



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES TRATADOS POR
TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS CRONICOS EN UN
CENTRO MÉDICO DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

2017-2018

PRESENTADO POR

ALBERTO GUEVARA TIRADO

ASESOR

MGTR. JOSEPH SANCHEZ GAVIDIA

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA

LIMA – PERÚ

2021



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES TRATADOS POR
TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS CRONICOS EN
UN CENTRO MÉDICO DE TERAPIA FISICA Y
REHABILITACION 2017-2018**

TESIS

PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA

PRESENTADA POR

ALBERTO GUEVARA TIRADO

ASESOR

MGTR. JOSEPH SANCHEZ GAVIDIA

LIMA, PERÚ

2021

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	19
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar los niveles de depresión en pacientes tratados por patología musculoesquelética crónica en un centro médico de rehabilitación en el año 2016.

Metodología: Estudio no experimental, prospectivo, cuantitativo y de corte transversal. El grupo fue conformado por 366 pacientes tratados en un centro médico de terapia física y rehabilitación por patología musculoesquelética crónica. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Aaron Beck, el cual mide los niveles de depresión en normal, leve, moderada y severa.

Resultados: El 69% de los pacientes con patología musculoesquelética presentan niveles de depresión moderada. Los adultos entre 30 y 64 años presentan depresión moderada en mayor cantidad (66,2%), 54,8% de pacientes con nivel de estudio técnico presentaron niveles de depresión moderada, asimismo el 33,7% y 27,8% de pacientes con estado civil casado y conviviente obtuvo niveles de depresión moderada respectivamente, pacientes que trabajan en el sector administrativo/oficina tuvieron niveles de depresión moderada y leve de un 43.3% y 57%. Respecto a otras enfermedades crónicas, 61,2% de los pacientes con otras comorbilidades presentan depresión moderada, y de ellos, el porcentaje es mayor en el grupo que tiene enfermedades crónicas cardiovasculares (62,2%)

Conclusiones: Predominan los niveles de depresión moderada en pacientes tratados en terapia física y rehabilitación por patología musculo esquelética crónica.

Palabras clave: Depresión, crónico, musculoesquelético, Beck, rehabilitación.

ABSTRACT

Objective: The objective of the present investigation was to determine the levels of depression in patients treated for chronic musculoskeletal pathology in a medical rehabilitation center.

Methodology: Prospective, quantitative and cross-sectional study. The group consisted of 350 patients treated at the medical rehabilitation center for chronic musculoskeletal pathology. The instrument used was Aaron Beck's depression inventory, which measures levels of depression in mild, moderate and severe.

Results: 69% of the patients with musculoskeletal pathology present moderate levels of depression. Adults between 30 and 64 years of age present moderate depression in greater numbers (66.2%), 54.8% of patients with a technical study level presented moderate levels of depression, also 33.7% and 27.8% of patients With marital status married and cohabiting obtained levels of moderate depression respectively, patients who work in the administrative / office sector had levels of moderate depression and levels of 43.3% and 57%. Regarding other chronic diseases, 61.2% of patients with other comorbidities present moderate depression, and of these, the percentage is higher in the group with chronic cardiovascular diseases (62.2%)

Conclusion: Moderate depression levels predominate in patients treated for chronic musculoskeletal pathology.

Keywords: Depression, chronic, musculoskeletal, Beck, rehabilitation.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza de intensidad o duración suficiente como para interferir en el desenvolvimiento interpersonal así como una disminución del interés o del placer al realizar actividades, asociada síntomas emocionales y físicos que persisten por al menos 2 semanas los cuales afectan la calidad de vida del paciente. Las personas con depresión tienen dificultades para controlar su humor o sentimientos y suelen tener un bajo estado de ánimo la mayor parte del tiempo. En consecuencia, pueden tener problemas en el desarrollo de sus actividades y relaciones laborales, familiares e interpersonales. Forma parte de las enfermedades emergentes más frecuentes en la actualidad ⁽³⁷⁾, por lo que es necesario establecer de forma estadística su presencia y niveles de severidad.

Por su parte, los trastornos musculoesqueléticos representan una de las principales causas de necesidad de terapia física y rehabilitación. Es la principal causa de discapacidad a nivel mundial en cuatro de las seis regiones de la OMS ⁽³⁹⁾. Son ocasionadas por realizar actividades físicas en condiciones o posturas inadecuadas y dañinas para el eje de la columna y articulaciones así como por el exceso de trabajo o de peso las cuales con el pasar del tiempo llegan a ocasionar la aparición de lesiones osteomioarticulares, constituyendo una de las principales causas de ausentismo laboral ⁽³⁸⁾, lo que implica pérdidas económicas tanto para el trabajador como para la empresa en la cual desempeña sus labores. Las repercusiones ocasionadas por las lesiones músculoesqueléticas en los trabajadores debido a factores ocupacionales o accidentes traen como consecuencia la disminución de la calidad de vida del empleado, la disminución productiva y las incapacidades temporales o permanentes a nivel físico y emocional.

El objetivo general de esta investigación es determinar los niveles de depresión en pacientes tratados por patología musculoesquelética crónica en un centro médico de rehabilitación. Los objetivos específicos son determinar las

características de la población estudiada así como los niveles de depresión predominantes según edad, sexo, actividad laboral, grado de estudios y comorbilidades crónicas.

La importancia de esta investigación está en la necesidad de conocer estadísticamente la presencia y grados de depresión en pacientes enfermos con patologías musculoesqueléticas crónicas para posteriormente valorar recomendaciones y estrategias de tratamiento ya que no se ha realizado test psicométricos para evaluar el grado de depresión en personas que asisten a terapia física y rehabilitación por estos trastornos.

La metodología que se empleó fue de diseño observacional, descriptivo, cuantitativo de corte transversal, de una muestra intencional de 366 pacientes de diferentes edades y ambos sexos, a quienes se aplica el cuestionario de Beck. Para el procesamiento de datos se utiliza SPSS, se mantuvo la privacidad de los entrevistados.

La investigación determina los niveles de depresión en la población estudiada, finalmente se establecen las conclusiones y recomendaciones tras los resultados obtenidos.

Libertad A, en 1999, realizó un estudio descriptivo en pacientes reumáticos que acudieron a consulta en servicio de reumatología con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia y en artritis reumatoide utilizando el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberg. En sus resultados se obtuvo que el 60% de pacientes con fibromialgia padecen depresión severa y se concluye que los pacientes reumáticos son portadores de niveles altos de ansiedad rasgo; lo cual nos habla a favor de la tendencia de estos enfermos a responder a las situaciones percibidas como amenazantes afectando el curso de la enfermedad (4).

Jaque R, en el 2011, realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el hospital de

Huacho durante el periodo de octubre a noviembre del año 2011, realizo un estudio del tipo descriptivo y transversal aplicado a 96 pacientes con artritis reumatoide, usando la escala de depresión de Yesavage (la cual es una escala de depresión diseñada especialmente para evaluar el estado afectivo en población geriátrica así como establecer un diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio) obteniendo en sus resultados que el 62.5% del total de pacientes evidencian depresión en diferentes grados concluyendo que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide independientemente de las variables analizadas ⁽⁹⁾.

Mascarua E, en el 2011, realizó una investigación con el objetivo de identificar ansiedad o depresión en médicos residentes en medicina familiar del instituto de salud número 6 en Puebla México siendo este un estudio observacional y descriptivo utilizo como instrumento el test de Hamilton. En sus resultados obtuvo que, con relación a la ansiedad, se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. Respecto a la depresión, se identificaron 11 casos (19.7%) de depresión leve, encontrándose sobre todo en residentes de segundo año con 5 casos (45.4%) y concluyo que de los residentes que presentaron algún trastorno del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión leves fueron las más frecuentes y por tanto un médico insatisfecho o desgastado mentalmente otorga una atención médica limitada y distante ⁽¹⁾.

Escobedo C y Díaz N, en el 2009, realizaron un estudio transversal y analítico con el objetivo de determinar el grado de depresión y su relación con el descontrol metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico por medio del uso del inventario de depresión de Beck. Se dividieron en cuatro grupos con los siguientes resultados: pacientes sin depresión (8), con depresión leve (20), depresión moderada (14) y grave (4). Los valores de glucemia venosa en ayuno fueron: para el grupo sin depresión, 223; con depresión leve, 195; con depresión moderada, 297, y con depresión grave, 406 y concluyeron que existe relación entre la depresión y el descontrol metabólico y se observan valores crecientes de glucemia al aumentar el grado de depresión ⁽²⁾.

Viviana C, en el 2007, realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con epilepsia que consultaron dos centros terciarios, utilizando el inventario de depresión de Beck y la escala de evaluación para depresión de Hamilton en sus resultados el 59% de pacientes presentaban sintomatología de depresión y concluye que los síntomas depresivos son frecuentes en epilepsia y el subdiagnóstico es común lo que implica una tardanza en el diagnóstico y tratamiento, asimismo el control de las crisis podría predecir posteriormente la depresión ⁽³⁾.

Bonilla O, en el 2009, realizó un estudio descriptivo transversal en 125 adolescentes embarazadas del hospital de Medellín y no embarazadas del colegio Jorge Eliecer Gaitán en Medellín con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión en dos poblaciones de mujeres, embarazadas y no embarazadas adolescentes y los factores sociodemográficos asociados, utilizando la escala de depresión de Zung. En sus resultados se obtiene que de las adolescentes embarazadas, 32% presentaron síntomas de depresión mientras que en las no embarazadas presenta un 18%, concluyendo que la depresión es un problema de salud frecuente en adolescentes embarazadas ⁽⁵⁾.

Herrera T, en el 2010, Realizó un estudio observacional analítico y transversal en pacientes hipertensos de 40 a 50 años de edad con 2 años de evolución adscritos a la unidad médica familiar número 1 del instituto mexicano de seguridad social, delegación Aguascalientes utilizando el inventario de depresión de Beck. Con el objetivo de identificar si el grado de depresión estaba asociado con la hipertensión arterial, en sus resultados se obtuvo que de la muestra de 347 pacientes no presentaron depresión 208 pacientes, en grado leve fueron 48, moderada 51 y severa 8 y se concluye que existe asociación entre depresión e hipertensión arterial ⁽⁶⁾.

Rosas M, en el 2006, realiza un estudio prospectivo transversal y analítico con el objetivo de describir la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético utilizando la escala de Zung y analizar la relación entre el estado funcional del paciente así como variables sociodemográficas y clínicas con la presencia de depresión. En sus resultados obtiene que, de los 57 pacientes, la prevalencia de

depresión fue del 26%, y concluyendo que la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético es elevada ⁽⁷⁾.

Bermúdez L, en el 2004, realizó un estudio sobre ansiedad y depresión en pacientes que consultaron al servicio de cardiología del hospital Chinquiquira, Maracaibo Venezuela, con el objetivo de determinar la ansiedad y depresión en pacientes que acudieron a consulta al servicio de cardiología, se realizó un estudio descriptivo, de 70 pacientes en los que se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton así como la escala de depresión de Hamilton. Se concluye que un alto grado de depresión en pacientes que acuden a consulta de cardiología ⁽⁸⁾.

Jaen F, en el 2013, realizó un estudio correlacional y transversal con el objetivo de conocer el grado de influencia de la ansiedad y la depresión como manifestaciones de un proceso de estrés crónico, en pacientes con HTA resistente utilizando el test de ansiedad de STAI-R y el inventario de depresión de Beck. En sus resultados se obtuvo que la puntuación media del test de ansiedad fue de 26,12 puntos y de depresión 14,06 puntos. Un 37.5% no presentaba depresión. Un 31.3%, depresión leve y el resto, depresión moderada, y asimismo no hubo correlación entre la puntuación en la ansiedad y depresión en las PAC ni de MAPA. Cuando se analizaron los resultados por sexos, las mujeres presentaban una correlación significativa negativa en la puntuación del test de ansiedad y las PAC y de MAPA, no con la depresión. Por el contrario en los hombres se apreciaba una correlación significativa entre la PAC y la MAPA tanto en ansiedad como en depresión. Los hombres con depresión moderada presentaban una PAC y de MAPA más elevada que los pacientes con depresión leve o sin depresión concluyendo que no se puede determinar que exista una asociación positiva entre depresión, ansiedad y cifras de PA pero hemos si un mayor porcentaje de pacientes con depresión entre los sujetos que padecen HTA resistente, y una correlación positiva entre el grado de ansiedad y las cifras de PA en el grupo de los hombres ⁽¹⁰⁾.

Bartra T, en el año 2018, en su estudio sobre las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a

diálisis peritoneal en el hospital II –ESSALUD cuyo objetivo fue determinar las manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con diálisis peritoneal siendo un estudio descriptivo, relacional no experimental y cuya muestra estaba constituida por 30 pacientes en tratamiento en diálisis peritoneal, usando los test de ansiedad y depresión de Beck, en un rango de edad de estudio de 51 años a 77 años lo que representa el 66.7% del total de la muestra, encontró en cuanto a la depresión, que el 3,3% consigna depresión mínima; 30% de encuestados tiene depresión leve y el porcentaje se incrementa en 56,7% para depresión moderada y el 10% restante en el rango de depresión grave por lo que se concluye que la depresión es un trastorno muy prevalente en dicha unidad y requiere atención y tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico en los casos más graves⁽⁴⁴⁾.

Ruiz Y, en 2016, realizó un estudio sobre la prevalencia de trastornos depresivos en consultantes del centro de salud Pueyrredon, en Córdoba, Argentina, con el objetivo de estimar la prevalencia de trastornos depresivos entre consultantes adultos por problemas de salud de medicina general, utilizando el cuestionario general de salud GHQ-12 y se obtiene que el 32,88% del total de la población estudiada, presentó un nivel significativo de sintomatología depresiva concluyendo que los trastornos depresivos son problemas frecuentes en la población que asiste a los centros de atención primaria de salud afectando mayoritariamente a mujeres mayores de 35 años⁽⁴⁵⁾.

Remedios L, en 2012, Realizó un análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería, siendo un estudio descriptivo de corte transversal y cuyo objetivo fue describir las patologías de mayor prevalencia en 1753 pacientes derivados a las Unidades Móviles de rehabilitación y fisioterapia evaluándolos según el diagnóstico principal y también el índice de Barthel (el cual es un instrumento para valorar el grado de discapacidad física), concluyendo que hay mejoras en los índices de Barthel después del tratamiento rehabilitador, mejorando la independencia funcional del paciente y su calidad de vida ⁽⁴⁶⁾.

Carter S, en 2007, realiza un estudio sobre el uso de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios por personas con afecciones musculoesqueléticas, siendo un estudio del tipo descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue identificar los determinantes del uso de fisioterapia ambulatoria por parte de personas con afecciones musculoesqueléticas, Un alto porcentaje de pacientes (32%) padecían trastornos articulares no traumáticos, seguido de trastornos del disco intervertebral, espondilosis y otros problemas de espalda(29,2%). Se evidencia que los factores que se asociaron de forma positiva con recibir los servicios de fisioterapia fueron tener una o más afecciones musculoesqueléticas así como limitaciones funcionales, tener 7 o más códigos de la CIE-9, tener un título universitario o avanzado, y residir en una zona urbana, asimismo, los factores que inciden negativamente en la recepción de servicios de fisioterapia son la edad avanzada, ser hispano o afroamericano, no tener seguro médico, dichos resultados muestran que en la decisión del uso de la fisioterapia influyen factores relacionados y no relacionados con la salud⁽⁴⁷⁾.

Salazar C, en el año 2015, realizó un estudio para determinar la prevalencia de depresión en los pacientes del Hospital 2 de Mayo. Siendo un estudio observacional, descriptivo, transversal no experimental, se usó el inventario de depresión de Beck, se realizó en pacientes mayores de 15 años de edad, con un tiempo de hospitalización mayor o igual a dos. Los resultados fueron que de los 104 pacientes, el 27.88% tuvo depresión confirmada, el 18.26% sospecha de depresión y el 53.84% sin depresión. Asimismo el nivel de depresión con mayor porcentaje fue depresión moderada (66.34%), seguido de depresión severa (23.07%) y depresión leve (10.57%). El nivel de depresión fue moderada con un porcentaje de 69.23% y 63.46% entre varones y mujeres, respectivamente, pacientes casados y solteros presentaron mayor incidencia de depresión con 28.57% y 20%. En conclusión el nivel predominante de depresión fue el moderado, el estado civil influyó en la depresión y ansiedad ⁽⁴⁸⁾.

Gómez A (2005), en su investigación cuyo objetivo fue calcular la prevalencia de los trastornos mentales como causa de incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid así como describir que trastornos mentales vinculados a trabajo son más prevalentes según edad sexo, profesión y situación laboral, por medio de la

recopilación de datos de pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental, encuentra que los trabajadores cualificados como directivos (41%), técnicos científico-intelectuales (30%) y empleados administrativos (27%) presentan mayor prevalencia de depresión concluyendo que ellos son los que presentan mayor prevalencia de sintomatología depresiva asociada al trabajo respecto a otros grupos

Urbina V (2017), realiza un estudio para determinar si la depresión es un factor que pueda estar asociado para la no adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público del Perú, siendo un estudio del tipo analítico, observacional y transversal en 144 pacientes aplicando la escala de depresión de Goldberg encontró que la frecuencia de depresión en pacientes con hipertensión arterial sin adherencia terapéutica fue 32%. La frecuencia de depresión en pacientes con hipertensión arterial con adherencia terapéutica fue 14% concluyendo que la depresión es un factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensos ⁽³⁶⁾.

Monteso P (2014) Realiza una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión según la edad y el género en una comunidad española, realiza un estudio descriptivo, transversal y observacional, utilizando el test de Goldberg. Encuentra que el 46,7% de la población presenta depresión, un 53% en las mujeres y un 40% en los varones concluyendo que la depresión es mayor para las mujeres que en los hombres ⁽⁵⁰⁾.

Depresión

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que se manifiesta en una serie de síntomas y signos como cambios en humor que derivan en tristeza, pérdida del interés por actividades que antes se desarrollaban satisfactoriamente, irritabilidad, angustia, alteraciones cognitivas, pérdida de vitalidad, entre otros, que persisten por lo menos durante 2 semanas, puede cursar con ciclos de recuperación y recaídas.

La enfermedad depresiva se puede hacer presente en cualquier etapa de la vida, pero su desarrollo es común a mediados de la adolescencia así como en la tercera y cuarta década de la vida. Aproximadamente el 30% de los pacientes refieren sintomatología depresiva en los centros de atención primaria, pero menos del 10% tendrá un trastorno depresivo del tipo depresión mayor ⁽³¹⁾.

La depresión causa una serie de alteraciones cognitivas, psicomotrices, y otras como dificultad en la concentración, agotamiento, disminución de la libido, progresiva pérdida de interés o placer en actividades que antes se solían disfrutar, dificultad para conciliar o mantener el sueño. Los pensamientos suicidas son frecuentes y se puede llegar a intentar cometer suicidio ⁽¹¹⁾, asimismo, es frecuente que pueda coexistir el trastorno de ansiedad y las crisis de angustia lo que podría complicar el diagnóstico y el tratamiento.

Las consecuencias y cambios fisiopatológicos de la depresión son múltiples ya que puede reducir la respuesta del sistema inmunológico, aumenta el riesgo de sufrir infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, porque durante la depresión se liberan citosinas y otros factores que incrementan la coagulación de la sangre que a largo plazo reducen la variabilidad de la frecuencia cardíaca, asimismo el estado de estrés constante puede producir tensión en el aparato osteomioarticular, predisponiendo a un mayor riesgo de contracturas y lesiones en el aparato locomotor.

La depresión a pesar de haber sido conocida, estudiada y descrita desde la antigüedad (desde tiempos de Hipócrates) aún requiere ser investigada y dada a conocer en su real magnitud a la población y profesionales de atención primaria ⁽¹²⁾.

Epidemiología

En nuestro país las ciudades que presentan mayores problemas de salud mental (depresión, ansiedad, angustia) corresponden a Lima con 26.5%, Ayacucho 26,0%, Puerto Maldonado 25,4%. En Lima, el problema de la depresión alcanza

el 16,4% seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 10,6 % y el abuso/dependencia de alcohol con un 5,3% ⁽⁴¹⁾.

Según datos estadísticos realizados en 2018 por el área epidemiológica del ministerio de salud el problema de salud mental que ocasiona mayor carga de enfermedad es la depresión unipolar, la cual es la causa de la pérdida de 224 535 AVISAS (años de vida saludables), ósea 7,5 años perdidos por mil habitantes ⁽⁴⁰⁾.

Etiología

La herencia y genética influyen en el fenotipo depresivo pero es evidente en aquellos que padecen las formas graves de depresión, el riesgo es mayor en individuos con alteraciones en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21 ⁽¹³⁾.

Se realizaron estudios para evaluar qué factores estresantes llevaron a algunas personas a la depresión. Los individuos que presentaban variaciones del alelo corto de la serotonina mostraron mayor sintomatología depresiva y tendencia suicida comparado con quienes no tenían alteraciones en los alelos. Estos estudios muestran que los factores externos influyen a nivel orgánico y que su constitución genética y luego bioquímica moderan dicha respuesta ⁽¹⁴⁾.

Entre los factores neurobiológicos, tenemos la teoría monoaminérgica y la hipótesis neurotrófica de la depresión. La teoría monoaminérgica, tiene sus orígenes ubicados a mediados del siglo XX con el descubrimiento de que el antihipertensivo reserpina, inducía estados depresivos por medio de la depleción de catecolaminas y la iproniazida, un antituberculoso de estructura tricíclica que mejoraba el estado de ánimo en pacientes que padecían tanto tuberculosis como depresión y que posteriormente se descubrió que actuaba por medio de la inhibición de la enzima monoamino-oxidasa. Estas observaciones dieron origen a esta teoría que postula que la depresión estaría originada por la disminución de la actividad monoaminérgica (noradrenérgica y serotoninérgica) en el sistema nervioso central. Así, la acción de los fármacos antidepresivos se daría a través

del potenciamiento de la neurotransmisión por el aumento de la concentración de las monoaminas en el espacio sináptico ⁽¹⁶⁾. Por otro lado, la hipótesis neurotrófica de la depresión plantea que la disminución de factores neurotróficos (en especial el factor neurotrófico derivado del cerebro) en respuesta a alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en respuesta al estrés (principalmente en la secreción de cortisol), ocasionan alteraciones morfológicas y funcionales en las áreas cerebrales, así, el aumento de las concentraciones de glucocorticoides están relacionadas con la disminución de los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro, el cual es fundamental en la neurogénesis y supervivencia celular, también actúa en la interacción sináptica, conectividad y plasticidad neuronal. Hay estudios que indican que el factor neurotrófico derivado del cerebro está implicado en la depresión y el trastorno bipolar, mostrando que el estrés disminuye la expresión de dicho factor causando alteraciones morfofuncionales en la corteza cerebral e hipotálamo, como pudo observarse en sujetos post-mortem diagnosticados previamente de depresión, en estudios de neuroimagen y también en modelos experimentales con animales ⁽⁴⁹⁾.

Entre los factores personales y sociales se ha observado que los factores personales que se asocian al trastorno depresivo son: sexo femenino, poseer una pobre autopercepción de la propia salud mental, el sedentarismo, presentar bajos niveles de resiliencia; mientras que respecto a los factores sociales se destacan los relacionados con la convivencia familiar en entornos hostiles o de poca comunicación y apego ⁽⁴²⁾.

Diagnóstico

Para el diagnóstico se utilizan los criterios clínicos (DSM-IV o CIE 10) así como la realización de exámenes complementarios como hemograma, electrolitos y tirotrófina, vitamina B₁₂, folato, entre otros para descartar enfermedades que puedan producir sintomatología similar como por ejemplo la infección por VIH, cáncer, enfermedad tiroidea, párkinson, demencia, entre otros. Tanto los criterios del CIE-10 como los del DSM-IV son compatibles, entre las principales diferencias entre ambos está en que el DSM-IV le da mayor importancia a la evidencia empírica que al consenso de expertos, dando mayor prioridad a los

resultados de las investigaciones basadas en revisión de literatura científica, análisis de datos y estudios de campo ⁽²¹⁾.

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10⁽²²⁾

A. El episodio depresivo debe tener como tiempo mínimo de duración al menos dos semanas.
B. El episodio no se atribuye al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: algunos síntomas depresivos pueden ser muy notorios y adquirir un significado clínico especial. Con frecuencia, el síndrome somático está presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual– Empeoramiento matutino del humor depresivo– Presencia de enlentecimiento motor o agitación– Pérdida marcada del apetito– Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes– Notable disminución del interés sexual

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo:
<ul style="list-style-type: none">– El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.– El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
<ul style="list-style-type: none">– Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.– Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.– Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
<ul style="list-style-type: none">– Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.– Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.– Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.– Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.– Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.– Alteraciones del sueño de cualquier tipo.– Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
D. Puede haber o no síndrome somático*
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y Síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, Principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo</p>

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, DSM-IV-TR

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa).

Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable.

(2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente auto reproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo)

E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

En cualquiera de las categorías y clasificaciones, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y haber por lo menos dos de los tres síntomas considerados característicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar así como aumento de la fatigabilidad.

Trastornos musculoesqueléticos

Se denominan trastornos musculoesqueléticos a las alteraciones del aparato locomotor (músculos, tendones, ligamentos, cartílagos y nervios) ⁽¹⁷⁾ que pueden causar diversas molestias: desde leves y reversibles a severas, incapacitantes e irreversibles. Pueden ser agudas (de 1 a 7 días), subagudas (de 7 días a 7 semanas) y crónicas (mayor a 7 semanas) ⁽³⁰⁾, las agudas son causadas al realizar esfuerzos intensos y breves provocando daño estructural y funcional, por ejemplo los desgarros, fracturas, esguinces, mientras que las lesiones crónicas son producto de un esfuerzo permanente causando dolor y disfunción progresiva, como en el caso de los desgarros de ligamentos, la tenosinovitis, el espasmo muscular, hernias lumbares, la artrosis entre otros.

Las enfermedades musculoesqueléticas se encuentran clasificadas en el capítulo XIII de la CIE-10 divididos en 6 grupos (artropatías, enfermedades del tejido conjuntivo, dorsopatías, enfermedades de los tejidos blandos, osteopatías y condropatías así como otros trastornos del sistema musculoesquelético).

Epidemiología

Los trastornos musculoesqueléticos son un problema de salud que está en aumento a nivel mundial, en 2017 fueron la principal causa de discapacidad en cuatro de las seis regiones de la OMS, en el mediterráneo fue la segunda y en la región de África fue la tercera ⁽¹⁹⁾. El dolor lumbar sigue siendo la principal causa de discapacidad desde hace 20 años ⁽²³⁾.

En nuestro país, los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Rehabilitación, dan muestra que en el primer trimestre del año 2014, del total de dolencias atendidas en consulta externa, un 25,8% fue por algún trastorno del tipo músculo-esquelético, en el mismo año, para el Ministerio de Trabajo, 29,9% de las enfermedades ocupacionales notificadas fueron de origen músculo-esquelético ⁽²⁹⁾.

Factores de riesgo

Existen múltiples factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de trastornos musculoesqueléticos ⁽²⁰⁾:

- La aplicación de fuerza en exceso, que puede dañar los tejidos involucrados al manipular, sostener, empujar o arrastrar un objeto o ser vivo.
- La manipulación de objetos por tiempos prolongados, provocan daños por dosis acumulativa, por ejemplo en las enfermedades degenerativas de la región lumbar.
- La realización de movimientos repetitivos de miembros superiores e inferiores, a pesar de que la fuerza ejercida sea leve, causa daños en la musculatura y partes involucradas.
- La posición erguida, trabajar con la columna muy flexionada, extendida o torsionada fuerza en exceso la columna haciendo que los músculos trabajen más, las posiciones de rodillas, cuclillas y agachado así como la sedestación prolongada también son dañinas.
- El trabajo muscular estático, producido cuando los músculos están en tensión mucho tiempo para mantener una postura determinada, la falta de distensión

y la contracción prolongada ocasiona fatiga muscular y disminución de la circulación en dicha zona.

- La inactividad muscular, que ocasiona pérdida de funcionalidad debido a que los músculos no pueden estabilizar adecuadamente las articulaciones y ligamentos, provocando descoordinación, dolor y esfuerzo articular excesivo.
- Las vibraciones, causadas por herramientas manuales como taladros o estar de pie en plataformas que vibran, provocan disfunción de los nervios y circulación sanguínea así como trastornos degenerativos en huesos y articulaciones.
- Los factores psicosociales, que pueden agravar los síntomas o ser por sí solos la causa de trastornos musculoesqueléticos ya que añaden mayor tensión muscular y afectan la coordinación.

Diagnostico

Los trastornos musculoesqueléticos abarcan más de 150 diagnósticos del aparato locomotor en la clasificación internacional de enfermedades ⁽¹⁸⁾.

La historia clínica y la exploración física son recursos fundamentales para la determinación de trastornos musculoesqueléticos, las pruebas de laboratorio, exámenes de imagen (radiografía, resonancia magnética, tomografía, ecografía) y otros como la artroscopia diagnóstica son complementarias y ayudan a confirmar o descartar el diagnóstico.

Asimismo cabe destacar que no hay correlación directa clínico-radiológica pudiendo haber pacientes con lesiones radiográficas importantes presentando poca sintomatología y también haber pacientes con lesiones mínimas en los estudios de

imagen pero con síntomas importantes ⁽⁴³⁾, por tanto, la exploración física y el examen clínico son recursos imprescindibles para el médico especialista.

Inventario de depresión de Beck

Entre los test de evaluación de la depresión y ansiedad más utilizadas por su fiabilidad y validez, tenemos el inventario de depresión de Aaron Beck. El inventario de depresión de Beck es un tipo de instrumento que se puede realizar escrito o por entrevista cuyo objetivo es evaluar la presencia y magnitud de síntomas depresivos.

Inicialmente fue desarrollado para la población clínica de pacientes adultos tanto patológicos como no patológicos, sin embargo ya ha sido validado con otras clases de poblaciones tanto clínicas como no clínicas

Es un inventario creado para medir las características y manifestaciones conductuales de la depresión y poder medir los niveles de intensidad, asimismo sus ítems miden síntomas cognitivos (diez), fisiológicos (cuatro), motivacionales (tres) y ánimo (tres).

Según los criterios DSM-IV el inventario de Beck mide sintomatología distímica al 100%, episodio depresivo mayor al 88.9%, asimismo según la CIE-10, abarca distimia y depresión mayor al 75 y 90% respectivamente ⁽²⁴⁾.

Se han realizado investigaciones que permiten avalar la fiabilidad del inventario de depresión de Beck, por ejemplo el hallazgo de coeficientes de firmeza interna variable desde 0.76 y 0.95 en pacientes psicopatológicos, 0.73 y 0.93 en la población general y concretamente en universitarios 0.78 y 0.92 ⁽²⁵⁾.

La población de estudio española de Vázquez y Sanz ha alcanzado un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,90 en una muestra de 338 pacientes españoles

con diferentes trastornos psicológicos, en una muestra de 445 adultos de la población general española, y de 0,83 en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles. Con tres grupos de esta muestra, asimismo Sanz y Vázquez también informaron de una fiabilidad test-retest de 0,72 al cabo de un mes y de 0,60 y 0,69 al cabo de tres meses ⁽²⁶⁾.

En su revisión de las propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck encontró una mayor estabilidad de las puntuaciones en muestras no psiquiátricas, con coeficientes de fiabilidad test-retest que oscilaban entre 0,60 y 0,90, que en muestras psiquiátricas, que mostraban coeficientes test-retest entre 0,48 y 0,86 ⁽²⁷⁾.

Referente a la validez, Beck, en un meta-análisis realizado en 1988 encontró 0,74 y 0,72 de vinculación entre los resultados encontrados en el inventario de depresión de Beck y las valoraciones de depresión clínica en muestras tanto psiquiátricas como no psiquiátricas ⁽²⁷⁾.

En el año 1985, en el Perú se desarrolló la estandarización del inventario en lima con 178 pacientes, usando el coeficiente de Pearson el resultado fue 0.75 ⁽²⁸⁾. En 1998 Iwashita Nishida realiza un trabajo con 200 pacientes con tuberculosis pulmonar, siendo el inventario valido con una significancia de ($p < 0,001$) demostrando que puede ser aplicado en pacientes con enfermedades crónicas en nuestro país.

Hipótesis: Este trabajo no tiene hipótesis por ser descriptivo.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipos y diseño

Observacional, descriptivo, cuantitativo, prospectivo, y de corte transversal.

2.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los pacientes atendidos en el área de terapia física y rehabilitación.

Población de estudio

Pacientes que con patología musculoesquelética crónica mayores de 18 años durante el periodo septiembre 2017-abril 2018

Tamaño de la población de estudio

Según el software SPSS a un nivel de confianza de 95% con precisión 5% se calcula el tamaño de la muestra en 366 individuos.

Muestreo

El tipo de muestreo a realizar es de tipo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes tratados por patología musculoesquelética crónica.
- Pacientes con seguimiento y registro de información en historias clínicas.
- Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

- Enfermedades musculoesqueléticas crónicas cuyo origen y fisiopatología no hayan podido haber sido caracterizadas con claridad.
- Diagnósticos y tratamientos previos de otros trastornos psiquiátricos o neurológicos.

2.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Instrumentos de recolección de datos

Se aplicarán dos instrumentos de recolección de datos **(IRD)**:

IRD N.º 1: Inventario de depresión de Beck. Examen que se puede realizar escrito o por entrevista que evalúa la presencia y magnitud de síntomas depresivos.

IRD N.º 2: Ficha de recolección de datos. De la cual se obtendrá los datos relevantes para nuestro estudio como: sexo, grupo etario, nivel educativo, estado civil, ocupación, sector de empleo, etc.

Técnica de recolección de datos

Para llevar a cabo la ejecución de la tesis, el autor acudirá al área de rehabilitación para recabar la información pertinente. Se obtendrá una muestra de 350 personas.

Se aplicarán los IRD N.º 1, 2 en las personas que cumplan con los criterios de inclusión señalados anteriormente.

2.4 Procesamiento y análisis de datos

Concluido el trabajo de campo, los datos serán procesados en el programa SPSS para la obtención de estadísticas descriptivas y presentación de resultados.

2.5 Aspectos éticos

La participación en el estudio será de carácter voluntario posterior a la información brindada sobre el proyecto a las personas a estudiar. Se garantizará la privacidad en la información personal obtenida en las encuestas.

Posterior a la aprobación del informe de investigación se realizará una presentación de este a los pacientes y personal del centro médico parroquial que participaron del estudio y a través de las cuales se puedan desarrollar las futuras investigaciones e intervenciones a la población.

Se menciona el nombre de la institución sin ninguna restricción, ya que la información hallada en este estudio no es de carácter confidencial; por el contrario, se espera sea utilizada por todas aquellas instancias que se preocupan por propiciar el bienestar de la población.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Niveles de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	9	2.4%
Depresión leve	83	22.6%
Depresión moderada	255	69.6%
Depresión severa	19	5.1%
Total	366	100.0%

La tabla 1 nos muestra que el 69.6% de los pacientes con patología musculoesquelética en el centro médico parroquial y de rehabilitación “Madre de Dios” de Villa el Salvador, presentan niveles de depresión moderada.

Tabla 2. Tipo de enfermedad

Tipo de enfermedad	N° de pacientes	%	Tipo de enfermedad	N° de pacientes	%	Tipo de enfermedad	N° de pacientes	%
Lumbagia	92	25,1	mialgia	2	0,5	fractura dedo de la mano	1	0,3
Cervicalgia	45	12,3	secuela fractura de pierna	2	0,5	fractura dedo indice	1	0,3
Hombro doloroso	41	11,2	secuela fractura de rotula	2	0,5	gonalgia bilateral	1	0,3
Artrosis	32	8,7	secuela fractura dl perone	2	0,5	Idorsalgia	1	0,3
Tunel carpiano	21	5,7	secuela fractura rodilla	2	0,5	Lumbociatalgia	1	0,3
Espondiloartrosis	16	4,4	asimetria facial	1	0,3	secuela fractura cadera	1	0,3
Escoliosis	13	3,6	contractura muscular	1	0,3	secuela fractura de pelvis	1	0,3
Tendinitis	13	3,6	contusion muscular	1	0,3	secuela fractura de pie	1	0,3
ciática	9	2,5	coxartrosis	1	0,3	secuela fractura de tibia	1	0,3
gonartrosis	9	2,5	dedo en gatillo	1	0,3	secuela fractura dedo	1	0,3
gonalgia	7	1,9	desgarro muscular	1	0,3	secuela fractura metatarso	1	0,3
dorsalgia	5	1,4	desgarro muscular cronico	1	0,3	secuela luxacion de rodilla	1	0,3
dorsolumbalgia	5	1,4	desgarrosupraespinoso	1	0,3	tendinitis bilateral	1	0,3
epicondilitis	5	1,4	desplasia de cadera	1	0,3	tendinitis de quervain	1	0,3
meniscopatia	5	1,4	esguince	1	0,3	tendinitis muñeca	1	0,3
espolon clicaneo	4	1,1	esguince dedo	1	0,3	tendinopatia	1	0,3
lumbociatica	3	0,8	esguince muñeca	1	0,3			
bursitis de rodilla	2	0,5	fasceitis plantar	1	0,3			
Total							366	100

En la tabla 2 se observa que el 25.1% de los pacientes con patología musculoesquelética en el centro médico parroquial y de rehabilitación “Madre de Dios” de Villa el Salvador, reportan un tipo de patología de lumbalgia, seguidamente el 12.3% presenta cervicalgia, en tercer lugar el tipo más frecuente es el de hombro doloroso con un 11.2%, en cuarto lugar la artrosis con un 8.7% y finalmente la patología de túnel carpiano con un 5.7%.

Tabla 3. Prevalencia de depresión en Trastornos musculoesqueléticos crónicos (TMEC)

			Depresión		Total
			No presenta	Si presenta	
TME	Lumbalgia	Recuento	7	85	92
		% dentro de Depresión	77,8%	23,8%	25,1%
	Cervicalgia	Recuento	1	44	45
		% dentro de Depresión	11,1%	12,3%	12,3%
	Hombro doloroso	Recuento	0	41	41
		% dentro de Depresión	0,0%	11,5%	11,2%
	Otros	Recuento	1	187	188
		% dentro de Depresión	11,1%	52,4%	51,4%
Total	Recuento		9	357	366
	% dentro de Depresión		100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 3 se observa que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes tratados por patologías musculoesqueléticas crónicas en el centro médico de rehabilitación (97,5%)

Tabla 4. Genero

	Frecuencia	Porcentaje
Varón	177	48.3%
Mujer	189	51.7%
Total	366	100.0%

En la tabla 4 se encontró que la muestra es un grupo de pacientes homogéneo respecto al sexo ya que no hay diferencias significativas entre los porcentajes de hombres y mujeres.

Tabla 5. Niveles de depresión según genero

		Niveles de depresión				Total	
		Normal	Leve	Moderada	Severa		
Genero	Masculino	Recuento	8	36	126	7	177
		% dentro de niveles de depresión	88,9%	42,9%	49,6%	36,8%	48,4%
	Femenino	Recuento	1	48	128	12	189
		% dentro de niveles de depresión	11,1%	57,1%	50,4%	63,2%	51,6%
Total		Recuento	9	84	254	19	366
		% dentro de niveles de depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 5 se observa que hay altos niveles de depresión moderada en ambos géneros, con un 49,6% en el sexo masculino, y un 50,4% en el sexo femenino.

Tabla 6. Niveles de depresión según edad de los pacientes

		Niveles de depresión				Total	
		Normal	Leve	Moderada	Severa		
Edades	Menor de 21	Recuento	2	5	12	3	22
		% dentro de niveles de depresión	22,2%	4,5%	5,3%	15,8%	6,0%
	21 a 29	Recuento	1	20	45	7	73
		% dentro de niveles de depresión	11,1%	18,2%	19,7%	36,8%	19,9%
	30 a 64	Recuento	4	78	151	7	240
		% dentro de niveles de depresión	44,4%	70,9%	66,2%	36,8%	65,6%
	Mayor de 64	Recuento	2	7	20	2	31
		% dentro de niveles de depresión	22,2%	6,4%	8,8%	10,5%	8,5%
Total		Recuento	9	110	228	19	366

% dentro de niveles de depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
----------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------

En la tabla 6 podemos observar que hay mayor concentración de individuos en el grupo etario entre 30 a 64 años con 240 pacientes, asimismo se observa que es el grupo que concentra mayor cantidad de depresión moderada con un 66,2%.

Tabla 7. Niveles de depresión según grado de estudios

		Niveles de depresión				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
Estudios Primaria	Recuento	2	7	3	0	12
	% dentro de niveles de depresión	15,4%	8,8%	1,1%	0,0%	3,3%
Secundaria	Recuento	4	40	96	9	149
	% dentro de niveles de depresión	30,8%	50,0%	36,8%	75,0%	40,7%
Técnico	Recuento	2	27	143	1	173
	% dentro de niveles de depresión	15,4%	33,8%	54,8%	8,3%	47,3%
Universitario	Recuento	5	6	19	2	32
	% dentro de niveles de depresión	38,5%	7,5%	7,3%	16,7%	8,7%
Total	Recuento	13	80	261	12	366
		(3,6%)	(21,9%)	(71,3%)	(3,3%)	(100%)
	% dentro de niveles de depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 7 se encontró respecto al grado de instrucción que el nivel de depresión moderada es el más alto (71,3%) y, en ese grupo, aquellos que cursaron estudios técnicos presentaron depresión moderada en un porcentaje de 54,8%.

Tabla 8. Niveles de depresión según estado civil

		Niveles de depresión				Total	
		No presenta	Leve	Moderado	Severo		
Estado civil	casado	Recuento	5	34	85	6	130
		% dentro de nivel de depresión	55,6%	37,0%	33,7%	46,2%	35,5%
soltero	Recuento	1	41	93	0	135	
		% dentro de nivel de depresión	11,1%	44,6%	36,9%	0,0%	36,9%
conviviente	Recuento	2	17	70	6	95	
		% dentro de nivel de depresión	22,2%	18,5%	27,8%	46,2%	26,0%
divorciado	Recuento	1	0	4	1	6	
		% dentro de nivel de depresión	11,1%	0,0%	1,6%	7,7%	1,6%
Total	Recuento	9	92	252	13	366	
		% dentro de nivel de depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa en la tabla 8, con respecto al estado civil, que el 33,7% de pacientes con estado civil casado obtuvo altos niveles de depresión moderada. Asimismo, el 36,9% de los pacientes con estado civil soltero que de igual forma obtiene altos niveles de depresión moderada siendo el grado de depresión más frecuente en todos los grupos estudiados.

Tabla 9. Niveles de depresión según actividad laboral

		Niveles de depresión				Total
		No presenta	Leve	Moderada	Severa	
Actividad laboral Construcción	Recuento	1	11	34	6	52
	% dentro de Depresión	14,3%	13,9%	16,3%	42,9%	16,9%
Transporte	Recuento	1	10	33	1	45
	% dentro de Depresión	14,3%	12,7%	15,9%	7,1%	14,6%
Oficina	Recuento	1	45	90	4	140
	% dentro de Depresión	14,3%	57,0%	43,3%	28,6%	45,5%
Educación	Recuento	3	4	23	1	31
	% dentro de Depresión	42,9%	5,1%	11,1%	7,1%	10,1%
Técnico	Recuento	1	9	28	2	40
	% dentro de Depresión	14,3%	11,4%	13,5%	14,3%	13,0%
Total	Recuento	7	79	208	14	308
		(2,3%)	(25,6%)	(67,5%)	(4,5%)	(100%)
	% dentro de Depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(1) Albañil, ayudante de construcción edificios, casas, etc.

(2) Mototaxi, taxista, buses.

(3) Gerencia, administrativo, secretariado,

(4) Profesor de educación inicial, primaria, secundaria, superior.

(5) Cocina, telefonía, cableado, computación.

En la tabla 9 se observa que de los pacientes que presentan depresión leve y moderada, predominan aquellos que se desempeñan en el sector oficina con un 43.3% y 57% respectivamente.

Tabla 10. Niveles de depresión según otras comorbilidades

		Niveles de depresión				Total
		No presenta	Leve	Moderada	Severa	
Comorbilidades Cardiovasculares	Recuento	2	15	46	2	65
	% dentro de nivel de depresión	28,6%	46,9%	62,2%	25,0%	53,7%
Respiratorias	Recuento	2	4	3	2	11
	% dentro de nivel de depresión	28,6%	12,5%	4,1%	25,0%	9,1%
Endocrinológicas	Recuento	2	9	7	2	20
	% dentro de nivel de depresión	28,6%	28,1%	9,5%	25,0%	16,5%
Atopias	Recuento	1	4	18	2	25
	% dentro de nivel de depresión	14,3%	12,5%	24,3%	25,0%	20,7%
Total	Recuento	7	32	74	8	121
		(5,8%)	(26,4%)	(61,2%)	(6,6%)	(100%)
	% dentro de nivel de depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1. Hipertensión, post infarto de miocardio,
2. Bronquitis crónica, asma
3. Rinitis alérgica, dermatitis
4. Diabetes, enfermedad tiroidea

En la tabla 10 se muestra que el 61,2% de los pacientes con otras comorbilidades presentan depresión moderada, y de ellos, el porcentaje es mayor en el grupo que tiene enfermedades crónicas cardiovasculares (62,2%)

IV DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que el 69,9% de los participantes presento depresión en nivel moderado, lo que coincide con los resultados obtenidos por Bartra, T (2018) en su tesis “Manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a diálisis peritoneal en el Hospital II - ESSALUD Tarapoto noviembre 2016 – marzo 2017” en la cual predominaron niveles de depresión moderada en un 56,7%. Esto puede deberse a que las secuelas de procesos crónicos y degenerativos son capaces de generar trastornos del estado de ánimo que afectan a la rehabilitación, recuperación y calidad de vida siendo necesario que deban ser evaluados y estudiados en investigaciones posteriores ya que este trastorno del estado de ánimo afecta al individuo en su totalidad, interfiriendo en los aspectos físicos, cognitivo-emocionales y sociales.

Se observa que la prevalencia de depresión en los pacientes con trastornos musculoesqueleticos es alta con un porcentaje de 97,5% En relación al tipo de patologías por las que acuden los pacientes a recibir tratamiento fisioterapeutico, hubo un mayor porcentaje de lumbalgia (25,1%), seguidamente de cervicalgia (12,3%), en tercer lugar el tipo más frecuente es el hombro doloroso (11,2%), en cuarto lugar la artrosis (8,7%) y en quinto el síndrome del túnel carpiano (5,7%), lo que concuerda con Carter S (2007) quien en su investigación “Uso de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios por personas con afecciones musculoesqueléticas”, encontró que hubo un alto porcentaje de pacientes con trastornos articulares no traumáticos así como trastornos del disco intervertebral y problemas de espalda en un 32% y 29,2% respectivamente. Estos resultados muestran que la mayoría de pacientes en edad laboral desarrollan o han desarrollado actividades que implican esfuerzo físico activo o pasivo, por ejemplo, en el caso de la lumbalgia y el hombro doloroso (tendinitis del bicipital) se ha reportado que está asociada a trabajos relacionados al rubro de la construcción o al trabajo de campo en zonas rurales⁽³²⁾ mientras que la cervicalgia y el síndrome del

túnel carpiano se ha asociado a trabajos de actividad más sedentaria como los empleos de oficina y en los que se utiliza el movimiento de la articulación de la muñeca de forma repetitiva⁽³³⁾. Asimismo, este estudio difiere con Remedios,L(2012) quien en su investigación “análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería” Almeria-2012” encontró que de la muestra de pacientes con promedio de edad de 64 años los diagnósticos principales fueron secuelas por inmovilización (29%), fracturas de cadera (16,5%), accidente vascular cerebral (13,7%) y prótesis de rodilla (11,9%). Esta diferencia se da por las características y diferencias en edad y sectores socioeconómicos demostrando que los enfoques diagnósticos, terapéuticos y de investigación deben personalizarse.

La distribución fue homogénea en lo concerniente a género en el grupo estudiado, aspecto que coincide con Narvárez, V (2004) quien en su tesis “Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia” obtuvo una muestra homogénea de 51 mujeres y 49 hombres. Al contrario difiere con lo encontrado por Rosas, M. (2006) en su tesis “Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético” donde 37 de los 57 pacientes (64.9%) fueron hombres. Por tanto, la distribución de la muestra por géneros puede variar o ser homogénea en diferentes situaciones, contextos sociales y objetivos de investigación, en ese sentido, se considera que los valores similares hallados en el estudio realizado en el centro de terapia física y rehabilitación se atribuyen a que el mayor porcentaje de pacientes que acuden tienen un rango de edad de 30 a 64 años, asimismo la mayoría realiza actividades de oficina que implican posturas y rutinas sedentarias, ese tipo de labores son realizadas tanto por hombres y mujeres, por lo que es esperable que la proporción de pacientes que acuden sea similar respecto al género ya que los principales trastornos musculoesqueléticos hallados en este estudio (lumbalgia, cervicalgia, hombro doloroso) son más frecuentes en personas que adoptan posturas como sedestacion prolongada y

posiciones encorvadas así como movimientos repetitivos de articulaciones. Con respecto a la prevalencia de depresión, hubo mayores índices en las mujeres con un 51,6%, mientras que los hombres tuvieron 48,4%, esto coincide con Monteso P (2013), quien en su investigación "Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad" encuentra que el 46,7% de la población presenta depresión, de ellos, un 53% en las mujeres y un 40% en los hombres. Hay una serie de factores que determinan una mayor prevalencia de depresión en mujeres respecto a los hombres, podemos mencionar los factores bioquímicos (por ejemplo el efecto protector de la testosterona en hombres) así como factores sociales, ya que el rol de la mujer en la sociedad, como madre, esposa, cuidadora, sumado a la presión laboral, las hacen más susceptibles a padecer trastornos del estado de ánimo.

Respecto a los niveles de depresión y la edad, se observa que predominan niveles moderados (62,3%), y de ellos, los adultos con el rango de edad de entre 30 a 64 años tienen los niveles de depresión moderada más elevados (66,2%). Los hallazgos respecto a esta psicopatología concuerdan con lo hallado por Ruiz Y (2016), en su investigación "Prevalencia de trastornos depresivos en consultantes del centro de salud Pueyrredon de la ciudad de Córdoba, Argentina" donde se encontró que en el rango de 35 a 65 años, el 50% no presentaron psicopatología, el 25% fue positivo para psicopatología subumbral y el 25% restante presentaron psicopatología, una cifra mayor comparado con el grupo de 18 a 34 años donde el 72% de los pacientes presentaron ausencia de psicopatología, el 14% de mujeres presentaron psicopatología subumbral y el 14% fueron positivos para psicopatología. La mayor concentración y niveles de depresión moderado en dicho grupo puede estar relacionado a la evolución y consolidación a lo largo del tiempo del cuadro crónico que padecen ya sea a consecuencia de la actividad laboral desarrollada durante su juventud y adultez, o por lesiones no tratadas oportunamente, recordando siempre que la depresión es un factor que empeora los síntomas musculoesqueléticos al mantener al cuerpo, en este caso, el sistema osteomioarticular en constante tensión,

causando fatiga y desgaste en músculos, tendones, ligamentos, los cuales tendrán un efecto acumulativo con el tiempo.

Se observó que la depresión está presente en todos los niveles de educación, encontrándose altos niveles de depresión moderada (71,3%). Asimismo, la prevalencia es más elevada en aquellos que tienen mayor nivel de educación, siendo más alta en quienes tienen formación técnica (54,8%), lo cual indica que hay mayores niveles de depresión en poblaciones con mayor nivel educativo. Esto último concuerda con los datos proporcionados por el boletín de salud mental de la subdirección de enfermedades no transmisibles del ministerio de salud de Colombia (2017) la cual, según el nivel educativo, indica que existe una prevalencia mayor entre quienes tienen nivel superior (61,6%), en contraste con quienes no han recibido educación (45,2%)⁽³¹⁾. Estudios posteriores tendrán que evaluar si existe o no una asociación entre grado de estudios y niveles de depresión para confirmar o descartar dicha hipótesis. En todo caso, la capacitación y formación profesional conlleva a la realización de actividades más complejas y exigentes en una realidad laboral altamente competitiva y económicamente poco satisfactoria, lo que posteriormente se traduce en un aumento de los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

En la categoría “estado civil”, Predominan los niveles de depresión moderada con un 68,9%, encontrándose los niveles más altos en el grupo de estado civil casados (33,7%) y solteros (36,9%) lo cual concuerda con lo encontrado por Salazar C (2015) en su tesis “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015” donde encontró que los pacientes casados y solteros presentaron una mayor incidencia de depresión con 28.57% y 20% respectivamente. Se debe profundizar sobre qué factores provocan dichos resultados, los cuales pueden ser conflictos de diverso tipo como infidelidad, problemas económicos, entre otros.

En la categoría “profesión/oficio”, la depresión está presente en todos los grupos que desarrollan alguna actividad económica siendo la depresión moderada la más frecuente (67,5%), asimismo se observó que de los pacientes que presentan depresión moderada, predominan aquellos que se desempeñan en el sector oficina/administrativo/gestión, esto concuerda con Gómez A (2005) quien en la investigación “Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid”, de un total de 1648 trabajadores que presentaban alguna incapacidad temporal y con un diagnóstico de trastorno mental encontró que los trabajadores con mejor rango y cualificación como directivos (41%), técnicos científico-intelectuales (30%) y empleados administrativos (27%) presentaban mayor prevalencia de sintomatología depresiva asociada al trabajo. Estos resultados se pueden vincular a elementos propios de la exigencia y competitividad laboral así como el estrés, el horario extenso, la obsesión por la consecución de objetivos y metas planteadas, el mobbing⁽³⁵⁾, el estrés generado por el apremio en la consecución de metas de productividad para evitar sanciones o rescisiones de contratos, entre otras presiones a las que sí están expuestos los trabajadores del sector profesional-administrativo.

Respecto a la concomitancia con otras enfermedades crónicas en la población estudiada, predomina la depresión moderada (61,2%), y dentro de esta categoría, los niveles son más altos en los pacientes con enfermedades cardiovasculares (62,2%), lo cual va de acuerdo con estudios que encuentran niveles de depresión en grupos de pacientes con problemas cardiovasculares. Como el trabajo de Herrera T (2014) quien en su estudio “Grado de depresión en pacientes hipertensos de 40 a 50 años de edad con 2 años de evolución adscritos a UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes”, quien encontró que de los 347 pacientes hipertensos, 80 pacientes tenían depresión leve, 51 presentaban depresión moderada y 8 depresión severa habiendo encontrado además mediante estudios de correlación que si existe asociación entre depresión e hipertensión arterial, y confirma el estudio de Urbina V (2017) quien en su investigación “Depresión como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial

en un hospital de Perú” encontró que la depresión si es un factor asociado a la no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Por tanto es importante la evaluación y seguimiento por parte de los especialistas en salud mental a todo paciente con enfermedades crónicas que requieran rehabilitación ya que ello afectara la adherencia al tratamiento médico y de rehabilitación.

CONCLUSIONES

En esta tesis se determinó los niveles de depresión en pacientes tratados por patología musculoesquelética crónica, encontrándose que existe predominio de niveles moderados en todas las variables estudiadas, En ese contexto, esta investigación va acorde a los numerosos estudios científicos y datos estadísticos a nivel nacional e internacional que muestran que la depresión es una importante causa de discapacidad y una comorbilidad constante añadida a otras enfermedades en los pacientes

Asimismo, se estableció las características de los pacientes atendidos en el centro de terapia física y rehabilitación, observándose que, mayoritariamente, son adultos cuyas edades oscilan entre 30 a 64 años, acuden por igual hombres y mujeres, principalmente son personas que desarrollan labores administrativas y de oficina, tienen principalmente educación técnico-universitaria y son por lo general de estado civil solteros y casados. También se observa que los trastornos musculoesqueléticos más comunes por los que son atendidos son por trastornos articulares no traumáticos. Es importante obtener las características de la población estudiada porque el enfoque diagnóstico y terapéutico de futuras investigaciones de los factores que inciden en el inicio y progreso de la depresión depende de conocer las características sociodemográficas de la población a estudiar.

En esta tesis se identificó los niveles de depresión en cada grupo en particular, observándose que, a nivel general, la depresión es un trastorno prevalente en todas las categorías, asimismo hay que resaltar que se encuentran altos niveles de depresión moderados en todos los grupos etarios y socioeconómicos, particularmente, tenemos una mayor cantidad de pacientes con niveles de depresión moderada en aquellos cuyos rangos de edad están entre 30 a 64 años, que realizan actividades laborales dependientes, en personas con estudios técnico-superiores, con estado civil soltero y casado así como en aquellos con hipertensión

arterial y trastornos musculoesqueléticos articulares no traumáticos, estos resultados tienen muchas explicaciones entre las que podemos mencionar y vincular a factores como el aumento del estrés, factores ergonómicos, la inestabilidad económica, situaciones de conflicto familiar y conyugal, la exigencia académica, la incertidumbre del mercado laboral, la inconformidad con el empleo actual, las enfermedades crónicas, entre otros, dichos aspectos deben ser profundizados en futuros estudios analíticos que busquen una asociación más exhaustiva entre dichas variables. Por tanto, se requiere un abordaje más profundo de esta problemática en los servicios de rehabilitación porque las manifestaciones subjetivas y objetivas de la depresión pueden variar en cada variable a estudiar, también es necesario profundizar en todos los factores de riesgo que puedan incidir en la presencia de este trastorno del estado de ánimo.

RECOMENDACIONES

Dado los niveles moderados de depresión encontrados es necesario realizar programas de despistaje y prevención de depresión en pacientes con enfermedades musculoesqueleticas crónicas en terapia de rehabilitación a través del uso de test psicométricos.

Se recomienda evaluar aspectos psicosociales en estos pacientes, y así determinar factores de riesgo para depresión para iniciar una oportuna y adecuada intervención por tanto es una necesidad la evaluación constante de un psicólogo en servicios de rehabilitación física.

Considerar que no todos los pacientes presentan una sintomatología compleja de depresión por lo que se sugiere realizar evaluaciones de rutina en todo paciente con enfermedad crónica como parte del protocolo de atención.

Se recomienda extender lo desarrollado en la tesis con nuevos estudios del tipo analítico para determinar si existen relaciones de causalidad entre la depresión y los trastornos musculoesqueleticos crónicos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mascarua Lara E. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Revista UNAM. 2014 Junio; 21(2).
2. Escobedo Lugo C. Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. Medicina Interna México. 2007 Mayo;(23).
3. Chacon Narvaez V. Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. Revista colombiana de psiquiatría. 2007 Julio;(36).
4. Libertad Martin A. Ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia y artritis reumatoide. Revista de la universidad cooperativa de Colombia. 2012 Enero
5. Bonilla Sepulveda OA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes. Revista colombiana de obstetricia y ginecologia. 2010 Agosto; 61(3).
6. Herrera Ortiz T. Grado de hipertensión en pacientes de 40 a 50 años con 2 años de evolucion adscritos a UMF 1 IMSS delegacion Aguascalientes. Tesis de grado. Aguascalientes: Universidad Autonoma de Aguascalientes, Departamento de medicina; 2014
7. Rosas Flores M. Prevalencia de depresion en pacientes con pie diabetico. Revista mexicana de angiologia. 2006 Julio; 34(3).
8. Bermudez Hernandez L. Ansiedad y depresión en pacientes que consultaron el servicio de cardiologia de Chiquinquira. Tesis de grado. Maracaibo: Universidad de zula, Departamento de medicina; 2004.
9. Jaen Aguila F, Jaque AR. Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. Hipertensión y riesgo vascular. 2014 Marzo; 31(1).
10. Jaque Arbieta R. Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el hospital regional de Huacho: octubre-noviembre del 2011.

- Trabajo de investigación. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela de post grado; 2013.
11. Pascual Pascual P. Somatización o síntomas somáticos. Asociación medica familiar. 2015 Mayo; 11(5).
 12. Sequeira Cordero A. Neurobiología de la depresión. Revista mexicana de neurociencia. 2009; 6(12).
 13. Marcheco Teruel B. El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. Revista cubana de genética. 2015 Enero;(1).
 14. Caspi Avshalom S. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003 Julio;(301).
 15. Pavcovich L. Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. Brain research. 1990 Junio;(24).
 16. Retamal P. Psicofarmacoterapia antidepresiva. Revista médica de Chile. 2001 Julio; 129(7).
 17. Soto Chigul D. Ansiedad y depresión en pacientes con lesiones físicas. Tesis de grado. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar, Departamento de psicología clínica; 2016 Marzo.
 18. Alarcón Terroso H. Guía de práctica clínica de trastornos depresivos. Murcia: Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias; 2013
 19. Organización Mundial de la Salud. Web de la organización mundial de la salud. [En línea]. 2019 [citado 2020 Agosto 19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
 20. Ministerio de Trabajo Migraciones y Seguridad Social. Union General de Trabajadores. [En línea]. 2019 [citado 2020 Agosto 23. Disponible en: https://ugt.es/sites/default/files/folleto_tme_web.pdf
 21. Pérez Urdaniz A. Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de personalidad. Actas españolas de psiquiatría. 2005 Julio; 33(4).

22. Cáceres Landaburu S. Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento académico en estudiantes de una facultad en una universidad privada de Lima. Tesis de maestría. Lima: Universidad Privada Cayetano Heredia, departamento de psicología; 2017.
23. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Noviembre; 392(10159).
24. Sanz J. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del inventario de depresión de Beck. Trabajo de investigación. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento de medicina; 2013.
25. Beck Tenkin A. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 2002 Junio; 8(1)
26. Sanz J. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. *Clínica y salud*. 2003 Enero; 14(3).
27. Beck, A.T. & Clark, D.A. Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research* 1, 23-36.
28. Vega Dienstmaier J. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de neuropsiquiatría*. 2014; 2(77).
29. Morales Quispe J. Trastornos musculoesqueléticos en recicladores que laboran en Lima Metropolitana. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2016 Octubre; 57(4)
30. Cervantes Castillo L. Identificación y análisis de síntomas musculoesqueléticos de origen disergonómico en el personal de enfermería del hospital Hipólito Unanue de Tacna. Tesis de maestría. Tacna: Universidad privada de Tacna, Departamento de postgrado; 2018.
31. Coryell Akiskal W. Manual Merck Web site. [En línea]. 2018 [citado 2020 Setiembre 7]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos?query=depresion>.

32. Pérez Domínguez J. Incidencia de lumbalgia y factores asociados en pacientes adultos que acuden al centro de salud el Valle durante los meses de julio 2017 a febrero 2018 en Cuenca. Trabajo de investigación. Cuenca: Universidad de Cuenca, Departamento de ciencias médicas; 2018.
33. Fuel Estrella E. Conocimientos, actitudes y prácticas del síndrome del túnel del carpo en el personal administrativo de la Universidad Técnica del Norte, Ibarra, 2017. Tesis de grado. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Departamento de enfermería; 2017.
34. Salazar Sanchez C. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Departamento de medicina; 2015.
35. Meseguer DPM. El acoso psicológico en el trabajo (mobbing) y su relación con los factores de riesgo psicosocial en una empresa hortofrutícola. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de psiquiatría y psicología social; 2010.
36. Urbina Azabache V. Depresión como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público del Perú. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela de medicina; 2017.
37. Consiglio E. Enfermedades emergentes no infecciosas. Revista Panamericana Salud Publica. 2008; 24(5).
38. Arenas Ortiz L. Factores de riesgo de trastornos músculo-esqueléticos crónicos laborales. Medicina Interna México. 2013 Agosto; 29(4).
39. Organización Mundial de la Salud. World health organization. [En línea]; 2019 [citado 2020 Agosto 14. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
40. Ministerio de Salud. Minsa. [En línea]; 2014 [citado 2020 Agosto 20. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>.
41. Instituto nacional de salud mental Honorio delgado-Hideyo Noguchi. Sitio web del instituto de salud mental Honorio delgado-Hideyo Noguchi. [En línea]. 2013 [citado 2020 Agosto 25. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>

42. Agudelo, A., Ante Ch, C., & Torres de G., Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. Rev. CES Psicol., 10(1), 21-34.
43. López Nicolás M. Desórdenes musculoesqueléticos y su relación con el ejercicio profesional en Odontología. Gaceta Dental. 2003 Junio;(139).
44. Bartra Jiménez T. Manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a diálisis peritoneal en el Hospital II - ESSALUD Tarapoto noviembre 2016 – marzo 2017. Tesis de maestría. Tarapoto: Universidad nacional de San Martín, Departamento de medicina; 2018.
45. Ruiz Alzate Y. Prevalencia de trastornos depresivos en consultantes del centro de salud Pueyrredon de la ciudad de Córdoba, Argentina. Tesis de maestría. Córdoba: Universidad nacional de Córdoba, Escuela de salud pública; 2016.
46. Remedios López L. Análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería. Gaceta sanitaria. 2012 Junio; 26(3).
47. Carter S. Use of Outpatient Physical Therapy Services by People With Musculoskeletal Conditions. Physical Therapy. 2007 Mayo; 87(5).
48. Gómez Galligo. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal en la comunidad de Madrid. Revista médica Mapfre. 2005 Setiembre; 16(3).
49. Felipe Callado L. Sociedad iberoamericana de información científica. [en línea]. 2008 [citado 2020 Setiembre 1. Disponible en: [http://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/96278#:~:text=De%20estas%20observaciones%20surgi%C3%B3%20la,sistema%20nervioso%20central%20\(SNC\).](http://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/96278#:~:text=De%20estas%20observaciones%20surgi%C3%B3%20la,sistema%20nervioso%20central%20(SNC).)
50. Monteso Curto P. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Revista atención primaria. 2014 Julio; 46(3).

ANEXOS

ANEXOS 1

1. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Fecha:.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.

- a. No me siento triste.**
- b. Me siento triste.**
- c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.**
- d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.**

2.

- a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.**
- b. Me siento desanimado con respecto al futuro.**
- c. Siento que no tengo nada que esperar.**
- d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.**

3.

- a. No creo que sea un fracaso.**
- b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.**
- c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.**
- d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.**

4.

- a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.**

- b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.**
- c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.**
- d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.**

5.

- a. No me siento especialmente culpable.**
- b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.**
- c. Me siento culpable casi siempre.**
- d. Me siento culpable siempre.**

6. a. No creo que este siendo castigado.

- b. Creo que puedo ser castigado.**
- c. Espero ser castigado.**
- d. Creo que estoy siendo castigado.**

7.

- a. No me siento decepcionado de mí mismo.**
- b. Me he decepcionado a mí mismo.**
- c. Estoy disgustado conmigo mismo.**
- d. Me odio.**

8.

- a. No creo ser peor que los demás.**
- b. Me critico por mis debilidades o errores.**
- c. Me culpo siempre por mis errores.**
- d. Me culpo de todo lo malo que sucede.**

9.

- a. No pienso en matarme.**
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.**
- c. Me gustaría matarme.**

d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

a. No lloro más de lo de costumbre.

b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.

c. Ahora lloro todo el tiempo.

d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.

a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.

b. Las cosas me irritan más que de costumbre

c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.

d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

a. No he perdido el interés por otras cosas.

b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.

c. He perdido casi todo el interés por otras personas.

d. He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

a. Tomo decisiones casi siempre.

b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.

c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.

d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.

b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.

c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.

d. Creo que me veo feo.

15.

- a. Puedo trabajar tan bien como antes.**
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.**
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.**
- d. No puedo trabajar en absoluto.**

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes.**
- b. No puedo dormir tan bien como solía.**
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.**
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.**

17.

- a. No me canso más que de costumbre.**
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.**
- c. Me canso sin hacer nada.**
- d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.**

18.

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.**
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.**
- c. Mi apetito esta mucho peor ahora.**
- d. Ya no tengo apetito.**

19.

- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.**
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.**

- c. He rebajado más de cinco kilos.
- d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

2. Ficha de recolección de datos

Edad: _____

Sexo: _____

Grado de instrucción: _____

Diagnóstico (historia clínica)

Otras enfermedades crónicas (ejemplo diabetes, hipertensión, etc.)

Tiempo de enfermedad (historia clínica)

¿Toma medicación psiquiátrica?
