



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de Traumatología, Ortopedia y
Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México.

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
CERVICALGIA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN NORTE UMAE “DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”.**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN:

MEDICINA DE REHABILITACIÓN

Presenta:

DRA. LESLIE LUCÍA GUTIÉRREZ PÉREZ

Investigador responsable:

DRA. AIDEÉ GIBRALTAR CONDE

Tutor:

DRA. EVANGELINA PÉREZ CHÁVEZ

Registro CLIEIS: R-2016-3401-61

Ciudad de México, Noviembre, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

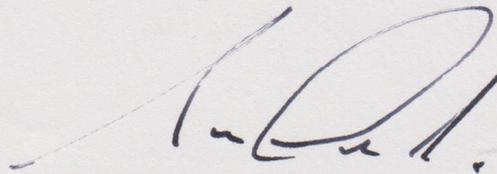
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez",
Ciudad de México.
IMSS

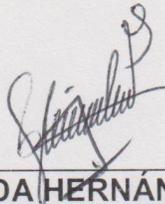
**HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN 3401
NÚMERO DE REGISTRO: R-2016-3401-61**

**"PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
CERVICALGIA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN NORTE UMAE "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ".**



DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México, IMSS
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
IMSS-UNAM



DRA. HERMELINDA HERNÁNDEZ AMARO

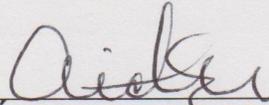
Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de
Medicina Física y Rehabilitación Norte
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México, IMSS
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
IMSS-UNAM

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez",
Ciudad de México.
IMSS

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN 3401
NÚMERO DE REGISTRO: R-2016-3401-61**

**"PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
CERVICALGIA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN NORTE UMAE "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ".**

INVESTIGADOR RESPONSABLE



DRA. AIDEÉ GIBRALTAR CONDE

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.
Médico Adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México, IMSS
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
IMSS-UNAM

TUTOR



DRA. EVANGELINA PÉREZ CHÁVEZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.
Médico Adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México, IMSS
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
IMSS-UNAM

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

Éste trabajo va dedicado a mi familia con quien siempre he contado desde el inicio de mi Licenciatura y en todo el camino que recorrí para llegar a éste momento. Son mi apoyo incondicional. Los amo.

A mis profesores que con su ejemplo e incansable trabajo día a día me han formado e inspirado.

A los pacientes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte que son el motor y el motivo principal de éste trabajo. Cada día me han enseñado lo que realmente importa en ésta vida, la capacidad de tener independencia y de sonreír a pesar de los obstáculos que se presenten.

Gracias al Instituto Mexicano del Seguro Social que me ha permitido formarme profesionalmente y llegar a éste momento.

Gracias a mi amada Universidad Nacional Autónoma de México y a mi Facultad de Medicina por formarme desde el origen de mi decisión de ser Médico Cirujano y ahora también en ésta gran aventura siempre bajo el precepto de ‘Aliis Vivere’ y el Hipocrático ‘Primum non Nocere’. La invaluable enseñanza que pude obtener de ésta, mi ‘Alma Mater’, es que para ser un buen médico primero tengo que ser un mejor ser humano.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

ÍNDICE

I.	RESUMEN	6
II.	MARCO TEÓRICO	7
III.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
V.	OBJETIVOS	16
VI.	HIPÓTESIS	17
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	18
VIII.	RESULTADOS	21
IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
X.	CONCLUSIONES	35
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
XII.	ANEXOS	39

RESUMEN

Título: “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Antecedentes. La detección de sintomatología depresiva y/o ansiosa complementa el abordaje y tratamiento de rehabilitación en el paciente con dolor cervical crónico y discapacidad física. El dolor cervical se presenta en 15 a 20% de la población por año. La depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo; tiene una prevalencia en México de 7.8% y el trastorno de ansiedad de 3.1%. **Objetivo.** Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. **Material y Métodos.** Transversal descriptivo. Se evaluaron 85 pacientes del 1ro de marzo al 31 de mayo del 2017 con criterios de inclusión: mayores de 18 años y menores de 90 años con cervicalgia de más de 3 meses de duración. Se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, previa obtención de consentimiento informado y se requisó hoja de datos personales. A aquellos pacientes que resultaron positivos para sintomatología ansiosa y/o depresiva se realizó nota de referencia a la Unidad de Medicina Familiar correspondiente para envío a Psiquiatría y se buscaron síntomas de urgencia psiquiátrica. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados.** De los 85 pacientes evaluados 53 fueron mujeres y 32 hombres, con edad media de 54 años y rango de edad de 19-89 años. 64 resultaron positivos acorde a la escala de Goldberg (75.29%) de los cuales 14 fueron positivos para ansiedad (16.47%), 13 para depresión (15.29%) y 37 para ambos trastornos (43.52%). La mayoría de los positivos en nuestra población fueron mujeres en edad media, ocupación empleados y escolaridad primaria lo que concuerda con lo reportado en la literatura. Así mismo, el tiempo de evolución de dolor cervical no logró relacionarse con mayor o menor riesgo de ansiedad y/o depresión, a diferencia de la sintomatología que genera discapacidad, la cual se correlacionó en todos los casos con la presencia de dichos trastornos. **Conclusiones.** Dada la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en pacientes con cervicalgia crónica en nuestro medio, es fundamental detectar y tratar estos trastornos como parte integral del tratamiento de rehabilitación lo cual probablemente disminuiría el tiempo de estancia y favorecería la reintegración laboral más tempranamente. La escala de ansiedad y depresión de Goldberg es un instrumento sencillo y rápido para la detección de sintomatología ansiosa-depresiva que bien podría utilizarse en nuestro medio para pacientes con cervicalgia crónica y tal vez en todo paciente que curse con dolor crónico favoreciendo su tratamiento global y no sólo musculoesquelético.

MARCO TEÓRICO

El trastorno depresivo se caracteriza por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño, o del apetito, fatiga y falta de concentración. Suele ser duradera o recurrente deteriorando la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o de hacer frente a su vida cotidiana.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo y que 322 millones de personas la padecen. Advierte también que una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo en su vida lo cual aumenta si concurren enfermedades médicas o situaciones de estrés. La prevalencia es del 8 a 12%. En la Ciudad de México en el 2003 se encontró que 7.8% de la población adulta entre 18 y 65 años padece depresión, con tasa de 2.5 mujeres por cada varón.¹

El trastorno de ansiedad se refiere a un grupo de trastornos mentales caracterizados por sentimientos de ansiedad y temor. Los síntomas pueden ir de leves a severos y la duración de los síntomas que presentan los convierte en trastornos crónicos más que episódicos.¹

En la región de las Américas se estima que la prevalencia para ansiedad es de 7.7% para la población femenina y de 3.6% para la población masculina. El número total estimado de personas con trastorno de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015. En México la prevalencia a lo largo de la vida es de 1.2% afectando a 1.6% de las mujeres y sólo al 0.7% de los hombres. En el 46.9% es de intensidad moderada, severa en 34.5% y leve en 18.6%. La mitad de los pacientes a los 27 años ya han iniciado con los síntomas de éste trastorno.¹

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

En el 2015 a través del Global Burden of Disease, los trastornos depresivos representaron un total de 50 millones de años vividos con discapacidad a escala mundial y en el caso de los trastornos de ansiedad, representan 24.6 millones.²

Por su parte el dolor cervical es una condición frecuente de consulta; aproximadamente 15 a 20% de la población cursan con dolor en región cervical por año y 1.5 a 1.8% de los adultos buscan atención médica ambulatoria anualmente por éste motivo. Así mismo, aproximadamente la mitad de los individuos cursará con dolor cervical a lo largo de su vida, por lo que se cree que el impacto socioeconómico, físico y psicológico del dolor cervical ha sido subestimado.³

Acorde al estudio de Global Burden of Disease del 2010, el dolor cervical es la cuarta causa de pérdida de años productivos por discapacidad después del dolor lumbar, depresión y artralgias. Se caracteriza por ser más frecuente en el sexo femenino y en edades medias. Así mismo se asocia con algunas comorbilidades como cefalea, lumbalgia, artralgias y depresión.⁴

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, en el año 2016 se otorgó consulta externa a 955 pacientes con diagnóstico de cervicalgia (código M54.2). En el año 2016 se otorgó consulta a 294 pacientes con diagnóstico de depresión (código F32.9) y a 272 pacientes con diagnóstico de ansiedad (código F41.9).

Las variables asociadas al dolor cervical pueden ser condiciones: genéticas, psicopatológicas (depresión, ansiedad, somatización), desórdenes del sueño, tabaquismo y vida sedentaria. Para la obesidad la asociación en diversas series no ha sido siempre positiva.⁵ Factores de riesgo asociados directamente al dolor

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

cervical son traumatismos (trauma craneoencefálico, síndrome de latigazo cervical y lesiones deportivas (lucha, hockey, fútbol).⁶

Se ha relacionado así mismo con algunas ocupaciones como de oficina, uso constante de computadora, trabajadores manuales y trabajadores del área de la salud. Sin embargo, la mayor asociación que se ha visto en diferentes estudios es relacionado a la baja satisfacción laboral y percepción de un ambiente laboral adverso.⁷

Existen diversas clasificaciones para categorizar al dolor cervical, dentro de las cuales incluye la dependiente de duración: aguda <6 semanas; subaguda < o igual a 3 meses, crónica >3 meses. Otra clasificación es de acuerdo a la severidad, etiología/estructura y tipo (mecánico versus neuropático).

El dolor mecánico se refiere al que se origina en la columna o sus estructuras de soporte como ligamentos y musculatura; algunos ejemplos de éste incluyen el dolor de origen facetario, discogénico y dolor miofascial. El dolor neuropático involucra una lesión de nervio periférico generalmente relacionado a irritación mecánica y/o química de las raíces nerviosas. La causa más común de dolor neuropático es la radiculopatía por hernia de disco, presencia de osteofitos o estenosis del canal.⁸

Cabe destacar que se ha observado una asociación importante entre un mayor tiempo de evolución y un peor pronóstico de acuerdo a diversos estudios de cohorte, en los que el dolor basal intenso y la presencia de discapacidad desde el inicio predicen un mal pronóstico.⁹

La mayoría de los casos de dolor cervical de menos de 6 semanas de duración (aguda y subaguda) resolverán máximo en 2 meses, aunque cerca del 50% de los

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

pacientes continuarán con dolor y recurrencia de la sintomatología en el año siguiente al inicio del cuadro.⁴

Los factores que se han asociado a persistencia de dolor cervical son: coexistencia de psicopatologías, satisfacción laboral baja, ocupación o trabajo con poca actividad física, sexo femenino, genética, dolor lumbar concomitante u otras condiciones reumatológicas, catastrofismo, trauma o lesión cervical previa, pobre autoconocimiento o autoevaluación del estado de salud, vida sedentaria, ganancia secundaria, tabaquismo y cefaleas.^{4,10}

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La percepción del dolor por otra parte, consta de un sistema neuronal sensitivo (nociceptores) y de vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares. La nocicepción puede estar influida por otros factores, como los psicológicos.¹¹

El dolor crónico se caracteriza por cursar con una experiencia de amplificación de la intensidad del mismo con el paso del tiempo más que de atenuación. Así mismo se asocia a una gran cantidad de alteraciones funcionales como disrupción del sueño, espasmo muscular y pérdida gradual de habilidades para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), generalmente las más complejas como realizar las compras o el aseo del hogar.¹²

Ante el dolor crónico, es necesario referirlo a un especialista tomando en cuenta la nemotecnia de las “6 D’s”: **d**iscapacidad, **d**epresión, **d**esacondicionamiento, **d**ependencia a opioides, relaciones **d**isfuncionales incluyendo divorcio y abuso de sustancias (del inglés **d**rinking). Desórdenes psicológicos como depresión y ansiedad deben ser igualmente diagnosticados y tratados junto con el manejo del dolor y deben considerarse incluso como diagnósticos de exclusión.¹²

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

Por tanto, como otras condiciones que cursan con dolor crónico, el dolor cervical se relaciona con estados psicológicos de ansiedad, depresión, dolor “catastrófico” o “catastrofismo”,¹¹ éste se define como un estado mental tendiente a un exagerado negativismo que surge por una experiencia dolorosa actual o anticipada; es la tendencia a magnificar el valor de los estímulos dolorosos, sentimientos de invalidez relacionados al dolor, y la incapacidad relativa de inhibir pensamientos relacionados a la experiencia dolorosa de manera anticipada, durante y después de la aparición de dolor.¹⁴

Se ha planteado en diversas series que el pensamiento catastrofista juega un papel central en el desarrollo del dolor crónico discapacitante; así mismo se asocia a incremento de la intensidad del dolor, disminución del umbral del dolor, mal pronóstico y una pobre respuesta a las intervenciones para disminuirlo.¹⁵

Es clínicamente importante identificar pacientes con dolor cervical crónico con alto nivel de dolor catastrófico; esto en aras de planear estrategias de tratamiento ya que se caracterizan por ser especialmente vulnerables al impacto negativo del dolor y a la mala respuesta al tratamiento.¹⁶

En un estudio realizado a 80 pacientes que cursaban con dolor cervical crónico en el año 2016 a los que se les siguió durante 3 meses, se determinó que 54 (68.4%) cursaban con estado ansioso, y 44 (55.7%) con depresión. Se concluyó que los individuos con dolor crónico cervical tienen un riesgo elevado de cursar con ansiedad y depresión, sin embargo no se puede concluir que ésta sintomatología sea causa directa del dolor o un factor de riesgo para el mismo.¹⁶

Estos hallazgos sugieren la importancia de identificar factores psicológicos asociados a la cervicalgia crónica pues podrían constituir obstáculos para la recuperación. Al conocer la importancia de los trastornos psíquicos en la

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

incidencia y persistencia del dolor cervical crónico puede ayudar a generar intervenciones preventivas y estrategias de manejo.¹⁶

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg está dirigida a la población general y consta de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una para la detección de ansiedad y otra para la detección de depresión. Ambas constan de 9 preguntas, las 5 últimas sólo se formulan si hay respuestas positivas a las primeras 4 preguntas las cuales son obligatorias. La probabilidad de padecer el trastorno es tanto mayor cuanto mayor sea el número de respuestas positivas.¹⁷ (Anexo 3).

Los síntomas contenidos en la escala están referidos a los 15 días previos a la consulta. Todos los ítems tienen la misma puntuación y siguen un orden de gravedad creciente. No se puntúan los síntomas que duren menos de 2 semanas o que sean de leve intensidad. Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos. Los criterios de valoración para la subescala de ansiedad es de 4 o más respuestas afirmativas y la subescala de depresión de 2 o más respuestas afirmativas. El instrumento está diseñado para detectar *probables casos*, no para diagnosticarlos.¹⁷

Globalmente tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (66%). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72%), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42% de los trastornos depresivos).¹⁷

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, en el año 2015 se otorgó consulta externa a 922 pacientes con diagnóstico de cervicalgia (código M54.2). Se reporta aproximadamente una prevalencia anual de cervicalgia crónica que oscila entre el 15-50% con una media de 37.2%.¹ 31% de los pacientes que cursan con dolor crónico tienen también depresión y/o ansiedad.¹³

En una revisión sistemática realizada por Bertozzi L, Gardenghi I, Turoni F, et al. se concluyó que la detección de sintomatología ansiosa y/o depresiva es una parte fundamental para el manejo del dolor de pacientes con cervicalgia crónica y que es una medida complementaria para el abordaje y tratamiento del paciente con dolor cervical crónico y discapacidad física.¹⁶

Debido al tiempo limitado con el que se cuenta en los servicios de atención médica, a que la prevalencia de estos trastornos es alta (20-25% de la población general) y a que existen manifestaciones atípicas tanto de los trastornos de ansiedad y depresión, se sabe que más del 50% de los casos no se diagnostican y no reciben el tratamiento indicado, por lo que es necesario disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías.¹⁶

Las escalas diagnósticas y de evaluación de depresión y ansiedad son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de estos trastornos, elaborado fundamentalmente a través de la entrevista clínica. No se realizan cuestionarios de detección de sintomatología ansiosa y/o depresiva de rutina en estos pacientes a pesar de la comorbilidad frecuentemente demostrada con cervicalgia crónica.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

El dolor crónico se caracteriza por cursar con una experiencia de amplificación de la intensidad del mismo con el paso del tiempo más que de atenuación y se asocia a alteraciones funcionales como disrupción del sueño, espasmo muscular y pérdida gradual de habilidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Así mismo, como otras condiciones que cursan con dolor crónico, el dolor cervical se relaciona con estados psicológicos de ansiedad, depresión, dolor “catastrófico” o “catastrofismo” denotando la importancia de identificar factores psicológicos asociados a la cervicalgia crónica pues podrían constituir obstáculos para la recuperación.

Desde el punto de vista de la Rehabilitación Médica, identificar la coexistencia de ansiedad y depresión es de gran utilidad pues mejoraría la respuesta al tratamiento fisiátrico resultando en la temprana inclusión del paciente en su ámbito laboral y social y también acortando el tiempo de estancia dentro de la Unidad de Rehabilitación. En ello radica la importancia de que el tratamiento del paciente con cervicalgia crónica sea integral y multidisciplinario.

No se han realizado estudios previos en el Instituto Mexicano del Seguro Social ni en otras instituciones en México, por lo que existe un vacío en el conocimiento que invita por tanto a considerar ser estudiado.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”?

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

OBJETIVOS

Objetivo general.

Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Objetivos específicos.

- Determinar el número de pacientes que cursan con cervicalgia crónica y que cumplen con los criterios de sintomatología ansiosa y depresiva que establece el cuestionario de Goldberg, que no han recibido atención médica o psicológica por tales diagnósticos en nuestro medio.
- Conocer la distribución por sexo, edad, ocupación, escolaridad, tiempo de evolución y diagnóstico en expediente clínico en pacientes que resulten positivos para ansiedad y para depresión.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

HIPÓTESIS

Al aplicar la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg a pacientes con diagnóstico de cervicalgia crónica se observará que un 60% de los pacientes también cursan con sintomatología ansiosa y/o depresiva no diagnosticada previamente.¹⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo que incluyó a pacientes con diagnóstico de cervicalgia crónica tratados desde el 1ro de marzo 2017 hasta el 31 de mayo de 2017 en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron: pacientes mayores de 18 años y menores de 90 años y con diagnóstico de cervicalgia de más de 3 meses de duración. Se excluyeron pacientes que ya contaran con diagnóstico y tratamiento por ansiedad y/o depresión dentro de la Institución.

Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. El tamaño de la muestra fue determinado mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

En la que N es el tamaño de la población o universo de posibles encuestados, de 126, k se calculó a un nivel de confianza del 95% siendo su constante 1.96; e se calculó al 5% como error muestral; p equivale a 0.5 que es la proporción de individuos que poseen la característica en estudio y q es la proporción de individuos que no poseen dicha característica que equivale a 0.5. De acuerdo a esto se obtuvo un total de 85 pacientes elegibles para nuestro estudio.

Los pacientes que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, previa explicación del mismo, firmaron hoja de consentimiento informado y se registró en una hoja de recolección de datos personales nombre, sexo, edad, número de afiliación, escolaridad, ocupación, domicilio, tiempo de evolución de dolor cervical, diagnóstico en expediente clínico y tiempo de estancia en la Unidad. Posteriormente se procedió a aplicar la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.¹⁸

A aquellos pacientes que contaron con una puntuación igual o mayor de 4 para subescala de ansiedad y/o una puntuación igual o mayor de 2 para subescala de depresión, se les elaboró nota de referencia a Unidad de Medicina Familiar correspondiente sugiriendo valoración por Psiquiatría. Así mismo en pacientes que obtuvieron las puntuaciones mencionadas se indagó acerca de: ideas de muerte, ideas autolesivas o heteroagresivas, ideas suicidas, intento suicida, alucinaciones así como ideas delirantes para descartar alguna urgencia médico-psiquiátrica.

Se realizó análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central, rangos, frecuencias, porcentajes e inferencial para la variable dependiente así como prueba T de student.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Dependiente. Ansiedad y/o depresión	Ansiedad: angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a cierta neurosis, y que no permite sosiego de los enfermos. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Depresión: síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	a) Presencia de ansiedad en caso de 4 o más respuestas afirmativas y/o depresión en caso de 2 o más respuestas afirmativas. b) Sin presencia de ansiedad y/o depresión.	Cualitativa, nominal, dicotómica.
Independiente Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	a) Años	Cuantitativa, ordinal.
Independiente Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo.	a) Femenino b) Masculino	Cualitativa nominal, dicotómica.
Independiente Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	a) Empleados (oficina y misceláneos). b) Pensionados.	Cualitativa nominal.

Gutiérrez-Pérez L.
 UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
 Ciudad de México.
 IMSS

		c) Hogar. d) Estudiante.	
Independiente Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	a) Primaria. b) Secundaria. c) Bachillerato/carrera técnica. d) Licenciatura. e) Posgrado. f) Analfabeta.	Cualitativa nominal.
Independiente Cervicalgia crónica	Dolor en región cervical de más de 3 meses de duración.	a) Presencia de cervicalgia de 3 meses o más de evolución. b) Ausencia de cervicalgia de 3 meses o más de evolución.	Cualitativa nominal, dicotómica.

Cronograma de actividades

Título del Protocolo: “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Actividad	Oct 2016- Nov 2016	Dic 2016	Marzo-Mayo 2017	Junio- Julio 2017	Agosto- Septiembre 2017
Búsqueda bibliográfica, elaboración del Protocolo, instrumento de medición.	✕				
Envío de protocolo para autorización por parte del Comité Local de Investigación y registro.		✕			
Búsqueda de paciente aplicación de instrumento de medición.			✕		
Captura y análisis de la información.			✕		
Presentación de resultados.				✕	
Realización Resumen y Cartel.					✕
Envío de Resumen y Cartel para publicación.					✕

RESULTADOS

En el periodo de 1 de marzo de 2017 al 31 de mayo de 2017 se evaluaron a 85 pacientes con cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, de los cuales 53 fueron mujeres y 32 hombres. La edad media fue de 54, con un rango de edad de los 19 a 89 años. 53 de ellos residen en la Ciudad de México y 32 en el Estado de México, todos ellos en zonas urbanas con acceso a servicios de salud. (Gráfico 1).

En cuanto a la ocupación, 35 de ellos fueron empleados de los cuales 19 son empleados de oficina, 4 comerciantes, 3 cocineras, 3 de personal de limpieza, 2 recepcionistas, un mensajero, un chofer, un Médico Familiar, un Nutriólogo y un Diseñador de Imagen. 23 fueron pensionados, 26 se dedican al hogar y un estudiante. (Gráfico 2).

Con respecto a la escolaridad, 24 cursaron primaria completa, 21 secundaria completa, 15 bachillerato o carrera técnica completos, 11 Licenciaturas completas, 8 primaria trunca, dos Licenciaturas truncas; en los casos de analfabetismo, secundaria trunca, bachillerato/ carrera técnica trunca y posgrado sólo se registró un paciente. (Gráfico 3).

El tiempo de evolución del dolor cervical en los pacientes estudiados osciló desde 4 meses hasta 50 años. 30 pacientes refirieron desde los 4 meses de evolución hasta los 10 meses, mientras que 55 fluctuaron del año de evolución hasta los 50 años, siendo el tiempo de evolución más frecuente de 2 años (18 pacientes), seguido por un año de duración (17 pacientes). (Gráfico 4).

Entre los diagnósticos encontrados en expediente clínico de la población de estudio se encontraron: 32 cervicalgias no especificadas, 24 con Mielopatía Espondilítica Cervical (MEC), 10 radiculopatías cervicales, 6 con cervicalgia postraumática, 4 espondiloartrosis cervicales, 2 con Canal Cervical Estrecho

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

(CCE), 4 con esguince cervical, 1 con listesis y 2 con cervicalgia secundaria a cirugía por hernia de disco. (Gráfico 5).

De los 85 pacientes estudiados, 64 resultaron positivos acorde a la escala de Goldberg, es decir 75.29%. De ellos, 14 fueron positivos para ansiedad, 13 para depresión y 37 para ambos trastornos (Gráfico 6 y 7).

Se obtuvo 14 pacientes que resultaron positivos para ansiedad: 11 fueron mujeres, 3 fueron hombres; la edad media fue de 55 años, con un rango de 31-79 años. En relación a la ocupación, 5 fueron empleados, 4 se dedican al hogar, 2 pensionados, una recepcionista, una diseñadora de imagen y un personal de limpieza. La escolaridad en éste grupo fue de 5 con carrera técnica/bachillerato completos, 4 primaria, 4 Licenciatura completa, uno secundaria completa. Con respecto al tiempo de evolución de dolor cervical cuatro de ellos fueron de 2 años, tres de 6 meses, dos de 8 años, para 5 años, 3 años, 1 año, 8 meses y 4 meses fue de un paciente respectivamente. En cuanto a los diagnósticos encontrados en el expediente clínico de estos pacientes: 4 fueron cervicalgias no especificadas, 4 MEC, 2 esguinces cervicales, 2 radiculopatías cervicales, una cervicalgia postraumática y una cervicalgia en posoperado por hernia de disco. (Gráficos 8 y 11 - 14).

Se obtuvo 13 pacientes que resultaron positivos para depresión: 9 fueron mujeres, 4 fueron hombres, la edad media fue de 57 años, con un rango de 40-74 años. En relación a la ocupación, fueron 5 pensionados, 2 hogar, 2 personal de limpieza, un obrero, un empleado, una cocinera y un comerciante. En la escolaridad, fueron 7 de primaria, 4 secundaria, uno carrera técnica/bachillerato y uno Licenciatura. Con respecto al tiempo de evolución de dolor cervical, tres fueron de 1 año, dos de 2 años, dos de 4 meses; para 6 años, 4 años, 10 meses, 9 meses y 5 meses fue de un paciente respectivamente. De los diagnósticos encontrados en el expediente clínico de estos pacientes, 5 fueron cervicalgias no especificadas, 4 MEC, dos

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

radiculopatías cervicales, uno de esguince cervical y uno para espondiloartrosis cervical. (Gráficos 9 y 11 - 14).

Se obtuvo 37 pacientes que resultaron positivos tanto para ansiedad como para depresión: 24 fueron mujeres, 13 fueron hombres, la edad media fue de 56.6 años, con un rango de 32-81 años. En relación a la ocupación 14 se dedican al hogar, 9 pensionados, 6 empleados, 3 comerciantes, un chofer, una recepcionista, un mensajero, una cocinera y una nutrióloga. Con respecto a la escolaridad, fueron 19 de primaria completa, 11 secundaria completa, 6 carrera técnica/bachillerato completo, 5 Licenciatura completa y una sin conocimiento de lectoescritura. Para el tiempo de evolución del dolor cervical, diez fueron de 2 años, siete de 1 año, seis de 3 años, cinco de 4 meses, dos de 8 y 6 meses; para 50 años, 5 años, 4 años, 10 meses y 5 meses fue de un paciente respectivamente. En cuanto a los diagnósticos en expediente clínico: 19 fueron cervicalgias no especificadas, 11 MEC, 5 radiculopatías cervicales, 2 espondiloartrosis; para esguince cervical, cervicalgia postraumática, CCE, listesis y cervicalgia en posoperado por hernia de disco fue de un paciente respectivamente. (Gráfico 10 - 14).

En relación a los ítems para ansiedad, 8 pacientes contestaron positivo a todos los rubros de los cuales 5 fueron mujeres, 2 hombres, 3 con 2 años de evolución y 4 con diagnóstico de cervicalgia no especificada. Con respecto a los ítems de depresión, 5 pacientes contestaron a 7 rubros positivos que fue el valor más alto en el estudio, de los cuales 4 fueron mujeres, un hombre, 3 por cervicalgia no especificada y 3 pacientes con 3 años de evolución.

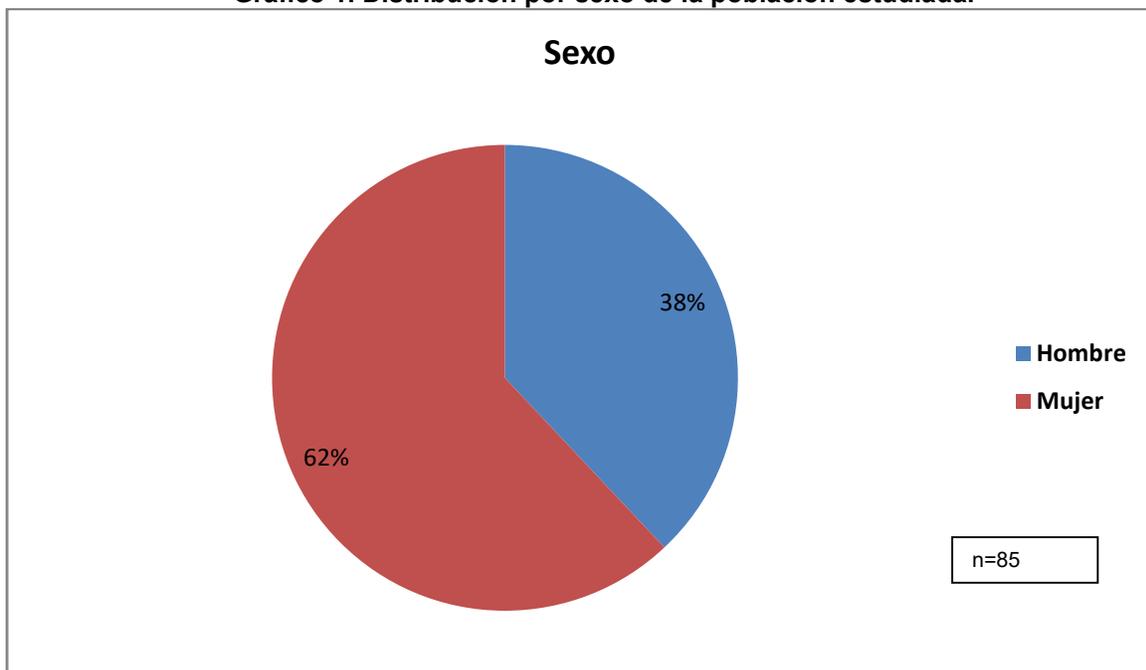
De la población positiva, 5 pacientes (7.81%) refirieron sintomatología asociada como: labilidad emocional con tendencia al llanto fácil, ideas de minusvalía y dependencia así como fantasías de muerte. Sólo uno de ellos refirió fantasías heteroagresivas y otro paciente refirió la presencia de crisis de pánico. Cabe destacar que en estos 5 pacientes la escala de valoración resultó positiva para

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
Ciudad de México.
IMSS

ambos ítems, ansiedad y depresión, con puntajes mínimos de 4 para cada trastorno. No se detectó ninguna urgencia psiquiátrica al momento de aplicar la escala de Goldberg.

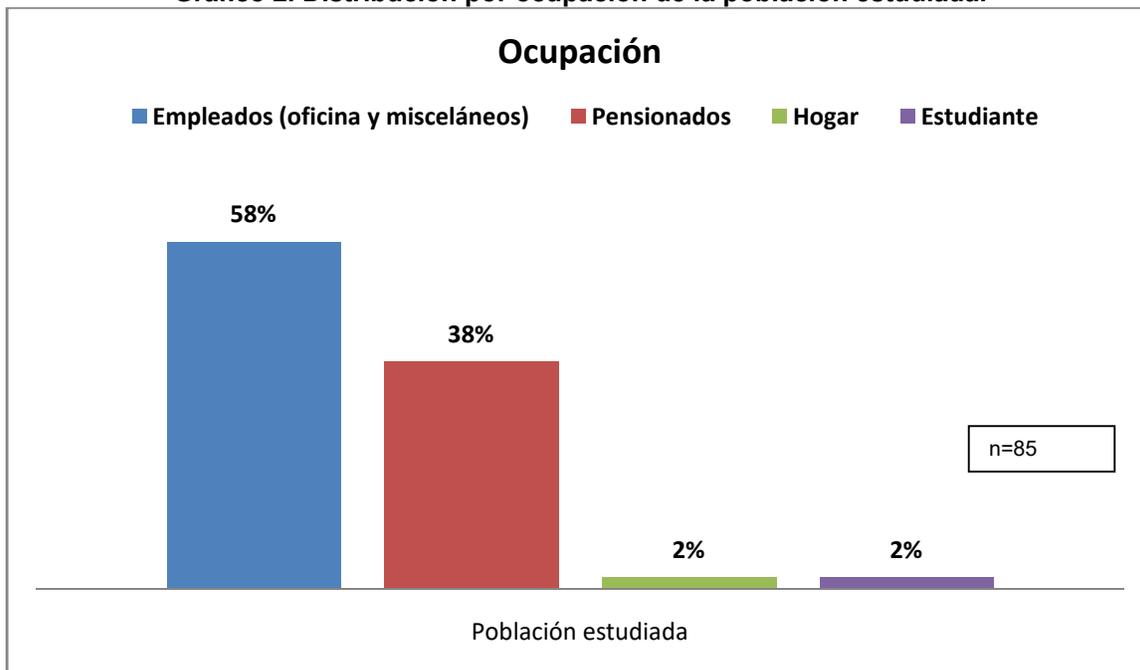
En los casos que resultaron positivos se preguntó acerca del tiempo de inicio de la sintomatología ansiosa y/o depresiva. En todos los casos los pacientes afirmaron asociar el inicio de estos síntomas secundario a la instauración crónica del dolor cervical; así mismo se asoció su inicio a la presencia de parestesias en miembros torácicos, dificultad para la marcha y fallas en la propiocepción en el caso de pacientes con diagnóstico de MEC y en intervenidos quirúrgicamente por hernia de disco.

Gráfico 1. Distribución por sexo de la población estudiada.



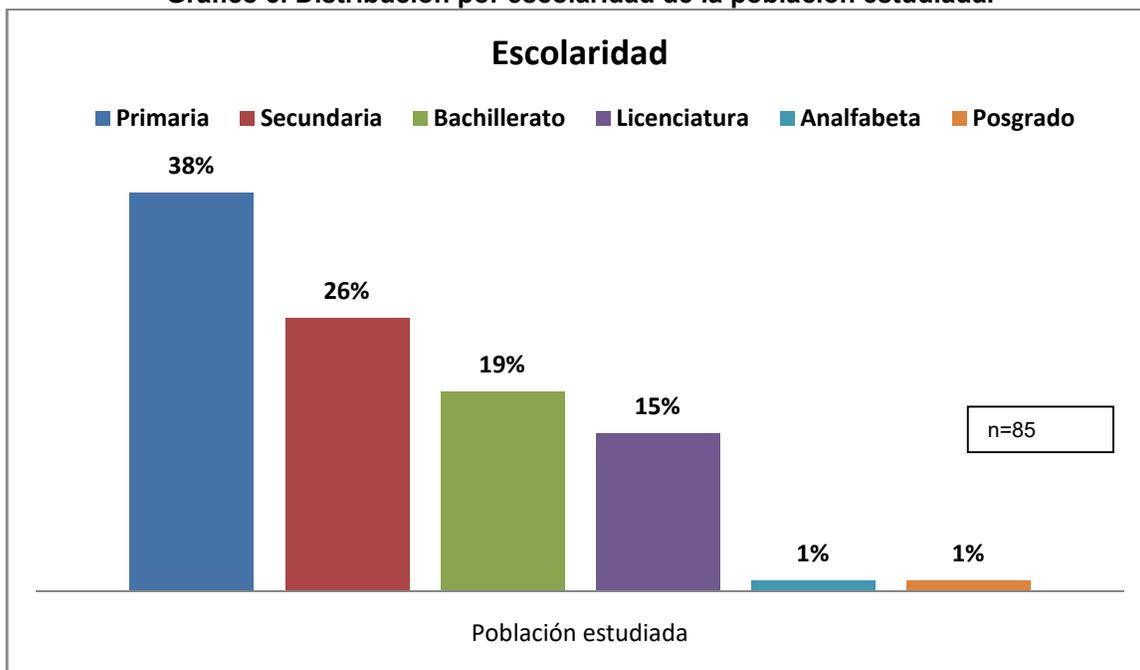
Fuente: HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS (HCD)-GPLL 2017.

Gráfico 2. Distribución por ocupación de la población estudiada.



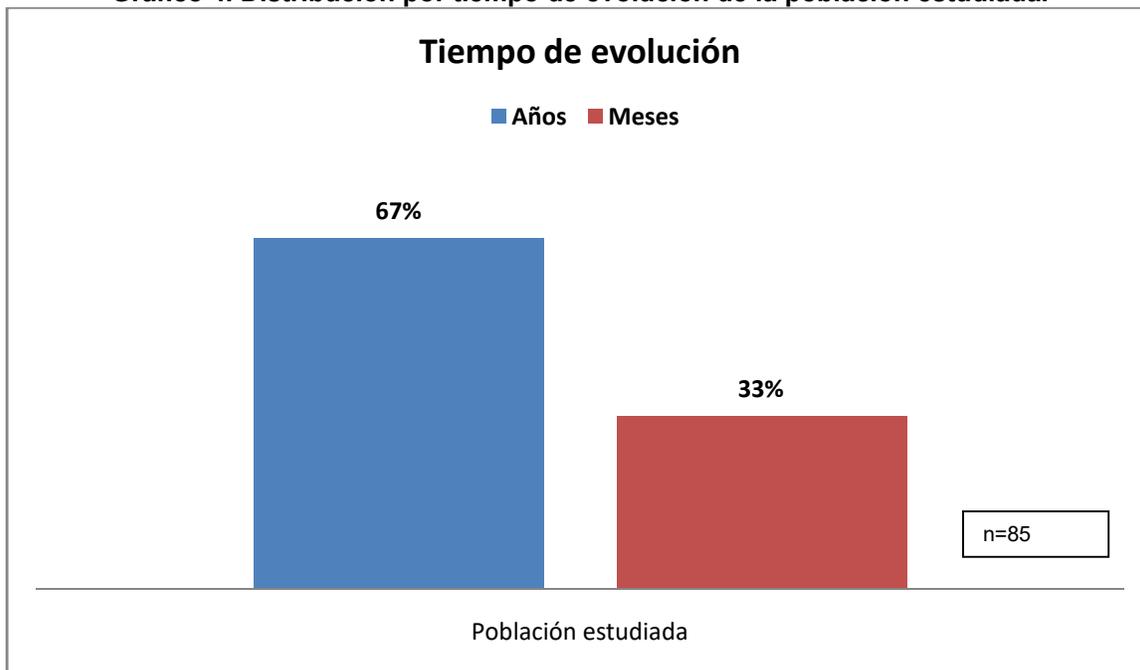
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 3. Distribución por escolaridad de la población estudiada.



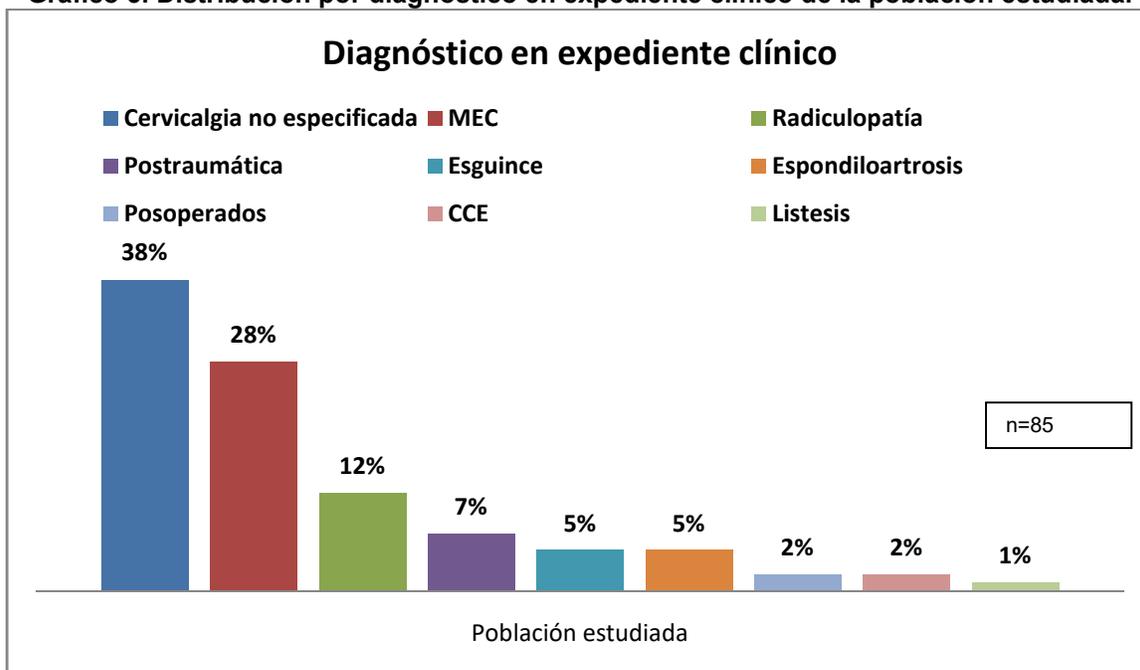
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 4. Distribución por tiempo de evolución de la población estudiada.



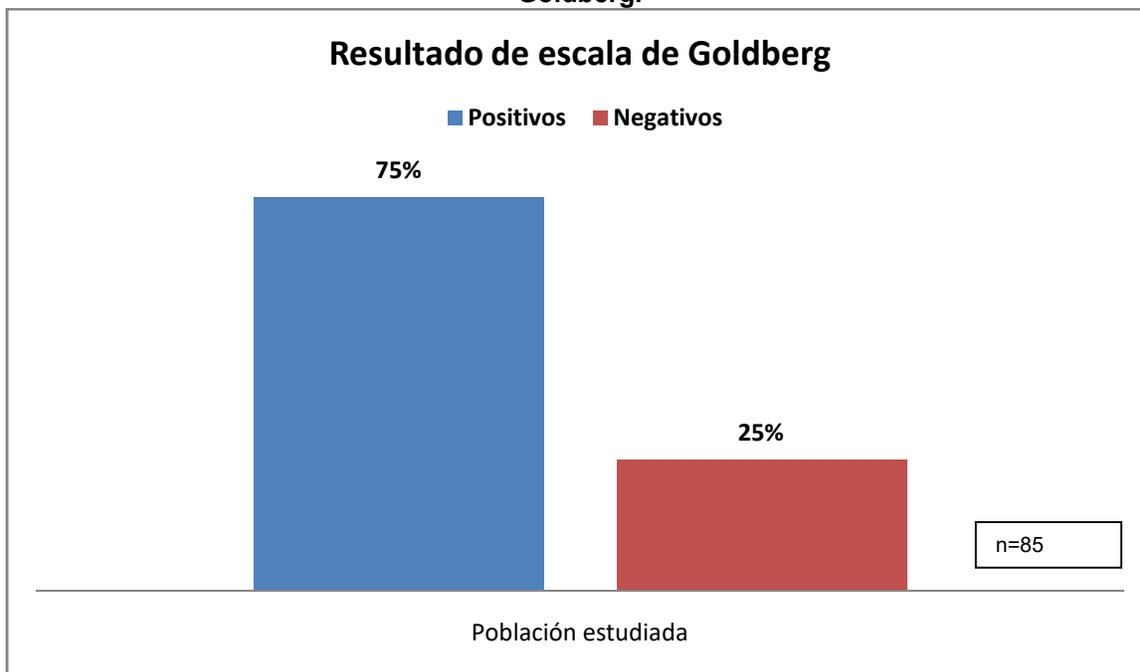
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 5. Distribución por diagnóstico en expediente clínico de la población estudiada.



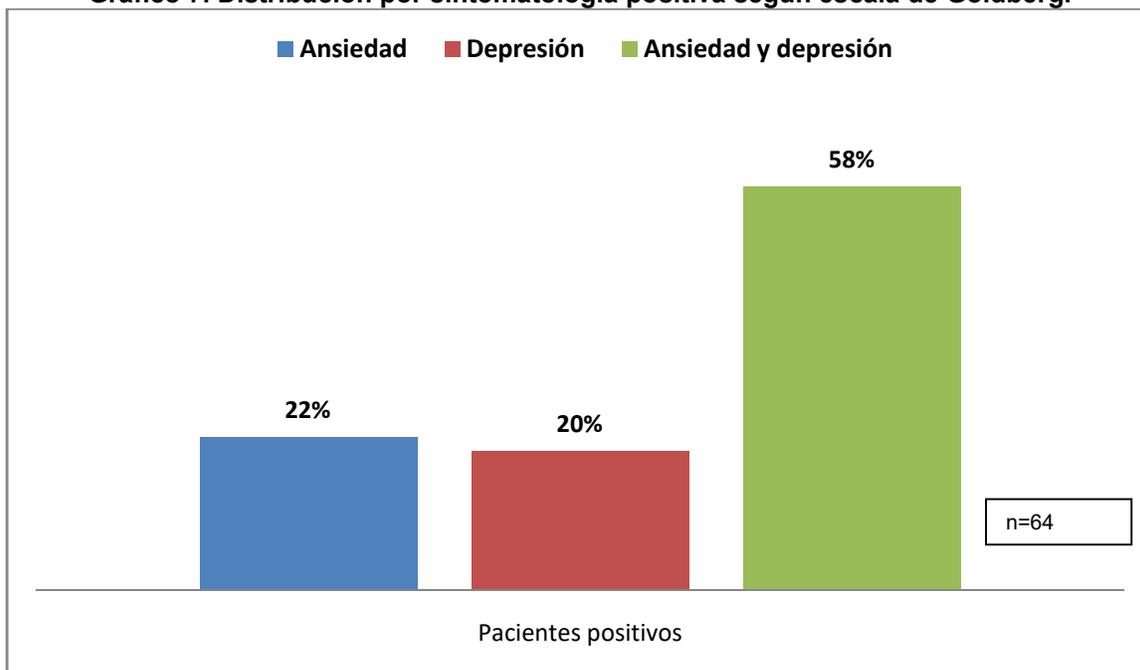
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 6. Distribución de la población estudiada de acuerdo al resultado de la Escala de Goldberg.



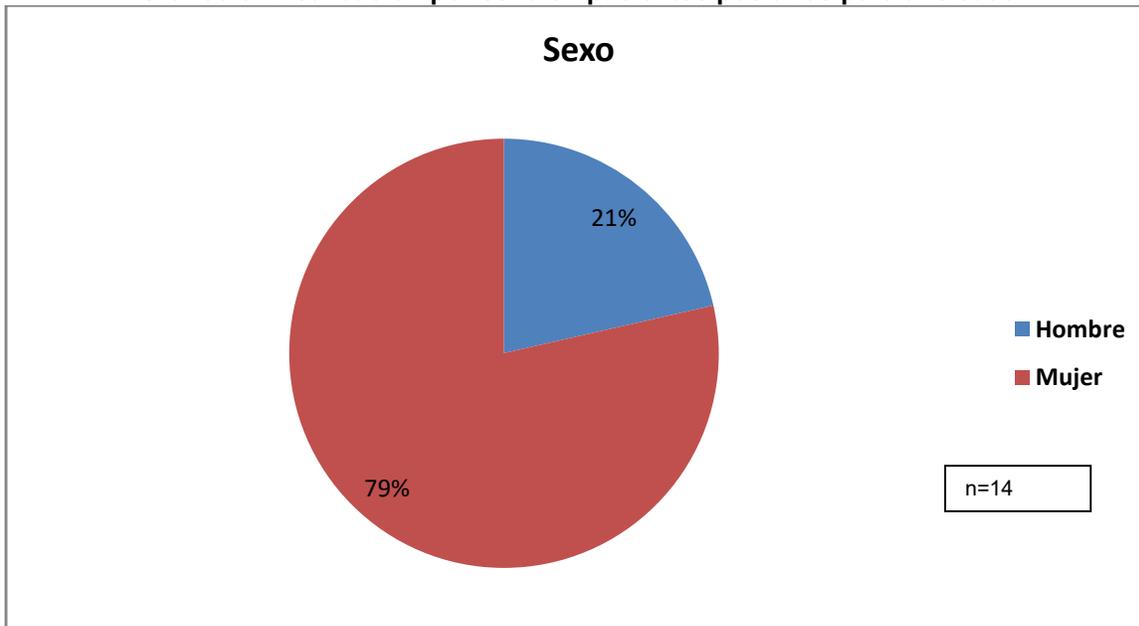
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 7. Distribución por sintomatología positiva según escala de Goldberg.



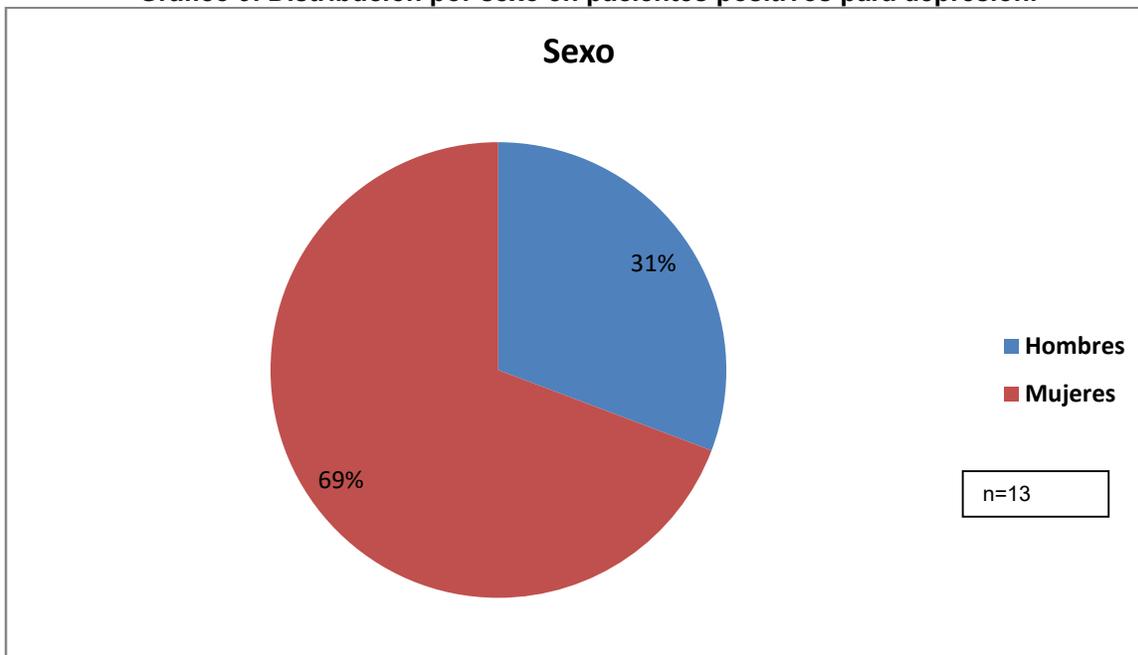
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 8. Distribución por sexo en pacientes positivos para ansiedad



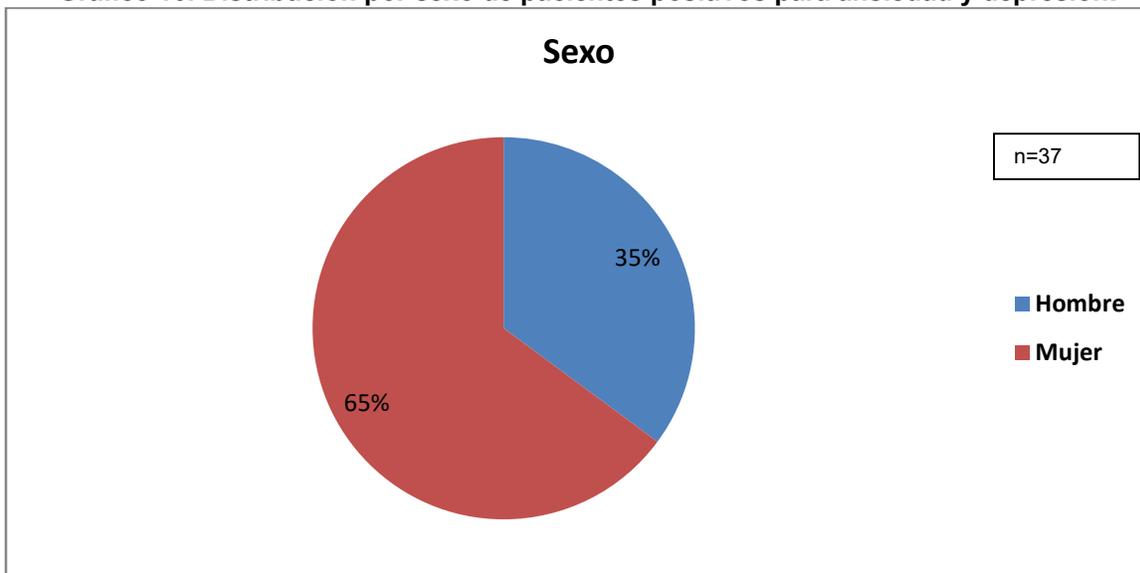
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 9. Distribución por sexo en pacientes positivos para depresión.



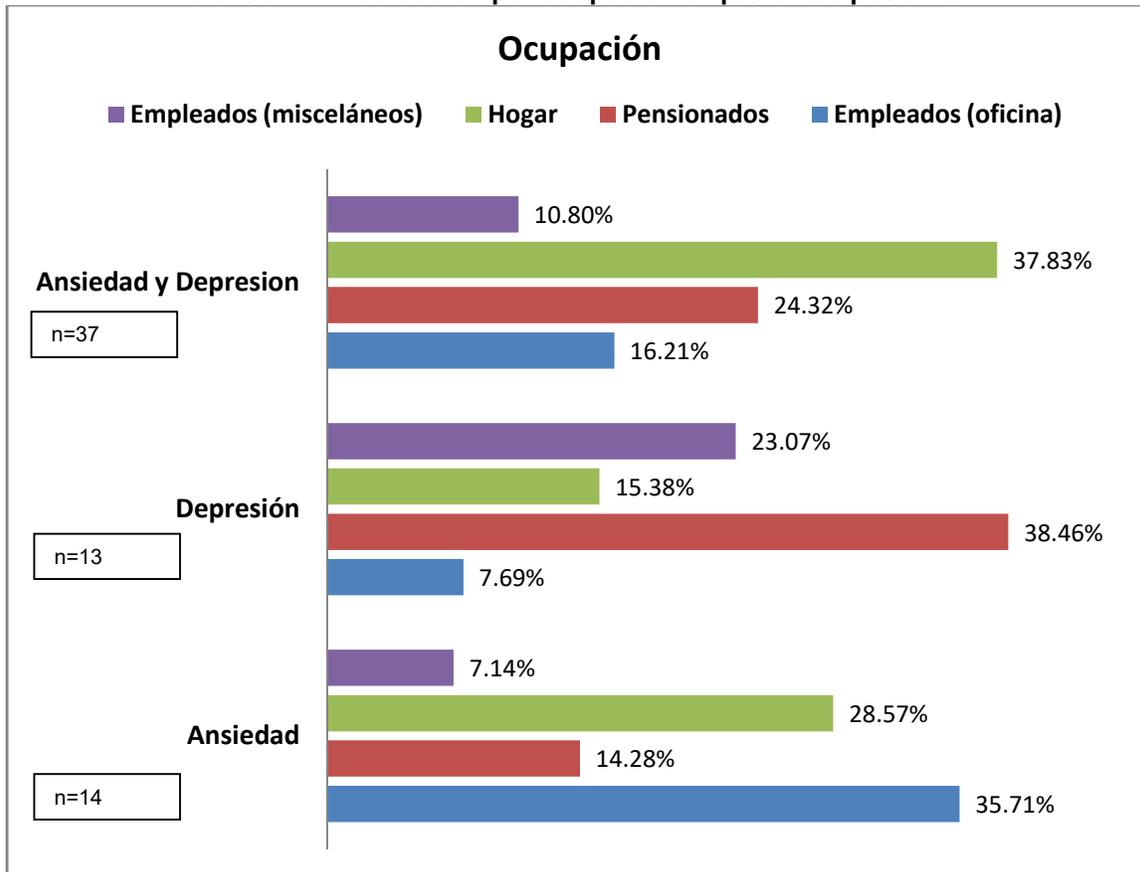
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 10. Distribución por sexo de pacientes positivos para ansiedad y depresión.



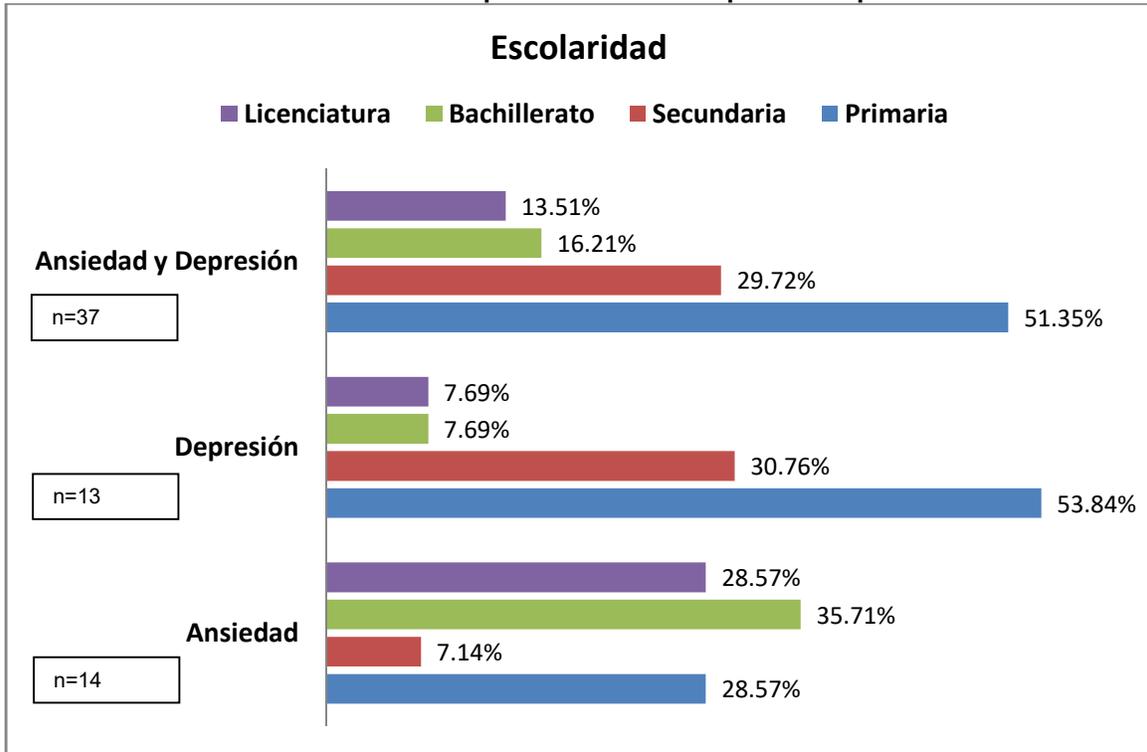
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 11. Distribución por ocupación en pacientes positivos.



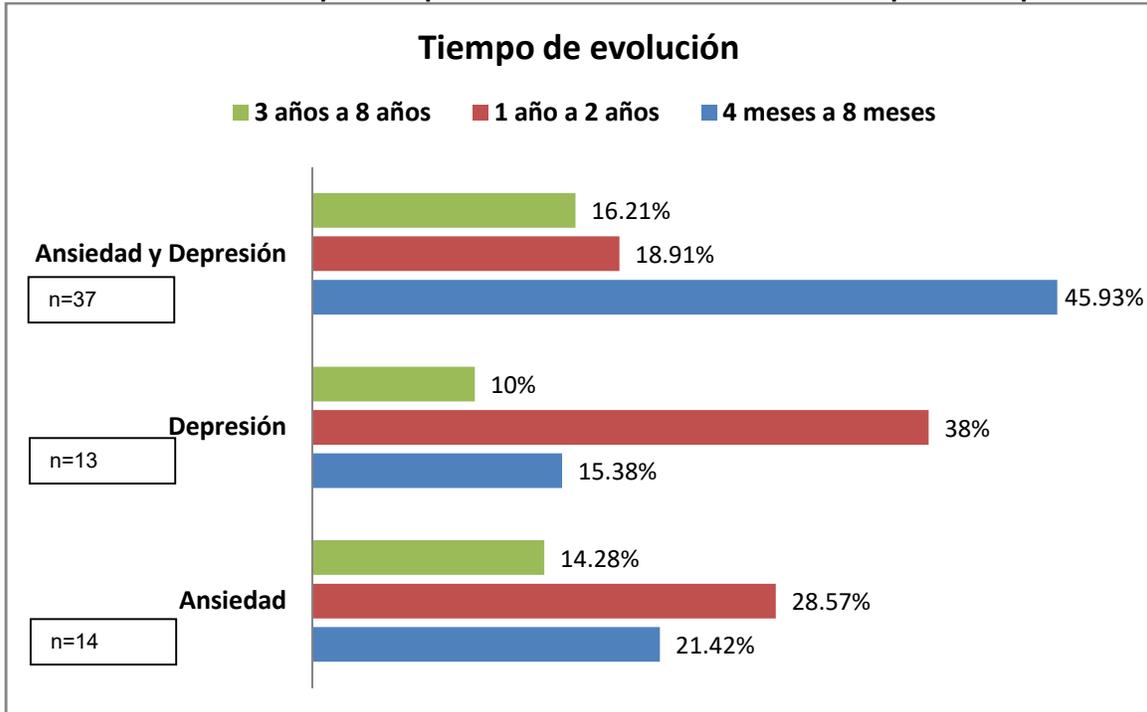
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 12. Distribución por escolaridad en pacientes positivos.



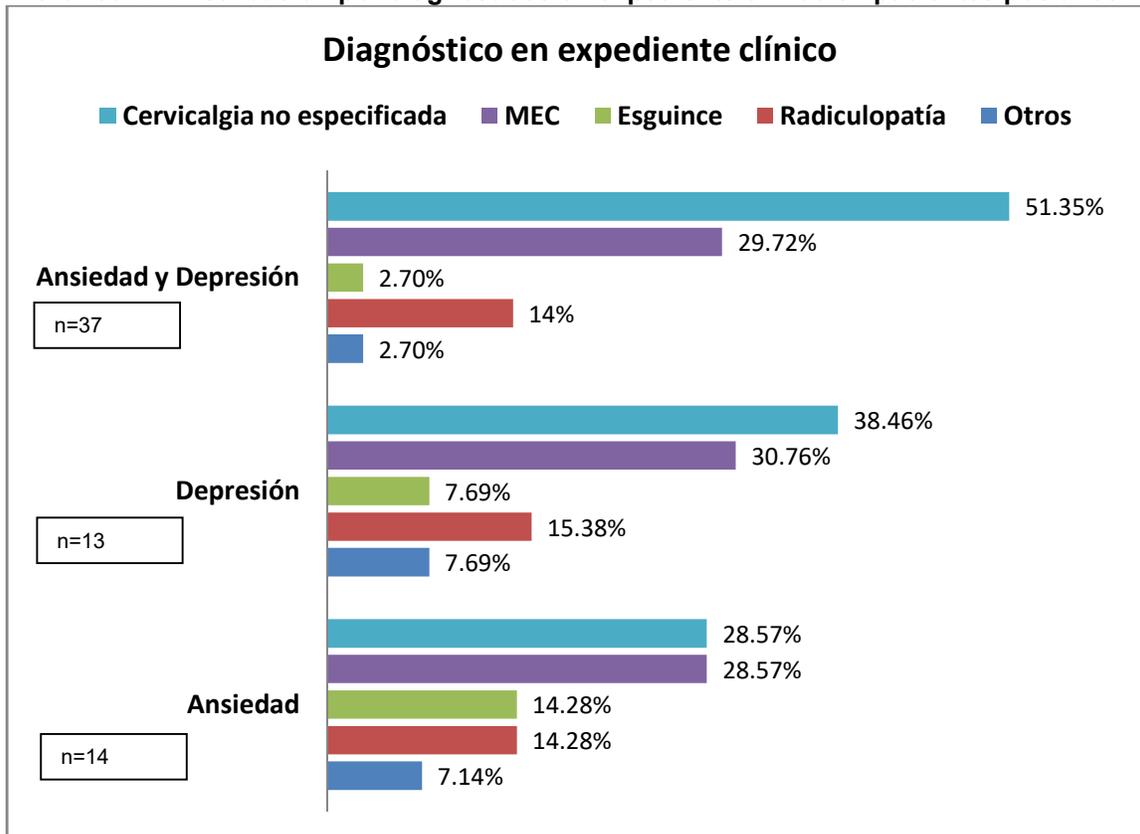
Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 13. Distribución por tiempo de evolución de dolor cervical en pacientes positivos.



Fuente: HCD - GPLL 2017.

Gráfico 14. Distribución por diagnósticos en expediente clínico en pacientes positivos.



Fuente: HCD - GPLL 2017.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en éste trabajo demuestran que en nuestro medio los pacientes con cervicalgia crónica pueden presentar ansiedad y/o depresión hasta en un 75% de los casos, de los cuales 22% fueron positivos para ansiedad, 20% para depresión y 57.8% para ambas, lo cual resultó similar a lo obtenido en el estudio de Elbinoune I, Amine B, Shyen S, et al (2016) quienes reportaron 54% de pacientes con ansiedad y 44% de pacientes con depresión en una población de Marruecos de 80 pacientes con cervicalgia crónica.

Se corrobora lo que en el estudio de Elbinoune I, et al (2016) se reporta respecto a que es más frecuente observar ansiedad y/o depresión en pacientes con dolor crónico que en aquellos que no lo presentan. Incluso en el estudio de E. Blozik, et al (2009) se afirma que la presencia de ansiedad y depresión podrían determinar la evolución hacia la cronicidad del dolor cervical, mientras que Marloes et al (2014) demuestra en su estudio que el dolor cervical puede constituir un factor de riesgo para el inicio de trastorno ansioso-depresivo. Esto último correlaciona con lo referido por todos los pacientes positivos de nuestro estudio, ya que en todos los casos afirmaron el inicio de sintomatología ansiosa y/o depresiva posterior a la instauración del dolor cervical crónico.^{18,19}

En la población estudiada la mayoría fueron mujeres (62.3%) y con edad media de 54 años lo que concuerda con lo reportado por Cohen SP (2015), en un estudio realizado en la Clínica Mayo acerca de la epidemiología del dolor cervical crónico, en el que se reporta que éste tiende a presentarse más frecuentemente en el sexo femenino y en población de mediana edad.

En cuanto a la ocupación, se encontró que un porcentaje importante de nuestra población son empleados de oficina (22.3%) lo que correlaciona con algunos estudios que han asociado el trabajo de oficina, uso de computadora y en general

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

trabajadores manuales con incidencia elevada de dolor cervical crónico, como reporta Cohen SP (2015) y Côté P, van der Velde G, Cassidy JD, et al (2009).

En estudios como el de Cohen SP (2015) y el de Radhakrishnan K et al (1994)²⁰ se reportó que pacientes con cervicalgia postraumática, esguince cervical y radiculopatía cervical presentan con mayor frecuencia dolor cervical crónico. En nuestro estudio los diagnósticos que más se reportaron fueron: cervicalgia (37.6%), mielopatía espondilótica cervical (MEC, 28.2%) y radiculopatía cervical (11.8%), lo que correlaciona poco con lo reportado en la literatura.

Esto puede ser secundario a que al momento de consignar el diagnóstico en expediente clínico se opte por escoger el diagnóstico “cervicalgia” sin mayor especificación por cuestiones de practicidad o de tiempo, sin saber por tanto si ésta fue secundaria a un evento traumático, alteraciones mecánicas o estructurales, constituyendo un sesgo para nuestro estudio.

En éste estudio no se encuentra una correlación entre la edad ni el tiempo de evolución del dolor cervical con la presencia de ansiedad y/o depresión. Hubo pacientes que tenían 4 meses de evolución y presentaban ambas comorbilidades, mientras que otros pacientes con 5 años o más de evolución de dolor cervical en ocasiones no tenían ansiedad ni depresión. Éste hallazgo correlaciona con varios estudios como el de Marloes et al (2014).

Sin embargo el mismo Marloes, establece que factores como discapacidad e intensidad del dolor sí correlacionan positivamente con la presencia de ansiedad y/o depresión. Esto se corrobora en nuestros pacientes estudiados, pues todos aquellos que manifestaron alteraciones en la marcha, en la propiocepción, disminución de la fuerza muscular o alteraciones en el control motor grueso y fino de miembros superiores presentaron una o ambas de éstas comorbilidades.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

En cuanto a la escolaridad, observamos en éste estudio que los pacientes con nivel de primaria tuvieron una frecuencia elevada para ansiedad y depresión en relación a otros niveles escolares (hasta del 54%), lo cual correlaciona con lo reportado por Elbinoune I et al (2016) acerca de que la educación primaria tiene un mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión que aquellos con mayor nivel escolar.

Se observó que en el grupo positivo para depresión la media de edad fue mayor y el nivel escolar fue menor a comparación del grupo positivo para ansiedad, lo que concuerda con lo reportado por Miller LR et al (2009). Así mismo estos autores refieren que las mujeres tienden a presentar mayor ansiedad que los hombres lo cual se observa también en nuestro estudio.

Al respecto del catástrofismo o el “dolor catastrófico” referido previamente en el apartado de marco teórico, se encontró en el estudio de Park et al (2016) que la intensidad del dolor, las alteraciones del sueño y un grado elevado de ansiedad/depresión se asociaron fuertemente con dolor catastrófico intenso. En nuestro estudio tiene relevancia éste hallazgo también al considerar que varios de los ítems de la escala de Goldberg evalúan la calidad del sueño y la gran mayoría de los pacientes positivos para ansiedad y/o depresión tuvieron alteraciones en estos ítems.

Estudios recientes han reportado cada vez más que la mejoría en la sintomatología psicológica pueden conducir a mejores resultados en el tratamiento del dolor crónico de los pacientes (Scott EL, et al 2016, de Jong JR, et al 2012, Park EJ, et al 2014), lo que justifica la importancia de estudiar dicha sintomatología en nuestra población.²¹⁻²³

CONCLUSIONES

En éste estudio pudimos comprobar la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en pacientes con cervicalgia crónica en nuestro medio, lo que nos habla de la importancia de la detección y tratamiento de estos trastornos como parte integral del tratamiento de rehabilitación lo cual probablemente disminuiría el tiempo de estancia y favorecería la reintegración laboral tempranamente, pues se considera que la presencia de estos trastornos podría constituir un obstáculo en el tratamiento y recuperación de estos pacientes.

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg es un instrumento de fácil aplicación, entendible para el paciente de cualquier nivel escolar y con aplicación de no más de 5 minutos que bien podría utilizarse en nuestro medio para pacientes con cervicalgia crónica y tal vez en todo paciente que curse con dolor crónico en aras de una recuperación global y no sólo musculoesquelética, siendo éste el objetivo constante para nosotros, los médicos rehabilitadores.

Sin embargo, la importancia de entender la incidencia y prevalencia de estos trastornos en el paciente con dolor cervical crónico recae no sólo en su detección y tratamiento, sino también en la creación de intervenciones preventivas que pudieran contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de manejo en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baena A, Sandoval M, Urbina C, et al. Los trastornos del estado de ánimo. *RevDigUniv* 2015;6(11):5-14.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. WHO/MSD/MER/2017.2
3. Evans G. Identifying and Treating the Causes of Neck Pain. *Med Clin N Am*. 2014;(98):645-661.
4. Cohen SP. Epidemiology, Diagnosis and Treatment of Neck Pain. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(2):284-299.
5. Hogg-Johnson S, Van der Velde G, Carroll LJ. Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4):S39-S51.
6. Vincent HK, Adams MC, Vincent KR, et al. Musculoskeletal pain, fear avoidance behaviors, and functional decline in obesity: potential interventions to manage pain and maintain function. *RegAnesth Pain Med*. 2013;38(6):481-489.
7. Côté P, van der Velde G, Cassidy JD. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative PhysiolTher*. 2009;32(2):S70-S86.

8. May S, Gardiner E, Young S, et al. Predictor variables for a positive long-term functional outcome in patients with acute and chronic neck and back pain treated with a McKenzie approach: a secondary analysis. *J ManManipTher*. 2008;16(3):155-160.
9. Enthoven P, Skargren E, Carstensen J, et al. Predictive factors for 1-year and 5-year outcome for disability in a working population of patients with low back pain treated in primary care. *Pain*. 2006;122(1-2):137-144.
10. Christensen JO, Knardahl S. Time-course of occupational psychological and social factors as predictors of new-onset and persistent neck pain: a three-wave prospective study over 4 years. *Pain*. 2014;155(7):1262-1271.
11. Puebla FD. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. *Dolor iatrogénico. Oncología*. 2005;28(3):139-143.
12. Seroussi R. Chronic Pain Assessment. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015;(26):185–199.
13. Park SJ, Lee R, Yoon DM, et al. Factors associated with increased risk for pain catastrophizing in patients with chronic neck pain. A retrospective cross-sectional study. *Medicine*. 2016;(95):37.
14. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001;17:52–64.
15. Rosenberg JC, Schultz DM, Duarte LE. Increased pain catastrophizing associated with lower pain relief during spinal cord stimulation: results from a large post-market study. *Neuromodulation* 2015;(18):277–84.

16. Elbinoune I, Amine B, Shyen S, et al. Chronic neck pain and anxiety – depression: prevalence and associated risk factors. *Pan African Medical Journal*. 2016;(24):89.
17. Sánchez JA, Cárdenas L. Escalas Diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. *Salud Mental*. 2005;5(3):2-8.
18. Blozik E, Laptinskaya D, Herrmann-Lingen C, et al. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2009;10:13.
19. Marloes MM, Gerrits JG, van Oppen P, et al. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*. 2014 Jan;155(1):53-9.
20. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O’Fallon WM, et al. Epidemiology of cervical radiculopathy: a population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain*. 1994;117(pt 2):325-335.
21. de Jong JR, Vlaeyen JW, van Eijsden M, et al. Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): effects of exposure in vivo. *Pain* 2012;153:2019-18.
22. Scott EL, Kroenke K, Wu J, et al. Beneficial effects of improvement in depression, pain catastrophizing, and anxiety on pain outcomes: a 12 month longitudinal analysis. *J Pain* 2016;17:215-22.
23. Park EJ, Lee SJ, Kohn DY, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation to treat depression and insomnia with chronic low back pain. *Korean J Pain* 2014;27:285-9.

Gutiérrez-Pérez L.
 UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”,
 Ciudad de México.
 IMSS

ANEXOS

Anexo 1: HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO			
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN			
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM			
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL			
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.			
Título del Protocolo: “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cervicgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.			
Ficha de identificación			
FOLIO: _____		FECHA: _____	
Nombre y Apellidos :			
NSS: _____			
Domicilio: Calle No. Ext No. Int Colonia _____			
1.-Sexo		a)Masculino _____	b) Femenino _____
2.-Edad : _____			
3. Ocupación: _____			
4. Escolaridad: _____			
5.- Tiempo de evolución del dolor cervical: _____ :			
6.-Diagnóstico en expedienteclínico: _____			
7.- Tiempo de estancia en la Unidad: _____			
8.- Resultado en subescala de ansiedad de Goldberg: _____			
9. Resultado en subescala de depresión de Goldberg: _____			

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Ciudad de México fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes que cursan con cervicalgia crónica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Procedimientos:

Recolección de datos personales, responder escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al aplicar la escala se identificará la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva lo que permitirá un abordaje del paciente de una manera integral mejorando la calidad de la atención.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Todos los datos aquí recolectados serán utilizados para la realización exclusiva de este estudio y serán guardados hasta su publicación y eliminados para evitar su mal uso.

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez",
Ciudad de México.
IMSS

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Al evaluar los resultados de la escala de Goldberg si se determina la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva se le otorgará una hoja de referencia a su Unidad de Medicina Familiar y al servicio de psicología de ésta unidad a fin de que reciba atención oportuna psicológica o médico-psiquiátrica de ser necesario. Dicha acción redundará en una mejor recuperación y reintegración pronta a su vida laboral y social.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. AIDEE GIBALTAR CONDE

Teléfono : 5537176661 Correo

electrónico:gibraltarconde@hotmail.com

Investigador Asociado y
Colaboradores:

DRA. EVANGELINA PÉREZ CHAVEZ /

/DRA. LESLIE LUCÍA GUTIÉRREZ PÉREZ Teléfono :

57543228/ 5539696138 Correo electrónico:

evamdfi@hotmail.com / leslie_1072002@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Gutiérrez-Pérez L.
UMAE “*Dr. Victorio de la Fuente Narváez*”,
Ciudad de México.
IMSS

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADAC) (Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)	
<p>Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.</p>	
Instrucciones para su administración	
<ul style="list-style-type: none">• Está dirigida a la población general.• Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:<ul style="list-style-type: none">➢ Una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.➢ Ambas escalas tienen 9 preguntas.➢ Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.• La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.• Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.• Todos los ítems tienen la misma puntuación.• Siguen un orden de gravedad creciente.• Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.	
Subescala de ansiedad	
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?3. ¿Se ha sentido muy irritable?4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? <p>(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando.)</p> <ol style="list-style-type: none">5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).8. ¿Ha estado preocupado por su salud?9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD:	
Subescala de depresión	
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido con poca energía?2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? <p>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar.)</p> <ol style="list-style-type: none">5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?8. ¿Se ha sentido Vd. entecido?9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN:	
Criterios de valoración	
Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.	
Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.	