

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SUR, CIUDAD DE MÉXICO.

“RELACIÓN DE LUMBALGIA Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES EN EDAD PRODUCTIVA EN LA U.M.F.
NÚMERO 21”

NÚMERO DE REGISTRO: R-2015-3703-22
TÉSIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

INVESTIGADORES:

DR. ALAN ALBERTO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

Médico Cirujano, Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

Médica Cirujana, Maestra en Ciencias, Maestra en Salud Pública, Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud Pública en la Unidad de Medicina Familiar No 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CIUDAD DE MÉXICO, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN.

DRA. MARIBEL MUÑOZ GONZÁLEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 21, I.M.S.S.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN
COORDINADORA EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 21, I.M.S.S.

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21, I.M.S.S.

ASESORA. DRA LEONOR CAMPOS ARAGÓN.

COORDINADORA EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 21, I.M.S.S

AGRADECIMIENTOS.

A mi padre, Alfredo A. Rodríguez Ramírez † ,
quien siempre me apoyó hasta el último momento y
me alentó a superar mis miedos, gracias a ti pude
cumplir todos mis sueños y me pude levantar, te llevo
en mis pensamientos y se que aún tengo una gran
compromiso por delante con todos, jamás olvidaré tu
humildad y sabiduría.

A mi madre, Lidia H. González Rascón, por
acompañarme y otorgarme su confianza para que
pudiera lograr mis metas todos los días, ahora es mi
turno para cuidar de ti.

A mis profesores, Dra. Leonor Campos Aragón, Dr.
Juan Figueroa García, Dr. Jorge Alejandro Alcalá
Molina, Dra. Elia Yurasy Olgún Ortíz , quienes me
aceptaron en la asesoría de este proyecto, tuvieron
paciencia , tolerancia y fomentaron mi interés por la
investigación médica.

A mis compañeros residentes de la U.M.F. No 21, los
cuales me apoyaron en el momento más difícil de mi
vida y que sin su ayuda, jamás hubiera podido
concluir mis estudios de postgrado.

ÍNDICE

1. Título.....	6
2. Identificación de los investigadores.....	6
3. Resumen.....	7
4. Marco teórico.....	9
5. Justificación.....	26
6. Planteamiento del problema.....	26
7. Pregunta de investigación.....	28
8. Objetivo.....	28
9. Hipótesis de trabajo.....	29
10. Material y métodos.....	29
Fórmula.....	32
11. Variables.....	33
12. Aspectos éticos.....	37
13. Resultados.....	39
14. Discusión.....	46
15. Conclusiones.....	49
16. Sugerencias.....	53
14. Anexos	55
Consentimiento.....	56
Cronograma.....	57
Instrumento.....	58
Higiene de columna.....	61
15. Referencias bibliográficas	62

TÍTULO

“RELACIÓN DE LUMBALGIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN EDAD PRODUCTIVA EN LA U.M.F. NÚMERO 21”

Identificación de los investigadores:

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Médica Cirujana, Maestra en Ciencias, Maestra en Salud Pública.

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No 281, Col. Jardín Balbuena, C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, México, Distrito Federal

Teléfono: 55 52 56 43, conmutador 57 68 66 00 extensión 112

e-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. ALAN ALBERTO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ.

Médico Cirujano, Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar, U.M.F. No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Dirección: Emilia Romero de Valle No. 432, Col. Lorenzo Boturini, C.P. 15820, Delegación Venustiano Carranza, México, Distrito Federal.

Teléfono: 55-3334-075

e-mail: alan_solksjaer@hotmail.com

RESUMEN

Dra. Leonor Campos Aragón*, Dr. Alan Alberto Rodríguez González **

La lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes, actualmente se considera que cada año cerca de 50 % de las personas laboralmente activas sufre un episodio de esta enfermedad, y que en algún momento de su vida 80 % de la población en general padecerá al menos un cuadro agudo de la misma, existe una relación de un 30 a 40% de depresión asociada a lumbalgia el cual dificultará su manejo tratamiento y prolongará días de incapacidad así como elevación de costos para tratamiento.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la U.M.F. No 21.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo en grupos de cualquier sexo y edad 18 a 60 años con diagnóstico de lumbalgia que sean derechohabientes de la U.M.F. No 21, aplicando en test de Beck (BDI-II) para evaluar grado de depresión en pacientes con diagnóstico de lumbalgia y determinar si existe una relación con la depresión.

RESULTADOS: Se encontró que los pacientes diagnosticados con Lumbalgia, presentaron 30% algún grado de depresión.

CONCLUSIONES: Se demostró la relación lumbalgia y depresión, el tratamiento debe ser integral para mejorar la sintomatología del paciente.

*Asesor, Médica Cirujana, Maestría en Salud Publica Maestra en ciencias, Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Médico Cirujano, Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar, U.M.F. No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

ABSTRACT

Dra. Leonor Campos Aragón*, Dr. Alan Alberto Rodríguez González **

Low back pain is one of the most common medical consults, actually is considered that 50% of those economically actives suffers an episode of this illness and in one momento of their lifes 80% of the general population will suffer an acute panel, teres a relation of 30 to 40 % of depression asociated to low back pain that will make difficult to give a treatment and prolong days of absense in job as well the elevetaion of the cost for the treatment.

GENERAL OBJECTIVE: To determinate the relation between low back pain and depresión in patients economically active at U.M.F. No 21.

MATERIAL AND METHODS: An observational, transverse and descriptive was conducted in patients of any sex, from 18-60 years old with diagnostic of low back pain with social insurance at U.M.F. No 21, applying the Beck test (BDI-II) to evaluate the degree of depression in patients with diagnostic of low back pain and determinate if there´s a relation with depression.

RESULTS: It was found that patients diagnosed with low back pain, present 30 % of some depression degree.

CONCLUSIONS: It was shown the relation between low back pain and depression, the treatment must be integral to improve the sintomatology of the patient.

*Asesor, Médica Cirujana, Maestría en Salud Publica Maestra en ciencias, Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Médico Cirujano, Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar, U.M.F. No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Marco Teórico

“RELACIÓN DE LUMBALGIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN EDAD PRODUCTIVA EN LA UMF NÚMERO 21”

Dra. Leonor Campos Aragón*, Dr. Alan Alberto Rodríguez González **

Lumbalgia: Definición.

La lumbalgia se define como dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral.

La lumbalgia aguda se define como dolor en región lumbar con un periodo menor a 3 meses, el término de lumbalgia subaguda se usa para referir dolor lumbar con una duración de 6 a 12 semanas, lumbalgia crónica se utiliza para referir dolor lumbar crónico por más de 3 meses.

Frecuencia

La lumbalgia es una de las afecciones más frecuentes que padece el ser humano, según estadísticas de Hult, Horal⁵ y Nachemson⁶ el 80% de la población presenta algún episodio de lumbalgia en su vida laboralmente más productiva. Si bien la historia natural de la lumbalgia es bastante benigna, pues la recuperación o desaparición de los dolores es del 90% a los tres meses, en el 4% de los casos la duración del episodio excede los 6 meses y las recurrencias son frecuentes (30 al 70%). El problema del dolor lumbar es

considerado en los últimos años como una “epidemia”, ya que los pacientes que faltan al trabajo más de 6 meses por dolor lumbar, sólo el 50% vuelve a trabajar según McGill. El lumbago es más frecuente entre los 30 y 55 años de edad; afecta al hombre y la mujer en su edad más productiva.

Etiología y Clasificación.

La lumbalgia es un síntoma, el dolor lumbar puede provenir de la columna vertebral o ser manifestación de la afección en otros órganos o sistemas. Cuando las causas del dolor provienen de la columna vertebral se denominan lumbalgias intrínsecas y las restantes extrínsecas

+Lumbalgias intrínsecas

a) Deformidades

- Escoliosis
- Cifosis
- Espondilolistésis

b) Traumatismos

- Fracturas
- Contusiones
- Esguinces
- Espónlilolisis

c) Degenerativas

- Canal lumbar estrecho.
- Artrosis.

-Discopatía degenerativa.

-Dolor lumbar discogénico.

d) Afecciones reumáticas

- Espondilitis anquilosante

- Artritis reumatoidea.

- Otras.

e) Infecciosas

- Mal de Pott.

- Brucelosis

- Espondilitis Inespecíficas.

f) Tumorales

- Primarios

- Secundarios (Metástasis)

+Lumbalgias extrínsecas.

a)Urológicas

b)Ginecológicas

c)Gastroenterológicas

d)Tumores retroperitoneales

e)Peritoneales

f) Otras

Para llegar al diagnóstico de lumbalgias intrínsecas hay que realizar un exhaustivo examen clínico, radiológico y de exámenes complementarios, ya

que no es infrecuente que algunos pacientes sean tratados con analgésicos y calor por varios meses y finalmente se descubre un tumor retroperitoneal o una pancreatitis crónica. La mayoría de las lumbalgias son intrínsecas pero no se pueden clasificar en ninguno de los ítems propuestos.

En estos últimos años se ha estudiado mucho el tema de la degeneración discal con pinzamiento del espacio intervertebral y subluxación de las apófisis articulares posteriores que producirían estimulación de los receptores nociceptivos (del dolor) a nivel de las estructuras ligamentarias (parte posterior del anillo fibroso del disco, ligamento vertebral común posterior, cápsulas articulares de las facetas, ligamentos interespinosos y supraespinosos) dando origen al dolor lumbar. Las hernias de disco pueden producir lumbalgia. No obstante estudios recientes como tomografía computada y resonancia magnética mostraron degeneración de disco y pinzamiento totalmente asintomáticos.

Se acepta que cuando existe inestabilidad segmentaria, es decir, cuando la columna pierde la capacidad de mantener la relación entre dos vértebras contiguas (unidad vertebral móvil) y el paciente presenta dolor esa inestabilidad es la causa del mismo.

Cuadro Clínico.

El paciente refiere dolor en la zona lumbar; se observa desaparición de la lordosis lumbar fisiológica, contractura de los músculos paravertebrales y

disminución de la movilidad de la columna cuando se le solicite que se incline hacia delante y hacia atrás o realice las inclinaciones laterales.

Diagnóstico

El interrogatorio, así como examen físico deben ser exhaustivo; se deben pedir análisis de rutina y todos aquellos que creamos convenientes para descartar afecciones reumáticas, tumores, etcétera.

Se debe solicitar radiografía de frente, perfil y oblicuas, así como la posición de Ferguson (acostado con flexión de caderas y rodillas, en posición ginecológica) para ver la unión lumbosacra y tomografías computadas, resonancia magnética con o sin contraste.

Pueden apreciarse pinzamiento discal, osteofitosis, subluxación de facetas articulares.

La electromiografía es útil para confirmar el diagnóstico, también para saber si el proceso es antiguo o está en actividad denervatoria. Los potenciales evocados somatosensitivos: indican la continuidad del impulso nervioso desde la periferia a la corteza cerebral; descarta las polineuritis y otras enfermedades del sistema nervioso central.

Maniobras especiales:

El signo de Lasegue: se busca en decúbito dorsal. Se produce dolor intenso en territorio ciático al elevar el miembro extendido.

Esto ocurre porque las raíces que forman el nervio ciático se desplazan hasta 1 cm, dentro del canal neural al elevar el miembro inferior con la rodilla extendida. Si alguna raíz está bloqueada por la hernia cuando el examinador realiza la maniobra, se produce dolor intenso en todo el territorio del ciático, entre los 30° y 70° de elevación (Lasegue +). Si al llevar al punto de elevación de la pierna en que el paciente refiere dolor, se baja el miembro unos centímetros y se realiza flexión dorsal del pie apareciendo nuevamente el dolor, estamos efectuando la maniobra de Gowers-Bragard

La maniobra de Wasserman: si la hernia comprime una de las raíces del nervio crural y elongamos dicho nervio, el paciente referirá dolor irradiado a la cara anterior del musculo.

Estando el paciente en decúbito prono y con la rodilla flexionada a 90° traccionamos hacia arriba desde el tobillo del paciente realizando extensión de cadera: así aparece o se exagera el dolor referido correspondiente a L3.

Pruebas de sensibilidad:

Se palpa y también se estimula con agujas en los dermatomas correspondientes a cada una de las raíces lumbares y de la primera sacra en ambos miembros para comprobar si hay hipoestesia, anestesia o disestesias.

Prueba de fuerza muscular:

En decúbito dorsal se exploran los flexores de cadera y cuádriceps para verificar raíces L1,L2,L3,L4 y la extensión y flexión del hallux y de los dedos para investigar raíces L5 Y S1 respectivamente.

Reflejos:

Los patelares corresponden a las raíces L2,L3,L4 , los aquilianos a la S1 y los plantares a S2. Siempre se explora el signo de Babinski y se toma el clonus para descartar una compresión medular. Siempre se deben tomar los pulsos tibiales posteriores y pedios para descartar dolores en miembros inferiores de origen vascular y se palpa el abdomen para descartar alguna tumoración o aneurisma de la aorta abdominal.

Tratamiento

Cada caso particular tiene un tratamiento específico, según su etiología, si no se detecta una patología específica o se observa una lesión degenerativa leve o moderada, se indicarán 2 o 3 días de reposo con antiinflamatorios no esteroideos y luego comenzar rápidamente la rehabilitación con ejercicios pasivos de flexión de caderas y activos de abdominales, glúteos, cuádriceps, así como elongación de psoas y pectorales. Actualmente no se indica más el reposo prolongado de 3 a 6 semanas en cama, pues se ha observado que

produce atrofias musculares, osteoporosis y debilidades generalizadas difíciles de revertir.

En los últimos años se ha demostrado que lo que más ayuda a recuperar a pacientes con lumbalgia es el conocimiento de la biomecánica de su columna; el saber qué cosas no debe hacer y qué actividades debe realizar diariamente para calmar el dolor y evitar que aparezcan nuevos episodios. Consejos muy simples, pero útiles como por ejemplo no estar mucho tiempo parado ni sentado, al sentarse usar apoyabrazos , agacharse y levantarse con flexión de rodillas; si fuera indispensable estar parado un cierto tiempo apoyar el pie sobre un banco flexionando la rodilla y la cadera, realizar diariamente ejercicios abdominales, no levantar ni transportar elementos pesados, comer dieta rica en frutas y verduras, evitar la obesidad, no fumar, etcétera, estos consejos contribuyen a la disminución de la frecuencia de aparición de estas lumbalgias.⁴

Depresión: Definición

A. La Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.⁷

1.Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío,

sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

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

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Es una alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas.

La OMS (2001) señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD), y el primer lugar de prevalencia (10.4%) éntrelos trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria.

El trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno. Ellas tienden a puntuar más alto que los hombres en diferentes escalas de autoinforme a partir de los 14 años de edad.²¹

Marco epidemiológico

El dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%). Cerca de un cuarto de los enfermos con dolor crónico presentan dolor lumbar, este padecimiento condiciona limitantes físicas que modifican el entorno social y afectivo del afectado. La lumbalgia presenta costos asociados a las incapacidades laborales y a la terapéutica empleada. En este sentido, aproximadamente 30% de los portadores de lumbalgia en México requieren incapacidad. En el Reino Unido el ausentismo asociado a esta enfermedad es del 13%, mientras que en la Unión Americana es del 33%. Lo anterior, nos demuestra la importancia de contar con estadística nacional específica, ya que es posible que las condiciones laborales modifiquen esta variable. Por otro lado, en nuestro país los días otorgados por incapacidad es en promedio de 12 días. Estos datos contrastan con lo reportado en otras latitudes; tal es el caso de la Unión Americana, en donde se destinan más de 100 días de incapacidad por evento agudo.²

En México, aproximadamente el 58% de la población se encuentra en un rango de edad de 14 y más años; es decir, son económicamente activos. Segundo, el 52% de las personas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS tiene de 20 a 59 años; es decir, son económicamente activos.

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Se estima que el 60-70% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida y existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física en sujetos menores de 45 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención (DTIES, 2007).

Lumbalgia asociada a depresión.

Existe evidencia de que las alteraciones psicosociales (depresión, insomnio, aumento de agresividad, desobediencia, violencia, fatiga, estrés laboral e hiperactividad) se asocian con incremento en la presentación de lumbalgia¹

Cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución, la depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) incluso llegan a presentar serie de quejas somáticas³

Ellegard H.¹⁰ refiere que la depresión y la ansiedad son las condiciones más asociadas frecuentemente al dolor lumbar, la depresión puede manifestarse de manera atípica y toma forma de una “depresión enmascarada” y recomiendan terapia psicológica individual y posteriormente el tratamiento médico.

Existen investigaciones en las cuales refieren que hay pacientes con dolor crónico el cual sufre de algún trastorno depresivo en un 40 a 50% y existe un estudio importante de Jarvik et al, en el 2005 en el cual demuestra niveles de depresión reportados en pacientes ya con dolor lumbar y depresión 2.3 veces más que en pacientes que no tienen depresión y sólo cuentan con dolor lumbar y concluyeron que el dolor y el padecimiento psiquiátrico deben ser tratado de manera recíproca¹¹

Una de estas investigaciones examinó a 113 pacientes que acudían al médico por tener más de 72 horas con dolor, 73 de estos pacientes se recuperaron en el transcurso de dos semanas al ser tratados con acetaminofen y 5% desarrollaron cronicidad en su dolor lumbar. El impacto del episodio agudo de dolor lumbar sobre su calidad de vida fue breve y moderado, excepto para aquellos pacientes con comorbilidades, desórdenes

psiquiátricos, de origen foráneo, desempleados o insatisfechos con su trabajo.¹²

Se considera además que los trastornos psicosomáticos representan alrededor la mitad de todas las consultas médicas en la atención primaria ,si bien los adultos jóvenes suelen estar libres de problemas serios de salud, la prevalencia de los hábitos nocivos, síntomas psicosomáticos y problemas psicológicos ha mostrado una tendencia creciente entre ellos¹³

La depresión supone una de las respuestas emocionales más habituales ante el dolor observándose una frecuente asociación entre síntomas de dolor y síntomas depresivos ,así, desde los modelos psicodinámicos, la depresión resultaría el elemento causal, factor de riesgo o trastorno primario para el desarrollo de problemas de dolor crónico sin embargo, desde modelos conductuales o cognitivo conductuales, constituye un resultado o consecuencia, una reacción o un trastorno secundario.

Existen artículos los cuales refieren que en cuanto al género, las mujeres con lumbalgia son las que presentan mayores niveles de disforia o emociones negativas frente a los varones, de forma significativa en depresión y significativa o próxima a la significación en ansiedad ¹⁴

En cuanto a la intervención de factores de tipo psicológico, Lampe observó que, en términos generales, hay una asociación entre presencia de acontecimientos vitales que producen tensión y dolor de espalda.³ Sarno, por su parte, señaló el papel mediador de la tensión física en esa asociación, así como la obtención de resultados exitosos de la intervención psicológica sobre el dolor en algunos pacientes. Hay evidencias de que en sujetos cuyos conflictos emocionales se viven de forma física, suelen aparecer asociados a

la lumbalgia, trastornos de tipo depresivo o histérico, dificultades de adaptación o neuroticismo. Se habla en este sentido de lumbalgia psicógena, el segundo tipo más frecuente, después de la lumbalgia mecánica. Este fenómeno se podría explicar porque la tensión emocional produce un aumento en la tensión muscular y en el cansancio, lo cual hace aparecer un sustrato metabólico que origina o mantiene el dolor lumbar en el tiempo.

Los estudios realizados demuestran que esta patología no solo tiene una gran repercusión a nivel profesional, sino también en las actividades de esparcimiento, en el humor y en la vida afectiva y sexual ¹⁵

La mayor frecuencia de dolor intenso en el sexo femenino se justifica por la presencia de factores psicosociales aludiendo a que la mujer soporta una carga mayor de tareas y responsabilidades en el entorno familiar a pesar de su inserción social como trabajadora, además otros autores han postulado que las hormonas femeninas pueden modificar los procesos nociceptivos y determinar que no solamente sientan más dolor, sino también con mayor intensidad ¹⁶

Existe terapia psicósomática la cual el National Institutes of Health define la terapia psicósomática como una intervención que «emplea una variedad de técnicas concebidas para facilitar la capacidad de la mente para influir sobre la función y los síntomas orgánicos». Diversos tratamientos psicósomáticos, como el tai chi, la terapia de conciencia corporal (BAT, por sus siglas en inglés) y el método de Feldenkrais, ayudan a mejorar la coordinación, a disminuir los patrones de movimiento anormales y a mejorar el bienestar

psicológico. El tai chi, un ejercicio de relajación psicosomática, consta de unas 108 complicadas secuencias de ejercicio que se llevan a cabo de una manera lenta y relajada. Se ha comprobado que esta modalidad oriental mejora la salud física y mental, incluidas las funciones física, social y mental; disminuye la ansiedad; disminuye la percepción del dolor; y aumenta la flexibilidad y el equilibrio.

Además, esta terapia psicosomática combina la mente con el movimiento para reprogramar el sistema nervioso, mejorar la coordinación, reducir los patrones motores anormales y mejorar la salud física y emocional. La terapia de conciencia corporal y el método de Feldenkrais son terapias que utilizan patrones de movimiento para mejorar la flexibilidad, la postura, la respiración y la función general. Se ha comprobado que ambos métodos mejoran la percepción del cuerpo y reducen el dolor . También mejoran la calidad de vida relacionada con la salud y la autoeficacia en un grado superior al de la fisioterapia clásica¹⁷

Autores como Ospina Laura¹⁸ hace mención que la relajación es un componente esencial en el manejo de la lumbalgia relacionada a trastornos del estado de ánimo debe entenderse no como un fin en sí mismo, sino como un medio terapéutico (para patologías físicas y psíquicas), al igual que como un medio profiláctico encaminado al afrontamiento del estrés. Además de esto, desde una perspectiva somato-psíquica-espiritual , lo que se pretende es obtener un elongamiento de la fibra muscular en contraposición del acortamiento, que se entiende como tensión y que podría tener como resultado positivo en el tramamiento de la lumbalgia.

Los pacientes con lumbalgia y altos niveles de afectividad negativa y catastrofismo, fueron más propensos a largos períodos de reposo en cama, menor probabilidad de realizar ejercicios y mayor probabilidad de desacondicionamiento a largo plazo.¹⁹

Existen dentro de las terapias psicológicas para el dolor crónico, las técnicas cognitivo-conductuales son las más empleadas y han demostrado ser efectivas, los estudios sobre técnicas cognitivo-conductuales comparan la evolución de un grupo de pacientes tratados con esas técnicas y tratamientos médicos habituales, con la de otro grupo de pacientes tratado exclusivamente con dichas terapias médicas. Por tanto, los resultados de esos estudios reflejan el efecto adicional que esas técnicas obtienen como coadyuvante de los procedimientos médicos. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. En la mayoría de los estudios, aunque el efecto adicional que supone la adición de las técnicas cognitivo-conductuales es positivo.²⁰

Justificación.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social no existen estudios realizados sobre la relación de la lumbalgia y depresión en pacientes en edad 18 a 60 años en la U.M.F. número 21, existen estudios que miden la prevalencia del dolor lumbar y alteraciones somáticas pero ninguno como el que se planea realizar en la Unidad de Medicina Familiar No 21 con población mexicana ya que con este estudio se puede comprobar la mala calidad de vida en estos pacientes, así como investigando síntomas de depresión (incluyendo sintomatología cognitivo-afectivos y somáticos) en individuos con algún grado de lumbalgia, pretende también apoyar y ayudar a los pacientes por medio de grupo de psicología, psiquiatría, traumatología y ortopedia así como de medicina familiar.

Planteamiento del problema.

La lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes que el médico familiar y el especialista deben enfrentar en la consulta diaria. Actualmente se considera que cada año cerca de 50 % de las personas laboralmente activas sufre un episodio de esta enfermedad, y que en algún momento de su vida 80 % de la población en general padecerá al menos un cuadro agudo de la misma.

En el desarrollo de esta patología participan diversos factores: edad, sexo, eventos traumáticos, hábitos posturales, intoxicaciones, trastornos metabólicos, obesidad, ocupación y tabaquismo, entre otros.

Generalmente la evolución clínica de esta patología es benigna y autolimitada, pues más de 90 % de los sujetos que la padecen se incorpora a su actividad laboral dentro de los primeros tres meses del inicio del cuadro sintomático; sin embargo, por la sobrecarga de trabajo que genera a los sistemas de salud, los costos del tratamiento y los gastos indirectos, como la pérdida de tiempo de trabajo, se le considera un problema grave de salud pública además de que se sabe que un paciente con depresión diagnosticada es 2.3 veces más frecuente de quienes no tienen depresión y la importancia reflejada en el aspecto del dolor lumbar (En los pacientes aquejados de lumbalgia se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones si se compara con la población general. Así la depresión está presente en el 40-65% de los afectados de lumbalgia, mientras que este porcentaje se reduce al 5-17% en la población general.) Finalmente, en los casos crónicos se suman factores musculares y psicosociales, que constituyen un círculo vicioso y dificultan la recuperación espontánea.

Instrumentos

Cuestionario de Beck es un instrumento que evalúa la gravedad de la depresión , con 21 ítems que describen los síntomas clínicos más frecuentes de pacientes psiquiátricos con depresión , la prueba está destinada para un uso clínico en adolescentes y adultos.

Teniendo en cuenta que el estrés social y laboral, así como la insatisfacción con el trabajo son factores de riesgo para la lumbalgia, sería importante

estudiar estos factores psicosociales de forma individual en cada trabajador (y en cada paciente) para intentar utilizar una terapia psicológica que forme parte del tratamiento integral de rehabilitación, aumentando la confianza y satisfacción a lo largo del proceso de recuperación y para lograr que las personas con discapacidad por lumbalgia crónica puedan reincorporarse al trabajo con éxito.

Existe poca literatura así como artículos médicos los cuales asocien algún grado de lumbalgia con depresión.

Pregunta de investigación.

¿Existe relación entre lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la U.M.F. No 21?

Objetivos del estudio.

Determinar la relación entre lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la U.M.F. No 21

+Objetivos específicos:

- Determinar que grado de depresión es más prevalente en los pacientes estudiados con diagnóstico de lumbalgia.
- Describir la epidemiología pacientes portadores de lumbalgia y depresión.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna:

Existe una relación entre lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Hipótesis nula:

No existe relación entre lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Materiales y métodos.

Tipos y características del estudio:

Se realiza estudio en la Unidad de Medicina Familiar Número 21 del I.M.S.S. de la Ciudad de México en el periodo de Marzo a Octubre del 2015. Se realiza revisión de literatura sobre lumbalgia y depresión, se arma marco teórico y se solicita la muestra en el servicio de A.R.I.M.A.C. y mediante la fórmula de muestras finitas se calcula una muestra de $n= 153$, por ser un estudio observacional transversal las variables no aplican , mediante el consentimiento informado se aplicará cuestionario de Beck (Test BDI-II)

siendo aplicado por residente de medicina familiar a pacientes con diagnóstico de Lumbalgia en un tiempo aproximado de 10 minutos a pacientes en edad de 18 a 60 años de edad , de cual sexo tanto del turno matutino como el vespertino, se harán dos grupos , se hará un análisis univariado a través de la prueba Oddratio (razón de momios) para su posterior análisis y descripción.

Recolectada dicha información, se elaboró una base de datos con los puntos a identificar en el programa Microsoft Excel y posteriormente se representaron los resultados obtenidos mediante el uso de gráficas.

ESTRATEGIA DE MUESTREO.

Definición del Universo de Trabajo.

- a) Lugar de estudio: El estudio será realizado en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No 21.
- b) Población blanco: Derechohabientes en edad productiva de 18 a 60 años de edad , sexo masculino y femenino con diagnóstico de lumbalgia.
- c) Población en estudio: Derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21.
- d) Periodo del estudio: Julio del 2015 a Octubre del 2015.

Fuente de información:

- a) Expediente clínico o electrónico.
- b) Test de depresión de Beck
- c) Criterios de Wadell

Criterios de inclusión:

- a) Derechohabientes adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21
- b) Hombres y mujeres de 18 a 60 años de edad.
- c) Diagnóstico de lumbalgia.
- d) Pacientes de consulta subsecuente o de primera vez.
- e) Acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- a) Aquellos que cumplan con los criterios de Wadell

Muestreo:

Se realizará por la fórmula de muestras finitas del total de pacientes censados por epidemiología de nuestra unidad, se obtuvo un total de 262 pacientes adscritos la U.M.F. No 21 que acuden a consulta externa de ambos turnos , tanto matutino como vespertino.

a) Tamaño de muestra: pacientes con diagnóstico de lumbalgia: 262

b) Tipo de muestreo : probabilístico

Fórmula: Para determinar el tamaño de muestra, el investigador acudió a servicio de A.R.I.M.A.C. para conocer la totalidad de pacientes con diagnóstico de lumbalgia adscritos a la U.M.F. No 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Dónde:

N= 262 (Población de pacientes portadores de lumbalgia)

Z²=área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% =
1.96

d= margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p= 0.4 prevalencia estimada.

q= 1-0.4 = 0.6

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{262 (1.96)^2 [(0.4) (1-0.4)]}{(0.05)^2 (262-1) + (1.96)^2 [(0.4) (1-0.4)]}$$

$$n = \frac{262 (3.8416) (0.24)}{(0.0025) 261 + 3.8416 [(0.24)]}$$

$$n = \frac{241.559808}{0.6525 + 3.8416 (0.24)}$$

$$n = \frac{241.559808}{1.574484}$$

$$n = 153.42$$

Variables

+Variable independiente.

Depresión , pacientes en edad productiva

+Variable dependiente.

Lumbalgia

+Variables sociodemográficas

- Edad
- Género
- Ocupación

Operacionalización de variables.

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Tiempo de vida en años cumplidos referido en la encuesta del Paciente.	Cuantitativa Discreta	Número absoluto en dos dígitos
Genero	Fenotipo determinado cromosómicamente para un individuo	Sexo al que pertenece referido por el paciente en el cuestionario. Hombre o Mujer	Cualitativa Nominal	1.- Femenino. 2.- Masculino 3- NE

Ocupación	Actividad o el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo	Actividad desempeñada del individuo referida en el cuestionario	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obrero 2. Campesino 3. Empleado. 4. Comerciante 5. Jubilado 6. Pensionado 7. Ama de casa 8. NE
------------------	--	---	---------------------	--

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Lumbalgia	La lumbalgia se define como dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral.	Todo paciente diagnosticado por su médico familiar con familiar sin importar el sexo a partir de los 20 años a los 59 años de edad que acepte contestar los cuestionarios y que acepte la exploración física.	Cualitativa Nominal Dependiente	Maniobras de Wadell 1. Simulador 2. No simulador
Depresión	Es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático pero afectiva	Es el Grado de depresión obtenido a través del Cuestionario de Beck el cual consta de 21 preguntas el cual evalúan y detectan gravedad de la depresión, está destinado a evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes	Cualitativa Ordinal Dependiente	Cuestionario de Beck (depresión) En donde el puntaje de 1-9 puntos son considerados normales 10-15 puntos ligeramente deprimidos, ,16-24 puntos moderadamente deprimidos ,25-62 pts: gravemente deprimidos.

ASPECTOS ÉTICOS

La realización del presente trabajo Se considera esta investigación como de bajo riesgo y se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se aplicará cuestionario, escala de depresión auto aplicable (Cuestionario de Beck de 21 ítems) este será aplicado a pacientes con diagnóstico de la Unidad de Medicina Familiar No 21 del I.M.S.S.

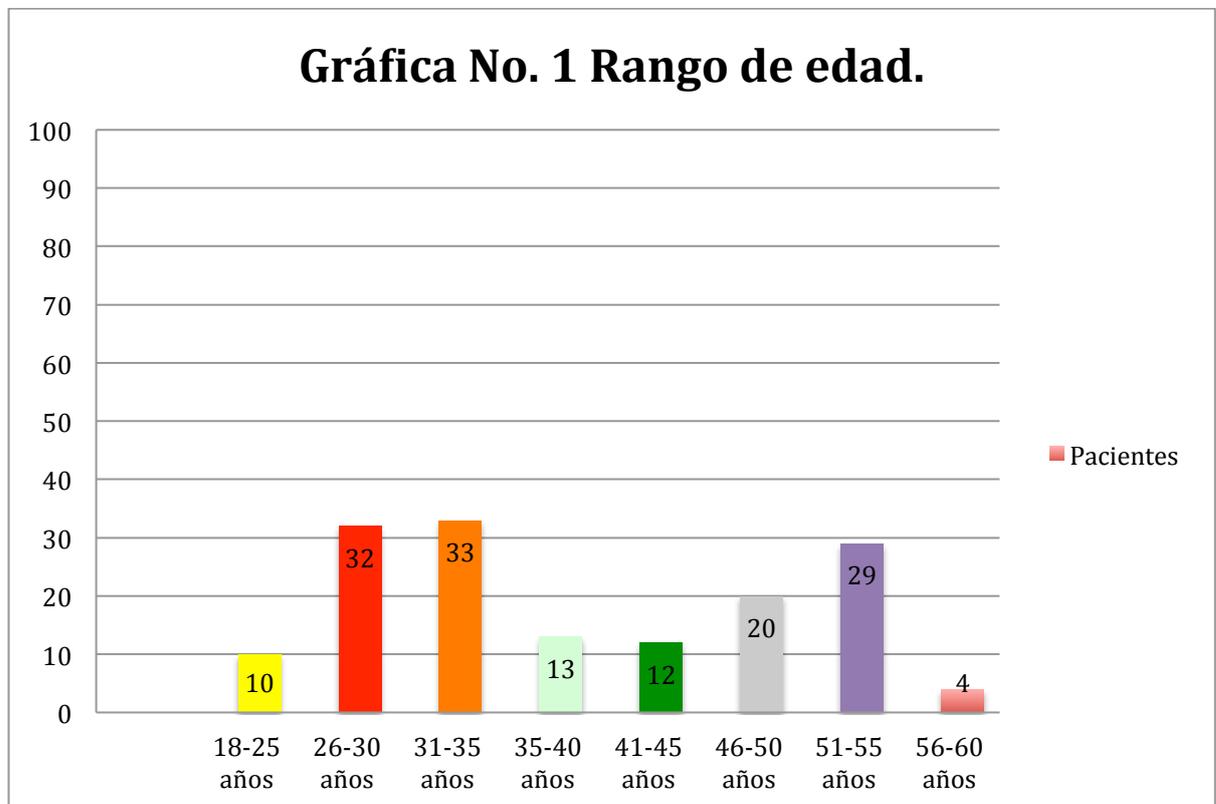
Para que un paciente sea incluido en el presente estudio, es indispensable que lo haga de manera voluntaria y formalice su aceptación con la firma del consentimiento informado (Ver Anexos), previa información y aclaración de dudas sobre las características de la investigación; proceso realizado por el investigador. En todo momento de la investigación se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (la información del trabajo solo será conocida por los investigadores; se mantendrán en custodia a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar privacidad, estrictamente anónima y respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia).

Los procedimientos propuestos anteriormente están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación

clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. La seguridad y el bienestar de los pacientes se respetaran cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de Estados Unidos Mexicanos.

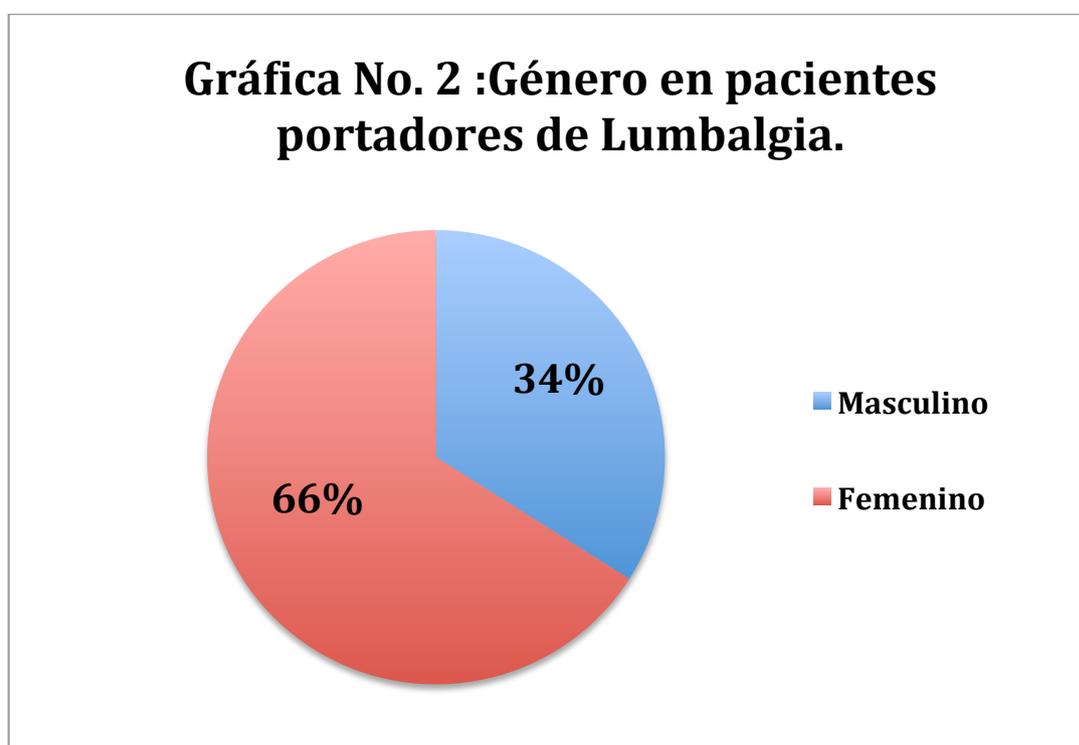
RESULTADOS.

En la gráfica No. 1, se observa el rango de edad más frecuente y relacionado a la lumbalgia y depresión, identificando 33 pacientes entre 31-35 años de edad sometidos a este análisis.



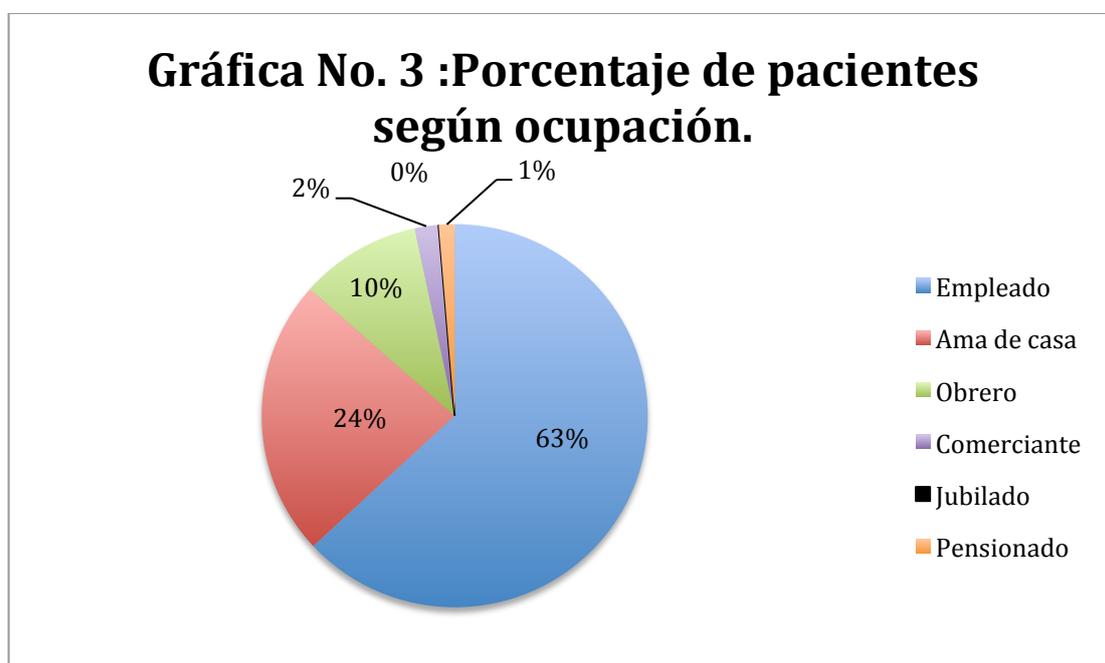
FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la gráfica No. 2, se observa el género más afectado por lumbalgia identificando que 52 pacientes del género masculino son portadores de la patología, representando un 34%, mientras que 101 pacientes del género femenino representan 66%.



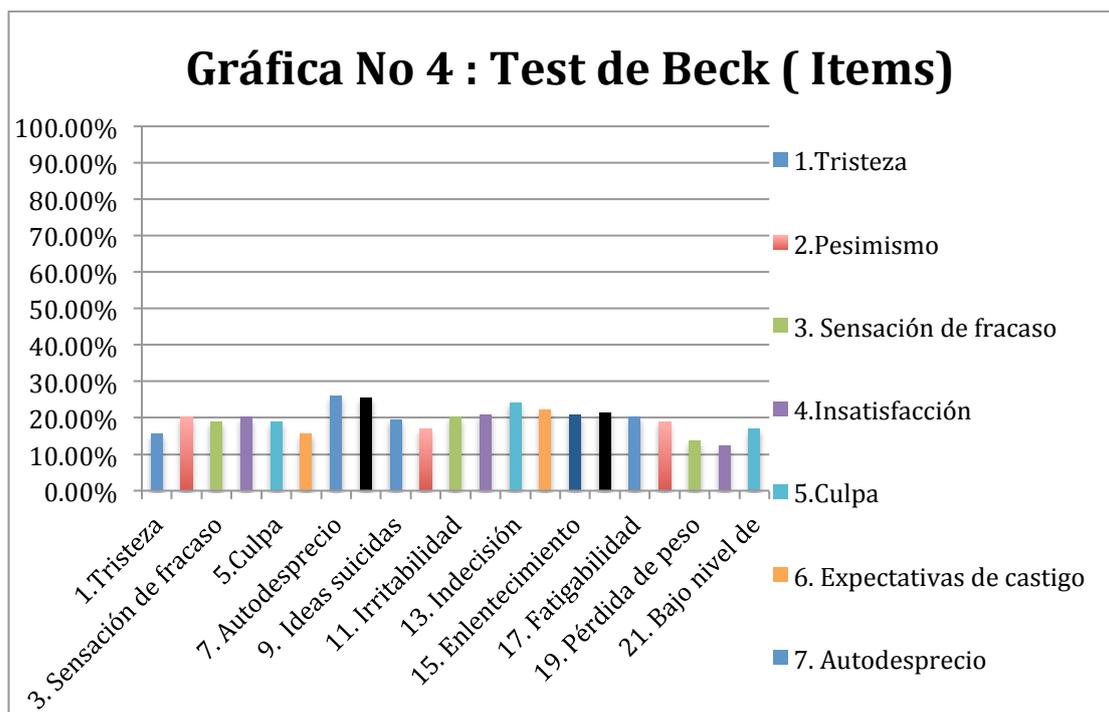
FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la gráfica No.3 se muestra el porcentaje de pacientes según ocupación que cuentan con diagnóstico de lumbalgia, predominando la ocupación de “empleado” como la más frecuente en un 63%, seguida de “ama de casa” en un 24%.



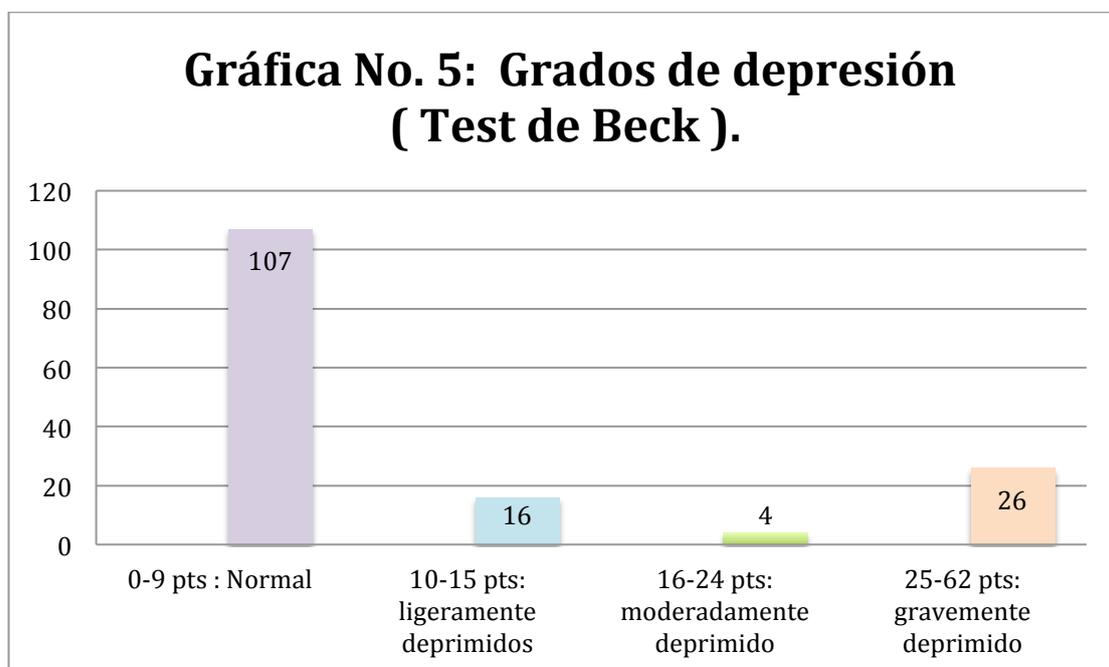
FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la gráfica No. 4 , se muestran los ítems contenidos en el test de Beck (21 ítems) en donde se analizan los factores tanto cognitivo-afectivos y somáticos analizados en 153 pacientes en donde predominó el autodesprecio (ítem #7) con 26.14%, en segundo lugar autoacusación (ítem #8) con 25.49%, en tercer lugar la indecisión(ítem # 13) con 24.18 % , en cuarto lugar cambios de imagen con 22.22 % (ítem #14) y en quinto lugar insomnio 21.57% (ítem #16).



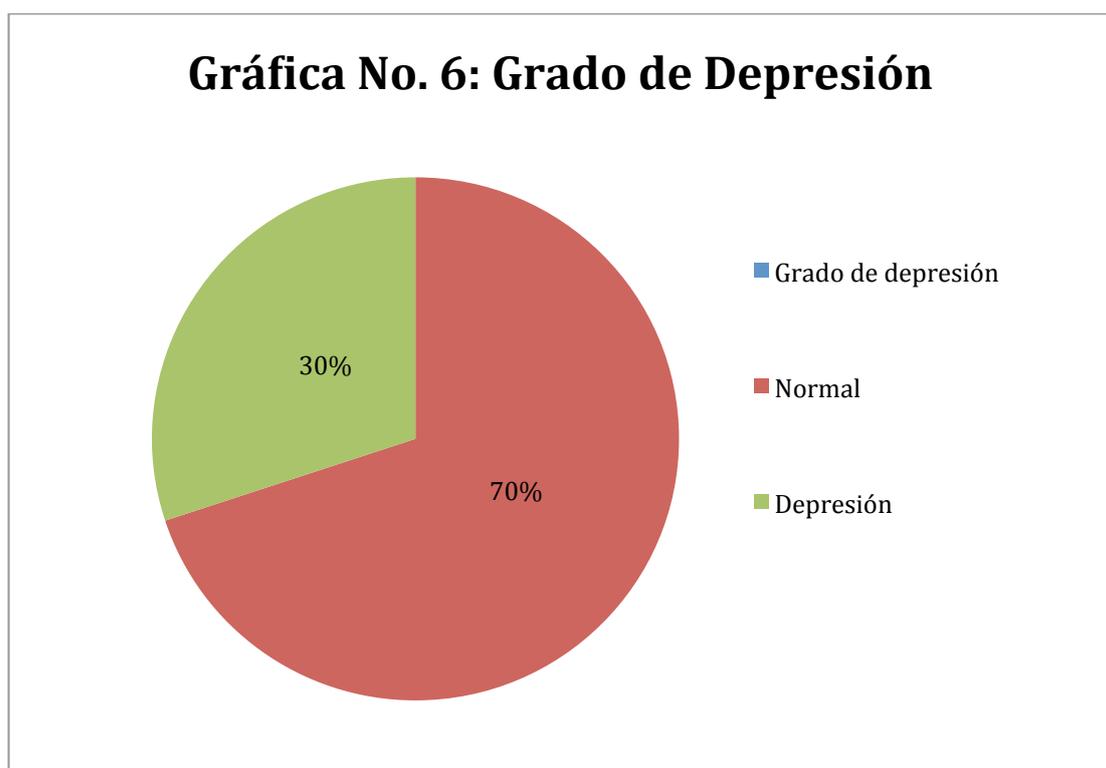
FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la gráfica No. 5 se muestran los resultados de Test de Beck y sus grados de depresión relacionados a lumbalgia aplicados a 153 pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, en donde 107 pacientes obtuvieron resultados normales, 16 pacientes ligeramente deprimidos, 4 pacientes moderadamente deprimidos y 26 gravemente deprimido.



FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la gráfica No. 6, tenemos representado en porcentaje aquellos pacientes que respondieron el Test de Beck teniendo como normal un 70 % de nuestra población analizado, por otra parte el 30% restante tuvieron algún grado de depresión según la prueba aplicada.



FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la Razón de momios (Odds ratio) se puede apreciar un resultado de 1 : 3 al riesgo de tener depresión con lumbalgia crónica en comparación con aquellos pacientes que tienen lumbalgia aguda y subaguda.

Se realizó este estudio transversal con el paquete “Epi Info” con una razón de momios de 2.23 con un intervalo de confianza de (95/(1.23-4.04) en donde si existe una asociación entre lumbalgia crónica y depresión mayor que de tener depresión y lumbalgia aguda y subaguda

RAZÓN DE MOMIOS (ODDS RATIO).

ENFERMOS - DEPRESIÓN

		ENFERMOS - DEPRESIÓN		
		POSITIVOS	NEGATIVOS	
FACTOR DE RIESGO - LUMBALGIA	POSITIVOS	35	55	90
	NEGATIVOS	11	52	63
		46	107	153

R.M. = $\frac{A \times D}{B \times C} = \frac{1820}{605} = 3.008$

R.M. = 3.008

R.M. = 1:3.008

*R.M. = Razón de momios

Se realiza estudio transversal con estudio de paquete "Epi Info" con razón de momios con intervalo de confianza de (95(1.23-4.04) teniendo como resultado 2.23 %

FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio- 31Julio del 2015.

En la tabla I se aprecia el número de pacientes correspondientes a la muestra de 153, siendo estos clasificados de acuerdo a las variables tomadas en cuenta para la realización del estudio.

Tabla I. Base de datos de acuerdo a variables.		
GÉNERO	MASCULINO	FEMENINO
Pacientes	52	101
EDAD		
	PACIENTES PORCENTAJES	
18-25 años	10 (7 %)	
26-30 años	32 (21 %)	
31-35 años	33 (22 %)	
36-40 años	13 (8 %)	
41-45 años	12 (8 %)	
46-50 años	20 (13 %)	
51-55 años	29 (19 %)	
56-60 años	4 (3 %)	

OCUPACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Empleado	96	62.75%
Ama de casa	36	23.53%
Obrero	16	10.46%
Comerciante	3	1.96%
Jubilado	0	0.00%
Pensionado	2	1.31%
GRADO DE DEPRESIÓN	PUNTAJE	PORCENTAJE
Normal (0-9 pts)	107	69.93%
Ligeramente deprimidos (10-15 pts)	16	10.46%
Moderadamente deprimido (16-24 pts)	4	2.61%
Gravemente deprimido (25-62 pts)	26	16.99%

FUENTE: Resultados obtenidos del test de Beck aplicado en pacientes adscritos a la UMF No. 21. Periodo del 1 Junio al 31 Julio del 2015.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del estudio realizado, se identifica que el género de pacientes afectados por la lumbalgia, presenta una mayor afectación para el sexo femenino en un 66%, mientras que en el sexo masculino en un 34%. Contrario a nuestra investigación, existen estudios enfocados a determinar prevalencia por género de esta enfermedad, de acuerdo al estudio “Lumbalgia en trabajadores” realizado por Atenógenes H. et al en el 2002 en el Hospital General de Zona No. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Madero, Tamaulipas el cual 63.2% fueron del género masculino en el cual los investigadores asociaban ésta patología con un esfuerzo mal desarrollado al levantar o mover objetos pesados.

En lo que respecta a la edad relacionada a Lumbalgia, nuestro estudio se relaciona a aquellos pacientes con 26 a 35 años de edad, en otros artículos es más frecuente en sujetos menores a 40 años de edad (sin especificar rango) en plena etapa productiva, según el artículo “Lumbalgia: Un problema de salud pública” realizado por Covarrubias A. en el 2010 en el departamento de medicina del dolor y paliativa del Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de la Ciudad de México, la Guía de práctica clínica sobre “Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención” por Barrera A. et al menciona que representa una de las limitaciones en sujetos menores de 45 años de edad, Hansson T. Et al en el estudio “The Effects of Common Medical Interventions on Pain, Back Function, and Work Resumption in Patients With Chronic Low Back Pain” refiere que en 6 países refiere que en Dinamarca el rango es de 35-54 años,

Alemania 45-59 años, Israel 25-44 años, Holanda 25-44 años, Suecia 35-54 años, Estados Unidos de América 35-44 años.

Sobre la Ocupación en esta investigación ,los pacientes Empleados representaron el 62.75 % , seguido de Amas de casa 23.53 % el cual está relacionada a realización de esfuerzos físicos extremos al levantar objetos pesados, por otra parte Deyo, Batie y Han en sus respectivos artículos agregan otras causas importantes como lo son el sedentarismo, sobrepeso, obesidad y tabaquismo las cuales contribuyen a una elevada incidencia y prevalencia de la lumbalgia.

Se analizaron los ítems del Test de Beck en donde se analizaron los principales factores cognitivo - afectivos y somáticos relacionados con Lumbalgia en donde el autodesprecio (ítem #7) 26.14%, en donde la ira – odio es la emoción más común asociada a dolor crónico en lumbalgia resultando el principal problema afectivo, predominó en segundo lugar autoacusación (ítem #8) con 25.49% en donde los pacientes magnifican la sintomatología del paciente, en tercer lugar la indecisión (ítem # 13) con 24.18 % , en cuarto lugar cambios de imagen con 22.22 % (ítem #14) están relacionados más a sobrepeso, obesidad y sedentarismo que lleva a esta y en quinto lugar insomnio 21.57% (ítem #16).

Vargas J. Et al en el 2010 en su estudio “Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida” realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital General de Zona #1 de Oaxaca, México, las cuales fueron evaluadas midiendo intensidad de ansiedad, depresión y calidad de vida reportada, además de referir que los pacientes con dolor intenso tienen mayor porcentaje de trastornos de ansiedad y depresión los cuales van a

dificultar la recuperación del paciente generando inactividad física, pérdida de la coordinación, potencia muscular, atrofia y la consolidación de conductas como miedo y evitación, lo que da pensamientos catastróficos ,actitudes pasivas, abuso de sustancia, dejando a la depresión presente en un 40 – 65 % de pacientes afectados con lumbalgia, mientras tanto la ansiedad aumenta la percepción del dolor y disminuye su tolerancia.

En cuanto al grado de depresión obtenido del total de pacientes del test de Beck (153 pacientes) se obtuvieron grado de depresión normal en 107 pacientes correspondiendo al 69.93%, Ligeramente deprimidos en 19 pacientes correspondiendo un 10.46 %, Moderadamente deprimidos en 4 pacientes correspondiendo 2.61 % y gravemente deprimidos en 26 pacientes correspondiendo 16.99 % mientras tanto refiere Covarrubias A. en su estudio “Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida” que la depresión está presente en un 40-65 % de los afectados con lumbalgia.

CONCLUSIONES.

La lumbalgia es una entidad patológica que se ha convertido en un problema de salud pública común en primer nivel de atención, por su impacto genera discapacidad, deterioro de calidad de vida a nivel nacional y mundial, requiere un largo periodo de tratamiento y costos se incrementan tanto por los servicios médicos otorgados (incluyendo programas de manejo psicológico para manejo de emociones negativas como ansiedad, ira o depresión habitualmente asociadas) y la compra de medicamentos, así como la pérdida de días laborales.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" durante el periodo del 1º Marzo del 2015 a 31 de Diciembre del 2015 en donde los pacientes diagnosticados con lumbalgia fueron sometidos a estudio, mediante aplicación de Test de Beck (el cual consta de 21 ítems para medir la severidad de depresión utilizada en personas a partir de 13 años de edad) a pacientes de dicha unidad.

Encontrándose que el género femenino es el más afectado por esta enfermedad identificando a 101 pacientes de una muestra de 153 pacientes , lo que representa el 66 %, mientras que los 52 pacientes restantes corresponden al género masculino que constituye el 34 %.

En lo que respecta al rango de edad de mayor trascendencia en los pacientes sometidos a este análisis, se confirmó que la lumbalgia está más relacionada a la depresión en 33 pacientes con rango de edad de 31 a 35 años correspondiendo a un 22% de los 153 pacientes que conforman nuestra muestra, mientras que la menor afectación fue en 4 pacientes con rango de edad de 56 a 60 años de edad correspondiendo a un 3 %.

De igual forma se identificó que aquellos con ocupación de empleado 96 pacientes que corresponde al 62.75 % de un total de 153 pacientes analizados.

El establecimiento definitivo de la relación de Lumbalgia y Depresión fue a través de la aplicación del Test de Beck en donde 107 pacientes resultaron normales correspondiendo a un 69.93 % y 46 pacientes resultaron con algún grado de depresión relacionada a lumbalgia correspondiendo a un 30.06 %.

Se obtuvo una razón de momios de 1:3 respecto al riesgo de tener depresión con lumbalgia crónica en comparación a aquellos que tenía lumbalgia aguda y subaguda lo que demuestra su significancia clínica.

SUGERENCIAS

La lumbalgia es una entidad patológica de las más frecuentes en la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” la cual está asociada a emociones negativas como depresión principalmente en aquellos pacientes con dolor de tipo crónico, por lo que su manejo tratamiento debe ser integral incluyendo un equipo integral en primer nivel como lo es el servicio de Medicina Familiar, Psicología y Psiquiatría, para detectar o sospechar en consulta de primer nivel de atención médico, se clasificará la lumbalgia dependiendo de su tiempo de evolución en aguda, subaguda y crónica, así como realizar un adecuado interrogatorio dirigiéndolo hacia sintomatología negativa y así trabajar de manera conjunta con el servicio de Psicología / Psiquiatría sugiriendo la aplicación del Test de Beck (BDI – II) para descartar asociación de Lumbalgia con algún grado de depresión y así poder otorgar tratamiento, como antidepresivos tricíclicos por 4 semanas ayudando así al trastorno del estado de ánimo y manejo de dolor de tipo neurogénico, reumatológico u osteomuscular en el paciente.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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:	RELACIÓN DE LUMBALGIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN EDAD PRODUCTIVA EN LA U.M.F. NÚMERO 21
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México D.F. 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	En el Instituto Mexicano del Seguro Social no existen estudios realizados sobre la relación de la lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la U.M.F. número 21, existen estudios que miden la prevalencia del dolor lumbar y alteraciones somáticas pero ninguno como el que se planea realizar en Unidad de Medicina Familiar No 21 con población mexicana ya que con este estudio se puede comprobar la mala calidad de vida en estos pacientes, así como investigando síntomas de depresión en individuos con algún grado de lumbalgia, pretende también apoyar y ayudar a los pacientes por medio de grupo de psicología, psiquiatría, ortopedia y traumatología, así como de medicina familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de lumbalgia
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se harán a través del investigador principal directo al paciente
Participación o retiro:	De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Según los lineamientos éticos establecidos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer la relación entre lumbalgia y depresión en pacientes en edad productiva en la U.M.F. 21 e informar a los médicos familiares los resultados en caso de que se requiriera dar tratamiento.

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

Investigador Responsable: Dra. Leonor Campos Aragón ,teléfono:55 52 56 43, conmutador 57 68 66 00 extensión 112 e-mail dra.leonor.campos.aragon@gmail.com
 Colaboradores: Dr. Alan Alberto Rodríguez González, teléfono 55 33 34 07 54, e-mail alan_solksjaer@hotmail.com

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
Testigo 1	Testigo 2
Alan Alberto Rodríguez González Nombre, dirección, relación y firma	Leonor Campos Aragón Nombre, dirección, relación y firma



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21.
 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO.**

“RELACIÓN DE LUMBALGIA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES EN EDAD PRODUCTIVA EN LA U.M.F. NÚMERO 21”

Dra. Leonor Campos Aragón*, Dr. Alan Alberto Rodríguez González **

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2015	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Cálculo del tamaño muestra	Aprobación de Protocolo de Investigación	Realización y Aplicación de Cuestionarios	Organización y recolección de datos	Análisis de resultados	Conclusiones
Enero								
Febrero								
Marzo	REALIZADO							
Abril	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO					
Mayo			REALIZADO					
Junio				REALIZADO	REALIZADO			
Julio					REALIZADO	REALIZADO		
Agosto						REALIZADO		
Septiembre							REALIZADO	
Octubre							REALIZADO	REALIZADO
Noviembre								REALIZADO
Diciembre								REALIZADO

 REALIZADO

 NO REALIZADO

*Asesor, Médica Cirujana, Maestría en Salud Pública Maestra en ciencias, Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Médico Cirujano, Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar, U.M.F. No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso

Anexo 1.1

Test de Beck

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE BECK

(Tomado de Rojas, 2006)

Elija para cada uno de los siguientes 21 apartados la expresión que mejor refleje su situación actual:

1.
 - No estoy triste
 - Siento desgana de vivir. Estoy triste
 - Siento siempre desgana de vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar
 - Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
 - Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar mas

 2.
 - No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro
 - Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro
 - Creo que no debo esperar ya nada
 - Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
 - Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación

 3.
 - No tengo la sensación de haber fracasado
 - Tengo la sensación de haber fracasado mas que otras personas
 - Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
 - Si pienso en mi vida veo que no he tenido mas que fracasos
 - Creo que he fracasado por completo

 4.
 - No estoy particularmente descontento
 - Casi siempre me siento aburrido
 - No hay nada que me alegre como me alegraba antes
 - No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
 - Estoy descontento de todo

 5.
 - No me siento particularmente culpable
 - Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
 - Me siento culpable
 - Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada
 - Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada
-

- 6.
- No tengo la impresión de merecer un castigo
 - Creo que me podría pasar algo malo
 - Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado
 - Creo que merezco ser castigado
 - Quiero ser castigado
- 7.
- No estoy descontento de mi mismo
 - Estoy descontento de mi mismo
 - No me gusto a mi mismo
 - No me soporto a mi mismo
 - Me odio
- 8.
- No tengo la impresión de ser peor que los demás
 - Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
 - Me hago reproches por todo lo que no sale bien
 - Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- 9.
- No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
 - A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
 - Pienso que sería preferible que me muriese
 - He planeado como podría suicidarme
 - Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese
 - Si pudiese, me suicidaría
- 10.
- No lloro más de lo corriente
 - Lloro con mucha frecuencia, mas de lo corriente
 - Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
 - Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.
-
- 11.
- No me siento mas irritado que de costumbre
 - Me enfado o me irrito con mas facilidad que antes
 - Estoy constantemente irritado
 - Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban
- 12.
- No he perdido el interés por los demás
 - Me intereso por los demás menos que antes
 - He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
 - Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.
-

- 13.
- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
 - Ahora me siento menos seguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Ya no puedo tomar decisiones isn que e ayude alguien a hacerlo
 - Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.
- 14.
- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
 - Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
 - Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
 - Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo
- 15.
- Trabajo con la misma facilidad de siempre
 - Ahora me cuesta mas esfuerzo que antes ponerme a trabajar
 - Ya no trabajo bien como antes
 - Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
 - Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.
- 16.
- Duermo tan bien como de costumbre
 - Por la mañana me levanto mas cansado que de costumbre
 - Me despierto una o dos horas mas temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir
 - Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste
- 17.
- No me canso antes que de costumbre
 - Me canso mas pronto que antes
 - Cualquier cosa que haga me cansa
 - Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste

-
- 18
- Mi apetito no es peor que de costumbre
 - No tengo tanto apetito como antes
 - Tengo mucho menos apetito que antes
 - No tengo en absoluto ningún apetito.

- 19.
- No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
 - He perdido más de dos kilos de peso
 - He perdido más de cuatro kilos de peso
 - He perdido más de siete kilos de peso

Anexo 1.2



Duerma en cama dura, de lado con las rodillas y la cadera semiflexionadas y con una almohada entre las piernas que abarque de las rodillas a los tobillos. Otra almohada baja para la cabeza



En dolor intenso, dormir boca arriba, con las rodillas dobladas y separadas sobre dos almohadas, durante media hora o toda la noche



Mantenga la espalda derecha, apretando el abdomen. Apoye los pies. Mantenga la cadera al nivel de las rodillas



Al manejar, mantenga las rodillas flexionadas y póngase el cinturón de seguridad



En caso de dolor intenso, acostarse boca abajo con una almohada en el abdomen y ponerse una bolsa con agua caliente en la región lumbar, durante por lo menos 20 minutos



Cargar peso en forma equilibrada



No lea ni vea televisión en la cama



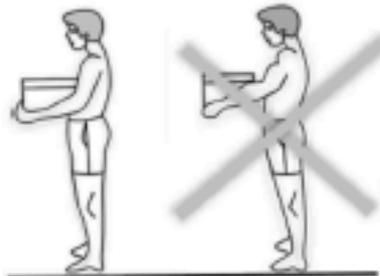
Al dormir boca arriba, no utilice almohada



Evite posturas incorrectas



Para levantar objetos pesados o agacharse, hágalo en cuclillas abrazando el objeto



Sostenga el objeto pegado al cuerpo manteniendo los glúteos y el abdomen apretados. Al transportarlo, mantenga la misma postura

1. Barrera A., Guerrero V.,López V., (2009). Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención.. México: CENETEC.
2. Covarrubias A.,(Abril-Junio 2010). Lumbalgia: Un problema de salud pública. Revista Mexicana de Anestesiología, 33, 106-109.
3. Boschetti-Fentanes B., (Septiembre-Diciembre 2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar, Volumen 6, pp 61-63.
4. Firpo, F.C.A.N. Manual de Ortopedia y Traumatología. (3era ed.). Argentina: Primera edición electrónica; 2010.
5. Horal, J.: The Clinical Appearance of Low Back Disorders in the City of Gothenburg Sweden. Acta Orthop. Scandinavica, Supplementum 118, 1969.
6. Nachemson, Alf: Towards a Better Understanding of Low-Back Pain: A Review of the Mechanics of the Lumbar Disc.Rheumat. and Rehabil.14: 29-143, 1975. (4) McGill, C.M. Industrial back problems. Journ. of Occupat. Med. 10, 1740-1748. 1968.
7. American psychiatric association, A.P.A. 1. Integratek.es. [Online]. Available from: <http://www.integratek.es/wpcontent/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf> [Accessed 15 May 2015].
8. García, M, García , I. Relación entre dolor lumbar y ansiedad y su implicación terapéutica. Rev Fisioter. 2010;9(2): 35-43.

9. Saldivar, A, Cruz, D. Lumbalgia en trabajadores. Rev Med IMSS. 2002;41(3): 203-209.
10. Ellegard H., Pedersen B, Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3–12 months' duration, BMC Musculoskeletal disorders, 2012;13(166): 1-9
11. Gatchel R., Bo Y., The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions, 2007;133(4) 581-624
12. Vargas E., Nogales S., Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida. Centro Regional de Investigación en Psicología, 2011;5(1): 41-47
13. Baeza, C, Bulbena, A. Trastornos psicossomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica . Psicología y Salud. 2011;21(2): 227-237.
14. Truyols, M, Medinas, M. Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. Clínica y Salud. 2010;21(2): 123-140.
15. Valdés, G, Scull, Y, Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica, InvestMedicoquir, 2013;5(1): 54-71
16. Greenspan J, Craft R, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. Pain 2007;132(1):26-45.
17. Stanos S, Mc Lean J., Enfoque del tratamiento del dolor en medicina física y rehabilitación, Clínicas anestesiológicas de Norteamérica, 2007;25 : 721-759

18. Ospina L., El efecto de la relajación en pacientes con lumbalgia ,
Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud, 2009;11: 119-
129
19. Liendo V., Dolor musculoesquelético crónico y depresión, BOTICA,
2013;13: 1-4
20. Moix, J, Casado, I. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor
Crónico. Clínica y Salud. 2011;22(1): 41-50.
21. Beltrán María, Freyre M., El Inventario de Depresión de Beck: Su
validez en población adolescente. 2011; 30(1): 5-13