECES QUE CAMINÓ EN LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	480	1	70	5,5	4,2
Mujeres	556	1	28	5,8	2,8
Total	1036	1	70	5,7	3,5

MINUTOS TOTALES QUE CAMINÓ EN LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Entre 1 y 30	15	3,2	3,2
	Entre 31 y 60	35	7,4	10,6
	Entre 61y 120	64	13,6	24,3
	Entre 121 y 180	54	11,5	35,7
	Entre 181 y 240	55	11,7	47,4
	Entre 241 y 300	30	6,4	53,8
	Entre 301 y 360	21	4,5	58,3
	Entre 361 y 420	72	15,3	73,6
	Entre 421 y 480	15	3,2	76,8
	Entre 481 y 540	4	0,9	77,7
	Entre 540 y 600	19	4	81,7
Más de 600	86	18,3	100	
MUJERES	Entre 1 y 30	5	0,9	0,9
	Entre 31 y 60	35	6,3	7,2
	Entre 61y 120	70	12,7	19,9
	Entre 121 y 180	59	10,7	30,6
	Entre 181 y 240	64	11,6	42,1
	Entre 241 y 300	59	10,7	52,8
	Entre 301 y 360	30	5,4	58,2
	Entre 361 y 420	130	23,5	81,7
	Entre 421 y 480	15	2,7	84,4
	Entre 481 y 540	7	1,3	85,7
	Entre 540 y 600	38	6,9	92,6
Más de 600	41	7,4	100	
TOTAL	Entre 1 y 30	20	2	2
	Entre 31 y 60	70	6,8	8,8
	Entre 61y 120	134	13,1	21,9
	Entre 121 y 180	113	11	32,9
	Entre 181 y 240	119	11,6	44,6
	Entre 241 y 300	89	8,7	53,3
	Entre 301 y 360	51	5	58,3
	Entre 361 y 420	202	19,7	78
	Entre 421 y 480	30	2,9	80,9
	Entre 481 y 540	11	1,1	82
	Entre 540 y 600	57	5,6	87,6
Más de 600	127	12,4	100	

DESCRIPTIVOS. MINUTOS TOTALES QUE CAMINÓ EN LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	470	10	4320	411,8	440,4
Mujeres	553	30	2700	358,2	305,3
Total	1023	10	4320	382,8	374,3

NÚMERO DE VECES QUE PRACTICA EJERCICIO INTENSO EN LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Ninguna	486	68,6	68,6
	De 1 a 3	119	16,8	85,5
	De 4 a 6	51	7,2	92,7
	Más de 6	52	7,3	100
MUJERES	Ninguna	797	90,4	90,4
	De 1 a 3	59	6,7	97,1
	De 4 a 6	16	1,8	98,9
	Más de 6	10	1,1	100
TOTAL	Ninguna	1283	80,7	80,7
	De 1 a 3	178	11,2	91,9
	De 4 a 6	67	4,2	96,1
	Más de 6	62	3,9	100

DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE VECES QUE PRACTICA EJERCICIO INTENSO EN LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	222	1	14	3,9	2,4
Mujeres	85	1	7	3,3	1,8
Total	307	1	14	3,7	2,2

MINUTOS DE EJERCICIO INTENSO EN LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Entre 10 y 60	19	8,8	8,8
	Entre 61 y 120	29	13,4	22,1
	Entre 121 y 180	42	19,4	41,5
	Entre 181 y 240	19	8,8	50,2
	Entre 241 y 300	15	6,9	57,1
	Más de 300	93	42,9	100
MUJERES	Entre 10 y 60	8	9,6	9,6
	Entre 61 y 120	31	37,3	47
	Entre 121 y 180	15	18,1	65,1
	Entre 181 y 240	11	13,3	78,3
	Entre 241 y 300	5	6	84,3
	Más de 300	13	15,7	100
TOTAL	Entre 10 y 60	27	9	9
	Entre 61 y 120	60	20	29
	Entre 121 y 180	57	19	48
	Entre 181 y 240	30	10	58
	Entre 241 y 300	20	6,7	64,7
	Más de 300	106	35,3	100

DESCRIPTIVOS. MINUTOS DE EJERCICIO INTENSO EN LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	217	15	2940	458,6	553,7
Mujeres	85	1	7	3,3	1,8
Total	300	15	2940	401,6	515,5

NÚMERO DE VECES QUE PRACTICA EJERCICIO MODERADO EN LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Ninguna	583	83,4	83,4
	De 1 a 3	44	6,3	89,7
	De 4 a 6	55	7,9	97,6
	Más de 6	17	2,4	100
MUJERES	Ninguna	811	91,8	91,8
	De 1 a 3	50	5,7	97,5
	De 4 a 6	13	1,5	99
	Más de 6	9	1	100
TOTAL	Ninguna	1394	88,1	88,1
	De 1 a 3	94	5,9	94,1
	De 4 a 6	68	4,3	98,4
	Más de 6	26	1,6	100

DESCRIPTIVOS. NÚMERO DE VECES QUE PRACTICA EJERCICIO MODERADO EN LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	116	1	10	4,3	2,1
Mujeres	72	1	20	3,4	2,6
Total	188	1	20	3,9	2,3

MINUTOS DE EJERCICIO MODERADO EN LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Entre 10 y 60	9	8,3	8,3
	Entre 61 y 120	14	13	21,3
	Entre 121 y 180	13	12	33,3
	Entre 181 y 240	3	2,8	36,1
	Entre 241 y 300	8	7,4	43,5
	Más de 300	61	56,5	100
MUJERES	Entre 10 y 60	6	8,6	8,6
	Entre 61 y 120	30	42,9	51,4
	Entre 121 y 180	13	18,6	70
	Entre 181 y 240	11	15,7	85,7
	Entre 241 y 300	3	4,3	90
	Más de 300	7	10	100
TOTAL	Entre 10 y 60	15	8,4	8,4
	Entre 61 y 120	44	24,7	33,1
	Entre 121 y 180	26	14,6	47,8
	Entre 181 y 240	14	7,9	55,6
	Entre 241 y 300	11	6,2	61,8
	Más de 300	68	38,2	100

DESCRIPTIVOS. MINUTOS DE EJERCICIO MODERADO EN LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	108	10	2880	676,2	705,0
Mujeres	70	10	2100	222,9	303,1
Total	178	10	2880	497,9	620,9

MINUTOS SENTADO EN UN DÍA LABORABLE HABITUAL DE LA ÚLTIMA SEMANA

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Ninguno	2	0,3	0,3
	Entre 1 y 30	3	0,4	0,7
	Entre 31 y 60	30	4,2	4,9
	Entre 61y 120	120	16,9	21,8
	Entre 121 y 180	120	16,9	38,7
	Entre 181 y 240	89	12,5	51,3
	Entre 241 y 300	86	12,1	63,4
	Entre 301 y 360	65	9,2	72,5
	Entre 361 y 420	27	3,8	76,3
	Entre 421 y 480	53	7,5	83,8
	Entre 481 y 540	11	1,5	85,4
	Entre 540 y 600	45	6,3	91,7
Más de 600	59	8,3	100	
MUJERES	Ninguno	0	0	0
	Entre 1 y 30	6	0,7	0,7
	Entre 31 y 60	50	5,7	6,4
	Entre 61y 120	204	23,4	29,9
	Entre 121 y 180	171	19,6	49,5
	Entre 181 y 240	162	18,6	68,1
	Entre 241 y 300	107	12,3	80,4
	Entre 301 y 360	50	5,7	86,1
	Entre 361 y 420	30	3,4	89,6
	Entre 421 y 480	30	3,4	93
	Entre 481 y 540	8	0,9	93,9
	Entre 540 y 600	36	4,1	98
Más de 600	17	2	100	
TOTAL	Ninguno	2	0,1	0,1
	Entre 1 y 30	9	0,6	0,7
	Entre 31 y 60	80	5,1	5,8
	Entre 61y 120	324	20,5	26,2
	Entre 121 y 180	291	18,4	44,7
	Entre 181 y 240	251	15,9	60,5
	Entre 241 y 300	193	12,2	72,7
	Entre 301 y 360	115	7,3	80
	Entre 361 y 420	57	3,6	83,6
	Entre 421 y 480	83	5,2	88,9
	Entre 481 y 540	19	1,2	90,1
	Entre 540 y 600	81	5,1	95,2
Más de 600	76	4,8	100	

DESCRIPTIVOS. MINUTOS SENTADO EN UN DÍA LABORABLE HABITUAL DE LA ÚLTIMA SEMANA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvi. Típica
Varones	705	60	1080	313,0	198,0
Mujeres	865	60	1200	243,0	152,1
Total	1570	60	1200	274,4	177,6

DOLOR LUMBAR EN ALGUNA OCASIÓN

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	249	34,3	34,3
	NO	476	65,7	100
MUJERES	SÍ	344	38,9	38,9
	NO	540	61,1	100
TOTAL	SÍ	593	36,9	36,9
	NO	1016	63,1	100

ASISTENCIA A MÉDICO POR DOLOR LUMBAR (SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	211	85,8	85,8
	NO	35	14,2	100
MUJERES	SÍ	323	94,2	94,2
	NO	20	5,8	100
TOTAL	SÍ	534	90,7	90,7
	NO	55	9,3	100

TIEMPO DE LA ÚLTIMA VEZ DE DOLOR LUMBAR (SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Más de 2 años	39	16,2	16,2
	Últimos 2 años	38	15,8	32
	Último año	27	11,2	43,2
	Últimos 6 meses	49	20,3	63,5
	Últimas 4 semanas	88	36,5	100
MUJERES	Más de 2 años	23	6,8	6,8
	Últimos 2 años	24	7,1	13,8
	Último año	18	5,3	19,1
	Últimos 6 meses	49	14,4	33,5
	Últimas 4 semanas	226	66,5	100
TOTAL	Más de 2 años	62	10,7	10,7
	Últimos 2 años	62	10,7	21,3
	Último año	45	7,7	29,1
	Últimos 6 meses	98	16,9	46
	Últimas 4 semanas	314	54	100

LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD MÁS DE 1 DÍA POR DOLOR LUMBAR (SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	200	81	81
	NO	47	19	100
MUJERES	SÍ	244	71,6	71,6
	NO	97	28,4	100
TOTAL	SÍ	444	75,5	75,5
	NO	144	24,5	100

LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD MÁS DE 1 DÍA POR DOLOR LUMBAR ÚLTIMA OCASIÓN (SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	150	81,1	81,1
	NO	35	18,9	100
MUJERES	SÍ	131	55,7	55,7
	NO	104	44,3	100
TOTAL	SÍ	281	66,9	66,9
	NO	139	33,1	100

NIVEL DE DOLOR LUMBAR EN ÚLTIMA OCASIÓN (SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	1	2	0,9	0,9
	2	6	2,6	3,4
	3	11	4,7	8,2
	4	19	8,2	16,4
	5	31	13,4	29,7
	6	21	9,1	38,8
	7	38	16,4	55,2
	8	31	13,4	68,5
	9	17	7,3	75,9
	10	56	24,1	100
MUJERES	1	6	1,9	1,9
	2	14	4,5	6,4
	3	28	9	15,4
	4	29	9,3	24,7
	5	39	12,5	37,2
	6	29	9,3	46,5
	7	41	13,1	59,6
	8	47	15,1	74,7
	9	15	4,8	79,5
	10	64	20,5	100
TOTAL	1	8	1,5	1,5
	2	20	3,7	5,1
	3	39	7,2	12,3
	4	48	8,8	21,1
	5	70	12,9	34
	6	50	9,2	43,2
	7	79	14,5	57,7
	8	78	14,3	72,1
	9	32	5,9	77,9
	10	120	22,1	100

NIVEL DE DOLOR LUMBAR EN LA PEOR OCASIÓN (SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	3	4	1,7	1,7
	4	2	0,9	2,6
	5	9	3,8	6,4
	6	13	5,5	11,9
	7	25	10,6	22,6
	8	40	17	39,6
	9	21	8,9	48,5
	10	121	51,5	100
MUJERES	3	5	1,6	1,6
	4	6	1,9	3,4
	5	12	3,8	7,2
	6	11	3,4	10,6
	7	26	8,1	18,8
	8	39	12,2	30,9
	9	25	7,8	38,8
	10	196	61,3	100
TOTAL	3	9	1,6	1,6
	4	8	1,4	3,1
	5	21	3,8	6,8
	6	24	4,3	11,2
	7	51	9,2	20,4
	8	79	14,2	34,6
	9	46	8,3	42,9
	10	317	57,1	100

**FRECUENCIA DE DOLOR LUMBAR EN ÚLTIMAS 4 SEMANAS
(SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)**

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Algún día	30	37	37
	La mayoría de los días	20	24,7	61,7
	A diario	31	38,3	100
MUJERES	Algún día	71	32,4	32,4
	La mayoría de los días	60	27,4	59,8
	A diario	88	40,2	100
TOTAL	Algún día	101	33,7	33,7
	La mayoría de los días	80	26,7	60,3
	A diario	119	39,7	100

**TIEMPO DESDE UN MES COMPLETO SIN DOLOR LUMBAR
(SUJETOS CON DOLOR LUMBAR)**

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Menos de 3 meses	15	19,2	19,2
	De 3 a 7 meses	11	14,1	33,3
	De 7 meses a 3 años	10	12,8	46,2
	Más de 3 años	42	53,8	100
MUJERES	Menos de 3 meses	58	28	28
	De 3 a 7 meses	9	4,3	32,4
	De 7 meses a 3 años	34	16,4	48,8
	Más de 3 años	106	51,2	100
TOTAL	Menos de 3 meses	73	25,6	25,6
	De 3 a 7 meses	20	7	32,6
	De 7 meses a 3 años	44	15,4	48,1
	Más de 3 años	148	51,9	100

DOLOR CERVICAL EN ALGUNA OCASIÓN

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	147	20,3	20,3
	NO	578	79,7	100
MUJERES	SÍ	253	28,7	28,7
	NO	630	71,3	100
TOTAL	SÍ	400	24,9	24,9
	NO	1208	75,1	100

ASISTENCIA A MÉDICO POR DOLOR CERVICAL (SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	123	86	86
	NO	20	14	100
MUJERES	SÍ	233	92,5	92,5
	NO	19	7,5	100
TOTAL	SÍ	356	90,1	90,1
	NO	39	9,9	100

TIEMPO DE LA ÚLTIMA VEZ DE DOLOR CERVICAL (SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Más de 2 años	11	8	8
	Últimos 2 años	15	10,9	18,8
	Último año	17	12,3	31,2
	Últimos 6 meses	26	18,8	50
	Últimas 4 semanas	69	50	100
MUJERES	Más de 2 años	9	3,6	3,6
	Últimos 2 años	14	5,6	9,3
	Último año	15	6	15,3
	Últimos 6 meses	32	12,9	28,2
	Últimas 4 semanas	178	71,8	100
TOTAL	Más de 2 años	20	5,2	5,2
	Últimos 2 años	29	7,5	12,7
	Último año	32	8,3	21
	Últimos 6 meses	58	15	36
	Últimas 4 semanas	247	64	100

LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD MÁS DE 1 DÍA POR DOLOR CERVICAL (SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	95	66,4	66,4
	NO	48	33,6	100
MUJERES	SÍ	155	62,2	62,2
	NO	94	37,8	100
TOTAL	SÍ	250	63,8	63,8
	NO	142	36,2	100

LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD MÁS DE 1 DÍA POR DOLOR CERVICAL ÚLTIMA OCASIÓN (SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	SÍ	63	81,8	81,8
	NO	14	18,2	100
MUJERES	SÍ	80	54,4	54,4
	NO	67	45,6	100
TOTAL	SÍ	143	63,8	63,8
	NO	81	36,2	100

NIVEL DE DOLOR CERVICAL EN ÚLTIMA OCASIÓN (SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	1	1	0,8	0,8
	2	4	3,2	4
	3	7	5,6	9,7
	4	12	9,7	19,4
	5	20	16,1	35,5
	6	14	11,3	46,8
	7	20	16,1	62,9
	8	17	13,7	76,6
	9	5	4	80,6
	10	24	19,4	100
MUJERES	0	1	0,5	0,5
	1	1	0,5	0,9
	2	14	6,6	7,5
	3	17	8	15,5
	4	24	11,3	26,8
	5	33	15,5	42,3
	6	22	10,3	52,6
	7	34	16	68,5
	8	22	10,3	78,9
	9	9	4,2	83,1
	10	36	16,9	100
TOTAL	0	1	0,3	0,3
	1	2	0,6	0,9
	2	18	5,3	6,2
	3	24	7,1	13,4
	4	36	10,7	24
	5	53	15,7	39,8
	6	36	10,7	50,4
	7	54	16	66,5
	8	39	11,6	78
	9	14	4,2	82,2
10	60	17,8	100	

NIVEL DE DOLOR CERVICAL EN LA PEOR OCASIÓN (SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)

		N	% válido	% acumulado
VARONES	2	1	0,8	0,8
	3	3	2,4	3,1
	4	6	4,7	7,9
	5	9	7,1	15
	6	9	7,1	22
	7	18	14,2	36,2
	8	23	18,1	54,3
	9	7	5,5	59,8
	10	51	40,2	100
	MUJERES	2	2	0,9
3		8	3,5	4,4
4		8	3,5	8
5		13	5,8	13,7
6		13	5,8	19,5
7		22	9,7	29,2
8		34	15	44,2
9		10	4,4	48,7
10		116	51,3	100
TOTAL		2	3	0,8
	3	11	3,1	4
	4	14	4	7,9
	5	22	6,2	14,2
	6	22	6,2	20,4
	7	40	11,3	31,7
	8	57	16,1	47,9
	9	17	4,8	52,7
	10	167	47,3	100

**FRECUENCIA DE DOLOR CERVICAL EN ÚLTIMAS 4 SEMANAS
(SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)**

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Algún día	22	36,7	36,7
	La mayoría de los días	18	30	66,7
	A diario	20	33,3	100
MUJERES	Algún día	48	28,1	28,1
	La mayoría de los días	47	27,5	55,6
	A diario	76	44,4	100
TOTAL	Algún día	70	30,3	30,3
	La mayoría de los días	65	28,1	58,4
	A diario	96	41,6	100

**TIEMPO DESDE UN MES COMPLETO SIN DOLOR CERVICAL
(SUJETOS CON DOLOR CERVICAL)**

		N	% válido	% acumulado
VARONES	Menos de 3 meses	15	25,4	25,4
	De 3 a 7 meses	9	15,3	40,7
	De 7 meses a 3 años	7	11,9	52,5
	Más de 3 años	28	47,5	100
MUJERES	Menos de 3 meses	50	31,1	31,1
	De 3 a 7 meses	9	5,6	36,6
	De 7 meses a 3 años	21	13	49,7
	Más de 3 años	81	50,3	100
TOTAL	Menos de 3 meses	65	29,5	29,5
	De 3 a 7 meses	18	8,2	37,7
	De 7 meses a 3 años	28	12,7	50,5
	Más de 3 años	109	49,5	100