

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS
ARTÍCULO ORIGINAL**Di Sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico en pacientes que inician rehabilitación en Lima, Perú****Depressive symptoms and chronic back pain in patients who start rehabilitation in Lima, Perú**Liria Soca-Saavedra^{1,2} , Herminio Teófilo Camacho-Conchucos^{3,4} ¹Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.²Hospital I Carlos Alcántara Butterfield-EsSalud. Lima, Perú.³Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.⁴Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” Amistad Perú-Japón. Lima, Perú**Cómo citar este artículo**Soca-Saavedra L, Camacho-Conchucos HT. Sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico en pacientes que inician rehabilitación en Lima, Perú. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado]; 20(2):e3216. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3216>**Recibido: 11 de marzo del 2020.**
Aprobado: 13 de diciembre del 2020.**RESUMEN****Introducción:** La unión entre sintomatología depresiva y el dolor está evidenciada, por eso deben tratarse en conjunto.**Objetivo:** Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el dolor de espalda crónico en pacientes que inician rehabilitación.**Material y métodos:** Estudio observacional,

prospectivo y transversal. Participaron 118 pacientes con dolor de espalda crónico que iniciaron rehabilitación. El dolor se midió con la Escala Visual Analógica y la sintomatología depresiva con el Inventario de Depresión de Beck II.

Resultados: Pacientes presentaron como

promedio de dolor $6,69 \pm 1,98$; nivel de intensidad moderado 52,5 % y localización lumbar 55,1 %; el mayor tiempo de duración en el rango de 1 a 3 años 54,2 %. La sintomatología depresiva tuvo puntaje promedio $19,13 \pm 10,62$; se analizaron en dos grupos: sintomatología de nivel mínimo (0-13 puntos) y de riesgo (14-63 puntos), conformado por los niveles leve, moderado y severo con 66,9 %. La relación entre la sintomatología depresiva y el dolor de espalda crónico fue significativa, a mayor nivel de dolor mayor presencia de sintomatología, en el nivel severo de dolor la sintomatología leve/moderado/severo fue de 80,9% ($p = 0,03$);

ABSTRACT

Introduction: The association between depressive symptoms and pain is evidenced, so they must be treated together.

Objective: To determine the relationship between depressive symptoms and chronic back pain in patients who start rehabilitation.

Material and methods: An observational, prospective and cross-sectional study was conducted in 118 patients with chronic back pain who started rehabilitation. The pain was measured using the Visual Analog Scale and depressive symptoms were measured with the Beck Depression Inventory-II.

Results: The patients presented an average pain of $6,69 \pm 1,98$, with moderate levels of intensity (52,5%) and lumbar location (55,1 %); the longest time duration ranged from 1 to 3 years (54,2 %). Depressive symptoms had an average score of $19,13 \pm 10,62$; they were analyzed in two groups: minimum level of symptoms (0-13 points) and

para el sexo femenino 73,3 % ($p = 0,02$); en estado civil el grupo separado/viudo 93,8% ($p = 0,04$) y sin instrucción 100 % ($p = 0,03$).

Conclusiones: La sintomatología depresiva está relacionada al dolor de espalda crónico, a mayor nivel de dolor mayor presencia de sintomatología depresiva. También está asociada al sexo femenino, a personas separadas o viudas y sin instrucción.

Palabras Claves: Salud mental, depresión, dolor crónico, columna vertebral, fisioterapia, dolor de la región lumbar.

risk (14-63 points) including mild, moderate and severe levels (66,9 %). The relationship between depressive symptoms and chronic back pain was significant; that is, the higher the level of pain, the greater the presence of symptoms. In the case of severe level of pain, the mild/moderate/severe symptoms were 80,9 % ($p = 0,03$); 73,3% for females ($p = 0,02$); concerning marital status, 93,8 % were separated/widowed ($p = 0,04$) and 100% had no levels of education ($p = 0,03$).

Conclusions: Depressive symptoms are related to chronic back pain; the higher the level of pain, the greater the presence of depressive symptoms. It is also associated with the female sex, separated or widowed persons and persons without any education.

Keywords: Mental health; depression; chronic pain; spine; specialty in physical therapy; low back pain.



INTRODUCCIÓN

La depresión provoca angustia en los que la padecen afectando su capacidad para hacer tareas cotidianas; altera las relaciones con la familia, amigos y el trabajo con las respectivas consecuencias económicas, sociales y en casos extremos, el suicidio.^(1,2)

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, el trastorno clásico es el trastorno depresivo mayor; su diagnóstico requiere cinco o más síntomas presentes durante dos semanas y cambia el funcionamiento de la persona, uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, entre los demás síntomas están la pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o decidir, pensamientos de muerte recurrentes, ideas e intentos de suicidio.⁽³⁾

En el mundo más de 300 millones de personas padecen depresión, enfermedad frecuente que alcanzó, en 2017, 4,4 % de la población mundial, mayor en mujeres (5,1 %) que en hombres (3,6%).⁽⁴⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan la prevalencia de depresión en 15 % de la población de América; en Perú, en 2002 en Lima Metropolitana tuvo 18,2 %, en la sierra 16,2 % y la selva 21,4 %; la depresión no atendida genera intentos de suicidio, en Lima Metropolitana en un mes alcanzó el 1 %, en la sierra 0,7 % y la selva 0,6 %.^(4,5)

Entre las teorías de la depresión destaca la teoría cognitiva, es la de Beck la más representativa, sostiene que la persona valora extremadamente sucesos negativos, y los asume con frecuencia, globales e irreversibles, dando muestra de la tríada cognitiva negativa: visión negativa del yo, el mundo y el futuro, considera como factor desencadenante y de mantenimiento de síntomas depresivos al procesamiento distorsionado de información, esquemas depresógenos permanecen latentes y no son fácilmente accesibles a la conciencia, necesitan de un estresor para activarse. Factores biológicos influyen en el comportamiento y estado afectivo, variaciones habituales del humor producen cambios en la dinámica neuroendocrina y cerebral, el estrés crónico conduce a déficit de neurotransmisores como la dopamina y/o serotonina; por tanto, a depresión.⁽²⁾ Pacientes afectados por enfermedades, como cáncer o enfermedades cardiovasculares o el factor social como el desempleo, el vivir en medios urbanos marginales implican una mayor exposición a riesgos y hasta cuidadores de adultos mayores pueden sufrir depresión.^(1,6)

El dolor de espalda es un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia; afecta la funcionalidad, ocasiona elevados costos laborales y es generado por múltiples factores. Se localiza desde el occipucio hasta el sacro y coxis; la zona lumbar representa 70 % promedio por estar sometida a mayor sobrecarga, seguido del dolor cervical por mayor movimiento, es crónico cuando la experiencia psicofisiológica desagradable permanece más de 6 meses a pesar



de haber disminuido o desaparecido el daño tisular.^(7,8) El dolor crónico es un fenómeno biopsicosocial, aspectos psicológicos están asociados a una elevada psicopatología, su diagnóstico es importante para el éxito de la rehabilitación, aumentan la intensidad y discapacidad asociada al dolor; la alteración del ánimo, el miedo-avoidancia y falta de motivación incrementan la percepción del dolor y lo mantienen, la ansiedad disminuye la tolerancia al dolor y sumada a la depresión se asocian a magnificación de síntomas médicos.^(9,10) La lumbalgia está asociada con la depresión;⁽¹¹⁾ investigaciones sobre dolor crónico y psicopatologías en lumbalgia crónica que evalúan temporalidad, muestran que abuso de sustancias y ansiedad preceden al dolor crónico, mientras la depresión aparece antes o después de este.⁽⁹⁾ Existen mecanismos neuroquímicos comunes para la depresión y dolor crónico, que implican bajos niveles de moduladores analgésicos opiáceos (endorfinas y encefalinas) y también no opiáceos (aminas biógenas: noradrenalina y serotonina).⁽¹²⁾ A nivel del eje hipotálamo hipófisis adrenal, un estresor prolongado incrementa la liberación de cortisol, conduce a cambios desadaptativos, a desregulación de factores inflamatorios, disminuye la neurogénesis y la transmisión monoaminérgica, implicadas en la depresión y en la modulación descendente del dolor.⁽¹³⁾ La rehabilitación tiene como finalidad que el paciente con dolor de espalda crónico deje de ser

receptor pasivo de cuidados para convertirse en su socio activo, evita la falta de adherencia que se refleja en muchos pacientes, se requiere psicología del comportamiento para pasar de eludir el dolor a controlarlo, debe incrementar la actividad para prevenir la rigidez y debilidad que provoca un círculo vicioso y ocasiona más dolor, busca reducir cualquier incapacidad, no se centra solamente en los síntomas mediante analgésicos, sino en mejorar la capacidad funcional y educar sobre buenos hábitos mediante la fisioterapia.^(14,15) El paciente requiere apoyo especializado para manejar los problemas emocionales que son característicos del dolor de espalda crónico, para evitar la sintomatología depresiva que puede evolucionar a depresión, por ello requiere mecanismos para ser contrarrestada.⁽¹⁶⁾

Por ello la importancia de la identificación temprana de pacientes con depresión y dolor de espalda crónico para mejorar el abordaje y reducir sus consecuencias.⁽¹⁷⁾

En Perú, no existen estudios en pacientes que relacionen sintomatología depresiva con el dolor de espalda crónico; a nivel internacional se realizaron en poblaciones con dolor lumbar crónico específicamente y se encontró correlación positiva entre niveles elevados de dolor con incapacidad y depresión.⁽¹⁸⁾

Por lo expuesto, esta investigación tiene como **objetivo** determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el dolor de espalda crónico en pacientes que inician rehabilitación.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, prospectivo y de corte transversal, realizado en pacientes con dolor de espalda crónico, quienes acudieron por primera vez a consulta en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, derivados para Fisioterapia en el Hospital I Carlos Alcántara Butterfield, perteneciente a la Seguridad Social de Salud - Essalud, ciudad de Lima, en el período de setiembre a diciembre de 2015.

La población estuvo constituida por 170 pacientes, de los que se extrajo, con un nivel de confianza de 95 %, una muestra probabilística de 118 pacientes, de manera aleatoria simple.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con dolor de espalda crónico en sus diferentes localizaciones, quienes acudieron por primera vez al Servicio de Rehabilitación, con un rango de edad entre 18 a 65 años y que aceptaron participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con dolor de origen visceral u oncológico, con antecedente quirúrgico de columna, con enfermedad crónica, patología psiquiátrica, gestantes y familiar cercano fallecido en los últimos dos meses.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta en forma de entrevista y cuestionario. Para los datos generales se utilizó una ficha elaborada por los investigadores, con información brindada por el paciente y se completó con datos de la Historia Clínica; como: edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, tipo de familia, número de hijos, diagnóstico médico, tiempo y localización del

dolor. Para determinar la sintomatología depresiva se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II y para la valoración del dolor la Escala Visual Analógica.

Escala Visual Analógica: instrumento sencillo, sólido, sensible y reproducible, útil para evaluar intensidad de dolor en diferentes ocasiones. Su validez ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad es satisfactoria, una línea de 10 cm representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa, termina en ángulo recto en sus extremos y con las descripciones “no dolor” y “dolor insoportable”, sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea, en lo que radica su principal ventaja. El paciente indica con una cruz la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los dos extremos, se considera de 0 a 3, el dolor leve; de 4 a 7, moderado y de 8 a 10, severo.^(19,20)

Inventario de Depresión de Beck II: Cuestionario autoadministrado de respuesta múltiple, instrumento de *screening* más utilizado y citado en la bibliografía especializada. La segunda edición (IDB-II) creado por Beck, Steer y Brown, presenta 21 ítems, evalúa presencia y severidad de síntomas depresivos sin establecer diagnóstico clínico, pues ello requiere un examen clínico completo.⁽²¹⁾ Puede ser usado en adultos y adolescentes a partir de los 13 años, tengan o no diagnóstico psiquiátrico. Cada ítem tiene cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad y se elige la que describa mejor su estado durante las últimas dos semanas, incluido el día en que realiza el inventario. La puntuación de cada ítem va de 0 a 3 puntos y el puntaje



máximo total es 63. Para estimar la severidad del trastorno depresivo, se tienen puntuaciones de corte: 0-13, mínimo; 14-19, leve; 20-28, moderado y 29-63, severo.⁽²²⁾ El BDI-II se ha traducido y adaptado a la población española; en Latinoamérica y Perú, se ha utilizado la adaptación argentina, que es de uso frecuente para medir sintomatología depresiva.

De los pacientes con indicación de Fisioterapia, provenientes de consulta médica, se identificaron aquellos que presentaban dolor de espalda crónico (mayor a 6 meses); se elaboró una relación durante los cuatro meses que abarcó el estudio. Se procedió a llamarlos por teléfono para indicarles cuándo debían acercarse al Servicio de Terapia Física a recoger la programación de su tratamiento; al personarse el paciente de la muestra seleccionada, se le informó sobre la investigación y el propósito de la misma invitándole a participar. Con los que aceptaron, se procedió a la entrevista para llenar la ficha de recolección de datos, luego se determinó la intensidad del dolor con la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) y finalmente se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II para determinar la sintomatología depresiva.

Para la realización de la investigación, se solicitó a la Oficina de Capacitación, Docencia e

Investigación de la Red Asistencial Rebagliati-EsSalud la autorización, siendo evaluada por el Comité Institucional de Investigación y aprobada mediante resolución, que se desarrolló de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, dieron su autorización al firmar el consentimiento informado y se les garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

La información se ingresó en la base de datos de Microsoft Excel y se analizó con el programa SPSS versión 24. Se realizó un análisis descriptivo de las características generales, mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, y se presentaron los resultados en tablas y gráficos.

Para determinar la relación entre sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico, por ser variables cualitativas se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2), se consideraron los resultados estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$; la misma prueba se aplicó en la relación de sintomatología depresiva con las características generales de la muestra y el dolor crónico de espalda.

RESULTADOS

Participaron 118 pacientes con dolor de espalda crónico, quienes acudieron por primera vez a consulta al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con indicación de Fisioterapia, con edad promedio de $46,89 \pm 10,67$ años, en un rango de 20 a 64 años. En cuanto a la distribución

por sexo fue mayor el femenino (72,9 %; IC 95 %: 64,88 a 80,92); el rango de 51 a 60 años presentó el mayor porcentaje (36,8 %; IC 95 %: 28,10 a 45,50); gran parte son casados o convivientes (69,5 %; IC 95 %: 61,19 a 77,81). En ocupación, la mayoría son empleados (25,4 %; IC 95 %: 17,55 a



33,25). El nivel de instrucción predominante fue superior completa, sea técnica o universitaria (32,2 %; IC 95 %: 23,77 a 40,63). El tipo de familia

que primó fue nuclear (58,5 %; IC 95 %: 49,61 a 67,39) y tuvieron de 1 a 3 hijos (79,7 %; IC 95 %: 72,44 a 86,96). (Tabla 1).

Tabla 1 - Características generales de los pacientes con dolor de espalda crónico

Características	No.	%	IC 95%
Sexo			
Femenino	86	72,9	64,88-80,92
Masculino	32	27,1	19,08-35,12
Edad (años)			
20-30	11	5,4	1,32-9,48
31-40	24	15,8	9,22-22,38
41-50	33	27,3	19,26-35,34
51-60	37	36,8	28,10-45,50
61<64	13	14,7	8,31-21,09
Estado civil			
Soltero	20	16,9	10,14-23,66
Casado/conviviente	82	69,5	61,19-77,81
Separado/viudo	16	13,6	7,41-19,79
Ocupación			
Ama de casa	21	17,8	10,90-24,70
Empleado	30	25,4	17,55-33,25
Obrero	27	22,9	15,32-30,48
Trabajador del hogar	19	16,1	9,47-22,73
Trabajador independiente	21	17,8	10,90-24,70
Nivel de instrucción			
Sin instrucción	4	3,4	0,13-6,67
Primaria incompleta	4	3,4	0,13-6,67
Primaria completa	9	7,6	2,82-12,38
Secundaria incompleta	12	10,2	4,74-15,66
Secundaria completa	30	25,4	17,55-33,25
Superior incompleta	21	17,8	10,90-24,70
Superior completa	38	32,2	23,77-40,63
Tipo de familia			
Nuclear	69	58,5	49,61-67,39
Nuclear uniparental	13	11,0	5,35-16,65



Composición extensa	25	21,2	13,83-28,57
Compuesta	06	5,1	1,13-9,07
Persona sola	05	4,2	0,58-7,82
Número de hijos			
0	13	11,0	5,35-16,65
1-3	94	79,7	72,44-86,96
>3	11	9,2	3,99-14,41
Total	118	100	

Según la intensidad de dolor, presentaron una media de $6,69 \pm 1,98$ en base al puntaje de la Escala Visual Analógica. El nivel de intensidad moderado fue el más frecuente (52,5 %; IC 95 %:

43,49 a 61,51), el mayor tiempo de duración estuvo en el rango de 1 a 3 años (54,2 %; IC 95 %: 45,21 a 63,19) y la localización en su mayoría fue lumbar (55,1 %; IC 95 %: 46,13 a 64,07). (Tabla 2)

Tabla 2 - Características del dolor de espalda crónico

Dolor	No.	%	IC 95%
Nivel de Intensidad			
Leve	09	7,6	2,82-12,38
Moderado	62	52,5	43,49- 61,51
Severo	47	39,8	30,97-48,63
Tiempo(años)			
<1	23	19,5	12,35-26,65
1-3	64	54,2	45,21-63,19
4-6	17	14,4	8,07-20,73
7-9	3	2,5	0,00-5,32
>9	11	9,3	4,06-14,54
Localización			
Cervical, dorsal	03	2,5	0,00-5,32
Cervical, dorsal, lumbar	30	25,4	17,55-33,25
Cervical, lumbar	08	6,8	2,26-11,34
Dorsal, lumbar	12	10,2	4,74-15,66
Lumbar	65	55,1	46,13-64,07
Total	118	100	

La sintomatología depresiva tuvo un puntaje promedio según el inventario de depresión de

Beck II de $19,13 \pm 10,62$, una mediana de 17 y una moda de 19. Para el análisis se consideró como



punto de corte 13, puntaje que representa como límite la sintomatología depresiva mínima o normal con 33,1 % y el otro grupo considerado de

riesgo constituido por la sintomatología depresiva leve, moderada y severa con 66,9 %. (Figura).

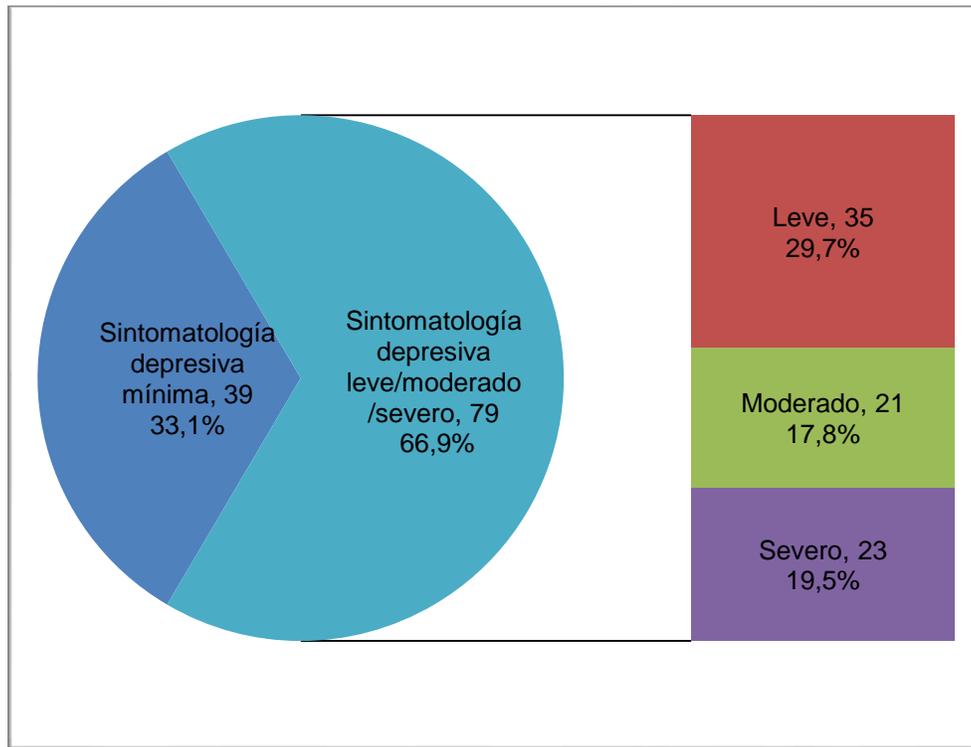


Fig. - Sintomatología depresiva en pacientes con dolor de espalda crónico

La relación entre la sintomatología depresiva y el dolor de espalda crónico muestra que a mayores niveles de intensidad de dolor la presencia de sintomatología depresiva fue mayor; en el nivel severo de dolor, la sintomatología leve/moderado/severo presentó un porcentaje

de 80,9 % con una relación significativa ($p = 0,03$); según localización el nivel cervical, dorsal presentó 100 % ($p = 0,81$) y para el tiempo de duración del dolor el rango de 7 a 9 años tuvo 100 % ($p = 0,56$) en ambos casos no fue significativo. (Tabla 3)



Tabla 3 - Sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico

Dolor	Sintomatología depresiva				Total	p*
	Mínima		Leve/moderado/severo			
	No.	%	No.	%		
Nivel de intensidad						
Leve	04	44,4	05	55,6	09	0,03
Moderado	26	41,9	36	58,1	62	
Severo	09	19,1	38	80,9	47	
Localización						
Cervical, dorsal	0	0	3	100	3	0,81
Cervical, dorsal, lumbar	10	33,3	20	66,7	30	
Cervical, lumbar	3	37,5	5	62,5	8	
Dorsal, lumbar	4	33,3	8	66,7	12	
Lumbar	22	33,8	43	66,2	65	
Tiempo (años)						
<1	9	39,1	14	60,9	23	0,56
1-3	23	35,9	41	64,1	64	
4-6	4	23,5	13	76,5	17	
7-9	0	0	03	100	03	
>9	3	27,3	08	72,7	11	

*Chi cuadrado

En relación con la sintomatología depresiva Leve/moderado/severo, según las características de la muestra, fue mayor en el rango de edad de 41 a 50 años con 79,4 %, pero no fue significativo ($p = 0,25$); predominó en el sexo femenino con 73,3 % siendo significativo ($p = 0,02$). Igualmente este tipo de sintomatología depresiva fue alta su presentación, según el estado civil en el grupo separado/viudo con 93,8 %, valor significativo

($p = 0,04$); para ocupación el trabajador del hogar presentó el mayor porcentaje con 89,5 %, sin significancia ($p = 0,08$); en nivel de instrucción cuando no la tenía fue 100 % y significativo ($p = 0,03$); según tipo de familia, el mayor porcentaje fue para nuclear uniparental 92,3 % ($p = 0,22$) y cuando tenían más de 3 hijos alcanzó 72,7 % ($p = 0,23$); en ambos casos no fue significativo. (Tabla 4).



Tabla 4 - Sintomatología depresiva según características generales en pacientes con dolor de espalda crónico

Variable	Sintomatología depresiva				Total	p*
	Mínima		Leve/moderado/severo			
	No.	%	No.	%		
Edad (años)						
20-30	5	45,0	6	55,0	11	0,25
31-40	8	32,7	16	67,3	24	
41-50	7	20,6	26	79,4	33	
51-60	12	32,4	25	67,6	37	
61<64	7	53,9	6	46,1	13	
Sexo						
Femenino	23	26,7	63	73,3	86	0,02
Masculino	16	50,0	16	50,0	32	
Estado civil						
Soltero	09	45,0	11	55,0	20	0,04
Casado/conviviente	29	35,4	53	64,6	82	
Separado/viudo	01	6,2	15	93,8	16	
Ocupación						
Ama de casa	7	33,3	14	66,7	21	0,08
Empleado	14	46,7	16	53,3	30	
Obrero	7	25,9	20	74,1	27	
Trabajador del hogar	2	10,5	17	89,5	19	
Trabajador independiente	9	42,9	12	57,1	21	
Nivel de instrucción						
Sin instrucción	0	0	4	100	4	0,03
Primaria incompleta	1	25,0	3	75,0	4	
Primaria completa	1	11,1	8	88,9	9	
Secundaria incompleta	2	16,7	10	83,3	12	
Secundaria completa	7	23,3	23	76,7	30	
Superior incompleta	08	38,1	13	61,9	21	
Superior completa	20	52,6	18	47,4	38	
Tipo de familia						
Nuclear	27	39,1	42	60,9	69	0,22
Nuclear uniparental	01	7,7	12	92,3	13	
Composición extensa	08	32	17	68,0	25	



Compuesta	01	16,7	05	83,3	06	
Persona sola	02	40,0	03	60,0	05	
Número de hijos						
0	07	53,8	06	46,2	13	0,23
1-3	29	30,9	65	69,1	94	
>3	03	27,3	08	72,7	11	

*Chi cuadrado

DISCUSIÓN

En los pacientes estudiados predominó el sexo femenino con casi las tres cuartas partes y un promedio de edad próximo a los 50 años. El estado civil que primó en los pacientes fueron los casados o convivientes cercano a 70 %. En relación con la ocupación, la mayoría son empleados y obreros representando casi la mitad de la muestra. El nivel de instrucción predominante fue superior completa que incluía al nivel técnico y el universitario que alcanza un tercio de los pacientes. En cuanto al tipo de familia, destacó la nuclear sobrepasando la mitad de los sujetos de estudio y las cuatro quintas partes tenían de 1 a 3 hijos. En estudios realizados fue similar el predominio en mujeres de 53,9 % a 63,33 %.^(18,22,23) En estado civil, la mayoría también fueron casados de 61,67 % a 67,53 %.^(18,23,24) En ocupación igualmente predominaron los empleados aunque con porcentaje mayor 61,41 %.⁽²³⁾ y en otros estudios el porcentaje fue mayor para las ama de casa con 40,1%, seguido de los empleados con 28,8 %.⁽²⁵⁾ Según el nivel de instrucción, no predominó el superior completo, sino la secundaria 23,6 %, ⁽²⁵⁾ en nivel menor al universitario 51,29 % y 38,3 %^(23,24) y la primaria incompleta con 61,67 % en una investigación realizada en Brasil.⁽¹⁸⁾ Con

respecto al número de hijos tenían de 1 a 2 hijos, 53,7 %.⁽²⁴⁾ En relación con el tipo de familia no se encontraron antecedentes.

La intensidad de dolor encontrada en más de la mitad de los pacientes fue el nivel moderado, con puntaje promedio superior a 6 según la Escala Visual Analógica, el tiempo promedio de duración del dolor estuvo en el rango de 1 a 3 años y la localización del dolor a nivel lumbar sobrepasó 50%. Para el nivel de intensidad de dolor los resultados fueron variados en otros estudios, en cambio los promedios en puntaje de dolor fueron similares;^(18,24,26) sobre la localización del dolor de espalda, un estudio reportó 78,1 % para el nivel lumbar, pero fue en estudiantes⁽²⁷⁾ y en otras investigaciones solo abordaron pacientes con dolor lumbar.

La sintomatología depresiva encontrada en el estudio tiene un puntaje promedio por encima de los 19 puntos, según el Inventario de Depresión de Beck II y el grupo de riesgo constituido por el nivel leve, moderado y severo, que está por encima de los 13 puntos representó más de 60 %. Porcentaje bastante elevado si consideramos que a nivel mundial la depresión se estimó en 4,4 % y en América alcanzó 15 % de la población.⁽⁴⁾ En otros estudios en pacientes con dolor lumbar



crónico, los porcentajes de depresión fueron considerables así tenemos 61,66 % con un puntaje promedio de $24,98 \pm 13,57^{(18)}$ y de 51,5 % con un puntaje promedio de $20,15 \pm 1,55^{(23)}$ Truyols y colaboradores obtuvieron un puntaje promedio de $17,72 \pm 9,64^{(28)}$

La asociación entre sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico fue significativa; es decir, a mayor nivel de dolor de espalda la presencia de sintomatología depresiva leve/moderado/severo fue mayor. Estudios previos han demostrado la asociación entre depresión y dolor de espalda crónico, y que a mayores niveles de dolor mayor fue el nivel de depresión;^(17,26) los pacientes con dolor intenso tenían 5,3 veces más probabilidades de tener depresión que aquellos con dolor leve, siendo en el dolor severo significativo ($p < 0,039$);⁽²⁹⁾ En contraste, un estudio en Turquía no halló diferencia significativa en la depresión entre el grupo de pacientes y el control, pero fue una muestra menor y la proporción similar entre hombres y mujeres a diferencia del actual estudio en que predomina el sexo femenino, el cual está asociado a la depresión.⁽³⁰⁾ La asociación entre dolor lumbar y factores psicológicos ha sido evidenciada;⁽²⁵⁾ es importante comprender el impacto de los síntomas depresivos para orientar las expectativas y el manejo clínico del dolor lumbar,⁽³¹⁾ por ello la fisioterapia debe formar parte de la salud mental para ser más efectiva.

En el estudio cerca de tres cuartas partes de las mujeres presentaron sintomatología depresiva leve/moderado/severo a diferencia de los hombres: la mitad lo presentaron y fue significativo. Para la edad, el rango de 41 a 50

años tuvo mayor sintomatología, pero sin significancia. Según reportes de la OMS, la depresión mundial es más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6 %) y varía según la edad, siendo mayor en la edad más adulta entre los 55 y 74 años, 7,5 % en mujeres y 5,5 % en hombres.⁽⁴⁾ Truyols y colaboradores hallaron que las mujeres presentaron mayores niveles de depresión que los hombres al comparar los promedios.⁽²⁸⁾ También el sexo femenino está considerado como un determinante para la asociación entre dolor de espalda crónico y depresión.⁽¹⁷⁾

En relación con otras variables como ocupación, tipo de familia y número de hijos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a diferencia del estado civil y nivel de instrucción que mostraron significancia, los separados o viudos se acercaron al ciento por ciento y los pacientes sin instrucción evidenciaron sintomatología depresiva leve/moderado/severo en su totalidad. En un estudio el estado civil también fue significativo, los solteros o divorciados tuvieron el mayor porcentaje de depresión; sin embargo, el nivel de instrucción no resultó significativo.⁽²³⁾ También se reporta como determinante entre la relación de dolor de espalda crónico y depresión el estar separado o divorciado.⁽¹⁷⁾ El contar con una relación de pareja parece favorecer el estado de ánimo, por ser una fuente de apoyo social.⁽³²⁾

Como *limitaciones* del estudio consideramos que ha sido una muestra reducida, que puede ser el motivo de ausencia de significación estadística con otras variables relevantes; también sería importante hacer estudios con grupo control



para tener valores que comparar. Se sugieren estudios longitudinales que muestren la evolución de la sintomatología depresiva y de

CONCLUSIONES

Los dolores físicos no indican necesariamente la afectación de un solo sistema, es necesario evaluar el aspecto mental, sobre todo, en pacientes con dolor crónico como lo demuestra el estudio presentado; la sintomatología depresiva está relacionada con el dolor de

RECOMENDACIONES

Por lo expuesto, es prioritario incorporar en el tratamiento de rehabilitación de los pacientes con dolor de espalda crónico, el abordaje psicológico para brindar tempranamente el

intervención que apliquen tratamientos que mejoren la condición de los pacientes con esta dolencia.

espalda crónico, así a mayor nivel de dolor mayor es la presencia de sintomatología depresiva. También está asociada al sexo femenino, a personas separadas o viudas y aquellas que no tienen instrucción.

soporte emocional, prever síntomas depresivos y ofrecer una atención integral de salud que disminuya los tiempos de permanencia en los Servicios de Rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cuba Salud Pública. 2017; 43 (2): 136-8.
2. Sarason IG, Sarason BR. Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Pearson Educación; 2006.
3. American Psychiatric Association. DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
5. Rondón MB. Salud Mental: un problema de Salud Pública en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2006; 23 (4): 237-8.
6. Martínez L. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. Rev Cuba Salud Pública. 2018; 44 (4): 61-72.
7. Heraso MI. Vivir bien sin dolor de espalda. Barcelona: Salsa Books; 2014.
8. Manchi Zuloeta FR, Chávez Rimache LK, Chacón Uscamaita PR, Chumpitaz Cerrate V, Rodríguez Vargas MC. Relación entre las posturas de trabajo y síntomas musculoesqueléticos en estudiantes de odontología en Lima. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [Citado 05/10/2020];18(5):730-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
9. Liendo V. Dolor musculoesquelético crónico y depresión. Botica Rev Digit Venez con Información para el Médico [Internet]. 2012 [Citado 10/07/2019];13:1-6. Disponible en: <https://issuu.com/revistabotica/docs/botica13clean>
10. Ranger TA, Cicuttini FM, Jensen TS, Manniche C, Heritier S, Urquhart DM. Catastrophization, fear of movement, anxiety, and depression are associated with persistent, severe low back pain and disability.



- Spine J [Internet]. 2020 [Citado 04/10/2020];20(6):857-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2020.02.002>
11. Robertson D, Kumbhare D, Nolet P, Srbely J, Newton G. Associations between low back pain and depression and somatization in a Canadian emerging adult population. *J Can Chiropr Assoc*. 2017; 61 (2): 96-105.
12. Sandín B, Chorot P, Miguel A, Santed MA, Jiménez MP. Trastornos psicósomáticos. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 315-68.
13. Fuentes C, Ortiz L, Wolfenson A, Schonfeldt G. Dolor crónico y depresión. *Rev Medica Clin Las Condes* [Internet]. 2019 [Citado 03/10/2020];30(6):459-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.10.005>
14. Liebenson C. *Manual de Rehabilitación de la Columna Vertebral*. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2008.
15. Coello Talavera D, Rojas Motta N, Mayta Tristán P. Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú. *Fisioterapia* [Internet]. 2016 [Citado 20/01/2020];38(4):182-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2015.07.002>
16. Guerrero JM, Prepo AR, Loyo JG. Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 [Citado 03/10/2020];15(2):297-300. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1064>
17. Martini L, Hoffmann F. Comorbidity of chronic back pain and depression in Germany: Results from the GEDA study, 2009 and 2010. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* [Internet]. 2018 [Citado 04/10/2020];137:62-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.10.003>
18. Garbi MDOSS, Hortense P, Gomez RRF, Silva TDCRD, Castanho ACF, Sousa FAEF. Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [Citado 15/08/2019];22(4):569-75. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400569&lng=en&tlng=en
19. Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A, García Saura PL, Serrano Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Española del Dolor*. 2002; 9 (2): 94-108.
20. Vélez P, Álvarez C. Validación de una escala para valorar el dolor en pacientes odontológicos. *CES Psicol*. 2010; 3 (1): 4-13.
21. Beck AT, Ster RA, Brown GK. *BDI-II: Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós; 2006.
22. Brenlla ME, Aranguren M. Adaptación Argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Rev Psicol*. 2010;28 (2): 311-42.
23. Hong JH, Kim HD, Shin HH, Huh B. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2014 [Citado 15/01/2020];66(6):444-50. Disponible en: <https://doi.org.10.4097/kjae.2014.66.6.444>
24. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2016 [Citado 28/12/2019];17(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1304-4>
25. Bener A, Verjee M, Dafeeah E, Falah O, Al Juhaishi T, Schlogl J, et al. Psychological factors: Anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *J Pain Res* [Internet]. 2013 [Citado 15/07/2019];6:95-101. Disponible en: <http://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=15103%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed15&NEWS=N&AN=368479788>



26. Montgomery W, Vietri J, Shi J, Ogawa K, Kariyasu S, Alev L, *et al*. The relationship between pain severity and patient-reported outcomes among patients with chronic low back pain in Japan. *J Pain Res* [Internet]. 2016 [Citado 28/12/2019];9:337-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/jpr.s102063>
27. Bardales C, Reyes LA, Neira A. El dolor de espalda y su relación con los síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. [Tesis de Especialidad]. Lima, Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2018.
28. Truyols MM, Medinas MM, Pérez Pareja J, Palmer A, Sesé A. Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. *Clínica y Salud* [Internet]. 2010 [Citado 02/01/2020];21(2):123-40. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n2a2>
29. Omoke NI, Igwe MN. Analysis of risk factors for depression among patients with chronic low back pain in an orthopaedic clinic of a Nigerian teaching hospital. *Afr Health Sci* [Internet]. 2019 [Citado 05/01/2020];19(1):1727-35. Disponible en: <https://dx.doi.org.10.4314/ahs.v19i1.49>
30. Adilay U, Guclu B, Goksel M, Keskil S. The Correlation of SCL-90-R Anxiety, Depression, Somatization Subscale Scores with Chronic Low Back Pain. *Turk Neurosurg* [Internet]. 2018 [Citado 22/01/2021];28(3):434-8. Disponible en: <https://doi.org/10.5137/1019-5149.JTN.19318-16.2>.
31. Wong JJ, Tricco AC, Côté P, Rosella LC. The association between depressive symptoms or depression and health outcomes in adults with low back pain with or without radiculopathy: protocol of a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2019 [Citado 22/01/2021];8(1):267. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1192-4>.
32. Cardona Duque DV, Medina Pérez ÓA, Herrera SM, Ozco PA. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 [Citado 05/01/2020];15(6):941-54. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1208>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

LSS: Elección del tema, recolección de datos, análisis estadístico, redacción del artículo.

HTCC: Elección del tema, recolección de datos, análisis estadístico, redacción del artículo.

Ambos autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

