

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Ansiedad y depresión en pacientes con artropatías
inflamatorias de la ciudad Guayaquil y parroquias satélites
en 2020 – 2021**

AUTORES:

Martínez Calero Nicolás Andrés

Mora Ponce Nayelhi Vanessa

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Zúñiga Vera Andrés Eduardo

Guayaquil, Ecuador

01 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Martínez Calero Nicolás Andrés y Mora Ponce Nayelhi Vanessa**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

X

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, al día 01 del mes de mayo del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros: **Martínez Calero, Nicolás Andrés y Mora Ponce, Nayelhi
Vanessa**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Ansiedad y depresión en pacientes con artropatías inflamatorias de la ciudad Guayaquil y parroquias satélites en 2020 – 2021**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al día 01 del mes de mayo del año 2021

LOS AUTORES

f. _____
Martínez Calero, Nicolás Andrés

f. _____
Mora Ponce, Nayelhi Vanessa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros: **Martínez Calero, Nicolás Andrés y Mora Ponce, Nayelhi**
Vanessa

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Ansiedad y depresión en pacientes con artropatías inflamatorias de la ciudad Guayaquil y parroquias satélites en 2020 – 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al día 01 del mes de mayo del año 2021

LOS AUTORES

f. 
Martínez Calero, Nicolás Andrés

f. 
Mora Ponce, Nayelhi Vanessa

Agradecimiento

A Dios por ser nuestra guía y fortaleza,

Al Instituto de Reumatología, Hematología y Dermatología (IRHED), por permitir y apoyar este trabajo de investigación,

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por la formación que recibimos,

A nuestro tutor por su dirección y conocimientos impartidos,

A nuestras familias, por su apoyo incondicional,

Por último, a nuestros amigos, pilar emocional sin el cual este trabajo no hubiera sido ejecutado.

Dedicatoria

Este estudio es dedicado a aquellos que luchan constantemente con sus enfermedades mentales. No desistan.

“Un prejuicio, a diferencia de una idea equivocada, es activamente resistente en todas las pruebas que lo intentan desmentir” (Gordon W. Allport)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
DR. ANDRÉS MAURICIO AYON GENKUONG
COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____
OPONENTE

Índice General

Introducción	2
Marco teórico	3
1.1 Capítulo 1: Artritis	3
1.2 Capítulo 2: Ansiedad.....	5
1.3 Capítulo 3: Depresión	9
1.4 Capítulo 4: Prevalencia de ansiedad y depresión en artropatías inflamatorias	13
Materiales y métodos.....	15
Resultados	18
Discusión	34
Conclusiones	36
Recomendaciones	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	41

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla 1.- Variables.....	16
Tabla 2.- Variables sociodemográficas	17
Tabla 3.- Estadísticos descriptivos de GAD-7 y PHQ-9	17
Tabla 4.- Prevalencia GAD-7	18
Tabla 5.- Prevalencia PHQ-9	18
Gráfico 1.- Frecuencia de resultados del cuestionario GAD-7	19
Gráfico 2.- Frecuencia de resultados del cuestionario GAD-7	19
Tabla 6.- Estado de salud	20
Tabla 7.- Tratamiento Salud Mental.....	20
Tabla 8.- Variables sociodemográficas	21
Tabla 9.- Estadísticos descriptivos de GAD-7 y PHQ-9	21
Tabla 10.- Prevalencia GAD-7	22
Tabla 11.- Prevalencia de PHQ-9	22
Gráfico 3.- Frecuencia de resultados del cuestionario GAD-7	23
Gráfico 4.- Frecuencia de resultados del cuestionario PHQ-9	23
Tabla 12.- Diagnóstico artropatía.....	24
Tabla 13.- Tratamiento Salud Mental.....	24
Tabla 14.- Actividad de la enfermedad	25
Gráfico 5.- Frecuencia de la actividad de la enfermedad.....	25
Tabla 15.- Tratamiento Artropatía.....	26
Tabla 16.- Estadísticas de grupo	27

Tabla 17.- Prueba de muestras independientes	27
Tabla 18.- Estadísticas de grupo	28
Tabla 19.- Prueba de muestras independientes	29
Tabla 20.- Estadísticas de grupo	30
Tabla 21.- Prueba de muestras independientes	30
Tabla 22.- Coeficientes de correlación de Spearman	31
Tabla 23.- Coeficientes de correlación de Spearman	32

Resumen

Objetivo: Identificar si padecer una artropatía inflamatoria está asociada a la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes de Guayaquil y parroquias satélites.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, de casos, controles y prevalencia. La población del grupo casos fueron pacientes del Instituto de Reumatología, Hematología y Dermatología (IRHED) y la población del grupo control, personas mayores de 18 años, de la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites. Se utilizaron los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9 para la detección de ansiedad y depresión.

Resultados: La prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo control fue 16.45% y 20.39% respectivamente y en el grupo de casos, 20% de ambas. La diferencia entre medias no fue significativa (GAD-7 $P = 0.918$; PHQ-9, $P = 0.868$).

Conclusión: En este estudio, la ansiedad y depresión fueron una comorbilidad frecuente en los pacientes que padecen artropatías inflamatorias. La prevalencia de ambas fue similar a la población general, esto podría deberse a que el estudio fue realizado durante la pandemia mundial de COVID-19.

Palabras Clave: GAD-7, PHQ-9, Artritis, Ansiedad, Depresión, COVID-19

Abstract

Aim: To identify whether suffering from inflammatory arthropathy is associated with the presence of anxiety and depression in patients from Guayaquil and satellite parishes.

Material and Methods: An observational, cross-sectional, case-control, prevalence study was carried out. The case group population were patients from the Institute of Rheumatology, Hematology and Dermatology (IRHED) and the control group population, people over 18 years of age, from the city of Guayaquil and satellite parishes. The GAD-7 and PHQ-9 questionnaires were used to detect anxiety and depression.

Results: The prevalence of anxiety and depression in the control group was 16.45% and 20.39% respectively and in the group of cases, 20% in both. The difference between means was not significant (GAD-7 $P = 0.918$; PHQ-9, $P = 0.868$).

Conclusion: In this study, anxiety and depression were a frequent comorbidity in patients with inflammatory arthropathies. The prevalence of both was similar to the general population; this could be due to the study being performed during the COVID-19 global pandemic.

Keywords: *GAD-7, PHQ-9, Arthritis, Anxiety, Depression, COVID-19.*

Introducción

En enfermedades reumatológicas, la ansiedad y la depresión se presentan en un porcentaje mayor que en la población general (1). Estas enfermedades psiquiátricas conllevan un tratamiento muchas veces complejo, compuesto de abordaje farmacológico, psicológico y ejercicio físico (2). Su detección y tratamiento oportuno podrían tener un impacto positivo en el curso de la enfermedad.

De todos los trastornos mentales, la ansiedad y depresión encabezan la lista de enfermedades que más quitan años de vida. En Ecuador, 8.3% de la población tiene discapacidad por depresión y 5.2% por ansiedad (3). En el mundo, 4.4% de la población sufre un trastorno depresivo y 3.6% uno de ansiedad. Existen 322 millones de personas que tienen depresión de las cuales el 15% pertenecen a América y 264 millones de personas que tienen un trastorno de ansiedad de las cuales 21% pertenecen a América (4).

En España se demostró que los pacientes que tenían una discapacidad funcional importante presentaban mayores síntomas de depresión y ansiedad y que la presencia de estas patologías disminuye la calidad de vida (5), y empeora el estado de salud de los pacientes (6).

Para el médico, diagnosticar tempranamente patologías psiquiátricas presenta un reto. Los estigmas que la sociedad ha impuesto a las mismas hacen que el paciente no acuda al médico especialista o no se apegue al tratamiento (7). No obstante, el impacto económico generado por éstas y la asociación a discapacidad funcional que presentan (8), hace que esta problemática adquiera relevancia.

Marco teórico

1.1 CAPÍTULO 1: Artritis

La artritis se define como una enfermedad aguda o crónica que afecta una o más articulaciones. Su espectro clínico abarca tumefacción, deformidades, dolor y rigidez (9).

La prevalencia de las enfermedades reumáticas es alta. En España 1 de cada 5 personas de la población general padece una. La cifra aumenta a 1 en cada dos para pacientes mayores a 65 años. Las características principales de estas patologías son el dolor y discapacidad causados tanto por procesos mecánicos o degenerativos como por fenómenos inflamatorios (10).

Podemos agrupar a las distintas enfermedades reumáticas de acuerdo al órgano diana o tejido que se encuentra afecto (10).

- La artrosis tiene como órgano diana el cartílago articular, es caracterizada por un proceso de degradación y envejecimiento.
- La artritis tiene como órgano diana a la membrana sinovial, caracterizado por una etiología inflamatoria
- Reumatismos de partes blandas, tienen como órgano diana a tendones, bursas y músculos. Se caracteriza por afectar a estructuras del aparato locomotor peri o yuxtaarticulares.
- Enfermedades metabólicas óseas, tiene como diana al hueso.

Para poder evaluar la patología de la articulación es necesario primero determinar si la patología es degenerativa, inflamatoria o secundaria a otra causa. Esto es importante debido al daño a largo plazo que ocasionan las artritis inflamatorias no tratadas (11).

El dolor inflamatorio es variable y puede exacerbarse de manera impredecible. La tumefacción puede ser un signo inflamatorio como no inflamatorio. El dolor inflamatorio aparece en reposo y muchas veces va acompañado de rigidez matutina de más de 30 minutos (10,11).

Artritis Reumatoide

La artritis reumatoide es un poliartritis simétrica, inflamatoria, periférica de etiología desconocida. Lleva a deformidad mediante la elongación de tendones y ligamentos y a la destrucción de articulación mediante la erosión de cartílago y hueso. Si es que no se trata o no responde al tratamiento, la inflamación y destrucción lleva a la pérdida de la función de la articulación (12).

Artritis Psoriásica

La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria musculoesquelética asociada a la psoriasis, seronegativa para el factor reumatoide.

Se caracteriza por un tropismo por las articulaciones interfalángicas distales, carácter osteolítico y síndromes de SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) (10).

Espondilitis anquilosante

La espondilitis anquilosante es una artritis inflamatoria potencialmente discapacitante que afecta a la columna, presentándose típicamente como dolor de espalda crónico antes de los 45 años. Se asocia con características articulares incluyendo sinovitis, entesitis y dactilitis. También se asocia con uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. Los pacientes frecuentemente cargan el gen para antígeno leucitario humano B27 (13).

1.2 CAPÍTULO 2: Ansiedad

Cuando existe una amenaza inmediata, ya sea real o imaginaria, la reacción que es expresada es el miedo, esta es una manifestación emocional que está relacionada a respuestas de “activación autonómica, las cuales son necesarias para la defensa o la fuga” (14); por otro lado, cuando existe una amenaza futura, en la cual se puede presentar “tensión muscular y comportamientos cautelosos o evitativos” (14) se la denomina ansiedad. “Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, con alteraciones conductuales asociadas” (14).

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, aproximadamente el 21% de los adultos ha presentado este trastorno en el transcurso de su vida. Está caracterizado por excesiva preocupación, debido a eventos o actividades las cuales el individuo encuentra difícil de controlar, que persiste más allá de los períodos de desarrollo apropiados (15).

En 1621, Robert Burton describió los síntomas de los ataques de ansiedad en su libro “La anatomía de la melancolía”, en este expuso que muchos de los efectos que este tipo de miedo o preocupación provoca en las personas se manifiestan con síntomas vasovagales como palidez, rubor, temblor, sudoración fría, sensación de calor, palpitaciones e incluso síncope (16); síntomas que son necesarios actualmente para el diagnóstico de la ansiedad generalizada incluyen los síntomas vasovagales, fatiga, inquietud, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño (15).

Según la Encuesta Nacional de Comorbilidades (NCS, por sus siglas en inglés) 6 de cada 100 personas presentan el trastorno de ansiedad generalizada, y según el Estudio Europeo Epidemiológico de Trastornos Mentales, 3 de cada 100 personas lo presentan (16). Según la Organización Mundial de la Salud, en América Latina, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada es de 2.4 % (17) y en el último informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador se demostró que los diagnósticos de mayor prevalencia en los hospitales son los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia (18).

Se estima que los genes contribuyen entre un 30% – 50% al desarrollo de los trastornos de ansiedad, por otro lado, el desarrollo debido a causas no genéticas se encuentra en aproximadamente el 50% – 70%.

Factores ambientales como estrés o situaciones que generen traumas pueden contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad por medio de epigenética. Se ha demostrado, intraútero, que madres que presentan algún trastorno de ansiedad y no han recibido tratamiento muestran alteración de la metilación del ADN en la región promotora del receptor de glucocorticoides (NR3C1) en sangre del cordón umbilical. Esto es un indicador de elevación del riesgo de que el niño desarrolle algún trastorno de ansiedad (15).

Dunn, et al. realizaron un estudio acerca de la asociación del genoma con los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en hispanos y latinos en donde se encontró una asociación significativa entre un polimorfismo intrónico de un nucleótido (rs78602344) a la trombospondina 2 (THBS2) y los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (19).

Para distinguir a la ansiedad no patológica del trastorno de ansiedad generalizada existen diversas características, tales como que las preocupaciones en el trastorno son excesivas e interfieren significativamente con el funcionamiento del individuo, no pueden ser manejadas ni aplazadas en caso de que se presenten situaciones más urgentes, tienen una mayor duración, se producen sin tener un desencadenante y se relacionan a síntomas físicos como inquietud, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (14).

Newman, et al. realizó un estudio acerca de los posibles factores de riesgo presentes en la niñez para desarrollar el trastorno de ansiedad generalizada en la adultez y el 75% presentó dicho trastorno desde la niñez, el 50% presentó trastorno de depresión mayor, el 45% presentó fobias específicas, el 40% presentó fobia social y trastorno de estrés post traumático, y el 35% distimia (20).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales clasifica a la ansiedad de la siguiente manera: (14)

1. Trastorno de ansiedad por separación
2. Mutismo selectivo
3. Fobia específica
 - a. Animal
 - b. Entorno natural
 - c. Sangre, inyección, herida
 - i. Miedo a la sangre
 - ii. Miedo a las inyecciones y transfusiones
 - iii. Miedo a otra atención médica
 - iv. Miedo a una lesión
 - d. Situacional
 - e. Otra
4. Trastorno de ansiedad social (fobia social)
 - a. Especificar si: solo actuación
5. Trastorno de pánico
 - a. Especificador de ataque de pánico
6. Agorafobia
7. Trastorno de ansiedad generalizada
8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
 - a. Especificar si: con inicio durante la intoxicación, con inicio durante la abstinencia, con inicio después del consumo de medicamentos
9. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
10. Otro trastorno de ansiedad especificado
11. Otro trastorno de ansiedad no especificado

Los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales son los siguientes: (14)

- a) Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- b) Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

- c) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - a. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - b. Facilidad para fatigarse.
 - c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - d. Irritabilidad.
 - e. Tensión muscular.
 - f. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- e) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (hipertiroidismo).
- f) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

En el año 2006 Spitzer, et al. desarrollaron un cuestionario con el fin de utilizarlo como cribado para el trastorno de ansiedad generalizada denominado "GAD – 7" (21). Originalmente fue desarrollado con trece ítems basados en los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV edición y se escogieron los siete ítems que presenten una mayor correlación con el trastorno los cuales fueron: sensación de nerviosismo, ansiedad o nervios de punta, poder detener o ser capaz de controlar la preocupación, preocupación excesiva por múltiples cosas, dificultad para relajarse, molestarse o sentirse irritado fácilmente y sentir miedo de que algo terrible fuese a ocurrir (22).

1.3 CAPÍTULO 3: Depresión

La depresión es una gama de síntomas que giran en torno a un estado permanente de disforia. Estos disminuyen la calidad de vida de la persona que los padece y puede llevar a la muerte de no ser identificada y tratada.

Existen distintas razones por las cuales se puede desarrollar depresión (23):

Puede generarse debido a factores internos tales como la genética del paciente, bajo autoestima, desorden de ansiedad concomitante o historia de cuadro depresivo anterior. Otra opción incluye factores externos como epigenética, abuso de drogas y desordenes de conducta. Por último, la adversidad también puede llevar a desarrollar esta patología, traumas en la niñez, eventos estresantes, pérdida de seres queridos, divorcio, bajo nivel de escolaridad y soporte social ausente.

La depresión se caracteriza por disforia y distimia. La disforia puede tomar varias formas como sentirse triste, sin esperanza, azul o sin motivación (24).

Entre otros síntomas también encontramos: Pérdida de interés o placer, cambio en el apetito o peso, trastornos del sueño como insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, disfunción neurocognitiva como pérdida de memoria, retardo o agitación psicomotora e ideas suicidas.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales clasifica a la depresión de la siguiente manera: (14)

1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
2. Trastorno de depresión mayor
 - a. Episodio único
 - i. Leve
 - ii. Moderado
 - iii. Grave
 - iv. Con características psicóticas
 - v. En remisión parcial
 - vi. En remisión total
 - vii. No especificado
 - b. Episodio recurrente

- i. Leve
 - ii. Moderado
 - iii. Grave
 - iv. Con características psicóticas
 - v. En remisión parcial
 - vi. En remisión total
 - vii. No especificado
- 3. Trastorno depresivo persistente (distimia)
 - a. Especificar si: en remisión parcial, en remisión total
 - b. Especificar si: inicio temprano, inicio tardío
 - c. Especificar si: con síndrome distímico puro, con episodio de depresión mayor persistente, con episodios intermitentes de depresión mayor con episodio actual, con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual
 - d. Especificar la gravedad actual: leve, moderado, grave
- 4. Trastorno disfórico premenstrual
- 5. Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento
 - a. Especificar si: con inicio durante la intoxicación, con inicio durante la abstinencia
- 6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica
 - a. Especificar si:
 - i. Con características depresivas
 - ii. Con episodio del tipo depresión mayor
 - iii. Con características mixtas
- 7. Otro trastorno depresivo especificado
- 8. Otro trastorno depresivo no especificado

Los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales son los siguientes: (14)

- a) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es 1 estado de ánimo deprimido o 2 pérdida de interés o de placer.

- a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso).
 - b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución del apetito casi todos los días.
 - d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 - f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
 - h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - i. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- b) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
 - c) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

En el año 2001 se desarrolló un cuestionario que se lo implementaría en el primer nivel de atención como cribado para el diagnóstico de trastornos depresivos denominado “PHQ – 9”, consta de 9 ítems los cuales son (24,25): “poco de interés o placer en hacer cosas, sentirse decaído, deprimido o sin

esperanzas, dificultad para quedarse o permanecer dormido o dormir demasiado, sentirse cansado o con poca energía, estar sin apetito o comer en exceso, sentirse mal consigo mismo, que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo o con su familia, dificultad para concentrarse, sentir que se mueve o habla lento y otras personas lo han notado, o por el contrario, sentirse muy inquieto o agitado, y pensamientos suicidas” (25). Este cuestionario, debido a su última pregunta, es muy utilizado para el cribado de riesgo de suicidio (26).

1.4 CAPÍTULO 4: Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Artropatías Inflamatorias

Artritis reumatoide

La depresión es una comorbilidad de suma importancia en Artritis Reumatoide. Alrededor del mundo, diversos investigadores han estudiado su implicación en el curso de la enfermedad. En Argentina, Isnardi et al., concluyeron que la prevalencia de depresión en la cohorte estudiada fue de 33,8% y que su presencia impactaba negativamente la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes (8).

Matcham et al., realizó un metaanálisis cuyos resultados arrojaron un porcentaje promedio de 38.8% para síntomas moderados a severos de depresión según el PHQ-9 (27).

En Ecuador, Maldonado et al., demostraron una asociación entre depresión y una actividad alta de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide del hospital Luis Vernaza ($p= 0,009$) (28).

Artritis Psoriásica

En Psoriasis sin artritis hay una moderada prevalencia de depresión (12%) y ansiedad (7-48%) (1).

Kamalaraj et al., realizaron un metaanálisis de la prevalencia de ansiedad y depresión en artritis psoriásica. Los resultados de dicho estudio reportaron una prevalencia promedio del 15% para depresión y 25% para ansiedad (1).

Espondilitis Anquilosante

Los síntomas de depresión y ansiedad son comunes en pacientes con Espondilitis Anquilosante, están influidos por la capacidad funcional y grado de entesitis que tiene el paciente (5).

En España, Moreno et al., realizaron un estudio en 115 pacientes con Espondilitis Anquilosante y encontraron que el 22% presento síntomas de depresión y el 30% de ansiedad (5). Estos valores se asemejan a los de Basler y Rehfisch (29) y a los de Barlow (30). No obstante, existen dificultades

metodológicas en los distintos estudios por lo cual se debe interpretar cuidadosamente dichos resultados (5).

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, de casos, controles y prevalencia. La población del grupo de casos fueron pacientes del Instituto de Reumatología, Hematología y Dermatología (IRHED), con artropatía inflamatoria diagnosticada, mayores de 18 años, de la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites. La población del grupo control fueron personas mayores de 18 años, de la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites que no presentaban diagnóstico de artropatía inflamatoria.

Criterios de inclusión para casos:

- Mayores de 18 años.
- Sexo masculino y femenino.
- Tener diagnóstico de artropatía inflamatoria.
- Ser paciente de IRHED.
- Alfabetizados.
- De la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites.

Criterios de inclusión para controles:

- Mayores de 18 años.
- Sexo masculino y femenino.
- No tener diagnóstico de artropatía inflamatoria.
- Alfabetizados.
- De la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites.

Criterios de exclusión para casos:

- Llenado incorrecto de formulario de recolección de datos.

Criterios de exclusión para controles:

- Llenado incorrecto de formulario de recolección de datos.
- Tener diagnóstico de artropatía inflamatoria.

Instrumentos

Los datos del grupo de casos fueron recolectados de las historias clínicas (base de datos) de los pacientes de IRHED; y los datos del grupo control fueron recolectados por medio de encuestas en línea.

Se emplearon los cuestionarios “Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)” para el cribado de ansiedad y “Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)” para el cribado de depresión. El cuestionario GAD-7 tiene como puntuación mínima 0 y como puntuación máxima 21, mientras que el cuestionario PHQ-9 tiene como puntuación mínima 0 y puntuación máxima 27. Para ser considerados pacientes con ansiedad o depresión, los individuos debían presentar un resultado ≥ 10 en ambos cuestionarios.

La información se tabuló en el programa Excel 2019. Posteriormente, se realizaron análisis estadísticos para determinar la prevalencia de ambas enfermedades.

Utilizando el software SPSS v23 se realizó: análisis estadísticos descriptivos, diferencias entre medias con la prueba T de Student y correlaciones con la Rho de Spearman. El nivel de significancia escogido fue de 0.05.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Servicio de Docencia e Investigación de IRHED y por la comisión de investigación de la carrera de Medicina, como proyecto de titulación. Todos los datos fueron deidentificados, para evitar el uso de datos confidenciales. Durante el acceso a la información y el manejo de datos, se emplearon criterios éticos.

Variables

<i>Tabla 1.- Variables</i>			
Variables	Indicador	Tipo	Resultado final
Edad	Años	Cuantitativa: discreta	Número de años
Sexo	Género	Cualitativa: binaria	Masculino/ Femenino
Artropatía inflamatoria	Diagnóstico previo de enfermedad reumática inflamatoria	Cualitativa: binaria	Sí/no
Ansiedad	Puntuación GAD7	Cuantitativa: discreta	Puntuación GAD7
Depresión	Puntuación PQH9	Cuantitativa: discreta	Puntuación PQH9
Tipo de artropatía inflamatoria	Tipo de diagnóstico de enfermedad reumática inflamatoria	Cualitativa: nominal	Artritis reumatoide Espondiloartritis Artritis psoriásica Otros
Tratamiento de artropatía inflamatoria	Medicación anti-reumática recibida	Cualitativa: binaria	Sí/no
Actividad de artropatía inflamatoria	Remisión, actividad baja, actividad moderada, actividad alta	Cualitativa: nominal	Remisión, actividad baja, actividad moderada, actividad alta
Tratamiento ansiedad/ depresión	Tratamiento psicológico/médico	Cualitativa: binaria	Sí/no

Fuente: Elaborado por investigadores

Resultados

Grupo control

El grupo control estuvo conformado por 152 encuestados, de los cuales el 69.74% fueron mujeres y el 30.26% fueron hombres. El 96.71% de personas estuvieron entre los 18 y 64 años, mientras que el 3.29% fueron personas mayores de 65 años, con una media de edad de 45.82 y una moda de 56.

<i>Tabla 2.- Variables sociodemográficas</i>					
	<i>Parámetro</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>
Edad	18 - 64	147	96.71%	45.82	56
	Mayor o igual a 65	5	3.29%		
Sexo	F	106	69.74%		
	M	46	30.26%		

Fuente: Elaborado por investigadores

En el grupo control la mínima puntuación, tanto para el cuestionario GAD-7 y PHQ-9 fue de 0, mientras que la puntuación máxima para GAD-7 fue 21 y para PHQ-9 fue 25. La media del cuestionario GAD.7 fue de 6.04, con una desviación estándar de 4.358, mientras que la media para el cuestionario PHQ-9 fue de 6.56, con una desviación estándar de 5.843.

<i>Tabla 3.- Estadísticos descriptivos de GAD-7 y PHQ-9</i>				
	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
GAD-7	0	21	6.04	4.358
PHQ-9	0	25	6.56	5.843

Fuente: Elaborado por investigadores

El 40.79% de los encuestados presentó un nivel de ansiedad mínimo, el 42.76% un nivel leve, el 10.53% un nivel moderado y el 5.92% un nivel severo, según el cuestionario GAD-7. La prevalencia de ansiedad fue 16.45%.

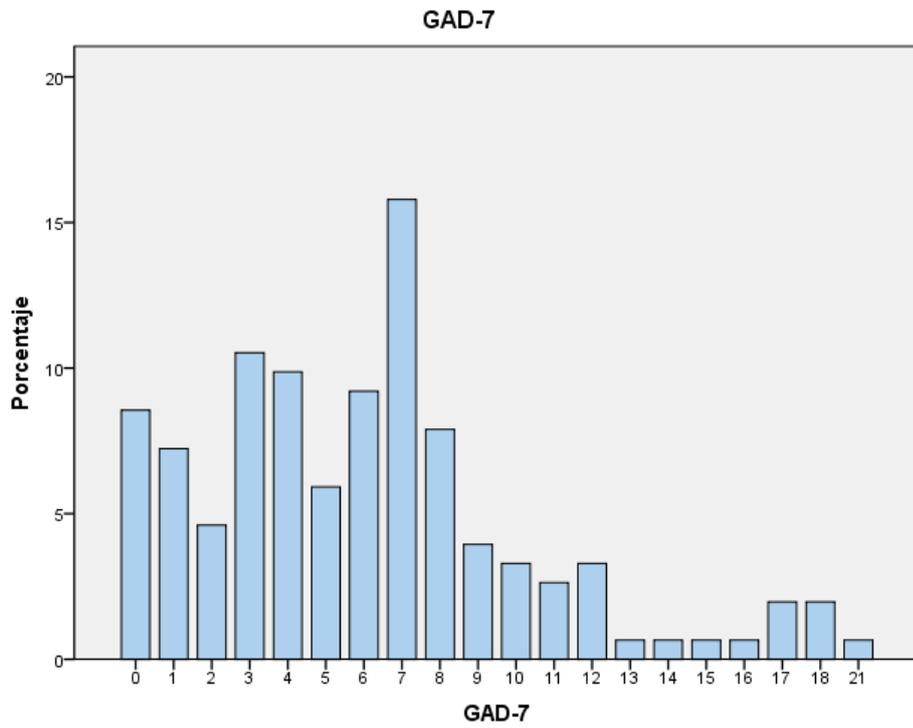
<i>Tabla 4.- Prevalencia GAD-7</i>		
GAD-7	Cantidad	Porcentaje
<i>Mínimo</i>	62	40.79%
<i>Leve</i>	65	42.76%
<i>Moderado</i>	16	10.53%
<i>Severo</i>	9	5.92%
Prevalencia		16.45%.

Fuente: Elaborado por investigadores

El 43.42% de los encuestados presentó un nivel de depresión mínimo, el 36.18% un nivel leve, el 7.89% un nivel moderado, el 7.89% un nivel moderadamente severo y el 4.61% un nivel severo, según el cuestionario PHQ-9. La prevalencia de depresión fue 20.39%.

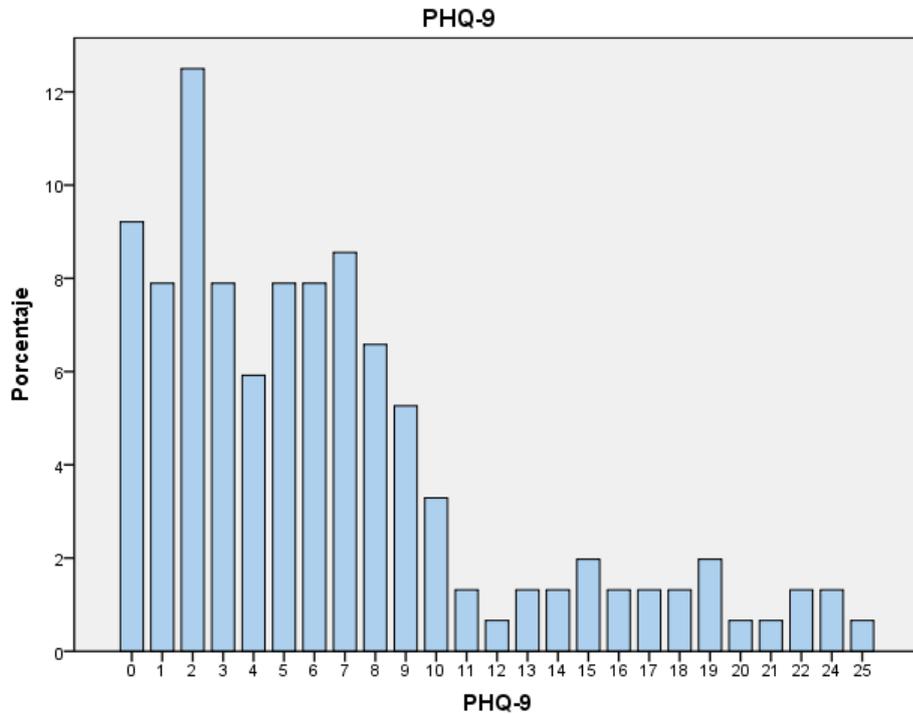
<i>Tabla 5.- Prevalencia PHQ-9</i>		
PHQ-9	Cantidad	Porcentaje
<i>Mínimo</i>	66	43.42%
<i>Leve</i>	55	36.18%
<i>Moderado</i>	12	7.89%
<i>Moderadamente severo</i>	12	7.89%
<i>Depresión severa</i>	7	4.61%
Prevalencia		20.39

Fuente: Elaborado por investigadores



Fuente: Elaborado por investigadores

Gráfico 1: Frecuencia de resultados del cuestionario GAD-7



Fuente: Elaborado por investigadores

Gráfico 2: Frecuencia de resultados del cuestionario PHQ-9

El 88.2% de los 152 encuestados no refirió ninguna patología, mientras que el 11.8% refirió presentar alguna enfermedad crónica.

<i>Tabla 6.- Estado de salud</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sano	134	88.2
Otras enfermedades crónicas	18	11.8

Fuente: Elaborado por investigadores

El 23.7% de personas encuestadas estaban recibiendo tratamiento para la salud mental, mientras que el 76.3% no estaba recibiendo tratamiento.

<i>Tabla 7.- Tratamiento Salud Mental</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	36	23.7
No	116	76.3

Fuente: Elaborado por investigadores

Grupo de casos

El grupo de casos estuvo conformado por 60 pacientes de IRHED, de los cuales el 86.67% fueron mujeres y el 13.33% fueron hombres. El 80% de personas estuvieron entre los 18 y 64 años, mientras que el 20% fueron personas mayores de 65 años, con una media de edad de 51.77 y una moda de 58.

<i>Tabla 8.- Variables sociodemográficas</i>					
	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje	Media	Moda
Edad	18 – 64	48	80.00%	51.77	58
	Mayor o igual a 65	12	20.00%		
Sexo	F	52	86.67%		
	M	8	13.33%		

Fuente: Elaborado por investigadores

En el grupo de casos la mínima puntuación, tanto para el cuestionario GAD-7 y PHQ-9 fue de 0, mientras que la puntuación máxima para GAD-7 fue 19 y para PHQ-9 fue de 27. La media del cuestionario GAD.7 fue de 5.68, con una desviación estándar de 4.976, mientras que la media para el cuestionario PHQ-9 fue de 6.25, con una desviación estándar de 5.556.

<i>Tabla 9.- Estadísticos descriptivos de GAD-7 y PHQ-9</i>				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
GAD-7	0	19	5.68	4.976
PHQ-9	0	27	6.25	5.556

Fuente: Elaborado por investigadores

El 48.33% de los encuestados presentó un nivel de ansiedad mínimo, el 31.67% un nivel leve, el 13.33% un nivel moderado y el 6.67% un nivel severo, según el cuestionario GAD-7. La prevalencia de ansiedad fue 20.00%.

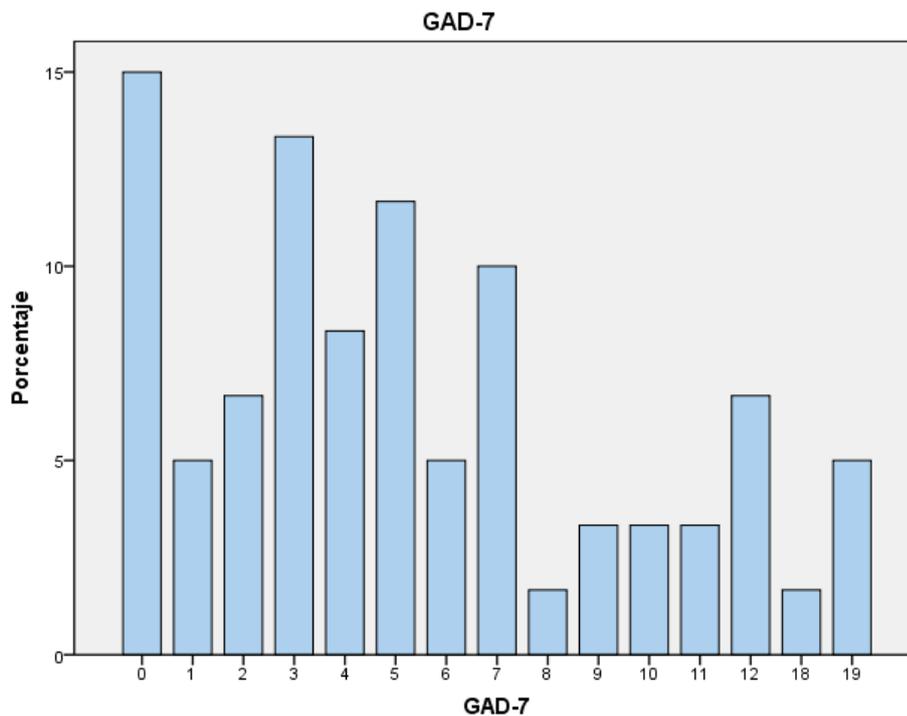
<i>Tabla 10.- Prevalencia GAD-7</i>		
GAD-7	Cantidad	Porcentaje
<i>Mínimo</i>	29	48.33%
<i>Leve</i>	19	31.67%
<i>Moderado</i>	8	13.33%
<i>Severo</i>	4	6.67%
Prevalencia		20.00%

Fuente: Elaborado por investigadores

El 46.67% de los encuestados presentó un nivel de depresión mínimo, el 33.33% un nivel leve, el 10.00% un nivel moderado, el 6.67% un nivel moderadamente severo y el 3.33% un nivel severo, según el cuestionario PHQ-9. La prevalencia de depresión fue 20.00%.

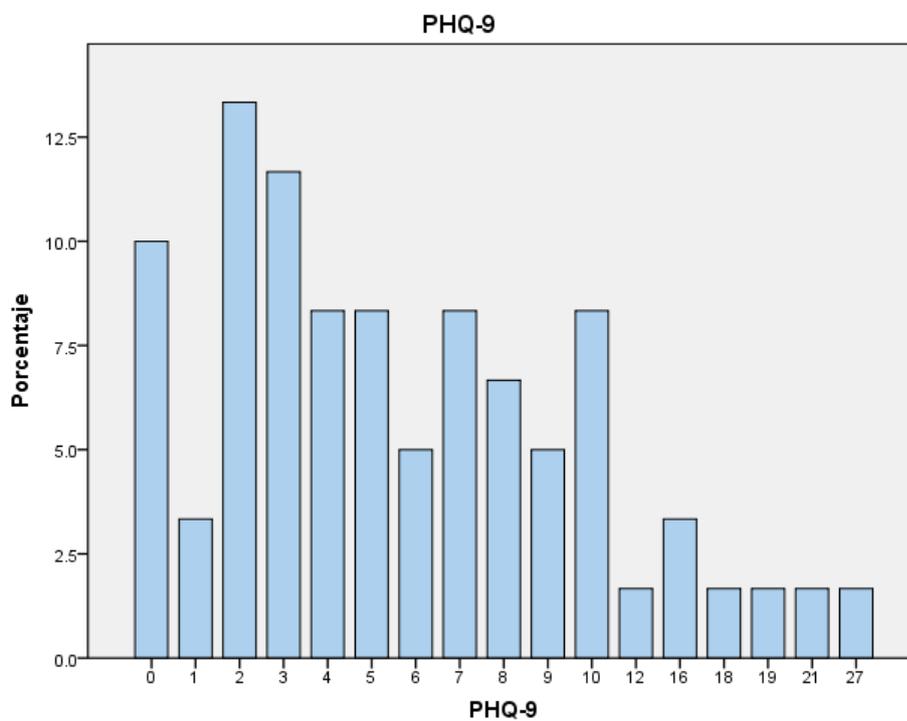
<i>Tabla 11.- Prevalencia de PHQ-9</i>		
PHQ-9	Cantidad	Porcentaje
<i>Mínimo</i>	28	46.67%
<i>Leve</i>	20	33.33%
<i>Moderado</i>	6	10.00%
<i>Moderadamente severo</i>	4	6.67%
<i>Depresión severa</i>	2	3.33%
Prevalencia		20.00%

Fuente: Elaborado por investigadores



Fuente: Elaborado por investigadores

Gráfico 3: Frecuencia de resultados del cuestionario GAD-7



Fuente: Elaborado por investigadores

Gráfico 4: Frecuencia de resultados del cuestionario PHQ-9

De los 60 pacientes escogidos, el 15% presentó diagnóstico de artritis reumatoide, el 63.3% presentó diagnóstico de artropatía psoriásica, el 10% presentó diagnóstico de espondilitis anquilosante, el 3.3% presentó diagnóstico de otras espondilopatías y el 8.3% presentó diagnóstico de otras artritis.

<i>Tabla 12.- Diagnóstico artropatía</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Artritis reumatoide	9	15
Artropatía psoriásica	38	63.3
Espondilitis anquilosante	6	10
Otras espondilopatías	2	3.3
Otras artritis	5	8.3

Fuente: Elaborado por investigadores

El 31.7% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento para la salud mental, mientras que el 68.3% no estaba recibiendo tratamiento.

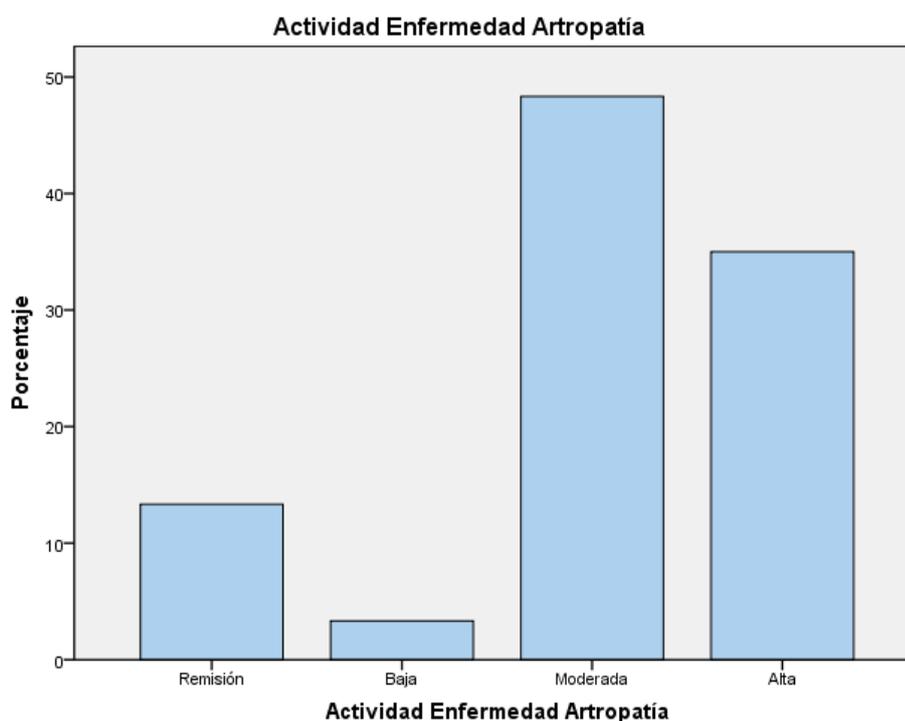
<i>Tabla 13.- Tratamiento Salud Mental</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	19	31.7
No	41	68.3

Fuente: Elaborado por investigadores

Se midió la actividad de la enfermedad en los pacientes con artropatías inflamatorias. El 13.3% se encontraba en remisión, el 3.3% presentaba actividad baja, el 48.3% presentaba actividad moderada y el 35% presentaba actividad alta.

<i>Tabla 14.- Actividad de la enfermedad</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Remisión	8	13.3
Baja	2	3.3
Moderada	29	48.3
Alta	21	35

Fuente: Elaborado por investigadores



Fuente: Elaborado por investigadores

Gráfico 5: Frecuencia de la actividad de la enfermedad

El 96.7% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento para la artropatía, mientras que el 3.3% no estaba recibiendo tratamiento.

<i>Tabla 15.- Tratamiento Artropatía</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	58	96.7
No	2	3.3

Fuente: Elaborado por investigadores

Pruebas T

Para realizar las pruebas T se unió a los pacientes del grupo de casos y al grupo de control y se excluyó del grupo control a personas que presentaban alguna enfermedad crónica.

En el grupo control, ahora de 134 pacientes, la media de GAD-7 fue de 5.75 y la desviación estándar fue de 4.079; mientras que la media de PHQ-9 fue de 6.11 y la desviación estándar fue de 5.237.

El grupo de casos, al no ser modificado, presentó los mismos valores anteriormente descritos.

Según la prueba de Levene, con respecto al cuestionario GAD-7, se asumieron varianzas iguales ($P = 0.100$). El valor obtenido en la prueba T para igualdad de medias, no fue significativo ($P = 0.918$).

Para el cuestionario PHQ-9 se asumieron varianzas iguales ($P = 0.857$). El valor obtenido en la prueba T para igualdad de medias no fue significativo ($P = 0.868$).

Tabla 16.- Estadísticas de grupo

Diagnóstico		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Artropatía	No	134	5.75	4.079	0.352
	Sí	60	5.68	4.976	0.642
GAD-7	No	134	6.11	5.237	0.452
	Sí	60	6.25	5.556	0.717

Fuente: Elaborado por investigadores

Tabla 17.- Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
	F	sig	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	superior
GAD-7:						
Se asumen varianzas iguales	2.727	0.100	0.918	0.070	-1.270	1.411
PHQ-9:						
Se asumen varianzas iguales	0.033	0.857	0.868	-0.138	-1.773	1.497

Fuente: Elaborado por investigadores

Para el siguiente análisis, además, se excluyó a las personas que tenían cualquier tratamiento para la salud mental.

En el grupo control, ahora de 105 pacientes, la media de GAD-7 fue de 5.30 y la desviación estándar fue de 4.067; mientras que la media de PHQ-9 fue de 5.58 y la desviación estándar fue de 5.258.

En el grupo de casos, ahora de 41 pacientes, la media de GAD-7 fue de 3.88 y la desviación estándar fue de 2.951, mientras la media de PHQ-9 fue de 3.95 y la desviación estándar fue de 2.819.

Según la prueba de Levene, con respecto al cuestionario GAD-7, se asumieron varianzas iguales ($P = 0.069$). El valor obtenido en la prueba T para igualdad de medias fue significativa ($P = 0.044$).

Para el cuestionario PHQ-9 no se asumieron varianzas iguales ($P = 0.005$). El valor obtenido en la prueba T para igualdad de medias fue significativa ($P = 0.017$).

<i>Tabla 18.- Estadísticas de grupo</i>					
<i>Diagnóstico</i>		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Media de error estándar</i>
<i>Artropatía</i>					
GAD-7	No	105	5.30	4.067	0.397
	Sí	41	3.88	2.951	0.461
PHQ-9	No	105	5.58	5.258	0.513
	Sí	41	3.95	2.819	0.440

Fuente: *Elaborado por investigadores*

Tabla 19.- Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
	F	sig	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
GAD-7:						
Se asumen varianzas iguales	3.352	0.069	0.044	-1.417	-2.797	-0.038
PHQ-9:						
No se asumen varianzas iguales	8.293	0.005	0.017	-1.630	-2.967	-0.292

Fuente: Elaborado por investigadores

Para el último análisis se utilizó como indicador principal el tratamiento para la salud mental.

En el grupo de personas sin tratamiento, de 146 pacientes, la media de GAD-7 fue de 4.90 y la desviación estándar fue de 3.830; mientras que la media de PHQ-9 fue de 5.12 y la desviación estándar fue de 4.750.

En el grupo de personas con tratamiento, de 48 pacientes, la media de GAD-7 fue de 8.27 y la desviación estándar fue de 4.915; mientras la media de PHQ-9 fue de 9.29 y la desviación estándar fue de 5.779.

Según la prueba de Levene, con respecto al cuestionario GAD-7, se asumieron varianzas iguales ($P = 0.125$). El valor obtenido en la prueba T para igualdad de medias fue significativa ($P < 0.001$).

Para el cuestionario PHQ-9 se asumieron varianzas iguales ($P = 0.092$). El valor obtenido en la prueba T para igualdad de medias fue significativo ($P < 0.001$).

<i>Tabla 20.- Estadísticas de grupo</i>					
<i>Tratamiento</i>		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Media de error estándar</i>
<i>Salud Mental</i>					
GAD-7	No	146	4.90	3.830	0.317
	Sí	48	8.27	4.915	0.709
PHQ-9	No	146	5.12	4.750	0.393
	Sí	48	9.29	5.779	0.834

Fuente: Elaborado por investigadores

<i>Tabla 21.- Prueba de muestras independientes</i>						
	<i>Prueba de Levene de igualdad de varianzas</i>		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>			
	<i>F</i>	<i>sig</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>95% de intervalo de confianza de la diferencia</i>	
					<i>Inferior</i>	<i>superior</i>
GAD-7: Se asumen varianzas iguales	2.375	0.125	0.000	3.374	2.021	4.726
PHQ-9: Se asumen varianzas iguales	2.874	0.092	0.000	4.168	2.520	5.816

Fuente: Elaborado por investigadores

Correlaciones

Se realizó el test de correlación de Spearman y se denotaron las siguientes correlaciones significativas:

En los pacientes con artropatías inflamatorias el cuestionario GAD-7 presentó una asociación significativa con el cuestionario PHQ-9, la actividad de la artropatía y el tratamiento de salud mental. El cuestionario PHQ-9 presentó las mismas asociaciones.

Tabla 22.- Coeficientes de correlación de Spearman entre las variables estudiadas

<i>Variables</i>	GAD-7	PHQ-9	Actividad Enfermedad Artropatía	Tratamiento Salud Mental
GAD-7	1.000	0.663**	0.268*	-0.449**
PHQ-9	0.663**	1.000	0.282*	-0.565**
Actividad Enfermedad Artropatía	0.268*	0.282*	1.000	-0.236
Tratamiento Salud Mental	-0.449**	-0.565**	-0.236	1.000

**Correlación es significativa al nivel 0.01

*Correlación es significativa al nivel 0.05

Fuente: Elaborado por investigadores

En el grupo control el cuestionario GAD-7 presentó una asociación significativa con el cuestionario PHQ-9 y el tratamiento de salud mental. El cuestionario PHQ-9 presentó las mismas asociaciones.

Tabla 23.- Coeficientes de correlación de Spearman entre las variables estudiadas

<i>Variables</i>	<i>GAD-7</i>	<i>PHQ-9</i>	<i>Tratamiento Salud Mental</i>
<i>GAD-7</i>	1.000	0.795**	-0.327**
<i>PHQ-9</i>	0.795**	1.000	-0.316**
<i>Tratamiento Salud Mental</i>	-0.327**	-0.316**	1.000

***Correlación es significativa al nivel 0.01*

Fuente: Elaborado por investigadores

Discusión

Síntesis de los resultados

En esta investigación se utilizaron cuestionarios para detectar ansiedad y depresión en los sujetos estudiados. Al ser el GAD-7 y PHQ-9 métodos de tamizaje, se utilizó un valor ≥ 10 para la detección, ya que este posee alta sensibilidad (31,32). Se pudo evidenciar en el grupo control una prevalencia de ansiedad y depresión de 16.45% y 20.39% respectivamente comparado con el grupo de casos cuya prevalencia para fue 20% en ambas.

La mayoría de investigaciones que vinculan trastornos psicológicos con artropatías inflamatorias se han hecho en pacientes con Artritis Reumatoide. Matcham et al.(27), en un metaanálisis que incluía a 72 estudios que asociaban el diagnóstico de artritis reumatoide con la presencia de depresión, encontró una prevalencia general de 16.8% y de 14%-48% en estudios que usaban métodos de tamizaje.

No obstante, existen algunos estudios que si han evaluado la presencia de Ansiedad y Depresión en otras artropatías inflamatorias. En una revisión sistemática, realizada por Kamalaraj et al.(1), en donde se utilizó las bases de datos MEDLINE, EBM Reviews, EMBASE, Cochrane y Psycinfo, tres estudios fueron incluidos al tener una heterogeneidad estadística significativa. La prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con artritis psoriásica fue de 15%-30% y 9%-22% respectivamente.

En el estudio de Moreno et al.(5), realizado a pacientes con espondilitis anquilosante, la ansiedad tuvo una prevalencia de 30% y la depresión de 22%. Todos estos estudios realizados en las distintas patologías reumatológicas presentan valores muy semejantes a los resultados de este estudio.

Por otro lado, Maldonado et al. (28), en un estudio realizado en pacientes con artritis reumatoide del Hospital Ecuatoriano Luis Vernaza, encontró valores de depresión (42.9%) mayores a los encontrados en este estudio. Esto puede deberse al punto de corte más bajo para la detección de los pacientes afectos.

A diferencia de lo investigado, al comparar al grupo de casos con el control, la diferencia de medias no fue significativa, es decir, no hubo diferencias entre los dos grupos.

Al evaluar al conjunto de sujetos estudiados excluyendo a los que están siendo tratados para las patologías descritas, se evidenció que la diferencia entre las medias era significativa, pero, la ansiedad y depresión en los pacientes del grupo control era mayor.

Por último, la diferencia de medias fue significativa entre los sujetos que no recibían tratamiento para trastornos de la salud mental y los que sí, teniendo este último grupo un valor más alto en los cuestionarios.

Diversos autores ya han evidenciado que la situación que se vive en la actualidad ha conllevado un gran impacto psicológico (33–35). En China, Zhou et al. (36), demostraron un aumento en la prevalencia de depresión (43.7%) y ansiedad (37.4%) en comparación con estudios realizados antes de la pandemia mundial de COVID-19. Esta información podría extrapolarse a Ecuador y explicar los resultados encontrados.

Como dato adicional, al realizar las pruebas de Spearman en los dos grupos se encontró una correlación significativa entre los cuestionarios, la actividad de la enfermedad y el tratamiento de trastornos psicológicos. Se recomienda un análisis más extenso en futuros estudios.

Limitaciones del estudio

- Al ser un estudio transversal, no se pudo evaluar la salud mental antes, durante y después del tratamiento.
- La mayoría de los pacientes tenían Artritis Psoriásica por lo que los valores propuestos pueden no ser representativos a todas las artropatías inflamatorias.
- La pandemia por COVID-19 pudo afectar a los resultados obtenidos.

Conclusiones

- En este estudio, la ansiedad y depresión fueron una comorbilidad frecuente en los pacientes que padecen artropatías inflamatorias. No se pudo comprobar que la prevalencia de las mismas es mayor en los pacientes con artropatías inflamatorias que en la población general, esto puede deberse a la Pandemia por COVID-19 que está ocurriendo a nivel mundial.
- Se pudo observar que la frecuencia de uso de fármacos para tratar trastornos de salud mental en pacientes con artropatías y en la población general fue baja. Así mismo, que la actividad de la enfermedad estuvo relacionada con un valor elevado en los cuestionarios utilizados. Se debe corroborar estos datos estadísticos presentados en estudios subsecuentes

Recomendaciones

No existen muchos estudios acerca de la relación de ansiedad y depresión con artropatías en nuestro país. Se espera, con este estudio, aportar a la estadística de los trastornos mentales y sus posibles relaciones con otras patologías en el país e incentivar a realizar más investigaciones acerca de estos temas.

Se sugiere un estudio longitudinal prospectivo en el cual se realicen los cuestionarios a los pacientes desde el inicio. Esto, con el fin de observar los cambios que se generen en los valores durante el curso de la enfermedad. Se recomienda también, implementar una muestra más representativa, con una distribución de tipo de artropatía inflamatoria más amplia.

Bibliografía

1. Kamalaraj N, El-Haddad C, Hay P, Pile K. Systematic review of depression and anxiety in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis.* 2019 Jun;22(6):967–73.
2. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety. *Int J Psychiatry Med.* 2011 jan;41(1):15–28.
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
4. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C: OPS; 2017.
5. Moreno Ramos MJ, Linares Ferrando LF, Moreno Martínez MJ. Ansiedad y depresión en la espondilitis anquilosante: una visión histórica. *Rev Colomb Reumatol.* 2015 Dec;22(4):201–9.
6. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G, et al. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatol Clínica.* 2011 jan 1;7(1):20–6.
7. Yau W-Y, Chan M-C, Wing Y-K, Lam H-B, Lin W, Lam S-P, et al. Noncontinuous use of antidepressant in adults with major depressive disorders – a retrospective cohort study. *Brain Behav.* 2014 may;4(3):390–7.
8. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Barloco L, Blanco E, Benítez CA, et al. La depresión es un determinante mayor de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea, independientemente de la actividad de la enfermedad. *Rev Argent Reumatol.* :6.

9. Harth M, Nielson WR. Pain and affective distress in arthritis: relationship to immunity and inflammation. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019 may 4;15(5):541–52.
10. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de enfermedades reumáticas. Sexta. España: Elsevier; 2014.
11. Glanville J, Higgins C, Mouyis M. An approach to joint pain and inflammatory arthropathies. *Br J Hosp Med*. 2016 jul 2;77(7):C109–11.
12. Patrick Venables, Baker J. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. 2020;
13. Yu D, Tubergen A. Clinical manifestations of axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis) in adults. 2020 jan;
14. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
15. Patriquin MA, Mathew SJ. The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress*. 2017 jun 8;1.
16. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 sep;17(3):327–35.
17. Kohn R. Treatment gap in the Americas, technical document. Washington DC; 2013 p. 79.
18. Organización Panamericana de Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS. 2015.
19. Dunn EC, Sofer T, Gallo LC, Gogarten SM, Kerr KF, Chen C-Y, et al. Genome-wide association study of generalized anxiety symptoms in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Am J Med Genet*

- Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet. 2017 mar;174(2):132–43.
20. Newman MG, Shin KE, Zuellig AR. Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *J Affect Disord*. 2016 dec; 206:94–102.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 may 22;166(10):1092–7.
22. Johnson SU, Ulvenes PG, Øktedalen T, Hoffart A. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Front Psychol*. 2019;10:1713.
23. Vicente-Herrero MaT, Ramírez Iñiguez de la Torre MaV, Capdevila García L, Terradillos García MaJ, Aguilar Jiménez E. Guía-Protocolo para el manejo del paciente con depresión en el mundo del trabajo. Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo; 2018.
24. Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, Kim H, Goes FS, Zandi PP, et al. The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *J Affect Disord*. 2018 may; 232:34–40.
25. Kroenke K, Spitzer R. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. 2002;
26. Urtasun M, Daray FM, Teti GL, Coppolillo F, Herlax G, Saba G, et al. Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC Psychiatry*. 2019 sep 18;19(1):291.
27. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Oxf Engl*. 2013 dec;52(12):2136–48.

28. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago MJ, Aguirre C, et al. Depresión en artritis reumatoide. *Rev Colomb Reumatol*. 2017 apr;24(2):84–91.
29. Basler H-D, Rehfisch HP. Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. *J Psychosom Res*. 1991 jan 1;35(2):345–54.
30. Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR. Gender, depression, and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1993;6(1):45–51.
31. Karpouzas GA, Dolatabadi S, Moran R, Li N, Nicassio PM, Weisman MH. Correlates and predictors of disability in vulnerable US Hispanics with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(9):1274–81.
32. Margaretten M, Barton J, Julian L, Katz P, Trupin L, Tonner C, et al. Socioeconomic determinants of disability and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2011;63(2):240–6.
33. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 jun;66(4):317–20.
34. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*. 2020;9:636.
35. Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatr Pol*. 2020 apr 30;54(2):187–98.
36. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, Guo Z-C, Wang J-Q, Chen J-C, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 may 3;1–10.

Anexos

Anexo 1.- Cuestionario

Encuesta de ansiedad, depresión y enfermedad reumática inflamatoria en la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites en marzo 2021

Pedimos de favor llenar esta encuesta, la cual será de manera anónima, para conocer los síntomas de ansiedad y depresión en este momento, y si están relacionados o no a alguna enfermedad reumática inflamatoria. Pueden llenar la encuesta personas sin enfermedad reumática.

***Obligatorio**

1. Edad. *

2. Sexo. *

Marca solo un óvalo.

Femenino

Masculino

Generalidades

3. ¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad reumática inflamatoria como las siguientes? *

Marca solo un óvalo.

Artritis reumatoide

Espondiloartritis

Artritis psoriásica

Espondilitis anquilosante

No he sido diagnosticado

Otro: _____

4. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para ansiedad o depresión? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

5. ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido para la ansiedad o la depresión? Marque todos los que correspondan a su caso. *

Selecciona todos los que correspondan.

- Psicoterapia
 Ansiolíticos (clonazepam, alprazolam)
 Antidepresivos (fluoxetina, setralina, amitriptilina)
 No he recibido tratamiento

Otro: _____

Cuestionario para el trastorno de ansiedad generalizado (GAD 7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

6. Se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

7. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

8. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

9. Ha tenido dificultad para relajarse *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

10. Se ha sentido tan inquieto que no ha podido quedarse quieto *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

11. Se ha molestado o irritado fácilmente *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

12. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**Cuestionario sobre la salud
del paciente (PHQ-9)**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

13. Poco interés o placer en hacer cosas *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

14. Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanzas *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

15. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido, o ha dormido demasiado *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

16. Se ha sentido cansado o con poca energía *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

17. Sin apetito o ha comido en exceso *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

18. Se ha sentido mal con usted mismo, o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo o con su familia *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

19. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

20. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto o agitado que ha estado moviéndose mucho más de lo normal *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

21. Ha pensado que estaría mejor muerto o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera *

Marca solo un óvalo.

- Ningún día
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Martínez Calero Nicolás Andrés**, con C.C: # **0923469332** y **Mora Ponce, Nayelhi Vanessa** con C.C: **0931618912** autores del trabajo de titulación: **Ansiedad y depresión en pacientes con artropatías inflamatorias de la ciudad Guayaquil y parroquias satélites en 2020 – 2021**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

LOS AUTORES

f.

Martínez Calero, Nicolás Andrés

C.C: # **0923469332**

f.

Mora Ponce, Nayelhi Vanessa

C.C: **0931618912**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Ansiedad y depresión en pacientes con artropatías inflamatorias de la ciudad Guayaquil y parroquias satélites en 2020 – 2021.		
AUTOR(ES)	Nicolás Andrés Martínez Calero, Nayelhi Vanessa Mora Ponce		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Andrés Eduardo Zúñiga Vera		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL		
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
CARRERA:	CARRERA DE MEDICINA		
TÍTULO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2021	NO. DE PÁGINAS:	45
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades Crónico-Degenerativas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	GAD-7, PHQ-9, Artritis, Ansiedad, Depresión, COVID-19		
RESUMEN:	<p>Objetivo: Identificar si padecer una artropatía inflamatoria está asociada a la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes de Guayaquil y parroquias satélites.</p> <p>Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, de casos, controles y prevalencia. La población del grupo casos fueron pacientes del Instituto de Reumatología, Hematología y Dermatología (IRHED) y la población del grupo control, personas mayores de 18 años, de la ciudad de Guayaquil y parroquias satélites. Se utilizaron los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9 para la detección de ansiedad y depresión.</p> <p>Resultados: La prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo control fue 16.45% y 20.39% respectivamente y en el grupo de casos, 20% de ambas. La diferencia entre medias no fue significativa (GAD-7 P = 0.918; PHQ-9, P = 0.868).</p> <p>Conclusión: En este estudio, la ansiedad y depresión fueron una comorbilidad frecuente en los pacientes que padecen artropatías inflamatorias. La prevalencia de ambas fue similar a la población general, esto podría deberse a que el estudio fue realizado durante la pandemia mundial de COVID-19.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	TELÉFONO: +5935122954, +59346044508	E-MAIL: nicolas.martinez@cu.ucsg.edu.ec nayelhi.mora@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	NOMBRE: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	TELÉFONO: +593997572784		
	E-MAIL: andres.ayoncu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			