

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO ÁREA DE APOYO PARA EVITAR O CONTROLAR LA DEPRESIÓN A CONSECUENCIA DE PROBLEMAS DE COLUMNA: CERVICALGIA Y LUMBALGIA, EN PACIENTES DEL SEXO FEMENINO ENTRE LAS EDADES DE 20 A 55 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2007.

**INFORME FINAL PRESENTADO POR
ANORA LIZZETTE AVILES MUÑOZ
ESTELA JEANNETTE MARTÍNEZ PARADA
SANDRA YANIRA POZO MARTÍNEZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE DIRECTOR
LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ**

FEBRERO 2008

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR

MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICE RECTOR ACADÉMICO

MAESTRO OSCAR NÓE NAVARRETE

VICE RECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA

DECANO

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANO

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ

SECRETARIO GENERAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

JEFE DE DEPARTAMENTO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE
FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

ASESORES

LICENCIADO CARLOS ELEXANDER DÍAZ

DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ERLIN MARILÚ OSORIO DE GUEVARA

ASESORA DE METODOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO Y A LA VIRGEN MARÍA: Por darnos la sabiduría, fortaleza para alcanzar nuestros sueños.

A NUESTROS PADRES: Por su amor incondicional, comprensión, apoyo, sacrificio, dedicación en el transcurso de nuestras vidas.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Por habernos abierto las puertas y permitido culminar nuestros estudios superiores.

A NUESTROS ASESORES: Al Lic. Carlos Alexander Díaz y a la Licda. Erlin Marilú Osorio de Guevara y Licda. Elba Margarita Berríos, por habernos instruido en nuestra formación académica.

AL DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE: Dr. Francisco Flores Navarrete por habernos brindado el apoyo incondicional para la realización de nuestra investigación.

LIZZETTE, JEANNETTE Y SANDRA

DEDICATORIA

A MI PADRE CELESTIAL: Por su gran misericordia y bondad de haberme permitido estar donde estoy y que sin él nada somos.

A MI MADRE: Por el gran amor y sacrificio que dedica cada día de su vida a mi formación moral y espiritual.

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS: Por las demostraciones de amor y cariño que me brindan cada momento que convivimos.

A UNA PERSONA ESPECIAL: Por su comprensión y amor para poder culminar con éxito mi objetivo.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Por su profesionalismo y conocimientos compartidos en el transcurso de nuestro trabajo.

LIZZETTE

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO Y VIRGEN MARÍA: Por haberme iluminado en todo el trayecto de mi carrera y permitir alcanzar esta meta en mi vida.

A MIS PADRES: José Medardo Martínez y Alicia Parada de Martínez por su amor, sacrificio y apoyo.

A MIS HERMANOS: Sandra, Xiomara y Tito por su cariño.

A MI SOBRINO MAURICIO SOLORZANO: Por llenar un vacío en nuestro corazón.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Sandra Pozo y Anora Avilés por su ayuda y apoyo.

JEANNETTE

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO Y VIRGEN MARÍA: Por darme la fuerza e iluminarme para llegar a culminar mi sueño.

A MIS PADRES: Por su apoyo incondicional y amor.

A MIS HERMANOS: Por las demostraciones de amor y cariño que me brindan a cada momento.

A MI ESPOSO: Por su comprensión, amor y empuje.

A MI HIJA: Por ser tan cariñosa y lo mejor que me ha pasado en la vida.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Por la aceptación, compañerismo y unión que siempre hubo.

SANDRA

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGS.
RESUMEN	xiv
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Planteamiento del Problema	21
1.1. Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio	21
1.2. Enunciado del Problema	25
1.3. Objetivos de la Investigación	26
1.3.1. Objetivo General	26
1.3.2. Objetivos Específicos	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2. Marco Teórico	29
2.1. Base Teórica	29
2.1.1 Generalidades Anatómicas de la Columna Vertebral	29
2.1.2 Fisiología de la Columna Vertebral	30
2.1.3 Anatomía de la Columna Cervical	31
2.1.4 Anatomía de la Columna Lumbar	33

2.1.5 Cervicalgia: Definición, Causas, Signos y Síntomas, Incidencias, Método de Diagnostico y Diagnostico Diferencial, Pronostico	34
2.1.6 Lumbalgia: Definición, Causas, Signos y Síntomas, Incidencias, Método de Diagnostico y Diagnostico Diferencial, Pronostico	37
2.1.7 Depresión: Definición, Causas, Signos y Síntomas, Incidencias, Método de Diagnostico y Diagnostico Diferencial, Pronostico	40
2.1.8 Terapia Ocupacional: Definición, Objetivos de Tratamiento, Actividades a desarrollar	54
2.2 Definición de Términos Básicos	57

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

5. Sistema de Hipótesis	61
5.1 Hipótesis de Trabajo	61
5.2 Operacionalización de las Hipótesis en Variables	62

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4. Diseño Metodológico	64
4.1 Tipo de Investigación	64
4.2 Universo	64

4.3 Muestra	65
4.4 Tipo de Muestreo	65
4.5 Técnicas de Obtención de la Información	65
4.6 Instrumentos	67
4.7 Procedimiento	68
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
5. Presentación de Resultados	71
5.1. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos	73
5.2. Prueba de Hipótesis	96
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6. Conclusiones y Recomendaciones	99
6.1. Conclusiones	99
6.2. Recomendaciones	101
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	
1. Cronograma de actividades realizado en el proceso de graduación Ciclo II 2007 y Ciclo I 2008.	106
2. Cronograma de actividades a desarrollar durante la ejecución	107
3. Columna Vertebral I	108
4. Columna Vertebral II	109

5. Cervicalgia	110
6. Lumbalgia	111
7. Depresión	112
8. Escala de Hamilton	113
9. Guía de Entrevista dirigida a pacientes con Depresión a consecuencia de Cervicalgia y Lumbalgia antes del tratamiento	118
10. Guía de Entrevista dirigida a: pacientes con depresión a consecuencia cervicalgia y lumbalgia después del tratamiento.	119
11. Guía de Evaluación dirigida a: pacientes con depresión a consecuencia de problemas de columna cervicalgia y lumbalgia	120
12. Aplicación de guía de encuesta dirigida a pacientes que adolecen de cervicalgia y lumbalgia	121
13. Reunión General Informativa	122
14. Aplicación de Guía de Evaluación y Guía de Entrevista dirigida a pacientes con depresión a consecuencia de problema de columna lumbalgia y cervicalgia	123
15. Actividades Dinámicas	124
16. Actividades Recreativas	126
17. Técnicas de Relajación	128
18. Técnicas de Higiene de Columna	129
19. Grupo Muestra	130
20. Cuidado Básico de la Espalda	132

RESUMEN

La práctica de la terapia ocupacional como área de apoyo en pacientes con problemas de cervicalgia y lumbalgia desde el punto emocional no ha sido tomado en cuenta para su rehabilitación integral, razón por la cual no se ha logrado una mejor calidad de vida para estos pacientes; por lo que se optó estudiar la utilización de la terapia ocupacional como área de apoyo en el tratamiento de estos.

La investigación se llevó a cabo con 14 pacientes del sexo femenino con edades de 20–55 años que adolecían de depresión a consecuencia de problemas de columna de cervicalgia y lumbalgia que asistieron al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en el periodo de septiembre – noviembre del 2007.

El tipo de la investigación empleada fue descriptiva y prospectiva con un muestreo no probabilístico o por conveniencia y las técnicas de obtención de información fueron la documental bibliográfica, la documental hemográfica, documental escrita y las de campo como la encuesta, guía de entrevista y hoja de evaluación.

El abordaje con este tipo de usuarios se baso en técnicas de relajación, combinando actividades recreativas y charlas educativas enfocadas en el aspecto emocional delimitándolas al conocimiento de la depresión y su manejo.

Con la investigación se pretende favorecer al paciente en el aspecto emocional como: Una mejor estabilidad emocional en cuanto a relaciones interpersonales en el ambiente laboral y del hogar; mejores condiciones físicas con lo cual se logrará un mejor desempeño de su rutina diaria (trabajo, hogar y sociedad), contribuyendo de esta manera alcanzar un mejor calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de investigar el impacto de la terapia ocupacional como área de apoyo en el manejo emocional específicamente depresión en pacientes con problemas de cervicalgia y lumbalgia del sexo femenino entre las edades de 20 a 55 años que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2007. Es muy importante especificar el hecho de que el aspecto emocional no ha sido tomado en cuenta en la rehabilitación integral del usuario que adolece de cervicalgia y lumbalgia y es aquí donde radica el porque y para que la realización de la investigación; también, los beneficios que este traerá como son: Mejor condición física y estabilidad emocional para el paciente lo que contribuirá al mejor desenvolvimiento de sus roles en la sociedad.

El documento esta estructurado por los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema el cual consta de: Los antecedentes del fenómeno objeto de estudio pretende investigar estos problemas debido a que en la población adulta en general y económicamente activa afectan al 80% y es un problema común e incapacitante; razón por la cual dichos problemas conllevan a padecer diferentes afecciones o dolencias

psicosomáticas y sociales lo que provoca alteraciones en las áreas del desempeño ocupacional; además, la manera en que estas patologías se han venido comportando en los últimos cinco años en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente; y el enunciado del problema en el cual se hace la interrogante de cómo éstas alteraciones afectan a la población. Por lo cual es importante dar a conocer los factores que determinan este fenómeno como son: Factores genéticos, socioculturales y ambientales. Y los objetivos de la Investigación tanto general como específicos son los puntos de referencia en base a los cuales se desarrolló la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico se describen la base teórica en la que se fundamentó la investigación y donde se detalla en que consisten las patologías en estudio y los factores de riesgo que conllevan a padecerlas; así como también la definición de términos básicos importantes para la mejor comprensión de la investigación.

Capítulo III: Sistema de Hipótesis en el que se formuló la hipótesis de trabajo que sirvió para guiar y orientar el proceso de investigación y a describir las variables que fueron utilizadas, así como también los datos necesarios y el análisis para medir las relaciones entre ellas.

Capítulo IV: Diseño Metodológico : En el diseño metodológico se explica como se llevó a cabo el estudio; y es acá donde se comprobó la hipótesis establecida lo

que contribuirá a la generación de nuevos conocimientos. Este comprende los siguientes aspectos: tipo de investigación, universo, muestra, tipo de muestra, técnicas de obtención de información, instrumentos y procedimiento.

Capítulo V: Presentación de Resultados: Se presentan los resultados obtenidos de la intervención de la Terapia Ocupacional como área de apoyo para evitar ó controlar la depresión a consecuencia de cervicalgia y lumbalgia; encontrándose además en este capítulo la tabulación, análisis e interpretación de los datos, así como la prueba de hipótesis de la investigación.

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones las conclusiones tienen como finalidad dar a conocer la interpretación y análisis de los resultados de la investigación y dar respuesta a los objetivos planteados. Las recomendaciones son sugerencias a las diferentes entidades involucradas en el proceso de investigación.

La bibliografía es el marco de referencia en la cual la investigación se fundamenta científicamente, ya que a partir de ella se recopila y se analiza la información necesaria para desarrollar el estudio y de esa manera pasa a formar parte de un campo del saber humano.

Los anexos son todos aquellos datos o información importantes como gráficos, fotografías, láminas que sirvan para una mejor comprensión del trabajo realizado, según el criterio del investigador.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

Las afecciones de la columna vertebral son un problema que han estado presente siempre en la población en general sin importar sexo, raza, edad, religión, condición económica; afectando las áreas del desempeño ocupacional entre estos se tienen: actividades de la vida diaria, actividades de trabajo, actividades de juego y esparcimiento y el área emocional.

Estas afecciones son el resultado de una serie de factores entre los cuales esta:

- a) Factores Genéticos: Malformaciones congénitas, espina bifida oculta, alteración de los discos intervertebrales.
- b) Factores Socioculturales: Posturas inadecuadas, infraestructura inadecuada en los lugares de trabajo y el hogar, obesidad y factores psicosomáticos.
- c) Factores Ambientales: Accidentes de tránsito, accidentes laborales, estrés.

Se debe tomar en cuenta que la afección de columna vertebral abarca un gran número de alteraciones las cuales dependen del nivel vertebral en el que se presentan entre estas están: cervicalgias, cervicodorsalgias, dorsalgias, dorsolumbalgias, lumbalgias; la investigación se orientará específicamente en

problemas de cervicalgias y lumbalgias, enfatizando el área emocional específicamente la depresión, tomando en cuenta que esta es la suma de varias alteraciones emocionales como es la ansiedad, insomnio, falta de energía, etc.

En otro contexto los problemas de columna afectan a más del 70% de la población de los países desarrollados y sub-desarrollados y plantea una importante carga socioeconómica, ya que representa el 13% de ausencia laboral por enfermedad en estos países.

“Su incidencia anual en los adultos es de hasta el 45%, y el grupo etareo mas afectado es el comprendido entre 35 y 55 años. Aunque el 90% de los episodios de problemas de columna remiten dentro de las seis semanas, y solamente el 7% de los pacientes desarrollan cervicalgia o lumbalgia; la depresión comprende de un 10% a 25% del padecimiento en mujeres y del 5% al 12% en hombres, constituyendo hasta un 25% de consultas medicas en general y hasta el 60% de los pacientes vistos por el Medico Psiquiatra”.^{1/}

En el país la incidencia de los problemas de columna es del 70%-80% y es uno de los motivos mas frecuentes de consulta medica y la segunda causa de baja laboral.

^{1/} / Estadísticas de Trastornos Mentales. Pág. 46

El 90% de los problemas de columna se atribuyen a las alteraciones mecánicas de estructuras vertebrales, en la mayoría de carácter inespecífico.

En el mismo orden Al hablar de depresión los reportes indican que la frecuencia de la consulta psicológica y psiquiátrica se encuentra alrededor de los mil novecientos ochenta y nueve por año; en lo que va del año en curso según estadísticas del ISSS se registran ya 416 consultas.

Para los Psicólogos y Psiquiatras del ISSS es un mal que va en aumento ya que se considera la cuarta causa de discapacidad y mortalidad; afirman que de no hacer nada por detener el mal en el año 2020 pasará hacer la segunda causa.

En el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente se tomó como parámetro las estadísticas de los últimos cinco años en donde se tiene un promedio del 20.5% que sirve para constatar que en el área de física de adultos las patologías que con más frecuencia asisten a su tratamiento fueron las cervicalgias y lumbalgias las cuales se detallan a continuación: En el año 2002 fue del 18%; en el año 2003 del 19.3%; año 2004 un 20.1%; año 2005 del 22% y en el año 2006 de un 22.9%.

La fuente de verificación fue:

- 1- Libretas de actas del área de terapia física adultos del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.
- 2- Área de archivo de estadísticas del CRIOR

El Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) fue construido en la ciudad de San Miguel con fondos de la campaña TELETON 20-30, se inauguró el 13 de julio de 1987 e inició oficialmente sus actividades el 1 de septiembre del mismo año, a partir de 1998 se incorporó al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

Es una dependencia del ISRI que brinda sus servicios integrales y especializados a todas las personas con discapacidades físicas, sensorial y mental que habitan en la zona oriental del país. Tiene como objetivo general ofrecer los servicios de rehabilitación física, mental y vocacional, que ayuden a la recuperación integral de la población con discapacidad del oriente del país; brindando tratamientos adecuados inmediatos en aspectos físicos y educativos; con el fin de lograr una rehabilitación integral del usuario, para que pueda incorporarse al sector productivo del país.

Entre los servicios que presta el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente están:

- a) Consulta Externa: Medicina General, Especialidades Médicas, Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría y Odontología.
- b) Áreas Técnicas: Áreas de Terapia Educativa, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Educación Física Adaptada.
- c) Áreas de Apoyo: Psicología, Trabajo Social, Prótesis y Ortesis, Rehabilitación Profesional y Unidad Móvil.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál será la efectividad de la terapia ocupacional como área de apoyo para evitar o controlar la depresión a consecuencia de problema de columna cervicalgia y lumbalgia en pacientes del sexo femenino entre las edades de 20 a 55 años en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Conocer la efectividad de la terapia ocupacional como terapia de apoyo para ayudar a evitar o controlar la depresión a consecuencia de problemas de columna cervicalgia y lumbalgia en pacientes del sexo femenino que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar síntomas emocionales más comunes en pacientes con diagnóstico de cervicalgia y lumbalgia.

Estudiar el grupo de prevalencia en cuanto a sexo y edad.

Fomentar la atención para mejorar la concentración y memoria en los usuarios que conforman la muestra.

Estimular la socialización para disminuir las alteraciones conductuales y mejorar la confianza en si mismo.

Establecer que actividades del desempeño ocupacional se ven afectadas a raíz del padecimiento de la cervicalgia y lumbalgia.

Verificar si la terapia ocupacional ayuda a evitar o controlar la depresión a consecuencia del problema de columna cervicalgia y lumbalgia.

Investigar los factores depresivos que propician la agudización de la cervicalgia y lumbalgia.

Determinar en que medida la depresión influye en la evolución de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEORICO

2.1. BASE TEÓRICA

2.1.1. GENERALIDADES ANATOMICAS DE COLUMNA VERTEBRAL

En el ser humano esta constituido por las vértebras, que son 33 o 34 distribuidas así: 7 cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares, 9 o 10 pélvicos. Las vértebras cervicales, dorsales y lumbares son independientes “libres”, las pélvicas se sueldan formando 2 elementos el sacro y el cóccix. (Ver Anexo N° 3)
Al observar la columna vista de perfil, se visualizan las siguientes curvaturas anatómicas:

- Lordosis Cervical: Curvatura cóncava hacia atrás.
- Cifosis Dorsal: Curvatura convexa hacia atrás.
- Lordosis Lumbar: Curvatura cóncava hacia atrás.

Vértebras Libres: (cervicales, dorsales y lumbares), tienen las siguientes características Comunes.

Un cuerpo, Un agujero, Una apófisis espinosa, dos apófisis transversas, cuatro apófisis articulares, dos laminas y dos pedículos. (Ver Anexo N° 4)

Las vertebrales cervicales constituyen la región cervical y soportan el peso de la cabeza. Las vértebras dorsales son las menos móviles y las vértebras lumbares son las que se lesionan con mayor facilidad, la región sacra y la coxiger son las mas inferiores de la columna.

2.1.2. FISILOGIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

El tejido muscular esquelético o voluntario es caracterizado por contracción y relajación, un proceso que mueve los huesos alrededor de las articulaciones para la locomoción y otros movimientos del cuerpo. Las fibras musculares pueden contraerse (acortarse), relajarse (alongarse) o estar en reposo (semicontraídas y listas para la acción).

Cuando se contrae un músculo el impulso nervioso es enviado del cerebro de la médula espinal a través de una neurona motora a la membrana celular muscular en un punto de comunicación llamado placa Terminal motora.

La lesión a una de las estructuras del sistema muscular periférico como son los músculos, las articulaciones, tendones o ligamentos pueden causar contracciones musculares involuntarias o espasmos.

2.1.3. ANATOMIA DE LA COLUMNA CERVICAL

La región cervical de la columna vertebral esta compuesta por siete vértebras que forman una curvatura lordótica simétrica que a nivel de la quinta a la séptima vértebra se puede pronunciar más. Es importante mencionar que la primera y segunda vértebra de la columna cervical tienen una estructura diferente a la de las otras vértebras; C1 o atlas consta de un anillo transversal más ancho en sentido sagital, tiene la peculiaridad de no poseer cuerpo y consistir fundamentalmente en arcos posterior y anterior en vez de apófisis articulares, tienen un par de masas laterales que en sus carrillas superiores presentan la cavidad glenoidea.

C2 o axis es la segunda vértebra cervical, es atípica porque en la zona superior del cuerpo posee una prolongación llamada apófisis odontoide o diente que representaría el cuerpo del atlas.

La columna cervical permite posiciones y movimientos por lo que se dice que es una estructura de soporte estático y un mecanismo móvil y cinético.

Las unidades funcionales de la columna cervical son:

1- La formada por el cráneo y la primera vértebra cervical llamada occipitoatloidea.

2- La formada por el atlas y el axis (C1C2).

El resto del cuello esta formado por unidades funcionales similares que consisten en:

- a. Una porción anterior que soporta peso y absorbe los impactos.
- b. Una porción posterior que actúa como guía direccional

La unidad funcional de la columna cervical se divide en dos columnas:

1. **Columna Anterior:** formada por cuerpos vertebrales, ligamento longitudinal anterior, discos intervertebrados y músculos cervicales anteriores.
2. **Columna Posterior:** que contiene el conducto raquídeo, ligamentos posteriores, articulaciones cigapofisiareas y los músculos erectores de la columna.

La función principal de la columna cervical consiste en soportar la cabeza y permitir el movimiento en las diferentes direcciones, lo que es necesario para sus funciones neurofisiológicas.

2.1.4. ANATOMÍA DE LA COLUMNA LUMBAR

Los elementos que constituye una vértebra lumbar son: un cuerpo vertebral, dos láminas, apófisis espinosa, apófisis cosmoideas, pedículo, apófisis articular superior, apófisis articular inferior y agujero vertebral.

Algunas características especiales de esta región son: la apófisis costiforme de la primera vértebra lumbar es menos desarrollada que el resto de vértebras lumbares, la quinta lumbar posee un cuerpo vertebral mas alto por delante que por detrás, las apófisis articulares inferiores de la quinta lumbar están mas separadas entre si que el resto.

Unidad Funcional

Esta compuesta por dos cuerpos vertebrales separados por el disco intervertebral. Cada unidad funcional realiza su trabajo en forma independiente y colectiva en la columna vertebral.

Esta unidad funcional contiene tejidos sensibles que, cuando se irritan, lesionan, se someten a tensión, producen dolor.

Entre los ligamentos de la región lumbar están: Ligamento longitudinal anterior y posterior, ligamento segmentario, ligamento amarillo, ligamento interespinoso y ligamento intertransversal.

Los movimientos de región lumbar son: movimientos de flexión, extensión, flexión lateral y rotación.

Los músculos con lo que cuenta esta región son: El músculo recto mayor del abdomen, oblicuo mayor y menor, iliocostal dorsal, dorsal largo, espinoso dorsal iliocostal lumbar cuadrado y el psoas.

2.1.5. CERVICALGIA

Para definir la cervicalgia se puede decir que son dolores en la región posterior o posterior lateral del cuello, esencialmente de origen óseo, articular y muscular que suele afectar directamente los músculos perirraquiales cervicales (Ver Anexo N° 5).

Causas

- Postura sentada (cabeza y cuello inclinado hacia delante)
- Traumáticas: por traumatismos directos o indirectos.
- Debilidad de la musculatura del cuello.
- Artritis.
- Alteraciones de los discos cervicales.
- Enfermedades degenerativas de los tejidos óseos.
- Psicósomáticos o psicógenos.

Signos y Síntomas

Estos pueden aparecer y variar en función de la mayor o menor gravedad del origen de la cervicalgia y son:

- 1- Dolor en musculatura posterior y lateral del cuello.
- 2- Contracturas musculares.
- 3- Dolores irradiados a brazos, antebrazos o dedos y hormigueos.
- 4- Dolores de cabeza por la compresión que ejercen las contracturas musculares sobre vasos y nervios.
- 5- Sensaciones de vértigo, vahído o inestabilidad.

Métodos de Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial

Según la sintomatología referida por el paciente, el profesional médico realiza el diagnóstico en base a dos aspectos:

- a) **Exploración física:** Consiste en observación de postura, aptitud del paciente, amplitud de la movilidad articular del cuello, exploración muscular, exploración neurológica y exploración de la estática vertebral.

- b) **Pruebas radiológicas:** determinan finalmente el origen exacto de las cervicales.

Es fundamental realizar una completa historia clínica, incluyendo las características del dolor (somático, radicular, visceral, neuropático, psicógeno). Se deben investigar las patologías cervicales no osteoarticulares y establecer un diagnóstico diferencial con los siguientes síndromes: Síndrome del escaleno anterior, síndrome costo clavicular, síndrome del pectoral menor, síndrome escapulocostal, síndrome myofacial, síndrome hombro doloroso, hombro-mano, neuritis del flexo-braquial, artritis reumatoide, artritis crónica juvenil, entre otras.

Pronóstico

Es bueno en el curso de procesos patológicos musculares; las afecciones neurológicas y psiquiátricas son más difíciles de tratar sin embargo los tratamientos médicos suelen ser útiles.

2.1.6. LUMBALGIA

Es el dolor localizado en la parte baja de la espalda (región lumbar). Generalmente se presenta en forma brusca, luego de realizar un esfuerzo por levantar objetos pesados o al realizar movimientos bruscos (Ver Anexo N° 6).

Causas

Entre las causas de la lumbalgia están: malos hábitos posturales, bajo estado de forma física, sedentarismo, falta de fuerza y resistencia de la musculatura de la columna, traumatismos, trabajos físicos pesados, conducir y estar sentado durante tiempo prolongado, exposición frecuente a vibraciones (Ej. Máquinas o vehículos), sobrepeso, osteoporosis, enfermedades sistémicas (infecciones degenerativas, inflamatorias) y afecciones radicales etc.

Síntomas y Signos

Entre los síntomas y signos que se pueden mencionar están: Dolor en la zona lumbar, limitación articular a la movilidad, contracturas musculares de los paravertebrales, rigidez matutina.

Entre la incidencia el 70%-80% de los individuos pueden tener al menos un episodio de lumbalgia mecánica en su vida.

Es uno de los motivos mas frecuentes de consulta medica y la segunda causa de baja laboral. El 90% de los casos de lumbalgia se atribuyen a las alteraciones mecánicas de estructuras vertebrales, en la mayoría de carácter inespecífico (lumbalgia mecánica).

El 10% restante puede deberse a síndrome radicular, secundario o hernia de disco, espondilitis anquilosante, dolor no orgánico o psicogénico, tumores, fracturas vertebrales recientes etc.

Método de diagnóstico

La lumbalgia es uno de los principales problemas de salud del hombre moderno, generando dos millones de consultas por año entre los médicos de atención primaria.

Para la gran mayoría de pacientes con dolor lumbar, no son necesarios los estudios de radiología durante las primeras cuatro semanas, solamente con la historia clínica y exploración física que realice el medico, y se justificaran las ayudas diagnósticas como son las radiografías y el TAC en aquellos casos de trauma y de sospecha de enfermedades catastróficas.

Pronóstico

El 50% y 60% de los dolores lumbares tienen un pronostico de mejora dentro del primer mes, independiente del tratamiento que reciban, solo un 25% sigue un curso crónico. Se habla de dolor lumbar crónico a partir de la 7ª - 12ª semana de duración de los síntomas.

El pronóstico funcional es peor cuando mayor sea el tiempo que el paciente tarda en incorporarse a su vida normal.

En el diagnóstico diferencial se deben analizar otras patologías que se manifiestan con dolor lumbar como son los trastornos renales, trastornos gastrointestinales, trastornos pélvicos, trastornos ginecológicos y trastornos vasculares.

Existen pacientes que resisten a mejorar pese a muchas pruebas de diagnóstico y prolongados tratamientos; en estas alteraciones físicas casi siempre existe un componente emocional agregado.

2.1.7. DEPRESIÓN

La palabra depresión viene del latín depresivo que quiere decir hundimiento. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a los demás, los cuales se detallaran posteriormente.

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por humor depresivo (tristeza) sin razón aparente con pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad, insomnio, hiporexia, sentimientos de minusvalía, culpa e incapacidad, ideas de muerte e incluso ideas suicidas (Ver Anexo N° 7).

Areteo definió hace muchos años el término depresivo como una melancolía.

Para hablar de las causas de la depresión hay que considerar los diferentes tipos que cada uno puede padecer unas causas y otras.

Causas

Las causas de la depresión son complejas y solo parcialmente comprendidas. La mayoría de los médicos aceptan que la depresión es causada por una combinación de factores biológicos (incluyendo los genéticos), sociales y psicológicos, los cuales se describen a continuación.

1- Factores Biológicos: El sistema nervioso central es la parte del cuerpo, junto con las glándulas endocrinas que producen casi todas las sustancias químicas que son necesarias para la vida, las cuales nos hacen dormir, controlar las emociones del hombre, etc. En algunas depresiones se han encontrado alteraciones de estas sustancias y de los mecanismos cerebrales donde actúan.

Se postula que existe un déficit relativo de monoaminas cerebrales (dopamina, noradrenalina y serotonina), en sinopsis neuronales específicas del

hipotálamo y corteza cerebral. Además también, se han implicado alteraciones de GABA, glutamato y acetilcolina.

2- Factor Psicológico: Las distintas escuelas que estudian el comportamiento y la psicología han intentado explicar el fenómeno de las depresiones desde una perspectiva más psicológica basándose en aspectos como la personalidad, pensamiento, modelos de conducta o aspectos de aprendizaje e interacción.

Una personalidad con predisposición puede incidir en el origen de la depresión, destacan la tendencia, el afán por el orden, el tratarse de individuos sobrios, razonables, formales y con sentido del deber, escrupulosos normalmente tendientes a culpabilizarse, etc.; además, otras personas pueden tener más posibilidad de desarrollar depresión dependiendo de su carácter, una persona con una autoestima baja, pesimista y que se ponen nerviosas con facilidad tienden mas a deprimirse.

Esto puede estar sustentado en la teoría del aprendizaje postula que la desesperanza se “aprende” cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede predecir ni controlar principalmente en la niñez conduce a una situación de permanente frustración y resignación que a su vez sería el origen a la depresión.

La teoría psicodinámica ha postulado mecanismos en relación con situaciones de “perdida del objeto amado” donde la persona lamenta la perdida se siente triste e incapaz de disfrutar nada la depresión sería un “duelo” anormal ya que la persona se comporta como que la perdida fuera más severa.

3- Factores Socioculturales: Se pueden mencionar las tensiones de la vida, violencia, desastres naturales, problemas en la familia, muerte, divorcio, desacuerdos, desempleo, inestabilidad laboral, jubilación, estudio, situaciones de estrés, etc.

Otro factor que no se debe olvidar y que nadie esta exento de sufrir es un accidente o enfermedad física como por ejemplo: enfermedad de parkinson, enfermedades cardiovasculares, problemas de columna vertebral, parálisis facial, etc., cuando una persona padece una enfermedad física y cae en una depresión puede hacer que su recuperación sea mas difícil y larga de lo que suele ser, ya que no atienden sus necesidades, están decaídos y no colaboran con el tratamiento para poder curarse.

En la mayoría de cuadros depresivos existe una interrelación variable entre la predisposición genética (y sus conservaciones biológicas), los factores psicológicos y los stresores ambientales.

Signos y Síntomas

La sintomatología de la depresión puede agruparse en cinco apartados que a continuación se desglosan:

- 1- **Alteraciones emocionales:** La tristeza patológica (humor depresivo), se caracteriza por su calidad negativa, intensa, desagradable, difícil de expresar y a veces de detectar por su naturaleza íntima. En ocasiones este síntoma puede estar oculto por la sintomatología restante que aparece en un plano más manifiesto, como ánimo puede ser irritable en lugar de triste.
- 2- **Alteraciones de pensamiento:** El contenido del pensamiento se caracteriza por su tonalidad pesimista y desagradable dentro de un amplio campo de preocupaciones, penas y sufrimientos que disgustan a la persona y lo hacen sufrir.

Otras veces es la pérdida de interés, la persona se siente vacía y se atormenta con graves acusaciones por faltas y pecados de acción u omisión. No espera nada del futuro, solo desgracias; son frecuentes las ideas sobrevaloradas de minusvalía, de culpa, hipocondría, desesperanza, muerte y suicidio.

- 3- **Alteraciones Somáticas.** Las mas frecuentes son: insomnio (ya inicial, medio o tardío), hiporexia y perdida de peso, alteraciones menstruales, astenia, fatiga, dolores musculares y cefaleas.

Las alteraciones digestivas son frecuentes, entre ellas destacan el estreñimiento, la sequedad de boca, las dispepsias y dolores abdominales que son expresión de una disfunción vegetativa.

- 4- **Alteraciones de los Ritmos Vitales:** La depresión afecta principalmente las regulaciones vegetativas de carácter rítmico. La persona suele encontrarse peor por la mañana y mejor al atardecer.

- 5- **Alteraciones Conductuales:** Incluye múltiples repercusiones en la conducta entre las cuales están: Las actitudes apáticas, disminución de la atención y de la capacidad de concentración, déficit en la memoria, escasa necesidad de comunicación, disminución del impulso sexual, etc.

Los síntomas de la depresión varían según la persona. La depresión puede ser clasificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas, entre estos están:

Leve: Los síntomas provocan solo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales (en las relaciones con los demás).

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre leves y graves.

Grave: Los síntomas interfieren notablemente en las actividades laborales o sociales habituales y en las relaciones con los demás. Pueden estar presentes ideas diferentes o alucinaciones especificándose entonces como (episodio depresivo grave con síntomas) sicóticos, los síntomas sicóticos generalmente están relacionados con la temática depresiva.

Incidencia

“El riesgo de sufrir un episodio depresivo a lo largo de la vida es del 10-25% en mujeres y del 5-12% en los hombres. La depresión constituye hasta el 25% de las consultas médicas en general y hasta el 60% de los pacientes vistos por el Psiquiatra”^{2/}

Es más frecuente en el sexo femenino (relación de 2 a 1) con respecto al sexo masculino, la máxima frecuencia ocurre entre los 30 a 70 años de edad y es más común entre los solteros, viudos, divorciados y separados.

^{2/} / Asociación Americana de Psiquiatría: Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales. Pág. 48

La depresión suele afectar a cualquier persona no importando sexo, edad, condición económica, estado civil, raza, cultura, credo, etc., en los siguientes párrafos se describirá de que manera la depresión puede afectar a:

- **El Hombre:** la depresión afecta menos a hombres que mujeres. Los hombres suelen ser más reservados a admitir que tienen esta enfermedad y por lo tanto es más difícil poder llevar a cabo un tratamiento.

La tasa de suicidios en el hombre es cuatro veces mayor que la de la mujer, pero los intentos de suicidios son más elevados en la mujer que en los hombres. Los hombres se suelen arropar más que las mujeres con el alcohol y las drogas.

En el hombre no es raro que se manifieste la depresión con irritabilidad y desaliento en lugar de sentimientos de desesperanza y desamparo. Los hombres tienden menos a buscar ayuda la cual la pueden encontrar incluso en el trabajo. Es importante que el hombre entienda y acepte la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

- **A la Mujer:** La depresión en la mujer es casi el doble que en el hombre. Factores hormonales como la menstruación, el embarazo, el aborto, el período posparto, la premenopausia y la menopausia podrían contribuir a una

tasa más alta de depresión en la mujer. Las mujeres suelen tener más estrés por la responsabilidad de los niños, el cuidado de la casa y en ocasiones un empleo.

En psicopatología se pueden reconocer tres categorías dentro de la depresión, pero en todos los síntomas principales es el estado de ánimo, estas categorías son: Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno distímico.

Par una mejor comprensión de estos términos se iniciará definiendo episodio depresivo que es donde la persona sufre un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad y cansancio exagerado.

También son manifestaciones de los episodios depresivos: la disminución de la atención y concentración, dificultad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad (baja autoestima), ideas de culpa y de ser inútil, llanto fácil, una perspectiva sombría del futuro (desesperanza) pensamientos y actos suicidas o autoagresiones, pérdida de peso y pérdida marcada de la libido.

Otros síntomas son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades, acontecimientos y circunstancias que anteriormente eran

placentera, pérdida de la reactividad emocional, despertarse por la mañana antes de lo habitual con empeoramiento matutino del humor depresivo y presencia de inhibición o inquietud psicomotrices claras.

La depresión varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere una duración de al menos dos semanas consecutivas.

El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

En algunos casos la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (el sujeto parece que está a punto de llorar).

Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves que pueden durar semanas o meses. Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas.

La duración de un episodio depresivo mayor también es variable, lo habitual es que un episodio no tratado dura seis meses o más. En la mayoría de casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido.

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodios depresivos leve, moderado o grave. Los episodios suelen tener una duración de tres a doce meses. La recuperación suele ser completa y entre un episodio y otro, hay un periodo de tiempo asintomático mayor a los dos meses.

Distimia: Es un estado de ánimo depresivo durante la mayor parte de los días, durante un periodo mínimo de dos años. Es una depresión leve crónica y con periodos asintomáticos muy cortos.

La depresión como secundaria del padecimiento de otras enfermedades médicas se denomina: Depresión secundaria; entre las cuales podemos mencionar: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, tumores malignos, epilepsia, infarto al miocardio, diabetes, enfermedades cerebro vascular (ECV), problemas de columna. En psiquiatría alcoholismo, esquizofrenia, trastornos de ansiedad.

Métodos de Diagnóstico

Hay varios métodos que ayudan a identificar si una persona padece una depresión. La más útil es la entrevista con un profesional. En ella el psiquiatra escuchará, reconocerá los síntomas que constituyen el trastorno depresivo del paciente. Para un paciente depresivo en ocasiones es muy duro acudir a este tipo de entrevista, para que se sienta a gusto tiene que haber una serie de factores que influirán sobre su relación con el médico, como por ejemplo sentir empatía el uno por el otro, haber un ambiente tranquilo, que el médico muestre un alto grado de atención y un interés por aspectos de la vida emocional del paciente.

Para que el médico pueda llegar a saber si su paciente padece o no una depresión es necesario seguir una “guía”. El médico debe conocer los siguientes datos:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales, es decir si ha habido fases depresivas previas, sudoración, gravedad y los tratamientos utilizados junto a sus resultados terapéuticos.
- Personalidad: se tiene que saber los rasgos temperamentales del paciente.

Además para poder llegar a diagnosticar la depresión se han ideado diversos cuestionarios que tratan de englobar en unas cuantas preguntas directas, normales y breves que introducidas en el diálogo permiten tras una primera impresión y casi siempre definitiva, descartar o afirmar que no encontramos frente a un enfermo depresivo.

El último argumento para comprobar la veracidad y fiabilidad de la impresión clínica es compararla con unos criterios diagnósticos que hayan sido ya validados.

Otra ayuda para efectuar el diagnóstico puede ser las escalas de evaluación, tienden a basarse en la observación y pretenden objetivar cambios en la sintomatología. Aunque pueden resultar útiles no deben ser tomadas como un “medidor” de la cantidad de depresión ni tampoco como un “detector” de la misma.

La más popular es la Escala de Hamilton, existen varias versiones. Su valoración es a través de un observador externo, conveniente, entrenado y familiarizado con su utilización. Por otra parte bastante sencilla.

Esta es una de las versiones de la escala de Hamilton, en esta versión se puede hablar de padecer una depresión si la puntuación es superior a seis puntos (Ver Anexo N° 8).

Pronóstico

“La OMS ubica a la depresión como la 4ª causa de discapacidad a nivel mundial. Aproximadamente el 15% de las depresiones graves terminan en suicidio y hasta el 70% de los suicidas consultan al médico días antes de cometer el acto suicida.” ^{3/}

La depresión puede tener varios destinos, puede remitir hacia la curación, puede terminar en suicidio, en una recuperación parcial y quedar como depresión residual o evolucionar hacia la cronicidad.

La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores.

El 50% de los deprimidos recaen tras el primer episodio depresivo, el 70% recaen después del segundo y el 90% recae después del tercer episodio.

^{3/} A.A. Psiquiatría Ob Cit Pág. 52

Diagnóstico Diferencial

Al tratar de diagnosticar una persona depresiva en ocasiones hay errores por exceso, esto hace que el diagnóstico subjetivo sea frecuentemente para un grupo de sujetos que pertenecen u otro síndrome clínico “los trastornos de ansiedad”, estos enfermos acuden al médico alegando padecer depresión cuando en realidad padecen una neurosis de angustia.

En otros casos el problema está en pasar por alto la sintomatología de la enfermedad y dar un diagnóstico erróneo por ejemplo actitudes hipocondrías del enfermo o ideas sobrevaloradas.

Las máscaras somáticas no son por otra parte las únicas tras las que la melancolía se puede ocultar.

2.1.8. TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional, es una disciplina, que se realiza por medio de actividades constructivas que tiene como fin de rehabilitación física, psicológica, social y vocacional para integrar o reintegrar al individuo a la comunidad como ser productivo.

Actividades de Terapia Ocupacional a Desarrollar

A continuación se detallan las actividades que se desarrollarán en el área de terapia ocupacional para lograr los objetivos propuestos:

- **Actividades grupales con dinámicas:** Estas fueron encaminadas a mejorar la comunicación, atención, concentración, memoria y socialización; entre ellas se mencionan:
 - a) **Dinámica de comunicación:** La tela araña, yo lo miro así, idioma-lenguaje-expresión.
 - b) **Dinámica de animación:** Se murió chicho, quítame la cola, mar adentro-mar afuera, alto y siga.
 - c) **Dinámica de concentración:** La última letra, conexiones, telegrama corto.
 - d) **Socialización:** se cumple con las anteriores dinámicas.
- **Actividades Recreativas:** Con el objetivo de lograr la distracción del paciente a través de juegos y manualidades.

- a) **Actividades de juego y esparcimiento:** El juego de la silla, ponerle la cola al burro, la cuchara y el huevo.

- b) **Manualidades:** Decoración de espejo, crochet.

- **Técnicas de Relajación:** Fueron utilizadas para mejorar la capacidad física, disminuir sus alteraciones conductuales, mejorar la confianza en si mismo y lograr una mejor concentración y atención; entre estas se utilizaron:
 - a) **Técnicas de Respiración**

 - b) **Musicoterapia**

- **Técnicas de higiene de columna:** Las cuales sirvieron para mejorar el estado físico y la educación del paciente a través de charlas educativas y demostrativas de la técnica.
 - a) **Charlas Educativas:** Estuvieron enfocadas al conocimiento y manejo de la depresión en pacientes que adolecen cervicalgia y lumbalgia.
 - b) **Charla sobre depresión y su manejo**

 - c) **Charla sobre motivación.**

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

AMPLITUD ARTICULAR: Es el movimiento que se da en cada una de las articulaciones.

ASTENIA: Decaimiento, lentitud, agotamiento físico y psíquico.

CERVICALGIA: Son dolores en la región posterior o posterior lateral del cuello.

CRÓNICO: Una enfermedad de larga duración o dolencia habitual, que viene de tiempo atrás.

DEPRESIÓN: Un trastorno afectivo y variaciones del estado de ánimo.

DISPEPSIA: Cualquier alteración de la digestión sobre todo si es crónica.

EMPATIA: Capacidad de sentir y comprender las emociones ajenas como propias mediante un proceso de identificación con el otro.

GENÉTICA: Parte de la biología, que trata de la herencia y la variabilidad de los seres vivos.

HETEROGENEO: Compuesto de partes de diversa naturaleza.

HIPOREXIA: Disminución del apetito.

HIPOXIA: Déficit de concentración de oxígeno en la sangre.

LIVIDO: Amaratado que tira amorado a personas muy pálidas.

LUMBALGIA: Es el dolor localizado en la parte baja de la espalda o región lumbar.

MINUSVALIA: Disminución o detrimento del valor de una cosa.

PREMORBIDO: Antes de padecer de enfermedad o antes de ocasionarla.

PRODROMICO: Malestar que precede a una enfermedad.

OCCIPITOALTOIDEA: Articulación conformada por la base del cráneo y la primera vértebra cervical o atlas.

REMISION TOTAL: Después del episodio depresivo hay un periodo sin síntomas depresivos con una duración mayor a dos meses.

REMISION PARCIAL: Duración del episodio depresivo, hay un periodo sin síntomas depresivos con una duración menor a dos meses.

TERAPIA OCUPACIONAL: Parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades.

SIGLAS UTILIZADAS

T.O.: Terapia Ocupacional.

OMS: Organización Mundial para la Salud

CRIOR: Centro de Rehabilitación Integral de Oriente

C1: Vértebra Cervical Uno

C2: Vértebra Cervical Dos

ECV: Enfermedad Cerebro Vascular

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

3.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi: La Terapia Ocupacional como área de apoyo, ayuda a evitar o controlar la depresión en pacientes con problemas de columna cervicalgia y lumbalgia.

3.2. HIPÓTESIS NULA

Ho: La Terapia Ocupacional como área de apoyo, NO ayuda a evitar o controlar la depresión en pacientes con problemas de columna cervicalgia y lumbalgia.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES

Hipótesis de Investigación	VARIABLES	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Hi: La Terapia Ocupacional como área de apoyo, ayudar a evitar o controlar la depresión en pacientes con problemas de columna cervicalgia y lumbalgia.	V1: Terapia Ocupacional	<p>Es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas que tienen como fin la rehabilitación física, psicológica, social y vocacional para integrarlo o reintegrarlo a la comunidad como un ente productivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades grupales con dinámicas - Actividades recreativas - Técnicas de relajación - Técnicas de higiene de columna - Charlas educativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas de comunicación - Dinámicas de concentración - Dinámicas de atención - Actividades de juego y esparcimiento - Manualidades - Técnicas de respiración - Musicoterapia - Charlas expositivas y demostrativas - Depresión - Autoestima - Motivación
	V2: Cervicalgia y lumbalgia.	<p>Cervicalgia es un dolor en la región posterior o posterolateral del cuello de origen óseo articular y muscular.</p> <p>Lumbalgia. Es un dolor localizado en la parte baja de la espalda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Signos Síntomas Signos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor muscular - Parestesia - Vértigo - Cefalea - Contractura muscular - Limitación funcional - Alteraciones de signos vitales: presión, alteración y pulso. - Pérdida de peso - Dolor muscular
	V3: Depresión	<p>Depresión son trastornos efectivos que se caracterizan por humor depresivo, pérdida de la capacidad de integrarse y disfrutar de las cosas, falta de energía, sentimientos de minusvalía, ideas de muerte e incluso ideas suicidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones emocionales: tristeza, negativismo. - Alteraciones de pensamiento: pesimismo, preocupación, pena, hipocondría. - Alteraciones somáticas: insomnio, fatiga, hiporexia. - Alteraciones conductuales: mutismo, déficit en la memoria.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Los tipos de investigación que se utilizaron para el estudio son:

Prospectivo: Porque permitió el conocimiento de la causa-efecto en el momento en que se realizó el estudio y poder medir los riesgos con mayor exactitud.

Descriptivo: Porque estuvo dirigido a determinar “como es” o “como está” la situación de las variables que se estudiaron en la población, la frecuencia con que ocurrió y en quienes, donde y cuando se presentó determinado fenómeno.

4.2 UNIVERSO

Fueron todos los pacientes con diagnóstico de cervicalgia y lumbalgia del área de Terapia Física del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2007.

4.3 MUESTRA

La muestra de la investigación fueron 14 pacientes con depresión a consecuencia de problemas de columna cervicalgia y lumbalgia del sexo femenino entre las edades de 20 a 55 años que asistieron al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

4.4 TIPO DE MUESTREO

Muestreo no Probabilístico o por Conveniencia

Puesto que los elementos del universo; están en la muestra se escogen conforme a una norma o guía previa y deliberadamente establecida.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas utilizadas en la investigación para la obtención de la información fueron:

Documental

- **Documental Bibliográfica:** fue basada en la revisión y consulta de la literatura escrita.

- **Documental Hemerográfica:** Se tomó en cuenta porque cierta información presentada se extrajo de diferentes publicaciones.

- **Documental Escrita:** Tomando en cuenta que los archivos son fuente de primera mano para enriquecer la investigación se realizó la revisión de éstas.

De Campo

- **Encuesta:** Utilizada para obtener datos cuantitativos sobre el problema planteado. Es una ficha que sirvió para obtener información sobre las patologías en estudio.

- **Entrevista:** fue dirigida a pacientes con depresión a consecuencia de problema de columna cervicalgia y lumbalgia; con el objetivo de recopilar información de carácter general; en este caso sobre el fenómeno en estudio, datos que para la investigación sirvieron para determinar en que medida influyen los problemas de columna en la depresión.

- **Hoja de Evaluación:** Sirvió para valorar la patología en estudio y determinar el grado de afectación del problema a investigar.

Para la investigación el propósito fue obtener datos objetivos del estado emocional en los pacientes que adolecen de depresión como consecuencia de cervicalgia y lumbalgia.

4.6 INSTRUMENTOS

Los instrumentos son el mecanismo que los investigadores utilizaron para recolectar y registrar la información.

Documental

Fichas bibliográficas: Libros y páginas electrónicas.

Fichas Hemerográficas: Revistas, periódicos y boletines.

Ficha Escrita: Archivo, ficha para documentos escritos.

De Campo

- **Guía de Encuesta:** Escala de Hamilton (Ver Anexo N° 8)

- **Guía de Entrevista:** A pacientes con depresión como consecuencia a problemas de columna cervicalgia y lumbalgia (Ver Anexo N° 9 y 11)

- **Guía de Evaluación:** A pacientes con depresión como consecuencia a problemas de columna cervicalgia y lumbalgia (Ver Anexo N° 10)

4.7 PROCEDIMIENTO

El desarrollo del trabajo de investigación se realizó en dos etapas:

- **Primera Etapa:** Se inició con la selección del tema, luego la recopilación de la información para la elaboración del perfil, entregando avances para la revisión de éste; aprobado el perfil se inició la elaboración del protocolo y se continuó con la recopilación de la información para luego realizar la entrega del protocolo de investigación durante el periodo comprendido de Julio a Agosto de 2007.

- **Segunda Etapa:** Se inició con la solicitud y autorización para ejecutar la investigación al Director del CRIOR, se realizó la encuesta a pacientes con diagnóstico de cervicalgia y lumbalgia para detectar quienes presentaron depresión y de esta forma seleccionar los pacientes de la muestra, posterior se realizó una reunión informativa con los pacientes seleccionados para informarles del proyecto a realizar y la disposición de colaborar en la investigación; la ejecución se inició con la aplicación de la primera evaluación a pacientes con depresión, para determinar el grado de sintomatología que presentaron. Se continuó con el desarrollo de las diferentes actividades seleccionadas las cuales se describen a continuación: Actividades con dinámicas, actividades recreativas, técnicas de relajación, técnicas de higiene de columna y charlas educativas, con

una frecuencia de tres veces a la semana con una hora de duración; luego se realiza una segunda evaluación para determinar en que medida la sintomatología se a modificado, y de esta manera verificar si las técnicas utilizadas fueron efectivas; concluyendo con un convivio de agradecimiento por su colaboración a los pacientes que participaron en el proceso de investigación, en el periodo de septiembre a noviembre de 2007.

Posteriormente se continuó con la etapa de tabulación, análisis e interpretación de resultados, para llegar a elaborar conclusiones y recomendaciones, bibliografía y anexos, para culminar con la presentación del informe final de la exposición oral de la investigación.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo demuestra los resultados obtenidos de la investigación en el periodo comprendido de septiembre a noviembre del 2007, el cual forma parte del proceso de ejecución que se llevó a cabo en el CRIOR.

La población objeto de estudio estuvo integrada por 14 personas las cuales debían presentar los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico el padecimiento de cervicalgia, lumbalgia y algunos síntomas que dieron la pauta del padecimiento de depresión; sexo: el cual después de conformada la muestra se evidenció que solamente el sexo femenino cumplía con este criterio; edad: entre 20 a 55 años.

La aplicación del programa de tratamiento estuvo dirigido al conocimiento y manejo de la depresión aspecto que forma parte del componente emocional; las charlas educativas, las técnicas recreativas y las manualidades fueron las actividades utilizadas para comprobar que la terapia ocupacional se debe convertir en área de apoyo para el tratamiento de las personas con padecimiento de depresión a consecuencia de problemas de columna cervicalgia y lumbalgia.

Las técnicas de campo utilizadas para obtener los resultados fueron la guía de evaluación, la guía de entrevista. La tabulación, análisis e interpretación

de los resultados se realizó de la siguiente manera: En el cuadro N° 1 se presenta a la población en estudio por edad y diagnóstico, el N° 2 ubica la población por ocupación; el componente emocional se representa a partir del N° 3 con los factores emocionales de: tristeza, deprimido, irritable; en el N° 4 los factores de pensamiento de: negativismo, hipocondría y suicidio; el N° 5 se evaluaron los factores somáticos, entre ellos están: ansiedad somática, insomnio, disminución del apetito, trastorno del peso, alteración digestiva, fatiga, dolores musculares, cefaleas, agitación psicomotora, pesadez de extremidades y pérdida de interés en la actividad; el N° 6 nos demuestra los factores conductuales como: déficit de la memoria y alteración en la comunicación. Los resultados obtenidos de la entrevista se demuestran con las diferentes preguntas que se evaluaron y se ven reflejadas a partir del cuadro N° 7 hasta el N° 11.

En este capítulo también se demuestra la prueba de hipótesis, la cual se realizó, analizando e interpretando los datos obtenidos.

5.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

CUADRO N° 1

POBLACIÓN POR EDAD Y DIAGNÓSTICO

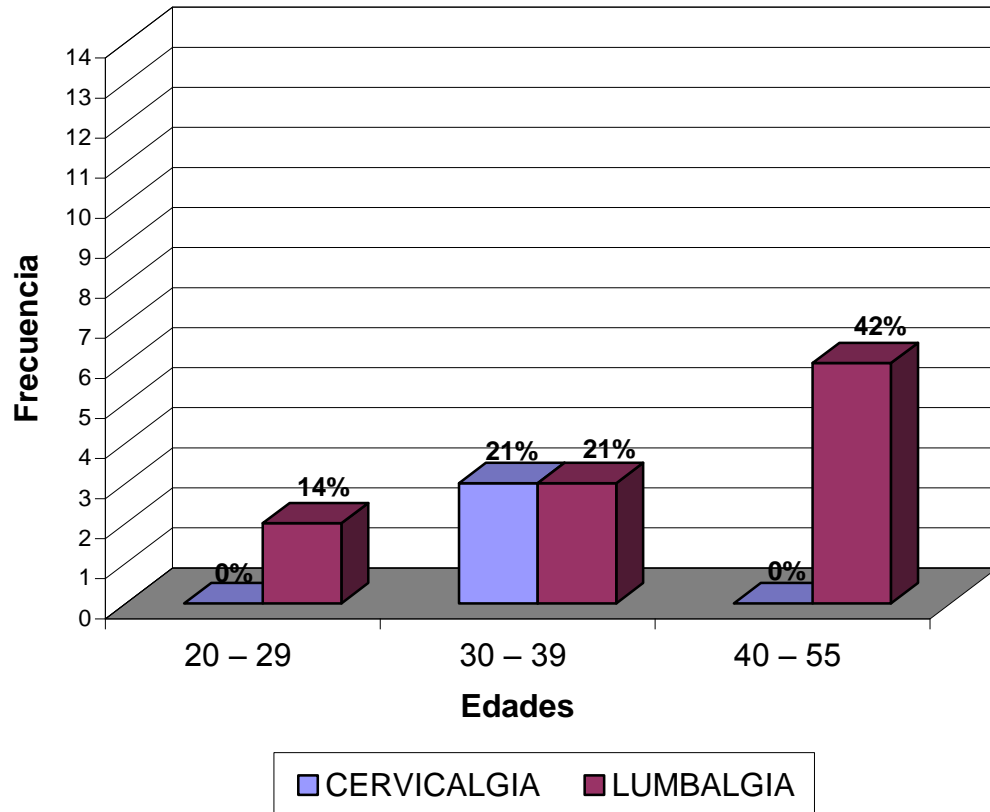
EIDADES	DIAGNÓSTICO				F	%
	CERVICALGIA	%	LUMBALGIA	%		
20 – 29	0	0	2	14	2	14
30 – 39	3	21	3	21	6	43
40 – 55	0	0	6	43	6	43
Total	3	21	11	79	14	100%

FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: En el cuadro N° 1 se presenta la población en estudio de acuerdo a su edad y diagnóstico; así se tiene que el 14% adolece e lumbalgia entre las edades de 20-29 años; el 21% sufren de cervicalgia y lumbalgia cada uno entre las edades de 30-39 años y un 43% padece de lumbalgia entre las edades de 40-55 años.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la información obtenida se puede apreciar que los problemas de columna de lumbalgia son los que predominan mas, agudizándose con la edad entre los 30-55 años, siendo el género femenino el único afectado en este estudio.

GRÁFICO DE BARRAS N° 1
POBLACIÓN POR EDAD Y DIAGNÓSTICO



FUENTE: Cuadro N° 1

CUADRO Nº 2
POBLACIÓN POR OCUPACIÓN

Ocupación u Oficio	F	%
Vendedora (Comerciante)	2	14
Cocinera	1	7
Empleada	1	7
Costurera	1	7
Oficios Domésticos	9	65
Total	14	100%

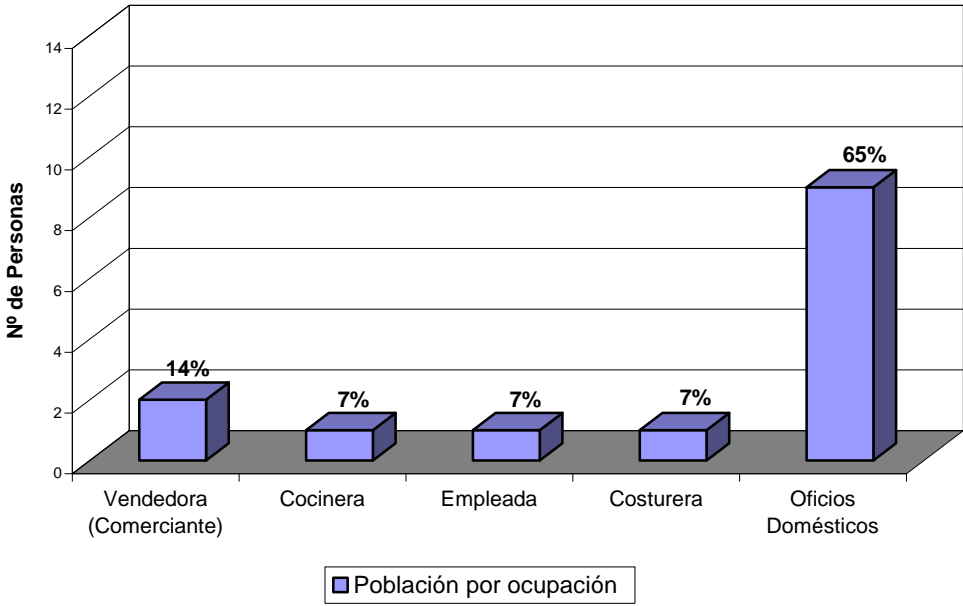
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: El siguiente cuadro muestra la población en estudio por ocupación u oficio, obteniendo el mayor porcentaje los oficios domésticos, con un 65%; en un segundo rango se observa a las personas que se dedican al oficio de vendedora (comerciante) con un 14% y en un menor porcentaje esta la cocinera, empleada y costurera con 7% cada uno de ellos.

INTERPRETACIÓN: Se ha evidenciado que la ocupación que mayormente afecta la agudización de los problemas de columna son los oficios domésticos debido al exceso de trabajo diario e inadecuada higiene de columna; las personas dedicadas al oficio de vendedoras se ven afectadas, debido al esfuerzo físico diario que demanda su trabajo; las malas posturas adoptadas en el momento de realizar las ocupaciones son las causas principales del

incremento del dolor en las personas con oficio de costurera, empleada y cocinera.

GRÁFICO DE BARRAS N° 2
POBLACIÓN POR OCUPACIÓN



FUENTE: Cuadro N° 2.

CUADRO N° 3
FACTORES EMOCIONALES

ASPECTOS A EVALUAR	EVALUACION INICIAL					EVALUACION FINAL				
	Presente	%	Ausente	%	Total	Presente	%	Ausente	%	Total
Triste	14	100%	0	0%	100%	2	14%	12	86%	100%
Deprimido	13	93%	1	7%	100%	1	7%	13	93%	100%
Irritable	13	93%	1	7%	100%	5	36%	9	64%	100%

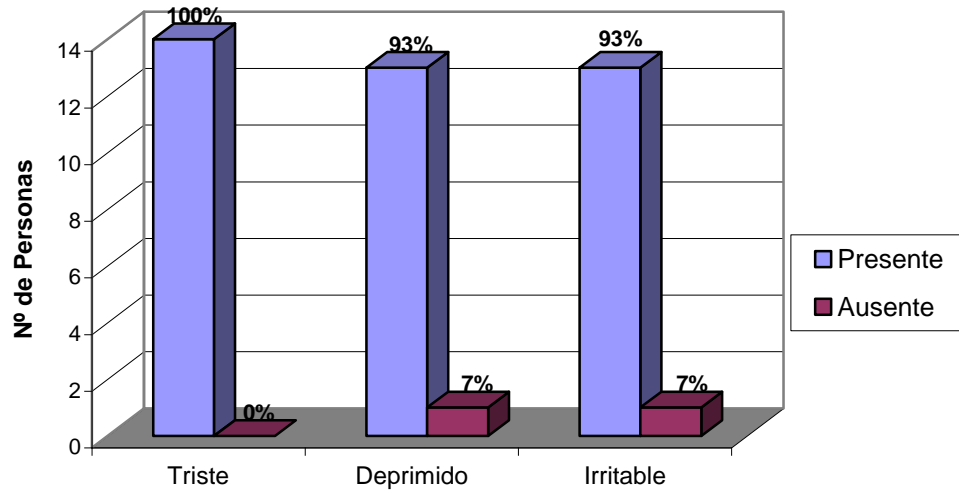
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: De acuerdo a los resultados obtenidos de la guía de evaluación aplicada a los pacientes con depresión a consecuencia de problema de columna cervicalgia y lumbalgia en la evaluación inicial el factor tristeza constituye el síntoma predominante con un 100% seguido de irritabilidad y deprimido con un 93% c/u. Con respecto a la evaluación final los resultados sufrieron un cambio drástico, teniendo así la tristeza con un 14%, la irritabilidad con un 7% y deprimido 36%.

INTERPRETACIÓN: Se confirma que el componente emocional en los pacientes con depresión a consecuencia de problema de columna cervicalgia y lumbalgia es el mayormente afectado; pero de acuerdo al programa que se realizó con actividades grupales, con dinámicas, actividades recreativas, técnicas de relajación, técnicas de higiene de columna y charlas educativas.

GRÁFICO DE BARRAS N° 3 - A

FACTORES EMOCIONALES

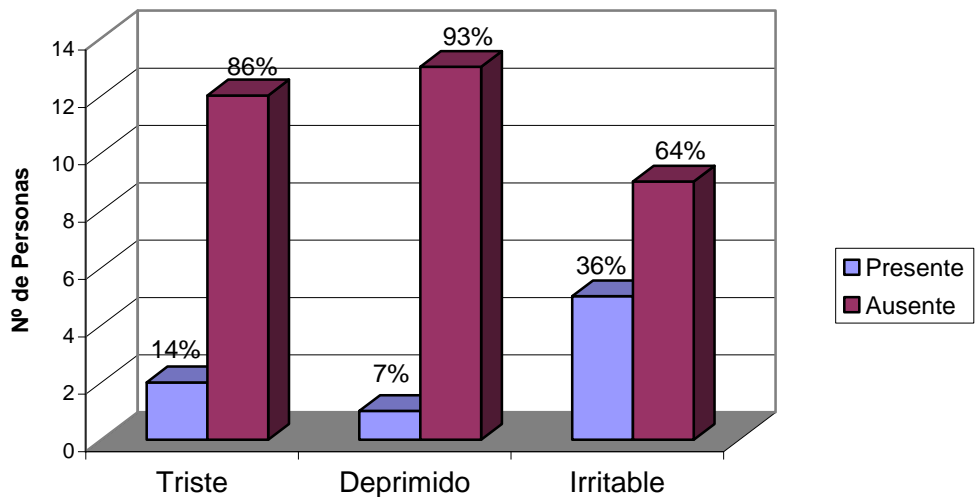


EVALUACION INICIAL

FUENTE: Cuadro N° 3

GRÁFICO DE BARRAS N° 3 - B

FACTORES EMOCIONALES



EVALUACION FINAL

FUENTE: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

FACTORES DE PENSAMIENTO

ASPECTOS DEL PENSAMIENTO	EVALUACION INICIAL					EVALUACION FINAL				
	Presente	%	Ausente	%	Total	Presente	%	Ausente	%	Total
Negativismo	4	29%	10	71%	100%	0	0%	14	100%	100%
Hipocondría	3	21%	11	79%	100%	0	0%	14	100%	100%
Suicidio	3	21%	11	79%	100%	0	0%	14	100%	100%

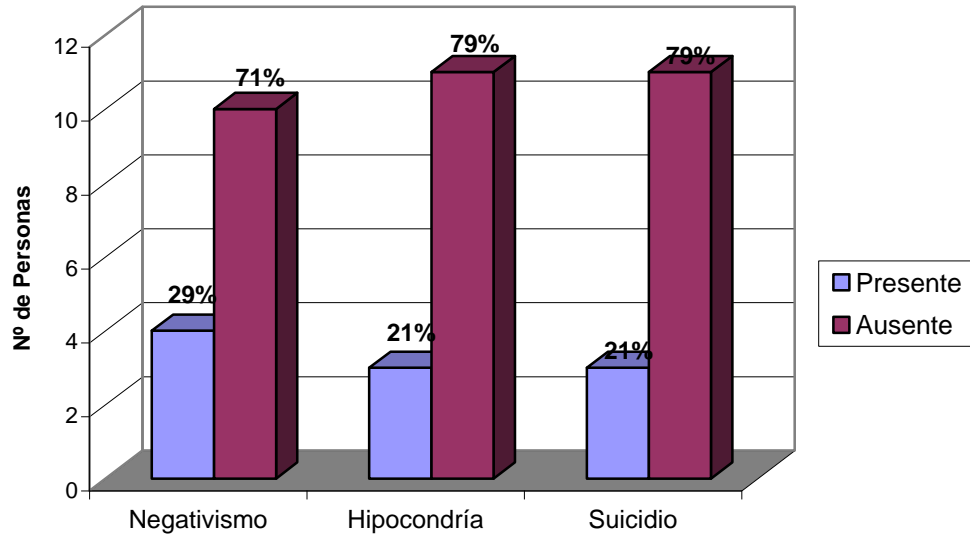
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: En el cuadro N° 4 de los factores del pensamiento en la evaluación inicial el negativismo se aprecia en un 29%; luego la hipocondría y suicidio con un 21% respectivamente; en la evaluación final los factores antes mencionados desaparecieron en su totalidad sumando un 100% de ausencia.

INTERPRETACIÓN: Una vez más queda demostrado que el componente emocional es un área con mayor vulnerabilidad de afectación, en el cuadro se plantea desde el punto de vista del pensamiento; pero también es cierto que existen programas como: actividades grupales con dinámicas, actividades recreativas, técnicas de relajación, técnicas de higiene de columna y charlas educativas que aplicadas ayudan a superar de manera satisfactoria estos problemas emocionales.

GRÁFICO DE BARRAS N° 4 - A

FACTORES DE PENSAMIENTO

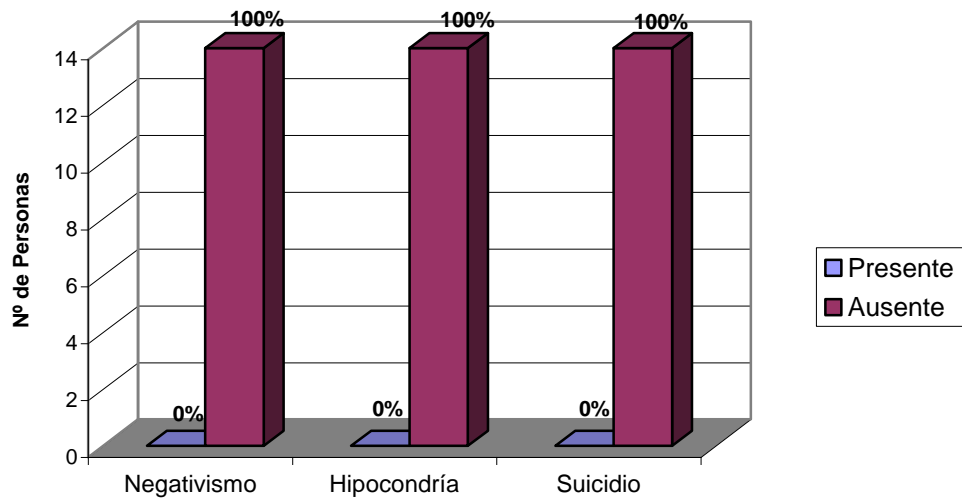


EVALUACION INICIAL

FUENTE: Cuadro N° 4.

GRÁFICO DE BARRAS N° 4 - B

FACTORES DE PENSAMIENTO



EVALUACION FINAL

FUENTE: Cuadro N° 4.

CUADRO Nº 5
FACTORES SOMÁTICOS

ASPECTOS A EVALUAR	EVALUACION INICIAL					EVALUACION FINAL				
	Presente	%	Ausente	%	Total	Presente	%	Ausente	%	Total
Insomnio	10	71%	4	29%	100%	2	14%	12	86%	100%
Fatiga	9	64%	5	36%	100%	1	7%	13	93%	100%
Dolores musculares	14	100%	0	0%	100%	11	79%	3	21%	100%
Cefalea	12	86%	2	14%	100%	7	50%	7	50%	100%
Pesadez en las extremidades	14	100%	0	0%	100%	6	43%	8	67%	100%
Pérdida del interés por la actividad	8	57%	6	43%	100%	0	0%	14	100%	100%

FUENTE: Guía de entrevista.

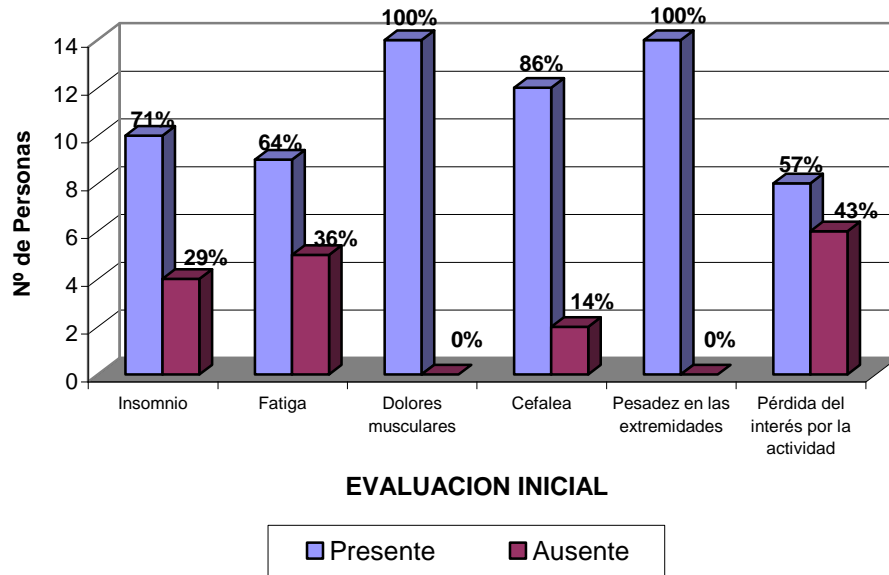
ANÁLISIS: Los resultados que demuestra el cuadro en la evaluación inicial indican que el mayor % de afectación en el área somática lo presentaron los dolores musculares y pesadez en las extremidades con 100% cada uno; la cefalea con un 86%; el insomnio con un 71%; luego la fatiga con un 64% y la perdida del interés por la actividad con un 57%.

En la evaluación final se logró superar los dolores musculares a un 21% y la pesadez en las extremidades con un 67%, la cefalea a un 50%, el insomnio en un 86%; luego la fatiga con un 93% y la perdida del interés por la actividad con un 100%.

INTERPRETACIÓN: Los factores somáticos son el resultado de la afectación de los factores emocionales y de pensamiento tomando en cuenta que la población estudiada fue trabajada con un programa de actividades grupales con dinámicas, actividades recreativas, técnicas de relajación, técnicas de higiene de la columna y charlas educativas todo esto dirigido a lograr cambios específicamente al componente emocional, se observa que el mayor cambio que se logró a sido en los aspectos que no son directamente físicos como el insomnio, fatiga, cefalea y pérdida de interés en la actividad; esto no significa que desde el punto de vista físico como dolor muscular y pesadez en las extremidades, no haya habido cambios.

GRÁFICO DE BARRAS N° 5 - A

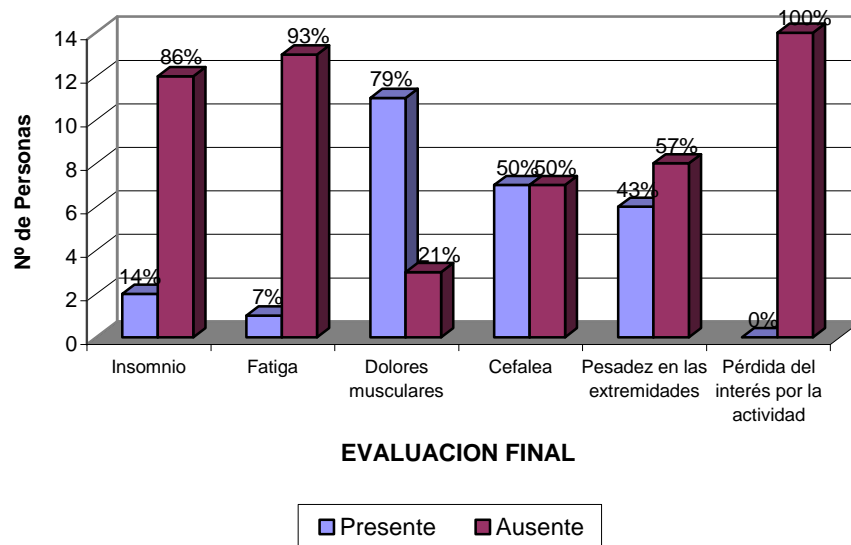
FACTORES SOMÁTICOS



FUENTE: Cuadro N° 5

GRÁFICO DE BARRAS N° 5 - B

FACTORES SOMÁTICOS



FUENTE: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

FACTORES CONDUCTUALES

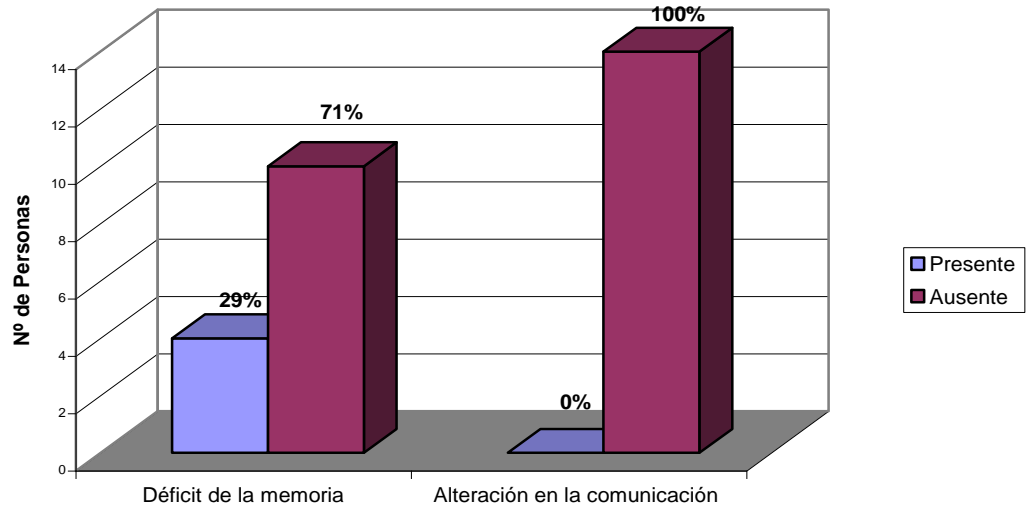
ASPECTOS A EVALUAR	EVALUACION INICIAL					EVALUACION FINAL				
	Presente	%	Ausente	%	Total	Presente	%	Ausente	%	Total
Déficit de la memoria	4	29%	10	71%	100%	1	7%	13	93%	100%
Alteración en la comunicación	0	0	14	100%	100%	0	0	14	14%	100%

FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: Desde el punto de vista conductual según datos obtenidos de la guía de evaluación a pacientes con depresión a consecuencia del padecimiento de cervicalgia y lumbalgia se encontró que en la evaluación inicial el único aspecto afectado es el déficit de la memoria en un 29%; en la evaluación final se logra superar a un 93%, no presentando ningún problema en la alteración de comunicación.

INTERPRETACIÓN: Tomando en cuenta que los factores conductuales son modificables se demuestra que el programa de tratamiento aplicado favorece al cambio en el déficit de la memoria y eso contribuye a un mejor desarrollo en los diferentes roles de cada una de las personas en estudio; sin obviar la comunicación como punto importante para la socialización.

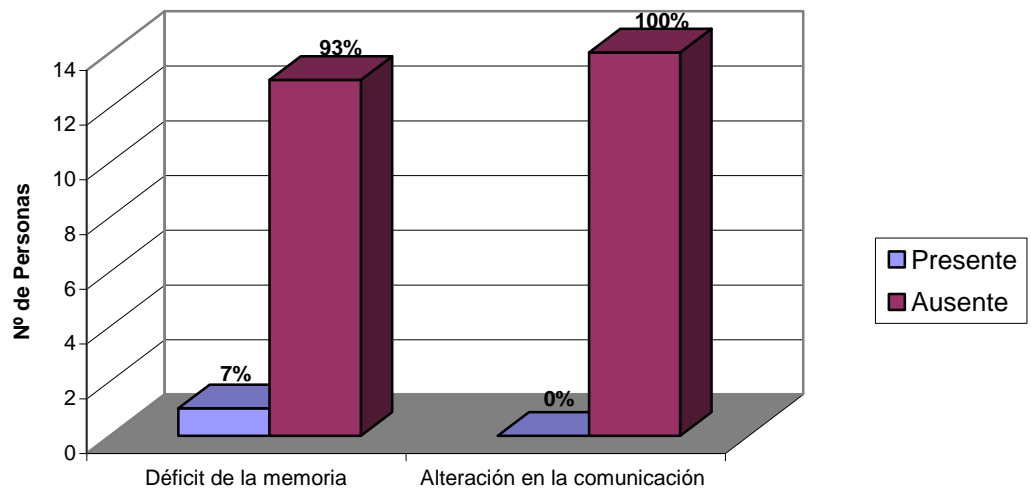
GRÁFICO DE BARRAS Nº 6 – A
FACTORES CONDUCTUALES



EVALUACION INICIAL

FUENTE: Cuadro Nº 6

GRÁFICO DE BARRAS Nº 6 – B
FACTORES CONDUCTUALES



EVALUACION FINAL

FUENTE: Cuadro Nº 6

CUADRO Nº 7

¿HA NOTADO QUE CUANDO TIENE PROBLEMAS AUMENTA SU DOLOR?

Alternativa	Frecuencia	%
Si	13	93
No	1	7
Total	14	100%

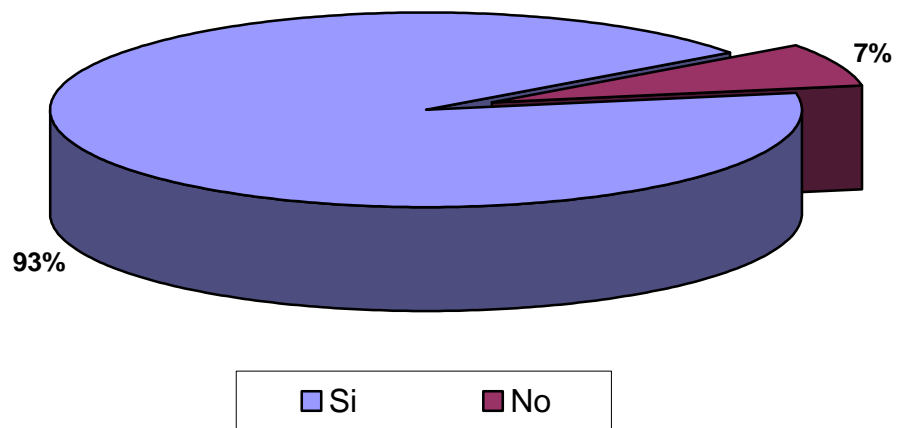
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: Según datos obtenidos de la guía de entrevista aplicada a usuarios con depresión a consecuencia de problemas de cervicalgia y lumbalgia indican que el 93% del total general son los mayormente afectados por el dolor y solamente el 7% no lo adolecen.

INTERPRETACIÓN: Es de hacer notar que el dolor es un factor que se ve aumentado por los diferentes problemas a los que se enfrentan a diario las personas en estudio; entre los problemas que mas predominan están familiares, económicos, de salud y emocionales.

GRÁFICA CIRCULAR Nº 1

¿HA NOTADO QUE CUANDO TIENE PROBLEMAS AUMENTA SU DOLOR?



FUENTE: Cuadro Nº 7

CUADRO N° 8

CUANDO SU DOLOR AUMENTA SE SIENTE DECAÍDO, TRISTE, IRRITABLE, ANSIOSO Y FATIGADO

Alternativa	Frecuencia	%
Si	14	100%
No	0	0%
Total	14	100%

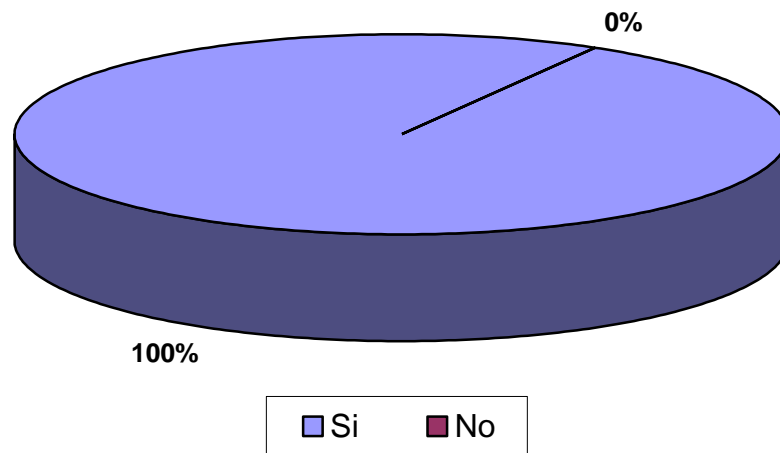
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: La relación dolor estado emocional estudiado en la entrevista dirigida a pacientes con depresión a consecuencia de problemas de columna cervicalgia y lumbalgia, indica que el 100% de estos presentan una relación directa.

INTERPRETACIÓN: En los problemas de cervicalgia y lumbalgia. La relación directa de la agudización del dolor y el estado emocional con sus componentes: decaído, triste, irritable, ansioso, fatigado, indica que siempre que el dolor esta presente el aspecto emocional está afectado y viceversa.

GRÁFICA CIRCULAR Nº 2

**CUANDO SU DOLOR AUMENTA SE SIENTE DECAÍDO,
TRISTE, IRRITABLE, ANSIOSO Y FATIGADO**



FUENTE: Cuadro Nº 8.

CUADRO N° 9

EL DOLOR LE DIFICULTA CUMPLIR CON SUS ACTIVIDADES LABORALES

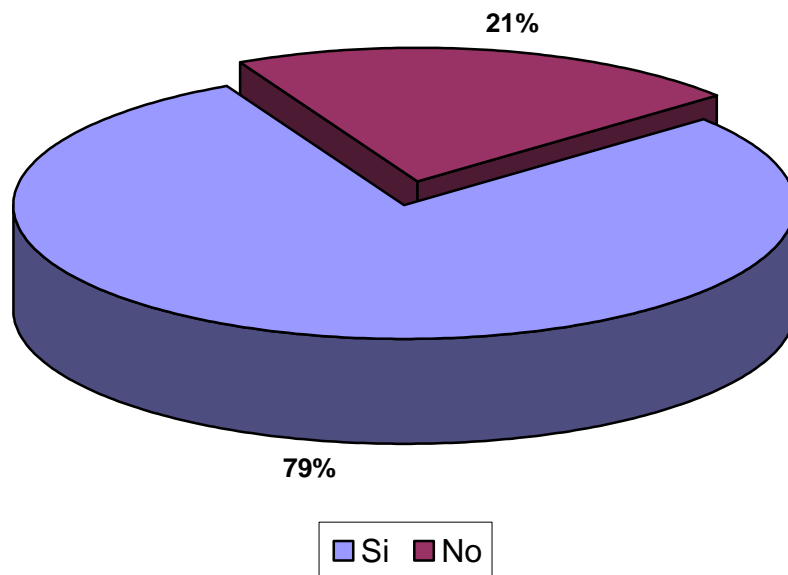
Alternativa	Frecuencia	%
Si	11	79%
No	3	21%
Total	14	100%

FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: Del 100% de la población estudiada el 78.57% ve afectada las actividades laborales por la severidad del dolor y en solamente el 21.42% el dolor no es factor limitante para la realización de dichas actividades.

INTERPRETACIÓN: Las actividades laborales que mayormente han influido en la severidad del dolor en la población objeto de estudio son principalmente los oficios domésticos entre ellos: el lavar, planchar, trapear y barrer; importante mencionar que hay un pequeño grupo que aun presentando dolor realizan sus actividades.

GRÁFICA CIRCULAR N° 3
EL DOLOR LE DIFICULTA CUMPLIR CON
SUS ACTIVIDADES LABORALES



FUENTE: Cuadro N° 9.

CUADRO Nº 10

DEJA DE ASISTIR A ACTIVIDADES RECREATIVAS O PASATIEMPO

Alternativa	Frecuencia	%
Por dolor	3	21.4%
Porque se siente triste	4	28.6%
Por dolor y se siente triste	3	21.4%
Ningún motivo	4	28.6%
Total	14	100%

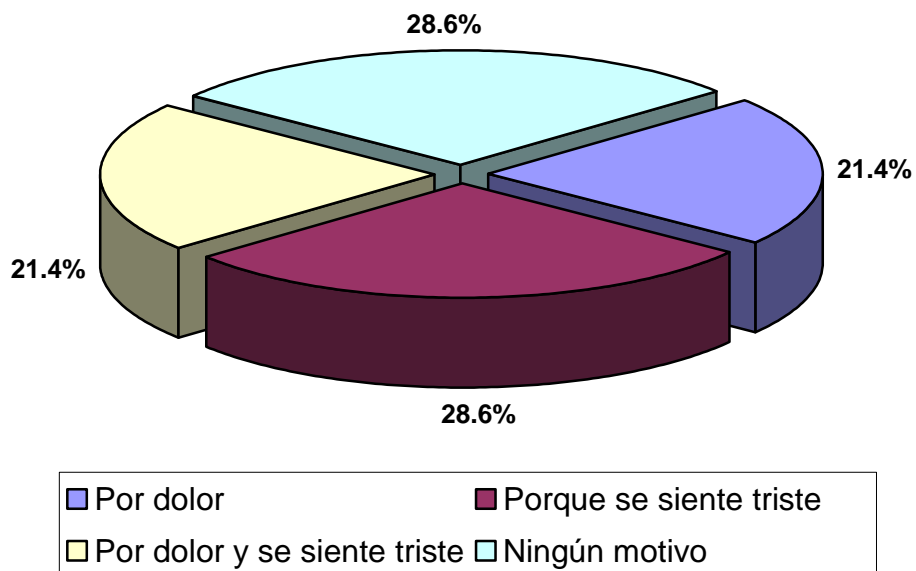
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: El presente cuadro representa el comportamiento de la población en estudio en cuanto a las actividades recreativas las cuales se ven afectadas por el factor emocional tristeza en un 28.6%; pero hay otro grupo que aun sin presentar ningún motivo las evita en un 28.6%; el síntoma del dolor y la combinación de éste con el factor tristeza limita esta actividades en 21.4% cada uno de ellos.

INTERPRETACIÓN: El estado emocional de los pacientes con problema de columna cervicalgia y lumbalgia los limita a la incorporación en actividades sociales como son recreativas de juego y esparcimiento; es de hacer notar que hay un grupo que aun sin presentar motivo aparente las limita.

GRÁFICA CIRCULAR Nº 4

DEJA DE ASISTIR A ACTIVIDADES RECREATIVAS O PASATIEMPO



FUENTE: Cuadro Nº 10

CUADRO Nº 11

¿A PARTE DEL DOLOR QUE OTRA FACTOR A NOTADO QUE LA PONE TRISTE O DEPRIMIDA?

Alternativa	Frecuencia	%
Problemas económicos	2	14%
Problemas familiares	2	14%
stress social	2	14%
Problemas económicos y familiares	5	36
Problemas familiares y stress social	2	14%
Ningún motivo	1	7%
Total	14	100%

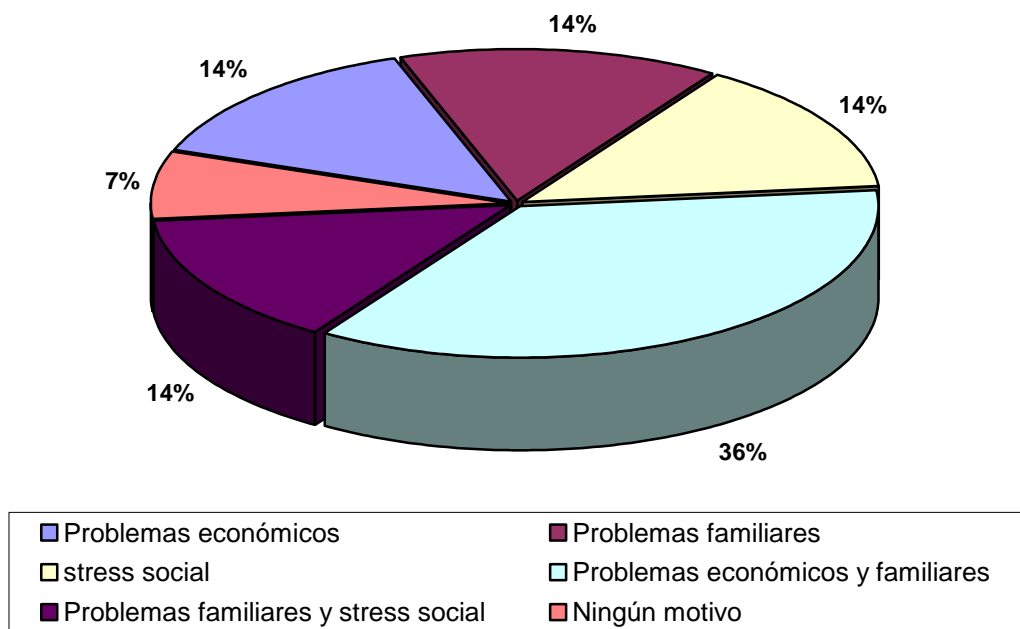
FUENTE: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: El presente cuadro describe los diferentes factores a parte del dolor que influyen en el estado emocional de la población en estudio; es evidente que el mayor % los representan la relación de problemas económicos y familiares con 36%; pero individualmente estos problemas más otro como es el stress social constituyen el 14% de cada uno de ellos y en un menor % ningún motivo que es 7%.

INTERPRETACIÓN: Queda claro que el componente emocional es el mayormente afectado en la población estudiada con problemas de columna

cervicalgia y lumbalgia; este componente según resultados de la guía de entrevista se ve alterado por problemas económicos, familiares y stress social.

GRÁFICA CIRCULAR Nº 5
¿A PARTE DEL DOLOR QUE OTRA FACTOR A NOTADO QUE LA PONE TRISTE O DEPRIMIDA?



FUENTE: Cuadro Nº 11

5.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

La Hipótesis de Investigación que se planteó en la investigación fue la Terapia Ocupacional como área de apoyo, ayuda a evitar o controlar la depresión en pacientes con problemas de columna cervicalgia y lumbalgia. Esta hipótesis se acepta se acuerdo a los siguientes resultados:

El cuadro y gráfico N° 3 demuestra que el 95% de pacientes veía afectada su área emocional específicamente los síntomas: tristeza, depresión o irritabilidad durante la evaluación inicial; al final de la ejecución se evidenció que se logró superar hasta en un 81% para cada uno de los síntomas mencionados.

El cuadro y gráfico N° 4 menciona los factores de pensamiento como negativismo, hipocondría y suicidio en la evaluación inicial se obtuvo que el 24% presentó estos síntomas, y en la evaluación final se superó al 100%.

En el cuadro y gráfica N° 5 se mencionan los factores somáticos como insomnio 70% y la falta de interés por la actividad; en la evaluación inicial afectados en un 64% y en la evaluación fina mejorado a un 93%.

El cuadro y gráfica N° 6 demuestra resultados de los factores conductuales evaluados como: déficit de la memoria afectado el 30% para la

evaluación inicial y superado a un 93% al final de la ejecución; la comunicación no sufrió ninguna alteración.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

De acuerdo a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados, el grupo responsable de la investigación llegó a las siguientes conclusiones:

Que la intervención de la terapia ocupacional como área de apoyo a pacientes con depresión a consecuencia de problema de columna cervicalgia y lumbalgia contribuye a evitar o controlar el componente emocional de éstos pacientes.

Se evidenció que el sexo femenino es el mayormente afectado en relación a edad, actividades del desempeño ocupacional, factores familiares, sociales y económicos.

Se confirma que dentro de las actividades del desempeño ocupacional los oficios domésticos son los que mayormente afectan el área emocional y condición física.

Los síntomas emocionales mayormente afectados fueron la tristeza, deprimido, irritable.

Las charlas educativas, las técnicas recreativas y las manualidades fueron las herramientas utilizadas para lograr los resultados favorables y demostrar que la terapia ocupacional como terapia de apoyo ayuda a evitar o controlar alteraciones emocionales que influyen en los problemas de columna.

La persona debe abordarse como un todo interrelacionando los factores de pensamiento, conductuales, somáticos y emocionales; viéndose modificados estos factores con el programa aplicado.

La terapia ocupacional junto con la terapia física deben aplicarse en forma paralela para obtener mejores resultados en el manejo de los pacientes con depresión a consecuencia de problema de columna cervicalgia y lumbalgia ya que la persona es un ente Biopsicosocial.

6.2. RECOMENDACIONES

A la Universidad de El Salvador:

Fortalecer el área de psiquiatría a los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional enfatizando en el área emocional ya que de la práctica es conocido que en una discapacidad siempre se ve comprometido este componente.

Al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente:

Implementar un programa en el área de terapia ocupacional dirigido al componente emocional de los pacientes que adolecen de problema de columna con el objetivo de lograr una rehabilitación integral.

A los profesionales:

Poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre psiquiatría sin olvidar que la persona esta conformada por un componente físico-emocional-social.

A los pacientes:

Que dediquen tiempo a la puesta en práctica de las técnicas conocidas en el programa como higiene de columna, relajación, actividades de juego y esparcimiento y manualidades para mantener un equilibrio emocional.

A los familiares:

Brindar apoyo emocional a los pacientes que sufren de depresión a consecuencia de cervicalgia y lumbalgia y de esta forma evitar recaídas que conlleven a complicaciones físicas y emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Vallejo, Juan. INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA. 3ª Edición, México DF. Editorial Salvat. 1996, 942 Págs.

Serpas Montoya, Mario Vicente. GUIA METODOLOGICA PARA LA ELABORACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION EN SALUD. El Salvador, Procesos Gráficos, 2001, 72 págs.

Hollinshead, W. Henry. ANATOMIA HUMANA. México, Industrias Editorial, 1983, 1,037 págs.

DOCUMENTOS DE APOYO

Lineamientos Generales para Realizar un Informe Escrito.

“Guía de Orientación a Estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional”. Ciudad Universitaria Oriental. Lic. Erlin de Guevara, marzo de 2007, págs. 8-1

BOLETIN

INTEGRACIÓN

“Antecedentes Históricos del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente”.
Boletín. San Salvador. El Salvador C. A. Secretaría de Comunicaciones del ISRI,
Nº 1/ año 2004, págs. 1 y 4.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

www.biopsicología.NET (consultada 2 de abril 2007)

info-depresion.bloqspot.com (consultada 4 de abril 2007)

http://www.emexico.gob.mx/wb2/emex/emex_cervicalgia4 (consultada 8 de
abril 2007)

<http://www.Jlgarcia.galeon.como/medicina/espalda.htm> (consultada 31 de
marzo 2007)

<http://www.geocities.com/amirhali/private/lumbalgia.thm> (consultada 31 de
marzo 2007)

<http://www.tusalud.com.mx/120219.thm> (consultada 31 de marzo 2007)

PERIÓDICO

Mas. “Mas consultas por depresión”.

Periódico. San Salvador, El Salvador C.A. 16 de marzo de 2007, pág. 7. Precio \$0.25.

FUENTES ORALES

ALBAYEROS. Jorge. “Depresión”. Entrevista. Médico graduado en la UES, especialidad Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico San Salvador. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, San Miguel, El Salvador C.A., martes 17 de abril de 2007. (De 8:00 a.m. a 8:30 a.m.)

ANEXO Nº 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES REALIZADAS EN EL CICLO II 2007 Y CICLO I 2008

Nº	ACTIVIDADES	MESES																															
		JULIO 2007				AGOSTO 2007				SEPTIEMBRE 2007				OCTUBRE 2007				NOVIEMBRE 2007				DICIEMBRE				ENERO 2008				FEBRERO 2008			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inscripción de proceso de graduación.			■																													
2	Elaboración del perfil de investigación.			■	■																												
3	Elaboración del protocolo de investigación.					■	■	■	■																								
4	Entrega de protocolo de investigación.							■																									
5	Ejecución de la investigación									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
6	Tabulación, análisis e interpretación de resultados																																
7	Elaboración de informe final																																
8	Presentación del informe final																																
9	Exposición oral de los resultados																																

ANEXO N° 3

COLUMNA VERTEBRAL I

ANATOMIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

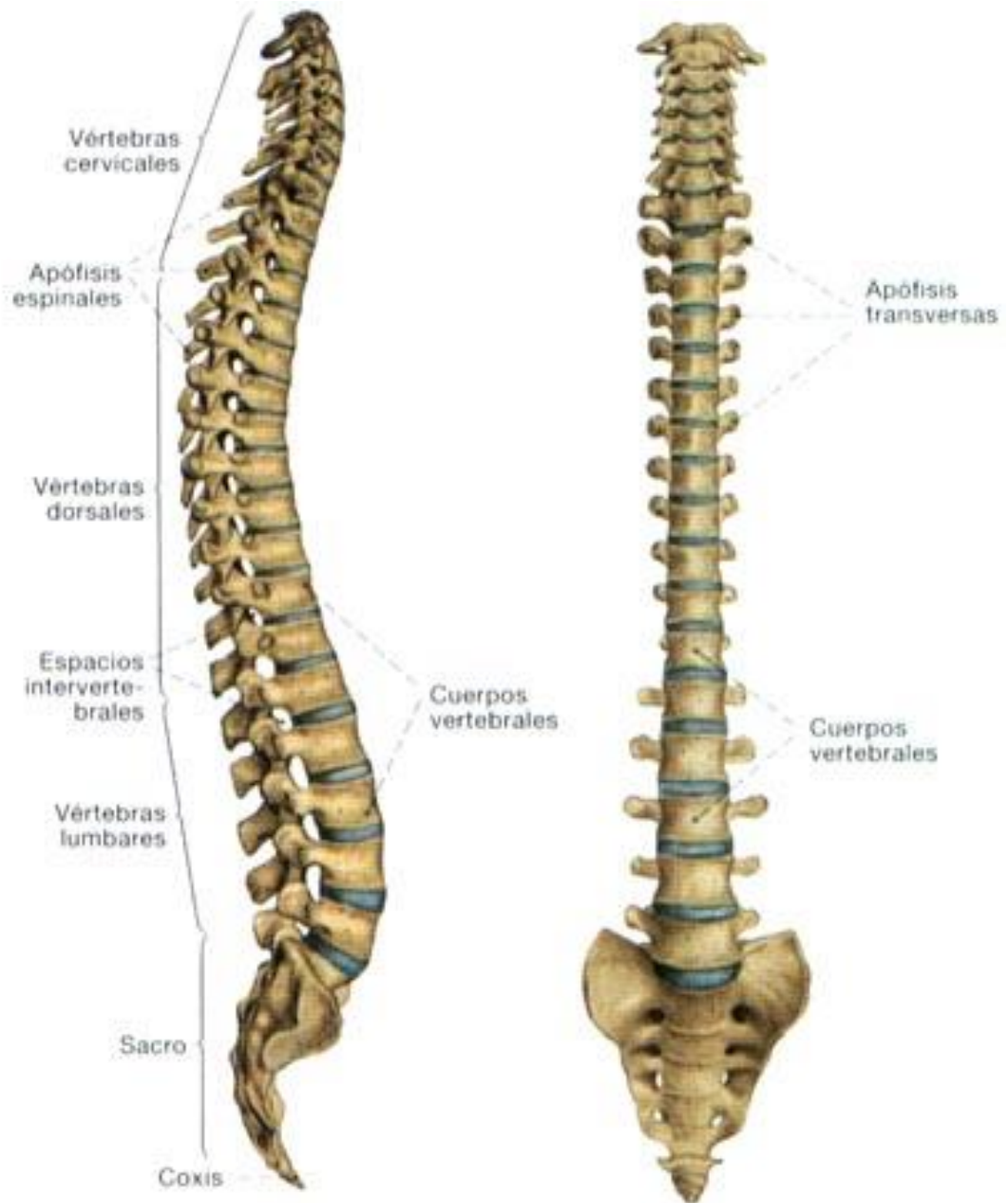
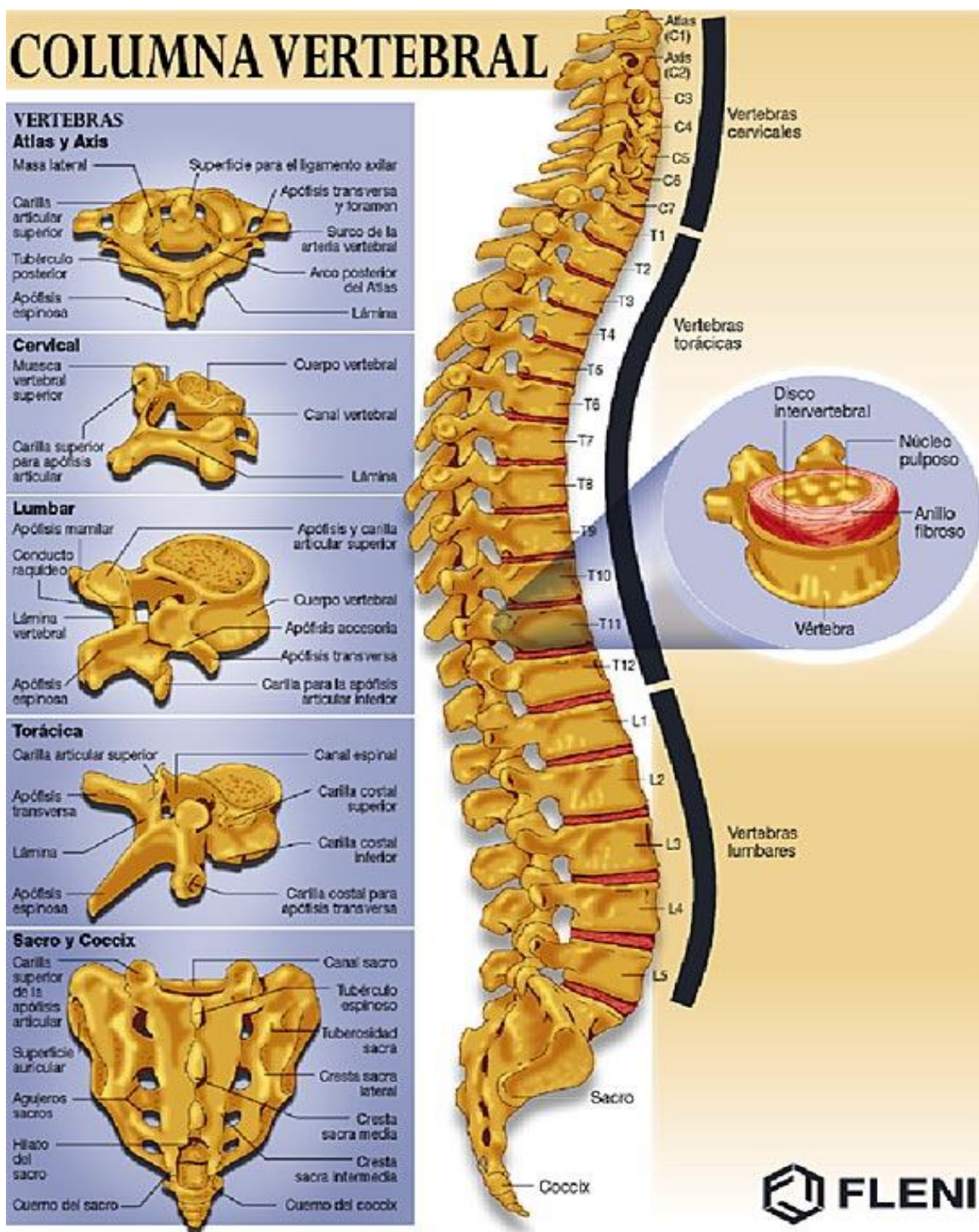


Fig. 3

ANEXO N° 4
COLUMNA VERTEBRAL

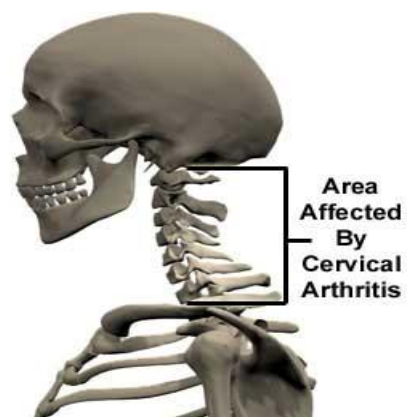


ANEXO N° 5
CERVICALGIA

A



B



C



ANEXO Nº 6

LUMBALGIA

A



B



C



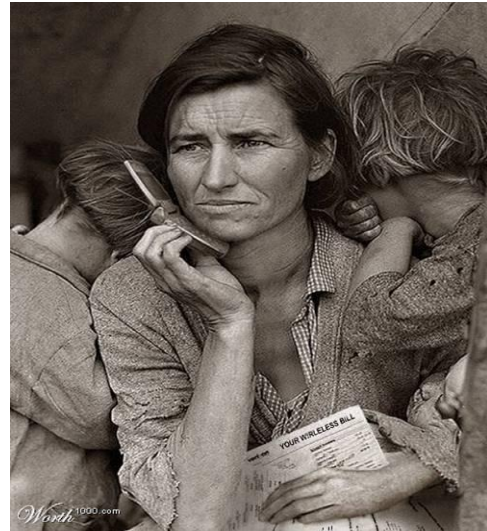
ANEXO Nº 7

DEPRESIÓN

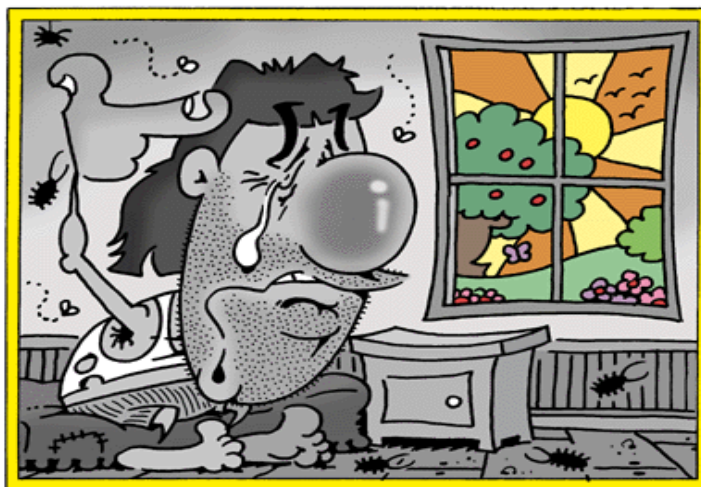
A



B



C



DEPRESIÓN

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



**GUIA DE ENCUESTA (ESCALA DE HAMILTON) DIRIGIDA A PACIENTES
CON DEPRESIÓN A CONSECUENCIA DE PROBLEMAS DE COLUMNA
CERVICALGIA Y LUMBALGIA.**

OBJETIVO: Detectar si el paciente adolece de depresión.

- 1) Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
 - 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
 - 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (Expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
 - 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
- 2) Sentimiento de culpa:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
 - 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
 - 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
 - 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3) Suicidio:

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 = Ideas de suicidio amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4) Insomnio precoz:

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche

5) Insomnio Intermedio:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6) Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7) Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

8) Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabras o pensamientos normales
- 1 = Ligeramente retrasado en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9) Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10) Ansiedad psíquica

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11) Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: Sequedad de boca, diarrea, eructos, etc.
Cardiovasculares: Palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: Hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12) Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.
Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13) Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias.
Cefaleas, algias musculares
- 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

14) Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- 0 = Ausente
- 1 = Débil
- 2 = Grave

15) Hipocondría:

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16) Pérdida de peso:

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de mas de 500 gr. En una semana
- 2 = Pérdida de mas de 1 Kg. En una semana

17) Perspicacia:

- 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2 = No se da cuenta que está enfermo

ANEXO N° 9

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A: PACIENTES CON DEPRESIÓN A
CONSECUENCIA DE PROBLEMAS DE COLUMNA CERVICALGIA Y
LUMBALGIA. (ANTES DEL TRATAMIENTO)**

OBJETIVO: Determinar en que medida influyen los problemas de columna en la depresión.

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____
Sexo: _____ **Diagnostico:** _____
Ocupación: _____

- 1- Ha notado que cuando tiene problemas aumenta su dolor.
SI NO Cuales:
- 2- Cuando su dolor aumenta se siente decaído o triste:
SI NO Con qué frecuencia:
- 3- El dolor le dificulta cumplir con sus actividades laborales:
SI NO Cuales:
- 4- Deja de asistir a actividades recreativas o pasatiempos:
 - a) Por dolor SI NO
 - b) Porque se siente triste SI NO
- 5- A parte del dolor que otro factor a notado que lo(a) pone triste o deprimido:
 - a) Problemas económicos SI NO
 - b) Problemas familiares SI NO
 - c) Estrés Social SI NO
 - d) Ningún motivo SI NO

ANEXO N° 10

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



**GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A: PACIENTES CON DEPRESIÓN A
CONSECUENCIA DE PROBLEMAS DE COLUMNA CERVICALGIA Y
LUMBALGIA.**

OBJETIVO: Conocer el impacto del programa alternativo de tratamiento utilizado en los pacientes con problemas de columna cervicalgia y lumbalgia.

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____
Sexo: _____ **Diagnostico:** _____
Ocupación: _____

1. Había recibido este tipo de tratamiento antes.

Si No

2. Como le pareció el programa de Terapia Ocupacional utilizada.

Buena Regular Mala

3. Considera que le ayudo a su recuperación

Si No

En qué: _____

4. Le dará seguimiento a la técnica. Considera usted que los conocimientos adquiridos los utilizará en su vida diaria:

Si No

Por qué: _____

5. Realice algún comentario o sugerencia

ANEXO N° 11

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



GUIA DE EVALUACION DIRIGIDA A: PACIENTES CON DEPRESIÓN A CONSECUENCIA DE PROBLEMAS DE COLUMNA CERVICALGIA Y LUMBALGIA.

OBJETIVO: Determinar en que medida el tratamiento de terapia ocupacional a modificado la depresión a consecuencia de cervicalgia y lumbalgia.

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____
Sexo: _____ **Diagnostico:** _____
Ocupación: _____

FACTORES A EVALUAR		Puntuación Inicial		Puntuación Final	
		EVALUACION INICIAL		EVALUACION FINAL	
		Presente	Ausente	Presente	Ausente
Emocionales	Triste				
	Deprimido				
	Irritable				
De pensamiento	Negativismo				
	Hipocondría				
	Suicidio				
Somáticas	Ansiedad somática				
	Insomnio				
	Disminución del apetito				
	Trastorno de peso				
	Alteraciones digestivas				
	Fatiga				
	Dolores musculares				
	Cefaleas				
	Agitación Psicomotora				
	Pesadez en las extremidades				
	Perdida de interés en la actividad				
Conductuales	Déficit de la memoria				
	Alteraciones en la comunicación				
TOTAL					

ANEXO N° 12

**APLICACIÓN DE ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES QUE ADOLESCEN DE
CERVICALGIA Y LUMBALGIA**



ANEXO Nº 13
REUNIÓN GENERAL INFORMATICA



ANEXO Nº 14
APLICACIÓN DE GUÍA DE EVALUACIÓN Y GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA
A PACIENTES CON DEPRESIÓN A CONSECUENCIA DE PROBLEMAS DE
COLUMNA CERVICALGIA Y LUMBALGIA



ANEXO Nº 15
ACTIVIDADES DINÁMICAS
COMUNICACIÓN



ANIMACIÓN



SOCIALIZACIÓN



ANEXO Nº 16
ACTIVIDADES RECREATIVAS
JUEGO Y ESPARCIMIENTO



MANUALIDADES



ANEXO Nº 17
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN
MUSICOTERAPIA Y RESPIRACIÓN



CHARLAS EDUCATIVAS



ANEXO Nº 18

TÉCNICAS DE HIGIENE DE COLUMNA

CORRECTO



INCORRECTO





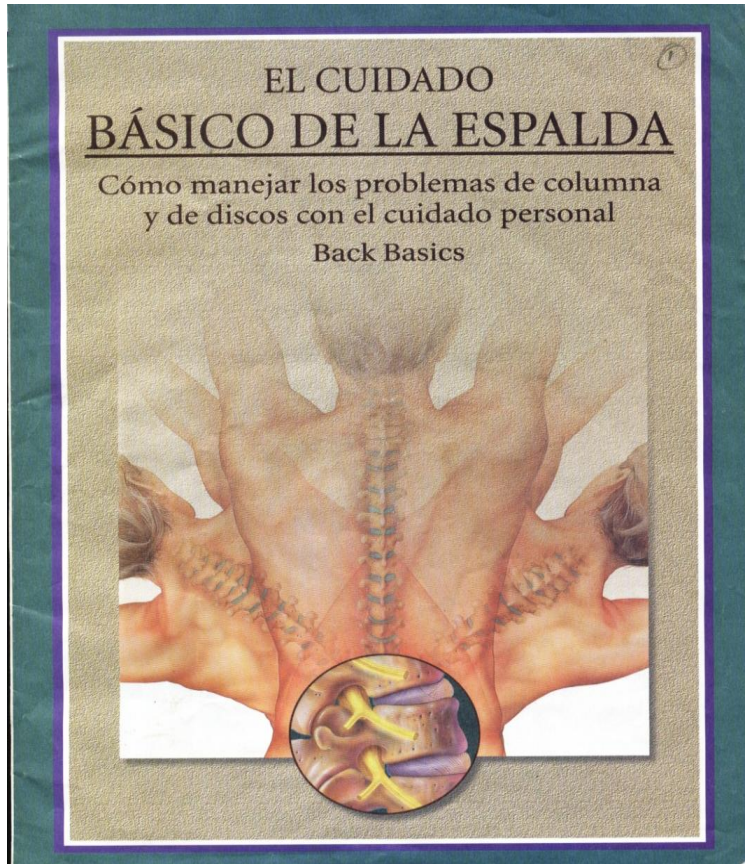
ANEXO Nº 19
GRUPO MUESTRA



ANEXO Nº 20

CUIDADO BÁSICO DE LA ESPALDA

132



Aprenda una buena mecánica corporal ²

Si uno duerme, se sienta y se mueve correctamente, el peso del cuerpo se distribuye uniformemente por toda la columna, lo cual reduce el riesgo de una lesión en la espalda. Tal vez sería bueno que aprendiera poco a poco la mecánica corporal. Piense en cuáles movimientos son los que le causan síntomas y aprenda primero los principios básicos sobre estos movimientos.

Estando acostado

- Al acostarse de lado, doble las rodillas y coloque una almohada entre éstas.
- Al acostarse boca arriba, coloque una almohada debajo de las rodillas.
- Al acostarse boca abajo, coloque una almohada debajo de sus músculos abdominales.



Estando parado

- Doble las rodillas ligeramente para aliviar la tensión sobre la parte baja de la columna.
- Use zapatos que le den buen soporte a los pies. Esto ayuda a mantener la columna alineada.
- Si debe permanecer mucho tiempo parado, levante un poco un pie y descánselo sobre un estante bajo o un banquillo. Cambie con frecuencia de pie.



Estando sentado

- Siéntese en sillas que le den apoyo a la espalda. Mantenga las orejas alineadas con las caderas. Si es necesario coloque una toalla enrollada o un rollo lumbar en la parte baja de la espalda.
- Sus rodillas deben quedar al nivel de la cadera y sus pies planos en el piso o en un punto de apoyo.



3

Al agacharse o levantar algo

- Agáchese doblando las rodillas y la cadera en lugar de la cintura. Trate de mantener las caderas alineadas con los hombros.
- Sostenga los objetos cerca del cuerpo para reducir la presión sobre la espalda.
- Levante el cuerpo y la carga al mismo tiempo. Deje que los músculos de las piernas hagan el mayor esfuerzo.



Al girar

- Piense que el cuerpo es una unidad recta desde los hombros a los glúteos.
- Gire con los pies y no con la espalda o las rodillas. Apunte los pies en la dirección en la que desea moverse, y después dé el paso para hacer el giro. Mantenga las tres curvas de la columna alineadas.



Al alcanzar algo

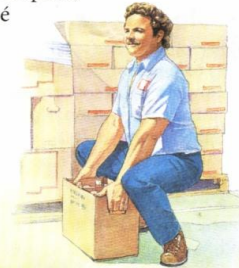
- Mantenga las cosas de uso frecuente a una altura entre el nivel del hombro y la cadera.
- Acérquese al objeto. Si es necesario, use un banquillo o una pinza especial para alcanzarlo.
- Apriete los músculos abdominales para apoyar la espalda. Use los músculos de los brazos y las piernas (no los de la espalda) para levantar el objeto.



Moverse prudentemente es moverse bien

4

Su equipo de atención médica puede enseñarle el cuidado básico de la espalda y el movimiento adecuado. Pero a partir de ahí, es posible que el bienestar de la espalda dependa de usted. Aprenda a moverse prudentemente. Después, manténgase en movimiento. Ya sea que esté levantando algo, caminando de la tienda a la casa o corriendo alrededor de la cuadra, los principios básicos del movimiento seguro le ayudarán a mantenerse activo.



Consultor:
James B. Reynolds, MD, Orthopaedic Surgery
Con la colaboración de:
Robert O. Buss, MD, Orthopaedic Surgery
Alan T. Hunstock, MD, FACS, Neurosurgery
Carla Gleaton, PT

StayWell
featuring KRAMES