



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Depresión en pacientes adultos con dolor crónico
atendidos en el Servicio de Medicina Física y
Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo
Rebagliati Martins (HNERM), Lima, Perú, de enero a
marzo del 2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Medicina Física y de Rehabilitación

AUTOR

Katherine Rosita PAZ CUÉLLAR

ASESOR

Hernán Antonio BORJAS PEZO

Lima - Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Paz K. Depresión en pacientes adultos con dolor crónico atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), Lima, Perú, de enero a marzo del 2023 [Proyecto de Investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina/Unidad de Posgrado; 2024.

Metadatos complementarios

| Datos de autor | |
|----------------------------------|---|
| Nombres y apellidos | Katherine Rosita Paz Cuéllar |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 46772540 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-3847-2009 |
| Datos de asesor | |
| Nombres y apellidos | Hernán Antonio Borjas Pezo |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 25857484 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-6430-7699 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | Wilfredo Sencia Valencia |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 40766303 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | Alan Edward Calderón Berrio |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 42103729 |
| Miembro del jurado 2 | |
| Nombres y apellidos | Paul Santiago Romero Estrada |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 44732803 |
| Datos de investigación | |

| | |
|--|--|
| Línea de investigación | B.1.6.1. Factores de riesgo. Prevención y tratamientos: Neoplasia, Diabetes, Salud mental, enfermedades cardiovasculares |
| Grupo de investigación | NO APLICA |
| Agencia de financiamiento | Sin financiamiento |
| Ubicación geográfica de la investigación | País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Latitud: -12.056445 Longitud: -77.085994 |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | Julio 2022 – Junio 2023 |
| URL de disciplinas OCDE | Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24 Reumatología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.17 Medicina integral, Medicina complementaria https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.29 |



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: PAZ CUÉLLAR KATHERINE ROSITA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM), LIMA, PERU, DE ENERO A MARZO DEL 2023.

AÑO DE INGRESO: 2020

ESPECIALIDAD: *MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION*

SEDE: *HOSPITAL MILITAR CENTRAL*

Lima, 01 de abril de 2024

Doctor

JESÚS MARIO CARRION CHAMBILLA

Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

El comité de la especialidad de MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

SUSTENTADO Y APROBADO

OBSERVADO

OBSERVACIONES:

NOTA:

17

C.c. UPG

*Comité de Especialidad
Interesado*

DRA. KAREN PATRICIA AMAYA SOLÍS

CMP 54242 R.N.E. 25852

**COORDINADORA POSTGRADO UNMSM - INR
Dra. AMAYA SOLIS KAREN PATRICIA
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN**



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo HERNÁN ANTONIO BORJAS PEZO en mi condición de asesor según consta Dictamen N° 000660 de aprobación del proyecto de investigación, cuyo título es **“DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM), LIMA, PERU, DE ENERO A MARZO DEL 2023”**, presentado por el médico DRA. **KATHERINE ROSITA PAZ CUÉLLAR** para optar el título de segunda especialidad Profesional en **MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN**.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del Proyecto de investigación. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 19% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor _____

DNI: 25857484

Nombres y apellidos del asesor:

HERNÁN ANTONIO BORJAS PEZO



ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| ÍNDICE GENERAL | 2 |
| RESUMEN | 3 |
| CAPITULO I: DATOS GENERALES | |
| 1.1. Título | 5 |
| 1.2. Línea de investigación | 5 |
| 1.3. Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado | 5 |
| CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO | |
| 2.1 Planteamiento del Problema | 6 |
| 2.2 Hipótesis | 33 |
| 2.3 Objetivos de la Investigación | 33 |
| 2.4 Evaluación del Problema | 34 |
| 2.5 Justificación e Importancia del Problema | 34 |
| CAPITULO III: METODOLOGÍA | |
| 3.1 Tipo de Estudio | 36 |
| 3.2 Diseño de Investigación | 36 |
| 3.3 Universo | 36 |
| 3.4 Población a estudiar | 36 |
| 3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral | 36 |
| 3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión | 37 |
| 3.7 Variable de Estudio | 37 |
| 3.8 Operacionalización de Variables | 38 |
| 3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 43 |
| 3.10 Procesamiento y Análisis de Datos | 43 |
| CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | |
| 4.1 Plan de Acciones | 44 |
| 4.2 Asignación de Recursos | 44 |
| 4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto | 45 |
| 4.4 Cronograma de Actividades | 46 |
| CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 47 |
| CAPÍTULO VI: ANEXOS | 51 |

RESUMEN

Introducción: El dolor y la depresión son dos desordenes altamente prevalentes y perjudiciales con alto impacto socioeconómico para la Salud Pública. Se ha reconocido la coexistencia de su interacción, sin embargo, los mecanismos y factores asociados que los relacionan aún se desconocen por completo. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo (sociodemográficos, clínicos y características del dolor) asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM de enero a Marzo del 2023. **Muestra:** Pacientes mayores de 18 años con dolor crónico atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM. **Metodología:** Estudio observacional transversal analítico. **Método:** Ficha de recolección de datos y de Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9). La descripción de la muestra de estudio, será mediante frecuencias y proporciones ponderadas y medias con desviación estándar (DE) y media ponderada (media poblacional), además se hará uso de pruebas estadísticas como el Chi-square para comprar variables categóricas, Mientras que para evaluar la asociación entre las variables numéricas y depresión se utilizara la prueba de t de student o U de Mann Withney, para determinar la asociación se obtendrá con las razones de prevalencia crudos (RPc) y ajustados (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

PALABRAS CLAVE: Dolor crónico, Depresión, Adulto, Rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: Pain and depression are two highly prevalent and harmful disorders with a high socioeconomic impact on Public Health. The coexistence of their interaction has been recognized, however, the mechanisms and associated factors that relate them are still completely unknown. **Objectives:** To determine the risk factors (sociodemographic, clinical and pain characteristics) associated with depression in patients with chronic pain treated at the Physical Medicine and Rehabilitation service of the HNERM from January to March 2023. **Sample:** Patients over 18 years of age with chronic pain treated at the HNERM Physical Medicine and Rehabilitation Service. **Methodology:** Cross-sectional analytical observational study. **Method:** Data collection sheet and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). The description of the study sample will be through weighted frequencies and proportions and means with standard deviation (SD) and weighted mean (population mean), in addition statistical tests such as Chi-square will be used to buy categorical variables, while for To evaluate the association between the numerical variables and depression, the student's t test or Mann Whitney's U test will be used. To determine the association, it will be obtained with the raw prevalence ratios (PRc) and adjusted (RPa) with their respective confidence intervals 95% (95% CI).

KEY WORDS: Chronic pain, Depression, Adult, Rehabilitation.

I CAPITULO I:

DATOS GENERALES

1.1 Título

“DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM), LIMA, PERU DE ENERO A MARZO DEL 2023”

1.2 Línea de investigación:

Enfermedades Neurológicas Y Salud Mental (9)

1.3 Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado:

Salud Y Bienestar (3)

1.4 Palabras claves:

Adulto, Dolor, Depresión, Rehabilitación

1.5 Autor:

Paz Cuéllar Katherine Rosita

1.6 Asesor:

Borjas Pezo Hernán

1.7 Institución:

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

1.8 Duración:

1 año

II CAPITULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del Problema.

2.1.1 Descripción del Problema.

La depresión y el dolor crónico son dos trastornos altamente prevalentes, los cuales presentan un gran impacto socioeconómico para la Salud Pública y al Sociedad.

A nivel Mundial, la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. (OPS/OMS, 2017).

A nivel de Latinoamérica y el Caribe, se registra a la Depresión como el trastorno mental más común, alcanzando el 5%, seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. (OPS/OMS, 2012). Además, se describe que un 22.4% de la población en Latinoamérica, lo que refleja que casi una cada cinco personas, sufre dolencias como depresión y ansiedad severa. Incluso en países como Brasil y Paraguay, cerca del 10% de los años vividos con discapacidad se deben a estas dos causas. (Fleischmann & Word Bank, 2017)

En nuestro país, Perú, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA), registra un total de 313 455 casos de depresión en personas que fueron atendidos durante el año 2021 a través de los diversos servicios de salud mental, el cual se calcula el incremento de un 12% de casos a diferencia de la etapa prepandemia. (MINSA, PERU, 2022) Así mismo, reportan que la pandemia del COVID19, ha generado un impacto, que tal forma, que el en Perú, describe que los síntomas de

depresión durante el confinamiento en mayo 2022 fueron cinco veces mayor que la registrada en el 2018. (*National Geographic, 2022*)

Por su parte, se menciona al dolor crónico como uno de los problemas de salud pública que afecta de 25% a 29% de la población mundial. Se calcula que una de cada tres personas tiene serias consecuencias graves en las personas que lo padece afectando su vida diaria, social y laboral. Lo cual, lleva a ausentismo laboral y discapacidad, con severas repercusiones en sus actividades físicas, afectivas y socioeconómicas, para la persona, la familia y servicios públicos de salud. (*Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2020*)

En EEUU, se calcula que 50 millones de adultos (20 % de la población) viven con dolor crónico, mientras que en los niños fluctúa entre el 5% y el 38% de los casos. Además, describe que 20 millones de adultos viven con dolor de alto impacto, o dolor que limita frecuentemente las actividades vitales o laborales, y que aproximadamente el 83 % de las personas con dolor de alto impacto no pueden trabajar, por lo que se considera como la principal causa de discapacidad a largo plazo. Además, se registra que el dolor representa un alto efecto económico, generando un costo de entre 500,000 y 635,000 millones de dólares al año en concepto de gastos sanitarios, pérdida de productividad y pagos por discapacidad. (*Dahlhamer, 2018*)

En el Perú, la evidencia de la epidemiología del dolor crónico y agudo es muy limitada. Sin embargo, un estudio reciente realizada en Lima metropolitana, demuestra que la prevalencia de dolor en Lima, Perú, fue del 65,3%, por un lado, el dolor crónico alcanzó el 38.5%, mientras que el dolor agudo alcanzó el 24.8%. Además de evidenciarse altas tasas de tratamiento insuficiente de estos casos. (*Orrillo et al, 2022*)

Múltiples estudios sugirieron que el dolor y la depresión están muy entrelazados y pueden exacerbar los síntomas físicos y psicológicos. Estos síntomas podrían conducir a malos resultados funcionales físicos y una mayor duración de los síntomas. La mayoría de la literatura indica que los pacientes con dolor y depresión experimentan un funcionamiento físico, mental y social reducido en comparación con los pacientes con solo depresión o solo dolor. (*IsHak et al., 2018*)

Estas observaciones han llevado a algunos autores a etiquetar la comorbilidad como síndrome dolor-depresión o díada dolor-depresión. Ambas condiciones a menudo coexisten, responden a tratamientos similares, se exacerban entre sí y comparten mecanismos biológicos superpuestos. (Li, 2015)

2.1.2 Antecedentes del Problema.

Caramés, et al. (2021) realizan un estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria entre el año 2017 y 2020, alcanzado una muestra de 1560 pacientes (130 anuales), recolectan información mediante los datos de interconsultas e historias clínicas, donde obtienen los siguientes resultados: la edad media alcanzó de 59,8 años ($\pm 14,3$) de los cuales el 62,6 % son mujeres. Un 62,08 % se encontraba en edad laboral. Los servicios asistenciales que remitieron más pacientes fueron: Traumatología, Neurocirugía, Unidad de Raquis y Rehabilitación. Los tipos de dolores, según su localización más frecuentes fueron: lumbalgia, cervicalgia y dolores generalizados. Se constató la toma habitual de ansiolíticos y/o antidepresivos en un 34,9 %, el 10,8 % eran obesos y el 10,3 % sufrían dolor crónico post quirúrgico.

Perez (2021), tiene como objetivo analizar al papel que desempeñan las dimensiones básicas de la personalidad asociada a los trastornos del dolor crónico. Su investigación se trató de un estudio descriptivo transversal, utiliza NEO PI-R como el inventario de Personalidad y IPDE como entrevista clínica para evaluar trastornos de personalidad. Se obtuvieron una muestra formada por 361 enfermos crónicos, de los cuales 62,7% eran mujeres. Se evaluaron el género, la edad, el estado civil y la actividad profesional, las dimensiones básicas de la personalidad y sus trastornos. Como resultados, subrayaron la importancia del género, la edad y el trastorno de personalidad paranoide, seguida de Neuroticismo y los trastornos límite y dependiente, en la predicción de la puntuación total en el Cuestionario de Dolor Musculoesquelético de Örebro (OMPQ). Indicando mayor dolor por parte de las mujeres y correlaciones similares para ambos géneros. Concluyendo que, a pesar de que algunas variables tienen un peso claro en la justificación del padecimiento del dolor, tanto las dimensiones básicas de personalidad como sus trastornos no parecen explicarlo en algunos pacientes crónicos.

Cuyul y Arana (2019), tienen como objetivo describir los factores psicosociales que influyen en la experiencia de dolor musculoesquelético, en el presente se realizó una búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos: Medline, PEDro, Central, SPORTDiscus, Se seleccionaron artículos publicados en inglés y español hasta el 31 de enero de 2018. Se analizaron 64 estudios para el desarrollo de la revisión. Como se resultados, se encontró que algunos estudios indican que la depresión es un predictor importante de dolor musculoesquelético. Una reciente revisión sistemática demostró que la depresión es un factor predictor del desarrollo de dolor crónico no oncológico en personas mayores de 18 años. De los estudios incluidos en esta revisión, el catastrofismo y la depresión fueron los factores cognitivo-afectivos más estudiados y que presentaron una mayor correlación con el dolor musculoesquelético. La población de sexo femenino en edad laboral presenta una mayor tendencia a desarrollar dolor musculoesquelético, como también concuerda con los resultados obtenidos de otras investigaciones. Otros investigadores trataron de identificar los factores psicosociales que podrían contribuir a las diferencias en la sensibilidad del dolor entre hombres y mujeres. Sus resultados señalan que la depresión no explica las diferencias, sin embargo, la historia individual pasada es influyente en la respuesta dolorosa en mujeres es más que en los hombres.

Toral y Piña (2019), tuvieron como objetivo relacionar la depresión con factores determinantes de la salud, estudia una población de 40 y más años en la Comunidad de Chuichun, en el 2018. Mediante su estudio descriptivo y transversal, resultan que la frecuencia de la depresión fue mayor en el grupo de adultos geriátricos y en el sexo femenino. Y los determinantes de la salud de mayor relación con la depresión: hipertensión arterial, cáncer, bajo nivel de escolaridad y nivel socioeconómico medio bajo, por lo que se concluye que los determinantes de la salud están íntimamente relacionados con la aparición de la depresión.

Carvajal (2019) a través de su estudio, busca definir los factores de riesgo ligados a la depresión que poseen los adultos mayores institucionalizados, mediante un estudio descriptivo y transversal. Dónde 29 adultos mayores, entre 58 y 95 años cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó el Test de Yesavage que permite evaluar los síntomas depresivos en los adultos mayores. Se obtuvo como resultados: 42% de este grupo etario no poseen depresión, mientras que el 26% padecen una

depresión leve, el 8% una depresión establecida y el 24% no son evaluables. Además, describe que las principales causas de depresión en los adultos mayores son: las patologías degenerativas con un 41%, dolor crónico un 14%, abandono 34% nivel socioeconómico bajo 55%, y falta de apoyo familiar 65 %. Concluyendo así que los principales factores de riesgo que afligen a los adultos mayores para adquirir una patología depresiva son los factores biológicos, factores psicológicos y los factores sociales.

Pajuelo, Reyes y Neira (2018), estudiaron la relación del 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. Mediante su estudio correlacional de diseño observacional transversal, utilizó el Test de Zung para poder determinar los síntomas ansiedad y síntomas de depresión y una ficha de recolección de datos para obtener información acerca del dolor de espalda. Obtuvo una muestra conformada por 220 estudiantes. Finalmente encuentra que, de la población estudiada, 72.2% es de sexo femenino. Con respecto a la ansiedad, 68.1% de la muestra padece de ansiedad y 67.3% de síntomas de depresión. Al relacionar las variables encontramos asociación entre ansiedad con el dolor cervical (OR= 2.93, $p<0.001$) con el dolor lumbar (OR=3.43, $p<0.001$). Por otro lado, los síntomas de depresión se asociaron con dolor cervical (OR= 3.63, $p<0.001$) dolor lumbar (OR=2.58, $p=0.004$) y dolor sacro (OR =2.21, $p=0.037$). Se concluye que los síntomas de ansiedad es un factor asociado a dolor cervical y dolor lumbar, mientras que los síntomas de depresión se asocian además al dolor sacro en los estudiantes de Tecnología Médica: Terapia Física y rehabilitación de la universidad Católica Sedes Sapientiae.

Gonzales (2018) realiza una investigación en el cual busca determinar si la depresión, aumenta el dolor crónico por osteoartrosis en adultos, para ello realiza un estudio analítico, en el cual procede a una revisión de historias clínicas, en el estudio incluye a todos adultos mayores con diagnóstico de enfermedades reumáticas que acudan a su control en consultorios externos de reumatología del Hospital Santa Rosa de Piura, en el periodo Enero-Diciembre 2017. Para ello, se basa en el uso del cuestionario correspondiente Inventario de depresión de Beck y Escala del dolor. Finalmente obtiene como resultados, características similares a otros que se han realizado sobre la asociación de depresión y dolor crónico en pacientes con

osteoartrosis, donde demuestran que la depresión influía en el dolor de estos pacientes. Se encontró que pacientes con dolor crónico por osteoartrosis, presentan algún tipo de depresión según el inventario de BECK, que no tienen tratamiento con antidepresivos, siendo este un desencadenante de su dolor crónico, sin mejoría con su tratamiento analgésico ya sea con AINES o OPIACEOS. Basándose en los resultados del estudio: 84% de mi población presento algún tipo de depresión y 100% dolor crónico en pacientes con osteoartrosis. De los cuales 84% son mujeres.

Soca (2019) buscar determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el dolor de espalda crónico en pacientes del Servicio de Rehabilitación en el Hospital I Carlos Alcántara Butterfield. Mediante un estudio observacional, correlacional, prospectivo y corte transversal. Logra estudiar a 118 pacientes con dolor de espalda crónico, a los cuales los evalúa mediante la Escala Visual Analógica y la sintomatología depresiva con el Inventario de Depresión de Beck II. Obteniendo los siguientes resultados: El 52,5% presentó nivel moderado de dolor, con una media de puntaje de $6,69 \pm 1,98$. La sintomatología depresiva tuvo puntaje promedio $19,13 \pm 10,62$. En base a un punto de corte de 13 puntos, se agrupó en sintomatología depresiva mayor con 66,9%, que contiene al nivel leve 29,7%, severo 19,5% y moderado 17,8%. La sintomatología depresiva mayor tuvo relación con el dolor de espalda crónico, en el dolor leve estuvo presente en 55,6%, 58,1% en moderado y 80,9% en severo ($p < 0,05$). También estuvo relacionada al sexo femenino el 73,3% presentó sintomatología depresiva mayor ($p < 0,05$), así como para el estado civil y el nivel de instrucción se encontró asociación ($p < 0,05$). Finalmente concluye que la sintomatología depresiva está relacionada al dolor de espalda crónico que presentaron los pacientes del estudio, a mayores niveles de dolor mayor fue la presencia de sintomatología depresiva.

Quispe (2019) tiene como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo en los Adultos Mayores beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata, Cajamarca 2018, Mediante un estudio descriptivo-transversal, evalúa a 40 Adultos Mayores de ambos sexos, en quienes aplica la Escala de Yesavage, la Escala de Goldberger y un cuestionario de factores biopsicosociales; por lo que, obtiene como los siguientes resultados: la prevalencia encontrada fue 20% y 72,5% de ansiedad y nivel leve de depresión respectivamente.

Además, encontró como factores de riesgo biológicos: presentan dolor crónico 72.5%, presencia de enfermedades crónicas 70%, la falta de tratamiento médico 57.5%, y el sexo femenino con 52.5%; en los factores psicológicos: temor a enfermarse 95%, temor a la muerte 75%, sienten que el desempeño de sus actividades de la vida diaria lo realizan con dificultad 70%, suelen estar tristes o llorosos 57.5%; respecto al factor social: sus familias no les hacen partícipe en la toma de decisiones respecto a sus actividades de la vida diaria 47.5%; la frecuencia de acercamiento con sus amigos o vecinos es de 45%; no participan en ningún tipo de actividad recreativa, deportiva o social 35%; están en situación de viudez 30%. Finalmente concluye que la prevalencia de ansiedad, depresión y factores de riesgo biopsicosociales presentes en los Adultos Mayores varían de acuerdo a las situaciones favorables o desfavorables que les han tocado vivir, las mujeres tienen en mayor porcentaje ansiedad y depresión.

Vizcarra (2014) busca determinar síntomas somáticos (SS) en la depresión (TD) y la ansiedad (TA) que llevan a consultar en los servicios de Medicina General u otras especialidades y cómo son abordados antes de ser referidos al servicio de Psiquiatría del CS. Carlos Cueto Fernandini de la Red de Salud Rímac-SMP-LO. Mediante un estudio descriptivo, observacional, de corte trasversal; obtiene 100 pacientes con diagnósticos de TA y/o TD; en quienes se aplican 3 Cuestionarios, para obtener datos demográficos, evaluar síntomas somáticos y el abordaje antes de ser referidos, entre noviembre del 2013 a enero del 2014. Obtiene como resultados: 70% fueron de género femenino, la edad promedio fue 43 ± 18 años; El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el TD (52%), seguido de la presencia de ambos trastornos (26%) y el TA (22%); Los síntomas somáticos más frecuentes fueron: cansancio crónico (81%), trastornos del sueño (73%), dolores de cabeza, cuello y otros (60%), mala digestión (53%), ardor de estómago (52%) y disminución de apetito (48%). Además, 73% había recibido información de que podría tratarse de un problema psiquiátrico; 51% consultó con psicólogo y 33% recurrió a tratamientos folklóricos; 89% reconoció que se sentía depresivo o ansioso desde el inicio de sus dolencias, 45% intuyó que podía tratarse de una dolencia psiquiátrica, pese a lo cual siguieron consultando en medicina general y/u otras especialidades. Una tercera parte de ellos llegó a pensar que tenía un mal incurable (35%). Conclusiones: Los TD y TA son condiciones médicas con presencia tanto de síntomas mentales como somáticos,

los cuales afectan en forma significativa los procesos diagnósticos, terapéuticos, así como el pronóstico.

2.1.3 Fundamentos.

2.1.3.1 Marco Teórico.

Dolor

Definición

El dolor se define como Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o semejante a un o posible daño tisular según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (por sus siglas en inglés: International Association for the Study of Pain, IASP) quien además describe seis notas clave y etimología: («Terminology | International Association for the Study of Pain», s. f.)

- El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales.
- A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor.
- Debe respetarse el relato de una persona sobre una experiencia como dolor.
- Aunque el dolor por lo general cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
- La descripción verbal es solo uno de varios comportamientos para expresar dolor; la incapacidad de comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal no humano experimente dolor.

Etimología: inglés medio, del anglo-francés peine (dolor, sufrimiento), del latín poena (pena, castigo), a su vez del griego poine (pago, pena, recompensa). (Terminology | International Association for the Study of Pain, s. f.)

Fisiopatología Del Dolor (Del Arco, 2015)

Existen dos tipos de receptores de dolor (llamados también nociceptores), aquellos que responden a estímulos térmicos y mecánicos que envían señales a través de fibras mielinizadas de conducción rápida (A δ), mientras que los de conducción más

lenta que responden a la presión, temperatura y otro tipo de estímulos, vienen a ser las fibras amielínicas (C).

Es así, que, frente a un lesión o inflamación de tejidos, se produce la liberación de sustancias como bradicinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos o la serotonina, los cuales provocan el aumento de la sensibilidad de los nociceptores, de manera tal que estímulos de baja intensidad (por ejemplo, un roce leve) son suficientes para generar una señal dolorosa. Esto se conoce como sensibilización y se produce tanto a nivel somático como visceral.

Además, los nociceptores favorecen también la liberación de mediadores, como la sustancia P, que produce vasodilatación, desgranulación de mastocitos e induce la producción y liberación de otros mediadores inflamatorios.

Una vez que los nociceptores captan el estímulo doloroso, son las fibras aferentes que llegan a la médula espinal a través de las raíces dorsales y terminan en las astas posteriores de la sustancia gris, donde contactan con neuronas medulares que llevan la señal a las regiones cerebrales encargadas de la percepción del dolor. Sin embargo, cuando una neurona medular contacta numerosas aferentes, provocará que el cerebro localice erróneamente la fuente del dolor, dando lugar así al fenómeno del dolor referido.

Luego de lo descrito, las neuronas medulares transportan la señal al tálamo contralateral, desde donde es conducida a la corteza frontal y a la somato sensitiva. Asimismo, existen también otros circuitos neuronales que intervienen en la modulación del dolor y que están implicados en factores afectivos y emocionales. Las estructuras de estos circuitos moduladores poseen receptores sensibles a los opioides endógenos (encefalinas, endorfinas) y exógenos.

Las lesiones y los trastornos funcionales de los nervios periféricos producen dolores intensos (como la neuropatía diabética o el dolor postherpético). Ese tipo de dolores aparecen también cuando se afectan el tálamo y el haz espinotalámico y son bastante difíciles de tratar. Estos fenómenos se deben a que las neuronas lesionadas se

vuelven muy sensibles a los estímulos e incluso se activan espontáneamente, generando impulsos dolorosos.

Dolor Crónico

El dolor crónico es aquel que persiste o reaparece durante más de 3 meses. El dolor crónico es multifactorial: factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome de dolor. («Terminology | International Association for the Study of Pain», s. f.)

Definiciones de síndromes de dolor crónico

Dolor primario crónico

Se refiere al dolor crónico en una o más regiones anatómicas, que se caracteriza por un malestar emocional significativo (ansiedad, ira/frustración o estado de ánimo depresivo) o discapacidad funcional (interfiere en actividades de la vida cotidiana y reducción en la participación de roles sociales).

El dolor primario crónico es multifactorial: factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome de dolor.

El diagnóstico es apropiado independientemente de los contribuyentes biológicos o psicológicos identificados, a menos que otro diagnóstico explique mejor los síntomas de presentación.

El dolor primario crónico es una afección frecuente y el tratamiento debe orientarse a la reducción de la angustia y la discapacidad relacionadas con el dolor.

Para el diagnóstico deben cumplirse las condiciones desde la A hasta la C:

- A. Hay dolor crónico (persistente o recurrente durante más de 3 meses)
- B. El dolor está asociado con al menos uno de los siguientes:
 - B.1 Hay angustia emocional debido al dolor
 - B.2 El dolor interfiere con las actividades de la vida diaria y la participación social.
- C. El dolor no se explica mejor por otra condición de dolor crónico

Dolor crónico relacionado al cancer

Es el dolor relacionado con el cáncer sea causado por el propio cáncer primario o las metástasis (dolor crónico por cáncer) o su tratamiento (dolor crónico posterior al tratamiento del cáncer). Es distinto del dolor causado por una enfermedad comórbida.

Para el diagnóstico deben cumplirse las condiciones desde la A hasta la C:

A. Hay dolor crónico (persistente o recurrente durante más de 3 meses)

B. El dolor está asociado con al menos uno de los siguientes:

B.1 El dolor es causado por un tumor activo (incluyendo metástasis)

B.2 El dolor es causado por el tratamiento del cáncer (que incluye, entre otros, cirugía, quimioterapia, radioterapia)

C. El dolor no se explica mejor por otro diagnóstico de dolor crónico.

Dolor crónico postquirurgico o post Traumatico

Es aquel dolor que se desarrolla o aumenta en intensidad después de un procedimiento quirúrgico o una lesión tisular (que implica cualquier traumatismo, incluidas las quemaduras) y que persiste más allá del proceso de curación, es decir, al menos 3 meses después de la cirugía o el traumatismo tisular.

El dolor se localiza en el área quirúrgica o en el área de la lesión, suele proyectarse al territorio de inervación de un nervio situado en esta área o se refiere a un dermatoma (después de una cirugía/lesión de tejidos somáticos o viscerales profundos).

El dolor crónico también puede desarrollarse después de un traumatismo; alcanzándose entre aproximadamente 46 a 85% después de un politraumatismo. Los ejemplos típicos incluyen osteoartritis postraumática después de lesiones en las articulaciones, dolor crónico después de una lesión aguda en la espalda, lesión por latigazo cervical y lesiones por quemaduras.

Para el diagnóstico deben cumplirse las condiciones A hasta la E:

- A. Hay dolor crónico (persistente o recurrente durante más de 3 meses)
- B. El dolor comenzó o aumentó en intensidad después de una cirugía o un traumatismo tisular.
- C. El dolor está en un área de cirugía anterior o trauma tisular.
- D. El dolor persistió durante al menos 3 meses después del evento inicial.
- E. El dolor no se explica mejor por una infección, neoplasia maligna, una condición de dolor preexistente o cualquier otra alternativa.

Dolor Crónico Secundario Musculoesquelético

Es el dolor crónico es causa de la afectación de los huesos, articulación(es), músculo(s), columna vertebral, tendón(es) o tejido(s) blando(s) relacionado(s). Es un grupo heterogéneo de condiciones de dolor crónico que se originan en la nocicepción persistente en articulaciones, huesos, músculos, columna vertebral, tendones y tejidos blandos relacionados, con etiologías locales y sistémicas, pero también relacionadas con lesiones somáticas profundas.

El dolor musculoesquelético secundario crónico se puede caracterizar por una enfermedad inflamatoria local o sistémica persistente, que puede deberse a enfermedades infecciosas, depósito de cristales o procesos autoinmunes, o atribuirse a cambios estructurales.

También pueden aplicarse otras causas biomédicas responsables del dolor musculoesquelético (como los espasmos musculares de origen neurológico y el dolor referido de los tejidos profundos).

El origen musculoesquelético del dolor (es decir, la nocicepción en los tejidos musculoesqueléticos) debe ser muy probable.

Si el origen musculoesquelético no parece muy plausible y no se puede determinar un origen neuropático; considerar el uso de códigos en la sección de dolor primario crónico.

Para el diagnóstico deben cumplirse las siguientes condiciones de desde la A hasta la C:

- A. Hay dolor crónico (persistente o recurrente durante más de 3 meses) en la la(s) articulación(es), hueso(s), músculo(s), columna vertebral, tendón(es) o tejido blando relacionado. El dolor puede ser espontáneo o inducido por el movimiento.
- B. Se cumple al menos uno de B1 a B3:
 - B.1 Está presente una enfermedad musculoesquelética con inflamación debida a infección, autoinmunidad, autoinflamación o trastornos metabólicos (cristales) (demostrada por examen clínico apropiado o pruebas apropiadas) y provoca la activación local de los nociceptores.
 - B.2 Está presente una enfermedad musculoesquelética con factores estructurales/biomecánicos (demostrado por examen clínico apropiado o pruebas apropiadas) y causa la activación local de los nociceptores.
 - B.3 Una enfermedad neurológica (clasificada en otra parte) está presente y causa una función biomecánica alterada (demostrada por un examen clínico apropiado o pruebas apropiadas) que es responsable de la activación de los nociceptores.
- C. El dolor no se explica mejor por otro diagnóstico de dolor crónico.

Dolor Visceral Secundario Crónico

El dolor visceral crónico es un dolor persistente o recurrente que se origina en los órganos internos de la región de la cabeza/cuello y de las cavidades torácica, abdominal y pélvica. La etiología visceral del dolor debe ser altamente probable; si es vago, considere usar códigos en la sección de dolor primario crónico.

Para el diagnóstico deben cumplir las siguientes condiciones desde la A hasta la D:

- A. El dolor crónico (persistente o recurrente durante más de 3 meses) está presente y se caracteriza por los dos siguientes:
 - A.1 La ubicación anatómica diferenciada es compatible con los patrones típicos de dolor referido de órganos internos específicos.

A.2 La historia sugiere disfunción/enfermedad relevante de uno o más órganos internos.

B. Al menos una prueba confirmatoria demuestra una ubicación anatómica compatible con un patrón de dolor referido específico.

C. Al menos una prueba confirmatoria demuestra la disfunción/enfermedad relevante. El dolor no se explica mejor por otro diagnóstico de dolor crónico.

Dolor Neuropático Crónico

El dolor neuropático crónico es el dolor crónico causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial. El sistema nervioso somatosensorial proporciona información sobre el cuerpo, incluida la piel, los órganos musculoesqueléticos y viscerales. Una lesión o enfermedad que causa dolor neuropático puede afectar estructuras periféricas o centrales del sistema nervioso somatosensorial.

Para el diagnóstico de dolor neuropático crónico, el dolor debe persistir o reaparecer durante más o igual a 3 meses y cumplir al menos los criterios de A y D a continuación, los criterios B y C aumentan el nivel de certeza diagnóstica.

A. El dolor se caracteriza por los dos siguientes:

A.1 Historia de lesión o enfermedad neurológica relevante

A.2 Distribución del dolor neuroanatómicamente plausible

B. El dolor está asociado con signos sensoriales en la misma distribución neuroanatómicamente plausible.

C. Prueba diagnóstica que confirma una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial que explica el dolor.

D. No se explica mejor por otro diagnóstico de dolor crónico.

Valoración del dolor

Instrumentos para la valoración del dolor.

La dificultad para evaluar el dolor hace que recurra a instrumentos que, el paciente tenga el mínimo esfuerzo para su comprensión, además de demostrar fiabilidad y validez. A continuación, se muestra las escalas más utilizadas para su valoración. Ver Tabla 1. (Vicente-Herrero et al., 2018)

Tabla 1. Escalas más utilizadas para la valoración del dolor

| Tipo de escala | Características | Numeración Interpretación |
|---------------------------------------|---|--|
| Escala analógica visual (EVA) | Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menos intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. | 0cm a 10cm |
| Escala numérica (EN) | Escala numérica del 0 al 10. Donde 0 es la ausencia y 10 es el de mayor intensidad: El paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y usado. | 0 = Sin dolor 10 = Máximo dolor |
| Escala Categórica | Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico, | 0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho) |
| Escala visual analógica de intensidad | Consiste en una línea horizontal de 10cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable. | 0 = nada 10 = mejora |
| Escala analógica de mejora | Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora completa. | 0 = no mejora 10 = insoportable |

Fuente. Vicente-Herrero, et al. (2018) Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.25 no.4 Madrid jul./ago. 2018

Cuestionarios Para Valoración Del Dolor

Junto con las escalas, es de uso habitual los cuestionarios para poder reconocer las características del dolor. Ver la tabla 2.

Tabla 2. Cuestionarios/Instrumentos de Valoración del dolor.

| | |
|---|---|
| Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) | Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que escojan un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. Existe una adaptación española. |
| Cuestionario de Dolor en Español (CDE) | Dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa. |
| Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD) | Dirigido a población general con dolor superior a 6 meses. Cuestionario autoadministrado de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas. |
| Cuestionario DN4 (DN4) | Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Es fácil de puntuar. Una puntuación de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español. |
| Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven Yale (WHTMPI) | Consta de 52 ítems agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes: 1º (20 ítems), que evalúa 5 escalas de la experiencia de dolor (intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos), 2º(14 ítems) en tres escalas, que evalúan las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas del dolor del paciente; y 3º (18 ítems), que evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias. |
| Test de Lattinen | Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente. |

| | |
|---|---|
| Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) | Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español. |
| The LANSS Pain Scale | Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 posibles, sugiere dolor neuropático. Está validada en español. |
| The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ) | Consiste en 12 ítems que incluyen 10 referidos a sensaciones o respuestas sensoriales y dos referidos al afecto. Existe una forma corta. Tiene poder discriminativo entre dolor neuropático y no neuropático. |
| Pain DETECT | Incorpora un cuestionario autorrellenable con nueva ítems que no quiere examen clínico. Está validado en español. |

Fuente. Vicente-Herrero, et al. (2018) Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.25 no.4 Madrid jul./ago. 2018

Depresión

Definición

La depresión es un trastorno mental, condición heterogénea con una variedad de presentaciones y síntomas asociados, los cuales son descritos al detalle en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (American Psychiatric Association, 2014)

Fisiopatología

Hasta la actualidad, la fisiopatología sigue aun sin comprenderse por completo. Sin embargo, se describe la disminución de la liberación y funcionamiento de los neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, norepinefrina, dopamina o todos estos neurotransmisores) en el cerebro, al cual se supone exista una corrección de estos déficits funcionales en respuesta a terapias antidepresivas eficaces. (Park & Zarate, 2019)

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la depresión, se basan en los criterios proporcionados a continuación. Ver Tabla 3

Tabla 3. Criterios Diagnósticos de depresión.

| |
|---|
| <p>CRITERIOS</p> <p>Cinco o más de los siguientes síntomas durante el mismo período de 2 semanas, donde los síntomas representan un cambio del funcionamiento anterior y al menos uno de los síntomas es un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer en las actividades de la vida diaria (síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica no están incluidos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (En niños y adolescentes, un estado de ánimo deprimido puede ser un estado de ánimo irritable). 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación). 3. Pérdida de peso significativa cuando no se está a dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de >5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (En los niños, se debe considerar la imposibilidad de ganar el peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo u observado por otros). 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. |
|---|

Fuente. Park y Zarate (2019). Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med.

Gravedad de la depresión

Depresión leve

Se presentan pocos síntomas, si es que hay alguno, además de los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es angustiosa pero manejable, y los síntomas resultan en un deterioro menor en el funcionamiento social o laboral.

Depresión moderada:

El número de síntomas, la intensidad de los síntomas, el deterioro funcional o todas estas variables se encuentran entre las especificadas como leve y grave.

Depresión severa:

El número de síntomas excede sustancialmente al requerido para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es gravemente angustiosa e inmanejable, y los síntomas interfieren notablemente con el funcionamiento social y laboral.

Una evaluación integral de la depresión no debe basarse simplemente en un recuento de síntomas, sino debe tener en cuenta el grado de deterioro funcional, discapacidad o ambos.

Asimismo, se cuenta con Test de Screening que puede usarse de rutina para el diagnóstico precoz de Depresión, entre ellos está el Patient Health Questionnaire (PHQ), un cuestionario que detecta la depresión evaluando la frecuencia de los síntomas depresivos, test que se utilizará en el presente estudio. (IsHak et al., 2018)

Dolor y Depresión

Estudios clínicos han reconocido durante mucho tiempo la coexistencia y interacciones de dolor y depresión. Sin embargo, los mecanismos subyacentes de la comorbilidad de dolor-depresión y sus interacciones dinámicas siguen siendo desconocidas.

Estudios preclínicos en animales intentan proporcionar información crítica para la comprensión de esta importante comorbilidad, donde se busca investigar la neurobiología de la depresión, así como también verificar si el dolor conduce a

comportamientos similares a la depresión y si la manipulación conductual de la depresión altera la respuesta al dolor. (Li, 2015)

Estudios de imágenes funcionales del cerebro, encuentran cambios similares entre la depresión y el dolor. Es así que, los estudios de neuroimagen evidencian que en la depresión encuentran cambios estructurales en múltiples regiones del cerebro, incluidas las regiones del cerebro que involucran la percepción y el procesamiento del dolor. Asimismo, el dolor crónico también altera fundamentalmente la estructura y función del cerebro como lo revelan crecientes estudios de neuroimagen. Además, se postula que las interacciones recíprocas entre el dolor y la depresión pueden deberse a la superposición (aunque separable) de la neuroplasticidad causada por ambas condiciones.

Además, es de saber que desde hace mucho tiempo la depresión y el dolor comparten el mismo tratamiento. Desde la década de 1960, los antidepresivos se han utilizado para tratar dolor con la razón principal para tratar la depresión concomitante, por lo que es conocido que el uso de medicamentos basados en los neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina ejerce efecto antidepresivo y analgésico, situación similar sucede con otros medicamentos como la Ketamina y cannabinoides que sugieren ser efectivos para disminución síntomas depresivos y como también el dolor. Incluso, describen que la terapia cognitiva conductual, podría ser una herramienta prometedora para el manejo del dolor crónico y depresión, en su conjunto. (IsHak et al., 2018)

Se ha encontrado evidencia preclínica actual de las posibles interacciones entre dolor y depresión, que generalmente apoya la relación causal de las dos condiciones.

Un gran grupo de estudios, concuerdan que la prevalencia del dolor en pacientes deprimidos y la prevalencia de depresión en pacientes con dolor es mayor que cuando estas dos condiciones se evalúan por separado. Además, describe la alta prevalencia del dolor alcanzando un promedio de 65% en pacientes deprimidos a través de un análisis combinado de múltiples estudios. Comparado con esos pacientes sin síntomas depresivos, los síntomas depresivos predicen la aparición de diversas afecciones dolorosas, como lumbalgia, cervicalgia y hombro doloroso y otros síntomas

musculoesqueléticos. Así como también, los pacientes deprimidos frecuentemente reportan dolores específicos relacionados con síntomas como cefalea, dolor abdominal, artralgias y dolor en el pecho. (Li, 2015)

Asimismo, se describen datos estadísticos que aseguran la fuerte asociación de depresión y dolor, se dice que los pacientes deprimidos tienen 2 veces más probabilidades de reportar dolor lumbar que su cohorte de control. Otros estudios confirman las mayores probabilidades de desarrollar síntomas depresivos en pacientes con dolor crónico. Pacientes con más de un dolor (por ejemplo, lumbalgia, cefalea, dolor abdominal, dolor en el pecho y dolor facial) son 3 a 5 veces más probable de desarrollar depresión que aquellos sin dolor. Pacientes con dolor crónico tienen 3 veces más probabilidades de cumplir los criterios de diagnóstico de depresión que aquellos sin dolor, y las probabilidades de desarrollar depresión aumentan con el aumento del número de síntomas de dolor. Esta relación recíproca es válida en una amplia gama de condiciones de dolor.(Li, 2015)

Un análisis longitudinal reciente confirma que la depresión es un fuerte predictor de los pacientes con depresión reportan dolor intenso y duradero que los pacientes no deprimidos, y el dolor crónico predice fuertemente el desarrollo de más síntomas depresivos en pacientes con dolor que los que no. (IsHak et al., 2018)

2.1.4 Formulación del Problema.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con dolor crónico en pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de Enero a Marzo 2023?

2.2 Hipótesis.

Los factores sociodemográficos, los factores clínicos y las características del dolor están asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de enero a marzo del 2023.

2.3 *Objetivos de la Investigación*

2.3.1 *Objetivo General.*

Determinar los factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de Enero a Marzo del 2023.

2.3.2 *Objetivos Específicos.*

- Determinar los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, relación familiar, ocupación) asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de Enero a Marzo del 2023.
- Determinar los factores clínicos (hábitos nocivos, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos, uso de analgésicos, uso de terapia física, uso de procedimientos, uso previo de antidepresivos) asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM Enero a Marzo del 2023.
- Determinar las características del dolor (tiempo, severidad, localización, causa) asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de Enero a Marzo del 2023.
- Determinar la frecuencia de dolor crónico en pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM Enero a Marzo del 2023.
- Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM Enero a Marzo del 2023.

2.4 *Evaluación del Problema.*

La comorbilidad de dolor crónico y depresión es frecuentemente encontrada en el entorno clínico y a largo del tiempo ha evidenciado que ambas patologías se encuentran altamente entrelazados, y que ambas conducen a un deterioro significativo del paciente, afectando su funcionamiento físico y mental, por lo que genera un gran impacto en la Salud Pública por lo que resulta imprescindible su estudio para lograr un enfoque de tratamiento idóneo.

2.5 *Justificación e Importancia del Problema.*

2.5.1 *Justificación Legal.*

Dado que las políticas y lineamientos de salud se basan en guías de práctica clínica, los cuales brindan las recomendaciones de manejo de cada una de las patologías encontradas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, es indispensable que el Hospitales como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) sea un generador de investigación, con el fin de contar con mayor evidencia que permita la toma de mejores decisiones en el tratamiento del dolor crónico.

2.5.2 Justificación Teórico – Científico.

El estudio de la asociación del trastorno depresivo en pacientes con dolor crónico, pese a ser entre las más frecuentes relacionadas, carece de investigaciones a nivel nacional y regional, su bibliografía es escasa y relativamente antigua, lo que creemos conveniente presentar el presente proyecto de investigación con la finalidad de impulsar mayores estudios a otros colegas interesados en el tema, lo que permitiría establecer la relación de estos dos factores estudiados en los pacientes que van a iniciar su tratamiento en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

2.5.3 Justificación Práctica.

El tratamiento y manejo del dolor crónico es objeto de atención en la práctica diaria del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, el cual requiere atención médica idónea para brindarle un tratamiento para disminuir el dolor y en el mejor de los casos, eliminarlo, es por ello, es importante abarcar no sólo el factor estructural causante del dolor sino también el factor psicológico, como lo es el trastorno depresivo, que muchas veces no son diagnosticados y no reciben tratamiento correspondiente, por ende, no hay mejora del cuadro clínico. La finalidad del estudio permitirá abarcar mejor el manejo integral del paciente, logrando su alta pronta, disminuyendo la alta demanda del servicio y favoreciendo el acceso de citas a corto plazo.

III CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio.

Observacional Transversal

3.2 Diseño de Investigación.

Transversal Analítico

3.3 Universo.

Pacientes adultos con dolor crónico atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

3.4 Población a estudiar.

Pacientes mayores de 18 años con dolor crónico atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral.

Se utilizará un método de muestro no probabilístico de tipo consecutivo.

3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión.

3.6.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con dolor crónico (> 3 meses)
- Pacientes sin diagnóstico de depresión durante la evaluación.

3.6.2 Criterios de Exclusión.

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico de depresión durante la evaluación
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

- Pacientes con retraso mental u otras enfermedades mentales que no permitan la aplicación de los test diagnósticos a emplear.

3.7 Variable de Estudio.

3.7.1 Independientes.

Dolor crónico, edad, estado civil, relación con la familiar, ocupación, hábitos nocivos, comorbilidades, tiempo de dolor, severidad del dolor, localización del dolor, diagnóstico de la causa del dolor, antecedente quirúrgico por causa de dolor, uso de analgésicos, recibir terapia física, recibir procedimientos fisiátricos, uso previo de antidepresivos.

3.7.2 Dependiente.

Depresión

3.8 Operacionalización de Variables.

| | DEPRESIÓN | DOLOR | EDAD | SEXO |
|------------------------|---|---|--|--|
| Tipo | Dependiente | Independiente | Independiente | Independiente |
| Naturaleza | Cualitativa | Cualitativa | Cuantitativa | Cualitativa |
| Medición | Ordinal | Ordinal | Razón | Nominal |
| Indicador | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario |
| Unidad de Medida | Puntos | Puntos | Años | % Femenino % Masculino |
| Instrumento | PHQ – 9 | EVA | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos |
| Dimensión | Biológica | Biológica | Biológica | Biológica |
| Definición Operacional | <10 puntos: NO DEPRESIÓN >10 puntos: DEPRESIÓN | Leve: 1-3 Moderado: 4-7 Severo: 8-10 | 18 – 29 años: Joven 30 – 59 años: Adulto De 60 años a más: Adulto Mayor | Femenino Masculino |
| Definición Conceptual | Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. | Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con la lesión hística, presente o potencial, o descrita en términos de la misma. | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. | Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. |
| | ESTADO CIVIL | TIPO DE FAMILIA | OCUPACIÓN | HABITOS NOCIVOS |
| Tipo | Independiente | Independiente | Independiente | Independiente |
| Naturaleza | Cualitativa | Cualitativa | Cualitativa | Cualitativa |

| | | | | |
|------------------------|---|--|---|--|
| Medición | Nominal | Nominal | Nominal | Nominal |
| Indicador | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario |
| Unidad de Medida | % Soltero % Casado o Conviviente % Divorciado o viudo | % Funcional % Disfuncional | % Empleado % Desempleado % Jubilado % Incapacitado para trabajar | % Alcohol % Tabaco % Drogas % Ninguno |
| Instrumento | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos |
| Dimensión | Social | Social | Social | Clínica |
| Definición Operacional | Soltero Casado o Conviviente Divorciado o viudo | Funcional Disfuncional | Empleado Desempleado Jubilado Incapacitado para trabajar | Alcohol Tabaco Drogas |
| Definición Conceptual | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. | Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal. | Actividad diferenciada condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada sociedad, caracterizada por un conjunto de articulaciones, funciones, tareas y operaciones, que constituyen obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de proyectos o prestación de servicios. | Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daño a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves. |

| | COMORBILIDADES | TIEMPO DE DOLOR | LOCALIZACIÓN DEL DOLOR | DIAGNOSTICO |
|------------------------|---|---|--|---|
| Tipo | Independiente | Independiente | Independiente | Independiente |
| Naturaleza | Cualitativa | Cuantitativa | Cualitativa | Cualitativa |
| Medición | Nominal | Razón | Nominal | Nominal |
| Indicador | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario |
| Unidad de Medida | % Artrosis % Problemas con la columna o disco % Dolor Neuropático % Fibromialgia % Síndromes Autoinmunes % Cáncer % Otros | Meses | % Cabeza % Hombro % Codo % Muñeca % Mano – Dedos % Columna Cervical – Cuello % Columna Dorsal – Espalda Alta % Columna Lumbar – Espalda Baja | % Artrosis % Problemas de columna o disco % Dolos neuropático % Fibromialgia % Síndrome autoinmunes % Cáncer % Otros |
| Instrumento | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos |
| Dimensión | Biológico | Biológico | Biológico | Biológico |
| Definición Operacional | Artrosis Problemas con la columna o disco Dolor Neuropático Fibromialgia Síndromes Autoinmunes Cáncer Otros | 3-6 meses 7-12 meses >12 meses | Cabeza Hombro Codo Muñeca Mano – Dedos Columna Cervical – Cuello Columna Dorsal – Espalda Alta Columna Lumbar – Espalda Baja | Artrosis Problemas de columna o disco Dolor neuropático Fibromialgia Síndromes autoinmunes Cáncer Otros |
| Definición Conceptual | Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. | El tiempo de dolor se refiere al tiempo en meses que diferencia al dolor tipo agudo es de instalación reciente y con duración menor a 3 meses y dolor crónico es aquel que persiste a la causa original y tiene más de 3 meses de duración. | se refiere a la ubicación e irradiación del dolor que en general nos orienta al origen del dolor. Existen ubicaciones e irradiaciones clásicas que orientan a patologías puntuales a estudiar. | Se refiere al procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad (el estado de salud también se diagnostica). |

| | ANTECEDENTE QUIRURGICO POR DOLOR | ANALGESICOS | TERAPIA FISICA | PROCEDIMIENTO FISIATRICOS |
|------------------------|---|---|-------------------------------|--|
| Tipo | Independiente | Independiente | Independiente | Independiente |
| Naturaleza | Cualitativa | Cualitativa | Cualitativa | Cualitativa |
| Medición | Nominal | Nominal | Nominal | Nominal |
| Indicador | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario | Cuestionario |
| Unidad de Medida | % SI % NO | % OPIACEOS % NO OPIACEOS % RELAJANTES MUSCULARES % NEUROMODULADORES % NO MEDICAMENTOS | % SI % NO | %Desgatillamiento (puncion %seca – puncion humeda) %bloqueo para espinal %bloqueo de %nervio periferico %infiltracion con corticoide %proloterapia %ozonoterapia %plasma rico en plaquetas %acupuntura % Ninguno |
| Instrumento | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos |
| Dimensión | Clínico | Clínico | Clínico | Clínico |
| Definición Operacional | SI NO | OPIACEOS NO OPIACEOS RELAJANTES MUSCULARES NEUROMODULADORES NO MEDICAMENTOS | SI NO | Desgatillamiento (puncion seca – puncion humeda) Bloqueo para espinal Bloqueo de nervio periferico infiltracion con corticoide proloterapia Ozonoterapia Plasma rico en plaquetas Acupuntura |

| | ANTECEDENTE QUIRURGICO POR DOLOR | ANALGESICOS | TERAPIA FISICA | PROCEDIMIENTO FISIATRICOS |
|-----------------------|--|---|--|--|
| Definición Conceptual | Historia personal de quien haya recibido manejo quirúrgico como tratamiento para el dolor. | Es cualquier miembro del grupo de medicamentos utilizados para lograr la analgesia, el alivio y reducción del dolor. actúan de diversas formas sobre los sistemas nerviosos central y periférico. | La terapia física o fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud. | Son aquellos procedimientos realizados por el Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación con la finalidad de aliviar, disminuir el dolor. |

| | ANTECEDENTE DEPRESIÓN | ANTIDEPRESIVOS |
|------------------------|--|--|
| Tipo | Independiente | Independiente |
| Naturaleza | Cualitativa | Cualitativa |
| Medición | Nominal | Nominal |
| Indicador | Cuestionario | Cuestionario |
| Unidad de Medida | % SI % NO | % SI % NO |
| Instrumento | Ficha de recolección de datos | Ficha de recolección de datos |
| Dimensión | Clínico | Clínico |
| Definición Operacional | SI NO | SI NO |
| Definición Conceptual | Historia personal de quien haya recibido atención por el Servicio de Psiquiatría, donde tuvo diagnóstico y tratamiento por de Depresión. | Se refieren a medicamentos utilizados para tratar la depresión, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, diversos trastornos psicológicos, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos. |

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se incluirán en el estudio a paciente adultos con dolor crónico, que acepten voluntariamente participar en la investigación, para lo cual se entregará a cada uno hoja informativa, para lo cual se entregará a cada uno una hoja informativa del consentimiento informado (Anexo 1), una ficha de recolección de datos (Anexo 3) y los instrumentos de depresión (Anexo 4). No se incluirá a participantes con algún tipo de discapacidad física y mental que les impida llenar adecuadamente la ficha y/o instrumentos, y a menores de edad. Se abordará a los participantes durante la atención de Medicina Física y Rehabilitación, capacitándolos brevemente para garantizar un llenado adecuado.

3.10 Procesamiento y Análisis de Datos.

La descripción de la muestra de estudio se realizó mediante frecuencias y proporciones ponderadas y medias con desviación estándar (DE) y media ponderada (media poblacional). Se realizaron la prueba estadística Chi-square para comparar variables categóricas. Mientras que para evaluar la asociación entre las variables numéricas y depresión se utilizara la prueba de t de student o U de Mann Withney segun la distribución de la variable numérico.

Usaremos modelos lineales generalizados para determinar la asociación entre los factores propuestos y depresión en pacientes con dolor crónica obtendremos las razones de prevalencia crudos (RPc) y ajustados (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Para el modelo ajustado, se consideró un enfoque epidemiológico, y se incluirá para un primer modelo ajustado con variables que el modelo crudo tengan un valor $p < 0.20$.

IV CAPÍTULO IV:

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de Acciones.

- Se solicitará permiso al comité de ética del HNERM.
- Se solicitará autorización al jefe del departamento de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM para la ejecución del estudio.

4.2 Asignación de Recursos.

4.2.1 Recursos Humanos

Se requerirá personal para la realizar el llenado de las encuestas, así como también personal capacitado en estadística para la interpretación de los resultados.

4.2.2 Recursos Materiales

Los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación se detallan en el área de presupuesto.

4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto.

| NATURALEZA DEL GASTO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------------------|--------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| BIENES | | | NUEVOS SOLES | NUEVO SOLES |
| 1. | Papel Bond A4 | 03 millar | 30.00 | 90.00 |
| 2. | Lapiceros | 10 unidades | 5.00 | 50.00 |
| 3. | Resaltadores | 10 unidades | 8.00 | 80.00 |
| 4. | Correctores | 04 unidades | 7.00 | 28.00 |
| 5. | USB | 2 unidades | 40.00 | 80.00 |
| 6. | Archivadores | 2 unidades | 30.00 | 60.00 |
| 7. | Perforadores | 2 unidades | 12.00 | 24.00 |
| 8. | Grapas | 2 paquetes | 5.00 | 10.00 |
| SERVICIOS | | | | |
| 9. | Internet | 2 equipos | 100.00 | 200.00 |
| 10. | Movilidad | 300 viajes | 4.00 | 1200.00 |
| 11. | Empastados | 10 unidades | 15.00 | 150.00 |
| 12. | Fotocopias | 300 unidades | 0.15 | 45.00 |
| 13. | Asesoría por Estadístico | 2 asesores | 400.00 | 800.00 |
| 14. | Tipiado | 50 hojas | 1.00 | 50.00 |
| 15. | Impresiones | 400 hojas | 0.15 | 60.00 |
| | | | TOTAL | 2927 |

V CAPÍTULO V:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.

Bardales Pajuelo, C., Reyes Alvarado, L. A., & Neira Jaimes, A. (2018). 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 [Estudio correlacional de diseño observacional transversal, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. Disponible en: <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/546>

Caramés Álvarez, M. A., Navarro Rivero, M., Pérez-Lehmann, C., Hernández Rodríguez, J., Lázaro Orchilla, J., Clavo Varas, B., Caramés Álvarez, M. A., Navarro Rivero, M., Pérez-Lehmann, C., Hernández Rodríguez, J., Lázaro Orchilla, J., & Clavo Varas, B. (2021). Estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes derivados a la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (utdc-hugcdn) como base para la reorganización de esta. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(5), 254-263. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2021.3939/2021>

Carvajal Velásquez, A. M. (2019). Causas asociadas a la depresión en los residentes de la fundación Hogar del Anciano de Belén de Umbria, Risaralda, Colombia [INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO]. Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1362>

Cómo la COVID-19 afectó a la salud mental en Latinoamérica. (2022). National Geographic. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.com/ciencia/2022/10/como-la-covid-19-afecto-a-la-salud-mental-en-latinoamerica>

- Cuyul Vásquez, I., Araya-Quintanilla, F., Cuyul Vásquez, I., & Araya-Quintanilla, F. (2019). Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: Una revisión de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(1), 44-51. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3679/2018>
- Dahlhamer, J. (2018). Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults—United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2>
- Del Arco, J. (2015). Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional*, 29(1), 36-43.
- Día Mundial contra el Dolor: El alivio es un derecho universal. (2020). Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5097-dia-mundial-dolor-cronico.html>
- Fleischmann, M., & Word Bank. (2017). Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión [Text/HTML]. World Bank. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>
- Gonzales Morales, J. E. (2018). Relación entre depresión y dolor crónico por osteoartritis en adultos Hospital Santa Rosa – Piura en el periodo enero-diciembre 2017 [Tesis]. Universidad Privada de Antenor Orrego.
- IsHak, W. W., Wen, R. Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., Dascal, J., Marcia, L., Gohar, Y., Eskander, L., Yadegar, J., Hanna, S., Sadek, A., Aguilar-Hernandez, L., Danovitch, I., & Louy, C. (2018). Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(6), 352-363. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000198>
- Li, J.-X. (2015). Pain and depression comorbidity: A preclinical perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 92-98. Recuperado en: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.04.042>

MINSA, PERU. (2022,). Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. Recuperado en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>

OPS/OMS. (2017). OPS/OMS | Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

OPS/OMS, C. (2012). OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente. Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Pain prevalence and chronicity in a developing country in Latin America: A population-based survey in Lima, Peru. (s. f.). Recuperado en: <https://doi.org/10.2217/pmt-2022-0061>

Park, L. T., & Zarate, C. A. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine*, 380(6), 559-568. Recuperado en: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>

Pérez Quiles, A. (2021). Dolor crónico, personalidad y trastornos de personalidad. [Universidad de la Laguna]. Recuperado en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23381>

Piña García, L. A. (2019). Depresión y su relación con factores determinantes de la salud. Población de 40 y más años. Comunidad Chuichun, Cantón El Tambo. Enero -Diciembre 2018 [MasterThesis, Universidad del Azuay]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8718>

Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.

Quispe Sangay, A. (2019). Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata Cajamarca 2018 [Tesis]. Universidad Nacional de Cajamarca.

Soca Saavedra, L. (2019). Sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico en pacientes del Servicio de Rehabilitación, Hospital I Carlos Alcántara Butterfield, 2015 [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10705>

Terminology | International Association for the Study of Pain. (s. f.). International Association for the Study of Pain (IASP). Recuperado en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V., Capdevilla-García, L., Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V., & Capdevilla-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

VI CAPÍTULO VI: ANEXOS

| ANEXO | | Pág. |
|--------------|-------------------------------|-------------|
| 1 | Consentimiento informado | 46 |
| 2 | Matriz de consistencia | 47 |
| 3 | Ficha de recolección de datos | 48 |
| 4 | Cuestionario | 50 |

ANEXO 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“DEPRESIÓN PACIENTES ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO ATENDIDOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM), LIMA, PERU, DE ENERO A MARZO DEL 2023”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Dra. Katherine Rosita Paz Cuéllar, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es conocer la relación que existe entre depresión en pacientes con dolor crónico atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Dra. Katherine Rosita Paz Cuéllar. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la relación que existe entre depresión en pacientes con dolor crónico atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 940988814.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

FIRMA DE PARTICIPANTE

FECHA: / /2023

ANEXO 2

Matriz de consistencia

| Título | Pregunta de investigación | Objetivos | Hipótesis | Tipo y Diseño de estudio | Población de estudio y procesamiento de datos | Instrumento de recolección |
|--|---|---|--|-------------------------------------|---|---|
| Depresión en pacientes adultos con dolor crónico atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), Lima, Perú, de enero a marzo del 2023. | ¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el Servicio de Rehabilitación del HNERM en el año 2023? | <p>Objetivo General: Determinar los factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM en el año 2023.</p> <p>Objetivos Específicos: -Determinar los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil relación familiar, ocupación) asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de Enero a Marzo del 2023. -Determinar los factores clínicos (hábitos nocivos, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos, uso de analgésicos, uso de terapia física, uso de procedimientos, uso previo de antidepresivos) asociados a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM Enero a Marzo del 2023. -Determinar las características del dolor (tiempo, severidad, localización, causa) asociado a depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM de Enero a Marzo del 2023. -Determinar la frecuencia de dolor crónico en pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM Enero a Marzo del 2023. -Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de rehabilitación del HNERM Enero a Marzo del 2023.</p> | Los factores sociodemográficos, los factores clínicos, los factores de las características del dolor están asociados a depresión en pacientes con dolor crónico. | Observacional transversal Analítico | Pacientes mayores de 18 años con dolor crónico. | Ficha de recolección de datos y Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9). |

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO ATENDIDOS
 EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REBAGLIATI
 DE FEBRERO A ABRIL DEL 2023

| PREGUNTA | RESPUESTA |
|---|---|
| 1. EDAD (años) | |
| 2. SEXO | <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO |
| 3. ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO |
| 4. RELACIÓN FAMILIAR | <input type="checkbox"/> FUNCIONAL <input type="checkbox"/> DISFUNCIONAL |
| 5. OCUPACIÓN | <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> INCAPACITADO PARA TRABAJAR |
| 6. HÁBITOS NOCIVOS | <input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> TABAQUISMO <input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| 7. COMORBILIDADES Marque una o más respuestas | <input type="checkbox"/> ARTROSIS <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE COLUMNA VERTEBRAL <input type="checkbox"/> FIBROMIALGIA <input type="checkbox"/> SÍNDROMES AUTOINMUNES <input type="checkbox"/> CÁNCER <input type="checkbox"/> OTRO: |
| 8. TIEMPO CON EL DOLOR | ___ MESES |
| 9. SEVERIDAD DEL DOLOR ¿Del 0 al 10, en cuánto calificaría su dolor? | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| 10. LOCALIZACIÓN DEL DOLOR Marque una o más respuestas | <input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> DORSO <input type="checkbox"/> REGIÓN LUMBAR |

| | |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> HOMBRO <input type="checkbox"/> BRAZO <input type="checkbox"/> CODO <input type="checkbox"/> ANTEBRAZO <input type="checkbox"/> MUÑECA <input type="checkbox"/> MANO <input type="checkbox"/> DEDOS DE LA MANO <input type="checkbox"/> CADERA <input type="checkbox"/> MUSLO <input type="checkbox"/> RODILLA <input type="checkbox"/> PIERNA <input type="checkbox"/> TOBILLO <input type="checkbox"/> DEDOS DEL PIE |
| 11. CAUSA CONOCIDA DEL DOLOR ¿Su dolor tiene un diagnóstico definido? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 12. ANTECEDENTE QUIRÚRGICO ¿Ha sido operado a causa de su dolor? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 13. USO DE ANALGÉSICOS ¿Qué medicamentos toma para aliviar el dolor? Marque una o más respuestas | <input type="checkbox"/> OPIACEOS (tramadol, morfina, buprenorfina, codeína) <input type="checkbox"/> NO OPIACEOS (paracetamol, diclofenaco, naproxeno, ketoprofeno, ibuprofeno) <input type="checkbox"/> RELAJANTES MUSCULARES (orfenadrina) <input type="checkbox"/> NEUROMODULADORES (gabapentina) <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| 14. TERAPIA FÍSICA ¿Recibe terapia física a causa de su dolor? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 15. PROCEDIMIENTO ¿Se le ha realizado algún procedimiento a causa de su dolor? Marque una o más respuestas | <input type="checkbox"/> PUNCIÓN SECA <input type="checkbox"/> PUNCIÓN HUMEDA <input type="checkbox"/> BLOQUEO PARAESPINAL <input type="checkbox"/> BLOQUEO DE NERVIOS PERIFÉRICOS <input type="checkbox"/> INFILTRACIÓN CON CORTICOIDE <input type="checkbox"/> PROLOTERAPIA <input type="checkbox"/> OZONOTERAPIA <input type="checkbox"/> PLASMA RICO EN PLAQUETAS <input type="checkbox"/> ACUPUNTURA <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| 16. USO PREVIO DE ANTIDEPRESIVOS ¿Ha tomado anteriormente algún medicamento antidepresivo como sertralina o amitriptilina? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

ANEXO 4

Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9).

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un X para indicar su respuesta).

| | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sin apetito o ha comido en exceso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SUMATORIA | | | | |
| TOTAL | | | | |

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- No ha sido difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil