



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

**TEMA:**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA QUE ACUDEN A LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA  
DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2014 A MARZO  
DEL 2015**

**AUTOR:**

**Ferro Gutierrez Christian Arnaldo**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Vásquez Cedeño Diego Antonio Dr. M.SC**

**Guayaquil, Ecuador  
2016**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Ferro Gutierrez Christian Arnaldo** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Médico**.

**TUTOR (A)**

**OPONENTE**

---

**Dr. Diego Antonio Vásquez  
Cedeño, M.SC**

**DECANO(A)/  
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

---

**COORDINADOR(A) DE ÁREA  
/DOCENTE DE LA CARRERA**

---

**Dr. Gustavo Omar Ramirez Amat**

---

**Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño,  
MSC**

**Guayaquil, a los 22 del mes de Abril del año 2016**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Christian Arnaldo Ferro Gutierrez**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Prevalencia De Depresión Y Calidad De Vida En Pacientes Con Artritis Reumatoidea Que Acuden A La Consulta Externa Del Hospital Luis Vernaza Durante El Periodo De Septiembre Del 2014 A Marzo Del 2015** previo a la obtención del Título **de Médico** ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

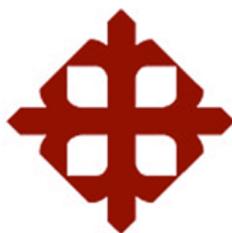
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 22 del mes de Abril del año 2016**

**EL AUTOR**

---

**Christian Arnaldo Ferro Gutierrez**



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

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Christian Arnaldo Ferro Gutierrez**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia De Depresion Y Calidad De Vida En Pacientes Con Artritis Reumatoidea Que Acuden A La Consulta Externa Del Hospital Luis Vernaza Durante El Periodo De Septiembre Del 2014 A Marzo Del 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 22 del mes de Abril del año 2016**

**EL AUTOR:**

---

**Christian Arnaldo Ferro Gutierrez**

## **AGRADECIMIENTO**

QUIERO EXPRESAR MI PROFUNDO AGRADECIMIENTO A TODOS LOS QUE HICIERON POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, EN ESPECIAL AL DR. CARLOS RIOS ACOSTA POR INCLUIRME EN SU GRUPO DE TRABAJO, A MI COMPAÑERA DESDE PREPARATORIA GENESIS MALDONADO VELEZ POR LA AYUDA EN LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS Y REVISIÓN DEL MISMO Y A MI AMIGO DEL ALMA CARLOS PAREDES PONCE POR LOS CONSEJOS Y EL ÁNIMO DURANTE TODO ESTE PROCESO, GRACIAS POR LA PACIENCIA.

CHRISTIAN ARNALDO FERRO GUTIERREZ

## **DEDICATORIA**

DEDICO ESTE TRABAJO PRIMERO A DIOS, SEGUNDO A MIS PADRES ARNALDO Y LORENA QUIENES ME SUPIERON GUIAR, ACONSEJAR PARA ASI PODER CUMPLIR ESTA META, A MI HERMANO MENOR CLAUDIO ESPERANDO PODER SEGUIR SIENDO UN MODELO Y EJEMPLO A SEGUIR , LOS AMO Y GRACIAS POR CADA COSA QUE HAN HECHO POR MI.

CHRISTIAN ARNALDO FERRO GUTIERREZ

## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO M.SC  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

DR.GUSTAVO OMAR RAMIREZ AMAT  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

---

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO M.SC  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

---

OPONENTE



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

**CALIFICACIÓN**

---

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO M.SC  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

DR.GUSTAVO OMAR RAMIREZ AMAT  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

---

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO M.SC  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

---

OPONENTE

# ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>ARTRITIS REUMATOIDE</b> .....	<b>3</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>9</b>
<b>DEPRESION EN ENFERMEDADES CRONICAS</b> .....	<b>9</b>
<b>CAPITULO III</b> .....	<b>12</b>
<b>DEPRESION EN ARTRITIS REUMATOIDE</b> .....	<b>12</b>
DETERMINANTES .....	15
DIAGNÓSTICO .....	16
TRATAMIENTO .....	16
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>19</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>19</b>
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO .....	19
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO .....	19
VARIABLES .....	20
OBJETIVO GENERAL .....	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	21
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>27</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>31</b>
<b>TABLAS</b> .....	<b>31</b>
<b>GRÁFICOS</b> .....	<b>34</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Cuestionarios de auto-reporte para la detección del estado depresivo .....	<b>31</b>
Tabla 2.- Frecuencia de pacientes con AR segun sexo. ....	<b>31</b>
Tabla 3.- Prevalencia de pacientes con AR que sufren depresión.....	<b>32</b>
Tabla 4.- Frecuencia de la actividad de la enfermedad segun DAS28 en pacientes con AR y depresión. ....	<b>32</b>
Tabla 5.- Frecuencia de la calidad de vida segun el cuestionario HAQ-DI en pacientes con AR y depresión. ....	<b>33</b>
Tabla 6.- Frecuencia de comorbilidades en pacientes con AR y depresión.....	<b>33</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.Frecuencia de pacientes con AR según sexo.....	<b>34</b>
Gráfico 2.Prevalencia de depresión en pacientes con AR. ....	<b>34</b>
Gráfico 3. Frecuencia de la actividad de la enfermedad según DAS28 en pacientes con AR y depresión .....	<b>35</b>
Gráfico 4. Frecuencia de calidad de vida segun cuestionario HAQ-DI en pacientes con AR y depresión. ....	<b>35</b>
Gráfico 5. Frecuencia de comorbilidades en pacientes con AR y depresión. ...	<b>36</b>

## RESUMEN

**Antecedentes:** La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta en su mayoría a personas en edad productiva de vida. La depresión es una importante comorbilidad en pacientes con AR. Se cree que los síntomas depresivos van de la mano con la actividad de la enfermedad, la discapacidad que esta ha causado en quienes la padecen y mas comorbilidades o enfermedades crónicas asociadas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Artritis Reumatoidea. **Método:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico y explicativo que utilizo una muestra de 142 pacientes (130 mujeres y 12 hombres con una media de edad de 51.04 años), con AR atendidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre 2014 - marzo 2015. Se valoró la presencia de síntomas o estados depresivos segun el cuestionario PHQ-9, actividad de la enfermedad segun el DAS28, calidad de vida mediante el cuestionario HAQ-DI y presencia de comorbilidades. **Resultados:** La prevalencia de depresión en pacientes con AR es del 37.32% (n=53) , se determinó que el nivel de depresión aumenta un 24.26% mientras mas alto sea la actividad de la enfermedad segun DAS28 (p=0.02), además que el nivel de depresión aumenta un 52% mientras mas sea la discapacidad obtenida según el cuestionario HAQ-DI (p=0.000), y en cuanto a las comorbilidades se encontró una asociación entre la depresión y la menopausia (p=0.000). **Conclusiones:** Se evidenció la presencia de depresión en pacientes que padecen de AR y debe ser considerada una comorbilidad importante. La actividad moderada de la enfermedad , las limitaciones en actividades diarias y comorbilidades asociadas son considerados factores de riesgo para el desarrollo de depresión.

**Palabras Claves:** Artritis Reumatoidea, depresión, actividad de la enfermedad, DAS28, calidad de vida, cuestionario HAQ-DI, comorbilidades, menopausia.

## ABSTRACT

**Background:** Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease of unknown etiology that affects mostly people at young age. Depression is an important comorbidity in patients with RA. It is believed that depressive symptoms are related to disease activity, the disability that is caused in this group of patients and with the presence of other comorbidities. **Objective:** To determine the prevalence of depression in patients with rheumatoid arthritis. **Methods:** It is an observational, retrospective, cross-sectional, analytical and explanatory study, we used a sample of 142 patients (130 women and 12 men with an average age of 51.04 years) with AR treated at the outpatient clinic of Rheumatology at Luis Vernaza Hospital during the period of September 2014 - March 2015. The presence of depressive symptoms or depression was evaluated by PHQ-9, disease activity according to the DAS28, quality of life status by HAQ-DI questionnaire and associated presence of comorbidities. **Results:** The prevalence of depression in patients with RA was 37.32% (n = 53), it was determined that the level of depression increased by 24.26% the highest is the disease activity according to DAS28 (p = 0.02), in addition the level of depression increases 52% the highest is the score obtained in the HAQ-DI questionnaire indicating disability (p = 0.000) and also it was found an association between depression and menopause (p = 0.000). **Conclusions:** The presence of depression was demonstrated in patients with RA and should be considered an important comorbidity. Moderate disease activity, limitations in daily activities and associated comorbidities are considered risk factors for the development of depression.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, depression, disease activity, DAS28, quality of life, HAQ-DI, comorbidities, menopause.

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta en su mayoría a personas en edad productiva de vida. Esta es caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico<sup>1</sup>. La depresión es una importante comorbilidad en pacientes con Artritis Reumatoidea. Su incidencia es variable (10-25%), siendo más frecuente en mujeres<sup>2</sup>. La incidencia de depresión en la población general es del 10% en mujeres y 6% en varones<sup>3</sup>.

Actualmente en el país no hay cifras de cuántas personas padecen la enfermedad; sin embargo se estima que aproximadamente hay tres casos por cada diez mil habitantes. El 50% de las mujeres a los diez años de padecer la enfermedad ya no pueden trabajar debido al daño estructural de sus articulaciones dando como resultado síntomas depresivos y deterioro en la calidad de vida.<sup>4</sup>

Wolfe et al. determinaron que la actividad de la enfermedad se asocia a la depresión y que los cambios en el dolor y en el índice de discapacidad del cuestionario de evaluación de la salud (HAQ-DI) predicen mayor depresión<sup>5-6</sup>.

Para la evaluación de la depresión se ha utilizado el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), este cuestionario es una escala de depresión de nueve puntos. Se basa directamente en los criterios diagnósticos de trastornos depresivos mayores en el Manual Diagnóstico y Estadístico. Este consta de dos componentes el primero es la evaluación de los síntomas y el deterioro funcional para hacer un diagnóstico de depresión provisional, el segundo es la obtención de una puntuación de gravedad para ayudar a seleccionar y controlar el tratamiento. Matcham et al. en su meta-análisis y revisión sobre la

prevalencia de depresión en Artritis Reumatoidea recomiendan el uso del cuestionario PHQ-9 debido a su reproducibilidad, validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio<sup>7-8</sup>.

La propuesta de este estudio es determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Artritis Reumatoidea y su relación con el grado de actividad de la enfermedad, la discapacidad que dicha patología ha causado en los pacientes y otras comorbilidades asociadas.

## CAPITULO I

### ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, inflamatoria, autoinmune de etiología desconocida caracterizada por una poliartritis simétrica que afecta a las pequeñas articulaciones periféricas produciendo destrucción irreversible progresiva de cartílagos y hueso con distintos grados de deformidad causando incapacidad funcional.<sup>1,2,15,16,18,19</sup>

La AR afecta al 0,2 –2% de la población en general.<sup>1,2,16,17,18</sup> Es 2 a 3 veces más común en mujeres en comparación con los hombres.<sup>1,18, 19</sup> Afecta a todos los grupos de edad pero es más prevalente entre los 30 – 60 años de edad y aproximadamente el 10% de los pacientes dejan de trabajar al primer año de inicio de la enfermedad, el 30% son incapaces de trabajar luego de 3 años y un 50% están incapacitados después de 10 años creando una carga excesiva en los pacientes, sus familias y en el sistema de salud.<sup>1,15-17,21,27</sup>

La prevalencia de la enfermedad puede variar dependiendo de la localización geográfica y la raza del paciente. En la población china la prevalencia de AR es del 0,3% en contrastaste de la población NorteAmericana donde la prevalencia es del 5%.<sup>2</sup>

La AR presenta una respuesta inmune anormal que puede causar una variedad de manifestaciones extraarticulares. En algunos la producción de factor reumatoide (FR) y la formación de complejos inmunes que se unen al complemento contribuye a los hallazgos extraarticulares.<sup>2</sup>

La vulnerabilidad genética juega un papel importante en el desarrollo de AR, con una alta prevalencia en gemelos monocigotos en comparación con los gemelos dicigóticos (12-15% vs. 2-4%).<sup>18</sup>

La AR está caracterizada por la presencia de dolor heterogéneo y una detección precoz es ideal para un óptimo pronóstico. El dolor es la queja más común en pacientes con AR, y se ha demostrado que existen varias relaciones entre los factores sociodemográficos, sensoriales, motivacionales, cognitivo, físicas, culturales y sociales que influyen en la percepción del dolor.<sup>18</sup>

La AR presenta una respuesta inmune anormal que puede causar una variedad de manifestaciones extraarticulares. En algunos la producción de factor reumatoide (FR) y la formación de complejos inmunes que se unen al complemento contribuye a los hallazgos extraarticulares.<sup>2</sup>

Acorde con el reporte de “American College of Rheumatology Subcommittee” demuestra que la AR es la responsable de 250,000 hospitalizaciones y 9 millones de visitas de médicos al año. Además Birnbaum y colaboradores (2010) reporto que los costos médicos directos de la AR en Estados Unidos fueron \$19,3 billones con un costo social total estimado de \$39 billones de dólares.<sup>15</sup>

La principal consecuencia de la artritis reumatoide es el deterioro de la calidad de vida, afectando el bienestar en tres áreas fundamentales del desarrollo físico, mental y social disminuyendo la capacidad para desarrollar actividades cotidianas de la vida tanto físicas como sociales repercutiendo así en el estado emocional de los pacientes y en ocasiones puede comprometer el desempeño laboral, la organización familiar y la capacidad de participar en actividades recreativas.<sup>16-19</sup>

El impacto a nivel de salud pública de la AR es elevado incrementando la utilización de recursos de salud y sociales.<sup>15,18</sup>

Sokka y colaboradores, reportaron que los pacientes con AR tienen un 50-60% más de posibilidades de riesgo de muerte de todas las causas comparadas con pacientes sin AR.<sup>15</sup>

Recientemente se ha demostrado que en los pacientes con AR tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, disfunción renal y enfermedades respiratorias.<sup>15</sup>

La etiología de la AR es desconocida,<sup>2,4,7</sup> sin embargo como otras enfermedades autoinmunes se atribuye que la etiología de la AR es multifactorial.<sup>1</sup> Algunos estudios sugiere que la combinación de factores ambientales y genéticas son los responsables, estos dos factores juntos son necesarios pero insuficientes si se presentan por si solo para el desarrollo de la enfermedad.<sup>2</sup>

Los factores de riesgos genéticos en la AR son claramente establecidos desde años atrás y en estudio de asociación del genoma se han sido identificados varios genes involucrados como HLA-DRB1, PADI4, PTPN22, TNFAIP3, STAT4 y CCR6.<sup>6</sup>

La evidencia más convincente del componente genético se observa en los gemelos monocigotos donde el radio de concordancia es del 12 – 15% en comparación al 1% de la población en general, incrementando hasta un 50% de padecer la enfermedad.<sup>1,2,4</sup>

El consumo de cigarrillo es el principal desencadenante ambiental para la AR, especialmente en los que tienen predisposición genética.<sup>1,4</sup>

El principal sitio de inflamación en la AR es la sinovial. La infiltración de tejido sinovial con células mononucleares especialmente células T y macrófagos y una hiperplasia de la intima sinovial es lo patognomónico de la enfermedad.<sup>2,4,7</sup>

La AR está caracterizada por la activación de mediadores inflamatorios (metabolitos del ácido araquidónico), autoanticuerpos, citoquinas, factores de crecimiento, moléculas de adhesión y las metaloproteinasas de matriz y estas producen la liberación de células sinoviales en las articulaciones.

Subsecuentemente la formación de pannus favorece a la destrucción del cartílago, tendones y ligamentos y erosión del hueso.<sup>1,2,4,7</sup>

Las manifestaciones de la AR no solo se limitan en el dolor y rigidez de las articulaciones además de esto afecta a órganos y presenta características cardiovasculares, pulmonares, psiquiátricas y desordenes musculoesqueleticos, como fibrosis pulmonar, neuropatías, pericarditis y depresión.<sup>4,7</sup>

Debido a la naturaleza irreversible de la enfermedad y una pobre respuesta clínica, los trastornos psiquiátricos especialmente síntomas y trastornos depresivos son comúnmente vista en estos pacientes.<sup>3,6</sup>

Varios factores contribuyen al desarrollo de problemas psicológicos en pacientes con AR. La historia natural de la enfermedad incluye exacerbaciones y remisiones contribuyendo a la ira, enojo, dolor, frustración y depresión.<sup>8</sup>

Las deformidades articulares, el deterioro de la función y la inhabilidad para trabajar es uno de los potenciales factores de perdidas socioeconómicas. Los pacientes con AR están más propensos a cambios de área laboral, retiro precoz y reducción de horas de trabajo además de esto otro factor preocupante en los pacientes son los potenciales efectos adversos a largo plazo de los medicamentos. Todo esto incrementa los niveles de stress y disminuyen la sensación de bienestar y calidad de vida.<sup>7</sup>

Los resultados de la AR, dolor crónico articular, emociones negativas, función alterada y exanimaciones continuas contribuye al desarrollo de la depresión.<sup>7</sup>

La prevalencia de depresión en pacientes con AR varía desde el 6.6% – 66.2% y depende de la localización geográfica y la escala de depresión empleada.<sup>3,7</sup> Además los pacientes con AR tienen probabilidades 5 veces mayor de experimentar episodios depresivos en comparación con la población general.<sup>3,6</sup>

A pesar que los mecanismos e interacciones entre la depresión y AR no son claramente conocidos, se sugiere que existen vías bidireccionales en donde la depresión influye en la actividad de la enfermedad y la actividad de la enfermedad influye en el desarrollo de la depresión.<sup>7</sup>

La depresión está asociada a una pobre respuesta clínica pobre adherencia y abandono del tratamiento.<sup>7</sup>

Los pacientes con AR que padecen de depresión tienen un incremento del 7.2% en costos médicos, niveles de dolor, discapacidad funcional y la mortalidad se duplica en comparación con pacientes con AR disminuyendo así la calidad de vida.<sup>3,6,26</sup>

A pesar de que la relación de AR y trastornos psicopsiquiátricos están vinculadas aun no se ha establecido una relación de AR con depresión.<sup>8</sup>

Muchos factores de riesgo asociados a la AR se han descrito en la literatura.<sup>7</sup> La edad avanzada, historia familiar, género femenino, bajo nivel de educación, factores hormonales y reproductivos como la lactancia materna, y el numero embarazos, factores de estilo de vida como el tipo de dieta, consumo de cigarrillo y obesidad está asociado al aumento en el riesgo de padecer AR.<sup>1,5,7,21</sup> Además la exposición al sílice y la periodontitis está asociado a un incremento de riesgo de AR.<sup>7</sup>

Numerosos factores ambientales contribuyen a la susceptibilidad de la AR, sin embargo no se ha determinado que una exposición específica sea el agente primordial.<sup>2</sup>

El consumo de cigarrillos es un factor de riesgo bien definido en pacientes seropositivos con AR en ciertas poblaciones tanto en hombre como en mujeres, con un odds ratio hasta el 3,02 para el desarrollo de AR.<sup>2,7</sup> La razón por lo cual

esto influye al desarrollo de la sinovitis no está establecido pero puede estar relacionado con una activación de la inmunidad innata.<sup>2</sup>

El consumo de cigarrillo (40 paquetes/año) incrementa el riesgo de padecer la enfermedad en un 1.4 – 2.2%.<sup>1</sup>

La AR es una de las enfermedades autoinmunes que es predominante en mujeres. El radio mujer/hombre es de 2:1 o 3:1 lo cual es significativo.<sup>2,7</sup>

El rol de los estrógenos se ha estudiado con varios métodos. Se ha demostrado que los autoanticuerpos que producen las células B por exposición al estradiol son más resistentes a la apoptosis.<sup>2</sup>

La nuliparidad también es considerada como factor de riesgo de AR, sin embargo no todos los estudios lo confirman. 2 El embarazo usualmente produce remisión de la enfermedad en el último trimestre debido a la tolerancia inmunológica.<sup>1,2</sup>

La lactancia materna disminuye el riesgo de padecer AR, la menarquia precoz y mujeres con periodos menstruales irregulares aumenta el riesgo de AR.<sup>1</sup>

## **CAPITULO II**

### **DEPRESION EN ENFERMEDADES CRONICAS**

La depresión es un problema importante de salud pública a nivel mundial, debido a la prevalencia que va desde un 2% a un 15% y también a que esta asociado con discapacidad.<sup>20</sup>

En el año 2000 fue calificada como la cuarta causa de carga extra en enfermedades crónicas y también es responsable de aproximadamente el 12% de discapacidad a nivel mundial. Sin tratamiento la depresión tiende a convertirse en una enfermedad de curso crónico , recurrente que a la larga causa discapacidad severa.<sup>17</sup>

En estados Unidos aproximadamente el 15% de la población en general presenta un episodio de depresión mayor durante su vida.<sup>17</sup>

Se estima en EEUU que 1 de cada 10 pacientes con enfermedad crónica padece de depresión mayor.<sup>17</sup>

La asociación entre enfermedades crónicas y depresión mayor están claramente establecidas por estudios transversales observándose un incremento de la prevalencia de síntomas y desordenes depresivos.<sup>8,19</sup> La incidencia de depresión se ha descrito en algunas patologías crónicas tales como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis, epilepsia entre otras.<sup>17</sup>

Si bien son útiles con fines descriptivos, las estimaciones de los estudios transversales no pueden aclarar relaciones temporales y son por lo tanto difíciles de interpretar. En algunos casos, se han empleado métodos longitudinales.<sup>8</sup>

Con una creciente población de edad avanzada, y el consiguiente aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, es de esperarse un aumento concomitante de la depresión, las proyecciones indican que después de las enfermedades cardiovasculares, se espera que la depresión se convierta en la segunda causa de enfermedad crónica para el año 2020.<sup>17,18</sup>

Brown y colaboradores realizaron un estudio para demostrar si la incidencia de Diabetes Mellitus aumenta en pacientes con depresión mayor, confirmando los informes reportados por “Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up Study”. Un estudio relacionado indico que la incidencia de depresión mayor no incrementaba en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.<sup>8</sup>

Se ha encontrado que los síntomas depresivos (en contraste a los desordenes psiquiátricos) se asocian a la incidencia de hipertensión arterial en dos estudios. Un estudio analizo los datos de “National Health and Nutrition Examination Survey” y el otro estudio analizo los datos de “CARDIA”. El único estudio que analizo la incidencia de hipertensión en asociación de desordenes depresivos fue el estudio Baltimore. Se obtuvo un odds ratio de 2,16 lo que indica un alto riesgo de HTA, sin embargo los resultados no fueron estadísticamente significativos.<sup>8</sup>

Las migrañas es otra condición que ha sido estudiada para determinar la relación con la depresión mayor en estudios longitudinales. Breslau y colaboradores reportaron que la depresión mayor incrementa la incidencia de migrañas.<sup>8</sup>

Efectos de episodios depresivos también se han estudiado con respecto a la perdida de la productividad y al pobre cuidado de la salud relacionada a la calidad de vida. A pesar de esta evidencia la depresión al igual que otros trastornos mentales, a menudo no se considera a la par con otras condiciones físicas crónicas de salud. Este es el motivo por el cual hay falta de atención a

nivel de la salud pública en este aspecto psicológico en las enfermedades crónicas.<sup>8,17</sup>

En el año 2007 Moussavi y colaboradores analizaron datos de la OMS escogiendo 60 países en total de los diferentes continentes, analizaron un total de 245404 participantes y se obtuvo que en ausencia de enfermedad crónica hubo solo del 2-3% de depresión pero este incrementa del 12-13% si el individuo padece una o más enfermedades crónicas.

Hasta la actualidad no se ha realizado una comparación exhaustiva de la depresión con otras enfermedades crónicas y sus efectos, ya sea individualmente o como comorbilidad sobre la salud del individuo.

## **CAPITULO III**

### **DEPRESION EN ARTRITIS REUMATOIDE**

Las enfermedades reumatológicas debido a la naturaleza irreversible y pobre respuesta clínica como la artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante o la artritis psoriatica cursan con dolor crónico e incapacidad. Los pacientes con estas enfermedades aparentemente incrementa el riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y enojo por la incapacidad que causan.<sup>1,11,13,15,16,18</sup> Se calcula que un 13,4% de pacientes con AR presentan diagnóstico de ansiedad y un 41,5% de depresión.<sup>12,22,23</sup>

La ansiedad se manifiesta como preocupación o tensión junto con una conducta de evitación y que puede ser desencadenada por la presencia de dolor y fatiga. La depresión se manifiesta como sentimientos de tristeza y/o impotencia que afecta con las actividades diarias del paciente.<sup>13</sup>

En la población en general la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor en mujeres que hombres. Existe factores de riesgo potencialmente severos en el desarrollo y mantenimiento de desordenes del estado de ánimo en enfermedades reumáticas; como por ejemplo las citoquinas proinflamatorias, limitación funcional, síntomas somáticos y la naturaleza impredecible e incontrolable de la enfermedad.<sup>13</sup>

Se ha demostrado diferentes mecanismos de cómo el distress psicológico influye en la respuesta clínica de la enfermedad. El distress puede interferir con la respuesta al estrés y producir resistencia glucocorticoide. Adicionalmente la depresión/ansiedad en pacientes con AR reduce la adherencia a los medicamentos y aumenta la severidad de los síntomas subjetivos como el dolor, sensibilidad en las articulaciones y disfunción física. Además la depresión/ansiedad produce un impacto en el comportamiento físico que podría

dar como resultado una reducción de los movimientos, pérdida de las endorfinas naturales aumentando los niveles de dolor.<sup>22</sup>

El tratamiento de ansiedad y depresión es importante por sí misma para los pacientes con AR. Otra razón de tratar el distress es debido a que esto afecta de cómo los pacientes son capaces de manejar su enfermedad e influye en la calidad de vida del paciente.<sup>13</sup>

La depresión clínica y subclínica se ha encontrado que son predictores independientes de mortalidad en la AR. Además los costos médicos y la pérdida de trabajo aumentan en pacientes con enfermedades reumáticas que sufren altos niveles de distress psicológico.<sup>13</sup>

La depresión psíquica constituye un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la cuarta causa de incapacidad y se estima que para el 2020 de acuerdo a los estudios de la Organización Mundial de Salud (OMS) será la segunda causa más frecuente en países desarrollados.<sup>16</sup>

La AR y la depresión mayor son enfermedades relativamente frecuentes en adultos y ancianos y pueden ocurrir en el mismo enfermo. En estos casos la depresión constituye un factor agregado de mal pronóstico vital y funcional.<sup>17,20</sup>

Los pacientes con AR y con historia de múltiples episodios de depresión reportan niveles más altos de dolor crónico.<sup>18</sup>

La depresión es más común en pacientes con artritis reumatoide en comparación con la población en general (5:1) afectando a 1.29 millones de adultos Americanos y está asociada con peor pronóstico a largo plazo, incremento de la morbilidad, dolor, fatiga, reducción de la calidad de vida, incremento de los niveles de discapacidad física e incremento de los costos de salud.<sup>14,15,17,19,20,23,24.</sup>

La prevalencia de depresión en artritis reumatoide varía entre el 9,5% y el 41,5%, duplicando el valor de la población general haciendo difícil establecer el impacto en este grupo de pacientes. Cuando la prevalencia se ajusta por género, estado civil, edad, la presencia o ausencia de una o más condiciones de salud aparte de la artritis reumatoide, el odds ratio de la depresión es 1.63.<sup>1,13,14,17</sup>

Existen varias razones por las cuales existe esta variación en la prevalencia de depresión en AR, la primera es por el termino de “depresión” no está claramente establecido. Darle un sentido a los síntomas depresivos en el contexto de una enfermedad crónica física es un reto, puede ser difícil distinguir entre pacientes con un desorden depresivo, del resto que demuestran una reacción normal conviviendo con una condición crónica debilitante. Además varios síntomas somáticos de depresión (fatiga, trastornos del sueño, y pérdida del apetito) pueden presentarse en pacientes con AR como parte del proceso de la enfermedad. Debido a esto los médicos han adoptado criterios diagnósticos para evitar falsos positivos que no incluyen ciertos síntomas que puedan ser confundidos con los síntomas propios de la enfermedad como por ejemplo la fatiga o la calidad de sueño. Debido a estas variaciones en cuanto a la definición de la depresión influyen en los valores de prevalencia de la enfermedad.<sup>14</sup>

La segunda causa podría ser que se dispone de muchos métodos disponibles para el diagnóstico de depresión.<sup>14</sup>

Un reciente metaanálisis demostró que los síntomas de depresión son más comunes en pacientes con AR en comparación con una población sana, independientemente de las características sociodemográficas.<sup>24</sup>

Un estudio longitudinal que examinó los patrones de depresión en artritis reumatoide demostró una alta proporción de pacientes fueron afectados por depresión crónica (9%) e intermitente (25%).<sup>12</sup>

Los pacientes con AR que presentan depresión concomitante tienen un 7,2% de incremento del dolor, fatiga, costos médicos y probabilidades de mortalidad en comparación con los pacientes con AR.<sup>15,16,22</sup> Por lo tanto es importante tener claros los factores que pueden conducir a la depresión para así establecer un tratamiento adecuado en el esquema de estos pacientes.<sup>15</sup>

Las consecuencias de los síntomas depresivos en la AR pueden variar y se ven influenciadas por la actividad de la enfermedad, persistencia del tratamiento y los resultados clínicos con la terapéutica implementada.<sup>24</sup>

## **DETERMINANTES**

Los factores predictivos de depresión en enfermedades reumatológicas reciben mayor atención que los factores predictivos de ansiedad.<sup>13</sup>

Los factores asociados con el desarrollo de depresión en AR son: jóvenes, sexo femenino, VHS elevada, estado civil, bajo nivel de educación y la mayor incapacidad funcional medida por HAQ. Además hay algunos factores clínicos y sociales relacionados con el desarrollo de depresión en los pacientes con AR y que son potencialmente susceptibles de intervención: éstos son las presiones de la vida diaria, confianza en la capacidad de enfrentar problemas y el grado de incapacidad física. La duración de la enfermedad reumática no parece influir en pacientes con o sin depresión.<sup>13,17</sup>

Las consecuencias desfavorables del proceso de la enfermedad por depresión podrían estar mediadas por citoquinas y pequeñas proteínas que ayudan a regular el sistema inmune. Durante la inflamación, las citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral (FNTα) y la interleucina 6

(IL-6) envían señales al cerebro que producen un comportamiento inadecuado consistente en un estado depresivo y otras respuestas no específicas como debilidad, inhabilidad para concentrarse y letargia.<sup>13</sup>

Sin embargo se ha demostrado en estudios trasversales que la actividad de la enfermedad está asociada con depresión en la artritis reumatoide.<sup>13</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de depresión clínica requiere una intervención y entrevista clínica por un profesional calificado como un psiquiatra o psicólogo clínico y el diagnóstico basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) o por la Clasificación Internacional de enfermedades. (CIE-10).<sup>13,14,17</sup> Sin embargo estas entrevistas son costosas y requieren de mucho tiempo por lo que no son ideales para examinar a pacientes en un ambiente hospitalario.<sup>14</sup>

Los reumatólogos deben estar pendientes ante la posibilidad de que un paciente padezca de depresión. Varios cuestionarios existen para ayudar a la correcta identificación de un estado depresivo.<sup>13,14,17,28</sup> (*Tabla 1*)

Estos cuestionarios son herramientas fáciles y sencillas de completar, que frecuentemente son utilizadas por investigadores para coleccionar grandes cantidades de información en una muestra grande, además que son costo efectivas en comparación con las entrevistas diagnósticas.<sup>15</sup>

## **TRATAMIENTO**

La presencia de depresión podría influir en la naturaleza de la enfermedad modificando los resultados esperados con la terapéutica anti-reumática dando como resultado una discontinuación de la medicación y por lo tanto una respuesta inadecuada de la enfermedad.<sup>24</sup>

La remisión clínica de la enfermedad es el objetivo final del tratamiento de la artritis reumatoide. Sin embargo no existe un “gold standard” para determinar la remisión de la enfermedad. En la práctica clínica se utiliza técnicas para poder determinar la remisión de la enfermedad, como el score de la actividad de la enfermedad (DAS disease activity score) y su derivado que es mas comúnmente utilizado el DAS-28.<sup>25</sup>

El estado depresivo o depresión leve, puede ocurrir sin síntomas vegetativos que son prevalentes en la depresión clínica tales como trastornos del sueño, cambios en el apetito y disminución de la energía. Muchos de estos pacientes presentan mejoría solo siendo monitorizados sin ayuda adicional. En estos casos se podría emplear ejercicios físicos y una consejería autopersonalizada.<sup>14</sup>

En Reino Unido, las siguientes medidas generales en el tratamiento en las guías del “National Institute for Health and Clinical Excellence”: 1) higiene del sueño y manejo de la ansiedad, 2) seguimiento riguroso durante 2 semanas, 3) ejercicios y 4) terapia del comportamiento cognitivo y soporte del profesional de la salud.<sup>14</sup>

Los antidepresivos no parecen ser más efectivos que el placebo en la depresión leve aguda o en la depresión leve mayor.<sup>14</sup>

Las drogas antidepresivas y las terapias psicológicas más extensivas como la psicoterapia personal no son recomendadas como tratamiento inicial sin embargo estas opciones se pueden ofrecer cuando los métodos convencionales fallan y no producen una adecuada respuesta.<sup>14</sup>

Por muchas décadas, los antidepresivos triciclicos fueron la primera línea de tratamiento en la depresión. Sin embargo en la actualidad las drogas de primera línea son los Inhibidores de la receptación selectiva de serotonina como fluoxetine, paroxetine, fluvoxamina, citalopram y la sertralina.<sup>14</sup>

Debido a que las citoquinas proinflamatorias pueden producir depresión, el bloqueo de las mismas con biológicos como el infliximab, etanercept o el adalimumad, pueden ser utilizadas como una nueva terapia de la depresión en pacientes con artritis reumatoide.<sup>14</sup>

Los antidepresivos son efectivos para el tratamiento agudo de depresión mayor moderada y severa e incluso en depresión mayor asociada a una enfermedad física. Los antidepresivos son relativamente seguros y efectivos en muchos pacientes, pero sin embargo no hay evidencia que reducen el riesgo de recurrencia una vez terminado el esquema.<sup>14</sup>

El tratamiento psicológico de la depresión va a variar dependiendo de la severidad de la misma. Un tratamiento combinado con medicamentos y psicoterapia provee una mejor respuesta que en el tratamiento solo.<sup>14</sup>

En los dos casos en la depresión leve o severa, para prevenir las recaídas o recurrencia el psicólogo clínico puede ofrecer una psicoterapia interpersonal.<sup>14</sup>

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico y explicativo. El área de estudio será en Guayaquil y el universo incluirá a todos los pacientes que acudan a la consulta externa de reumatología en el Hospital Luis Vernaza en el periodo de Septiembre del 2014 hasta Marzo del 2015.

La recolección de datos fue por entrevista directa, se obtuvo mediante un cuestionario proporcionado por el investigador. En este cuestionario se registrara la información necesaria con respecto a las variables previamente mencionadas, esto incluye el cuestionario PHQ-9 y HAQ-DI para la evaluación de depresión y discapacidad respectivamente.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO.**

Pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide de acuerdo a los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología , examen de laboratorio de proteína C reactiva realizado con un máximo de un mes antes de la consulta.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO.**

Diagnóstico previo de algún trastorno depresivo por un psiquiatra o psicólogo clínico.

## **VARIABLES.**

Artritis Reumatoidea : Variable cualitativa. Es un trastorno auto inmunitario en el cual el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano, especialmente a las articulaciones pequeñas pudiendo afectar a otras partes del cuerpo. Se la mide de acuerdo a los criterios del colegio Americano de Reumatología.

Depresión: Variable cualitativa. Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se lo medirá de acuerdo al cuestionario PHQ-9 el cual otorga un puntaje y un nivel indicando si existe depresión o no.

DAS28: Variable cuantitativa. Índice que valora la actividad de la enfermedad en la Artritis Reumatoide usando algunos parámetros, articulaciones inflamadas, articulaciones dolorosas, evolución global del paciente, evaluación global del médico y laboratorio (PCR).

HAQ-DI: Variable cuantitativa. El HAQ-DI es un cuestionario auto aplicado de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física auto percibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades.

PCR: Variable cuantitativa. Es una proteína plasmática circulante, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación. Se la mide en mg/l

Comorbilidades: Variable cualitativa. Trastorno que acompaña a una patología primaria.

Edad: Variable cuantitativa. Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta. Medida en años.

Sexo: Variable cualitativa. Condición orgánica que distingue a la mujer del hombre en los seres humanos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Artritis Reumatoide.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia y la relación entre la depresión y la actividad de la enfermedad según el DAS28 en pacientes con Artritis Reumatoide.
- Determinar la frecuencia y la relación entre la depresión y la calidad de vida de los pacientes según el HAQ-DI en pacientes con Artritis Reumatoide.
- Determinar la frecuencia y la relación entre la depresión y más comorbilidades asociadas en pacientes con Artritis Reumatoide.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se presentaron los datos en tablas de acuerdo a las variables del estudio, luego se las tabulará de acuerdo a los objetivos del estudio y se representaran con gráficos proporcionados por el programa de Microsoft Excel 2010.

Los datos adicionalmente fueron cargados y analizados en un programa SPSSV.22. Se utilizo el coeficiente de correlación de Spearman para establecer las relaciones.

## RESULTADOS

Se analizaron 142 pacientes en total todos con diagnóstico de AR , se obtuvo que el 91.5% (n=130) eran mujeres y el 8.5% (n=12) correspondía a hombres , con una media de edad de 51.04 años siendo el máximo de edad 90 años y el mínimo 20 años. (*Tabla2. Grafico1*)

Se analizó la puntuación obtenida en el cuestionario PHQ-9 y se obtuvo que el 62.68% (n=89) tuvo una puntuación entre 0-4 indicando que no tienen síntomas depresivos, el 21.13% (n=30) obtuvo una puntuación entre 5-9 indicando síntomas de depresión leve, el 9.15% (n=13) obtuvo una puntuación entre 10-14 indicando síntomas de depresión moderada, el 4.93% (n=7) obtuvo una puntuación entre 15-19 indicando síntomas de depresión moderadamente severa y el 2.11% (n=3) obtuvo una puntuación entre 20-27 indicando síntomas de depresión severa. En total el 37.32% (n=53) de la población analizada tiene depresión asociada a su AR. (*Tabla3. Grafico2*)

Se estudio a los pacientes que tienen depresión y AR y se los relacionó con la actividad de su enfermedad mediante el DAS28 y se obtuvo que el 11.27% (n=16) se encuentra en remisión, el 6.34% (n=9) se encuentra en actividad baja de la enfermedad, el 14.79% (n=21) se encuentra en actividad moderada de la enfermedad y el 4.93% (n=7) se encuentra en actividad alta de la enfermedad, y se estableció la relación entre la actividad de la enfermedad y los niveles de depresión y se demuestra que los niveles de depresión aumentan un 24,26% mientras más nivel de DAS28 existe ( $p=0.02$ ). (*Tabla4. Grafico3*)

Así mismo se los relaciono con la calidad de vida de acuerdo a la discapacidad que poseen según el cuestionario HAQ-DI y se obtuvo que el 16.10% (n=23) tienen discapacidad leve, el 14.08% (n=20) tienen discapacidad moderada y el 7.04% (n=10) tienen discapacidad severa, estableciendo que la depresión

aumenta en un 52% mientras mayor sea el nivel obtenido en el cuestionario HAQ-DI ( $p=0.000$ ). (*Tabla5. Grafico4*)

Además se estudio la presencia de otras comorbilidades en los pacientes con AR y depresión y se obtuvo que el 12.67% ( $n=18$ ) tienen hipertensión arterial, el 4.22% ( $n=6$ ) tienen diabetes mellitus, el 8.44% ( $n=12$ ) enfermedad tiroidea, el 11.97% ( $n=17$ ) enfermedad gástrica, el 5.63% ( $n=8$ ) alergias, el 1.40% ( $n=2$ ) neoplasia, el 9.15% ( $n=13$ ) sobrepeso, el 2.81% hábito de tabaco ( $n=4$ ), el 0.70% ( $n=1$ ) consumo de bebidas alcohólicas y el 24.64% ( $n=35$ ) menopausia ( $OR= p=0.000$ ). (*Tabla6. Grafico5*)

## DISCUSIÓN

La depresión y sus síntomas suelen ser comunes en pacientes que padecen de AR debido muchas veces al deterioro de la salud y calidad de vida de estos pacientes.

En este estudio evaluamos 142 pacientes con diagnóstico de AR según los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología, demostrando que la prevalencia de depresión independientemente del nivel en que este se encuentre es del 37.32% coincidiendo con el meta análisis realizado por Matcham et al.<sup>13</sup>

Al estudiar y analizar la relación entre la depresión y la actividad de la enfermedad se demostró que la mayoría de nuestros pacientes se encontraban con enfermedad activa (63.38%) baja, moderada y alta independientemente y esto aumentaba los síntomas depresivos en un 24.26% ( $p=0.02$ ) concordando con el estudio de Dickens et al. 2002; Wang et al. 2014 confirmó que existe una relación directa entre la depresión y los síntomas de dolor y malestar en los pacientes con AR.<sup>26,29</sup>

Se evidencio que la mayoría de los pacientes con AR sufren discapacidad en su mayoría (68.31%) discapacidad leve, y analizando la relación entre la depresión y el nivel de discapacidad este demostró que que los síntomas depresivos aumentan en un 52% ( $p=0.000$ ) mientras mayor sea la puntuación del cuestionario HAQ-DI por ende mayor el nivel de discapacidad, estos datos concuerdan con los que obtuvo Wolfe en el año 2000 indicando adicionalmente que debe valorarse el estado y actividad de la enfermedad junto a este cuestionario.<sup>1,20</sup>

En cuanto a la presencia de mas comorbilidades adicionales en pacientes con AR que sufren depresión, se encontro en un estudio realizado por Patten et al.2008 que en pacientes que sufren mas de una patología crónica de larga

data tienen un riesgo mayor de padecer depresión o presentar síntomas compatibles con un cuadro depresivo, no obstante no existe evidencia directa sobre comorbilidades asociadas a pacientes con AR.<sup>9</sup> Nuestros datos revelaron que la mayoría de los pacientes con AR y depresión presentan una comorbilidad asociada incluso algunos presentan mas de una, pero la menopausia en la poblacion femenina presenta un riesgo significativo ( $p=0.000$ ) mayor a provocar síntomas depresivos o depresión en los pacientes con AR.

Si bien en el Ecuador actualmente no existen estudios registrados que demuestren a la depresión como un problema en los pacientes que padecen de AR, se puede demostrar con estos datos obtenidos que la depresión en este tipo de pacientes esta asociada a la actividad que esta enfermedad esta teniendo en los pacientes y a como afecta la AR en las actividades diarias de estos pacientes.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

La depresión en los pacientes que sufren de AR debe ser considerada una comorbilidad importante en este grupo de personas, estos síntomas depresivos van de la mano con la sintomatología del paciente pudiéndose demostrar que mientras mas activa se encuentre la enfermedad se incrementa la presencia de sintomatología depresiva, así mismo la afectación en actividades de la vida diaria como comer, bañarse o cargar objetos por la evolución natural y discapacitante de la AR también aumenta los niveles de depresión en el grupo de pacientes con AR.

En base a nuestras conclusiones se recomienda:

Hacer un estudio multicentrico para así poder evaluar una mayor cantidad de pacientes y determinar una significancia real en cuanto a la relación de actividad de enfermedad y calidad de vida en pacientes con depresión y padezcan de AR.

Se recomienda hacer un estudio comparativo en donde se evalúe opciones terapéuticas de los diferentes pacientes con AR y determinar si esto influye o no en la presencia de síntomas depresivos.

Se recomienda ampliar la población de pacientes femeninas con AR que adicionalmente padezcan de depresión y verificar si la significancia es real con las mujeres postmenopáusicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roma Izabela, Laurengo Mariana, Da Silva, Arruda Gustavo, De Assis Marcos, Karan Pedro. QUALITY OF LIFE IN ADULTS AND ELDERLY PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. *Revista Brasileira De Reumatologia*. Elsevier. 2014; 54(4): 279-286.
2. Firestein Gary S. ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS. *Rheumatoid Arthritis*. Part 9. Chapter 65. Pages 1035-1086. 2010.
3. McInnes Iain, Schett Georg. THE PATHOGENESIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS. *N Engl J Med* 2011; 365: 2205-19.
4. Wasserman Amy. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS. Boston University School Of Medicine. American Academy of Physician. Volume 84, Number 11. 2011.
5. Gerlag Danielle, Norris Jill, Tak Paul. TOWARDS PREVENTION OF AUTOANTIBODY-POSITIVE RHEUMATOID ARTHRITIS: FROM LIFESTYLE MODIFICATION TO PREVENTIVE TREATMENT. *British Society Of Rheumatology*. 2015.
6. Bradley Laurence, Silver Jonathan, Solomon David. PSYCHOSOCIAL FACTOR AND RHEUMATIC DISEASE. 2015. <http://www.uptodate.com>.
7. Nam Son Chang, Choi Go, Lee So-Yeon et al. SLEEP QUALITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS, AND ITS ASSOCIATION WITH DISEASE ACTIVITY IN A KOREAN POPULATION. *Korean J Intern Med* 2015; 30: 384-390.
8. Patten Scott, Williams Jeanne et al. MAJOR DEPRESSION AS A RISK FACTOR FOR CHRONIC DISEASE INCIDENCE: LONGITUDINAL ANALYSES IN A GENERAL POPULATION COHORT. *General Hospital Psychiatry* 30 (2008) 407-413. <http://www.sciencedirect.com>.
9. Williams John, Nieuwsma Jason et al. SCREENING FOR DEPRESSION. 2015. <http://www.uptodate.com>.
10. Freire Mercedes, Rodríguez Jesus, Moller Ingrid et al. PREVALENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA EN CONSULTAS DE REUMATOLOGIA. *Reumatol Clin*. 2011; 7(1): 20-26. Elsevier.
11. Geenen Rinie, Newman Stanton, Phil D et al. PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES AND

ANXIETY OR DEPRESSION. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 26 (2012) 305-319. Elsevier.

12. Matcham Faith, Rayner Lauren, Steer Sophia, Hotopt Matthew. THE PREVALENCE OF DEPRESSION IN RHEUMATOID ARTHRITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *British Society of Rheumatology*.2013.

13. Lin Miao, Guo How, Lu Ming, Livnech Hanoch, Lai Ning, Tsai Tzung. INCREASED RISK OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A SEVEN YEAR POPULATION-BASED COHORT STUDY. *Clinics* 2015;70(2):91-96.

14. Hernández César, Berrocal Karina, Llauca Blanca, Ramirez Wendy. CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS Y CLINICAS ASOCIADAS A DEPRESION MAYOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. *Rev med panacea*.2013;3(1):15-18.

15. Velasquez Xlmena, Pizarro Claudia, Pizarro Paula, Massardo Loreto. LA DEPRESION EN ARTRITIS REUMATOIDEA. *Reumatologia* 2002; 18(2):49-52.

16. Rogers HL, Brotherton HT, de Luis A, Olivera-Plaza SL, Córdoba-Patiño AF, Peña-Altamar ML. DEPRESSIVE SYMPTOMS ARE INDEPENDENTLY ASSOCIATED WITH PAIN PERCEPTION IN COLOMBIANS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. *Acta Reumatol Port*.2015;40:40-49.

17. Bacconnier Ludovic, Rincheval Nathalie, Flipo Rene et al. PSYCHOLOGICAL DISTRESS OVER TIME IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS: RESULTS FROM A LONGITUDINAL STUDY IN AN EARLY ARTHRITIS COHORT. *British Society for Rheumatology*.2014.

18.Yaser Imram Muhammad, Anwer Khan Saira, Ahmad Nighat Mir et al. DEPRESSION IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS RELATION TO DISEASE ACTIVITY. *Pak J Med Sci* 2015;31(2):393-397. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.312.6589>.

19. Wolfe Frederick, Hawley Donna. THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL ACTIVITY AND DEPRESSION IN RHEUMATOID ARTHRITIS. *J Rheumatology* 1993;20:2032-7.

20. Joshi Namita, Khanna Rahul, Shah Ruchit. RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND PHYSICAL ACTIVITY, DISABILITY, BURDEN AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH ARTHRITIS. *Population Health Management*. Volume 9, Number 0 , 2014. DOI 10.1089/pop.2014.0062.

21. Callhoff Johanna, Albretch Katinka, Schet Georg et al. DEPRESSION IS A STRONGER PREDICTOR OF THE RISK TO CONSIDER WORK DISABILITY IN EARLY ARTHRITIS THAN DISEASE ACTIVITY OR RESPONSE TO THERAPY. *RMD Open* 2015;1:e000020.doi:10.1136/rmdopen-2014-000020.
22. Matcham Faith, Norton Sam, Scott David et al. SYMPTOMS OF DEPRESSION AND ANXIETY PREDICT TREATMENT RESPONSE AND LONG-TERM PHYSICAL HEALTH OUTCOMES IN RHEUMATOID ARTHRITIS: SECONDARY ANALYSIS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Birtish Society for Rheumatology*.2015.
23. Dickens Chris, McGowan Linda, Clark-Carter David et al. DEPRESSION IN RHEUMATOID ARTHRITIS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE WITH META-ANALYSIS. *Psychosomatic Medicine* 64:52-60.2002.
24. Rathbun A, Harrold L, Reed G. A DESCRIPTION OF PATIENT-AND RHEUMATOLOGIST-REPORTED DEPRESSION SYMPTOMS IN AN AMERICAN RHEUMATOID ARTHRITIS REGSTRY POPULATION. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2014.
25. Inanc Nevsun, Yilmaz - Oner Sibel, Can Meryem et al. THE ROLE OF DEPRESSION, AXIETY, FATIGUE AND FIBROMYALGIA ON THE EVALUATION OF THE REMISSION STATUS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. *J Rheumatol* 2014;41:1755-1760.
26. Wang Shu, Chang Cheng, Hu Li et al. RISK OF DEVELOPING DEPRESSIVE DISORDERS FOLLOWING RHEUMATOID ARTHRITIS : A NATIONWIDE POPULATION-BASED STUDY. *PLoS ONE* 9(9): e107791. doi:10.1371/journal.pone.0107791. 2014.
27. Iaquina Monica, McCrone Susan. AN INTEGRATIVE REVIEW OF CORRELATES AND PREDICTORS OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. *Archives of Psychiatric Nursing* (2015). Elsevier.
28. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9). National Council for Osteopathic Research.NCOR.2013.

## **GLOSARIO**

AR : Artritis Reumatoidea

FR: Factor Reumatoideo

PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente de 9 ítems

HAQ-DI: Índice de discapacidad de cuestionario de evaluación de salud

DAS28: Escala para valorar actividad en artritis

OR: Odds Ratio

## ANEXOS

### TABLAS

HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, a 7-item anxiety subscale and a 7-item depression subscale
HAM-D or HDRS, Hamilton Rating Scale for Depression, 17 items
MHI-5, Mental Health Inventory, 5 items [
CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, 20 items
BDI-II, Beck Depression Inventory, 21 items
PHQ-9, Patient Health Questionnaire, 9 items

*Tabla 1.- Cuestionarios de auto-reporte para la detección del estado depresivo*

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	130	91.55%
Masculino	12	8.45%
Total	142	100%

*Tabla 2.- Frecuencia de pacientes con AR según sexo.*

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	%
Sin Depresión	89	62.68%
Depresión Leve	30	21.13%
Depresion Moderada	13	9.15%
Depresión Moderadamente Severa	7	4.93%
Depresión Muy Severa	3	2.11%
Total	142	100%

*Tabla 3.- Prevalencia de pacientes con AR que sufren depresión.*

ACTIVIDAD DE AR SEGUN DAS28	FRECUENCIA	%
Remisión	16	11.27%
Actividad Baja	9	6.34%
Actividad Moderada	21	14.79%
Actividad Alta	7	4.93
Total	53	37.32%

*Tabla 4.- Frecuencia de la actividad de la enfermedad segun DAS28 en pacientes con AR y depresión.*

DISCAPACIDAD SEGUN CUESTIONARIO HAQ-DI	FRECUENCIA	%
Discapacidad Leve	23	16.10%
Discapacidad Moderada	20	14.08%
Discapacidad Severa	10	7.04%
Total	53	37.32%

*Tabla 5.- Frecuencia de la calidad de vida segun el cuestionario HAQ-DI en pacientes con AR y depresión.*

Comorbilidades	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	18	12.67%
Diabetes Mellitus	6	4.22%
Enfermedad Tiroidea	12	8.44%
Enfermedad Gástrica	17	11.97%
Alergias	8	5.63%
Neoplasias	2	1.40%
Sobrepeso	13	9.15%
Tabaco	4	2.81
Alcohol	1	0.70
Drogas	0	0%
Menopausia	35	24.64%

*Tabla 6.- Frecuencia de comorbilidades en pacientes con AR y depresión.*

## GRÁFICOS

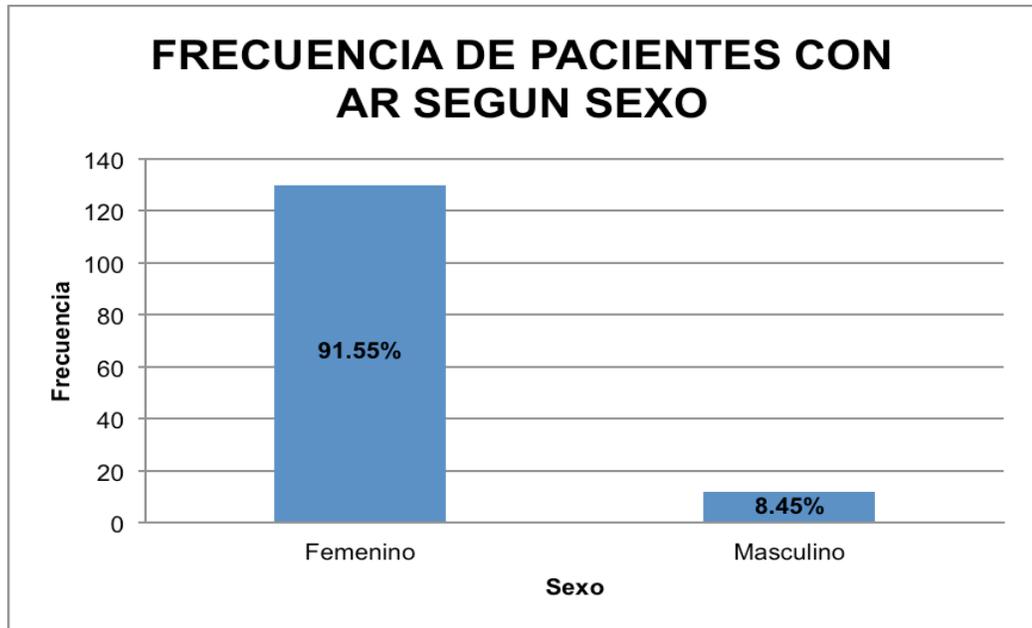


Gráfico 1. Frecuencia de pacientes con AR según sexo.

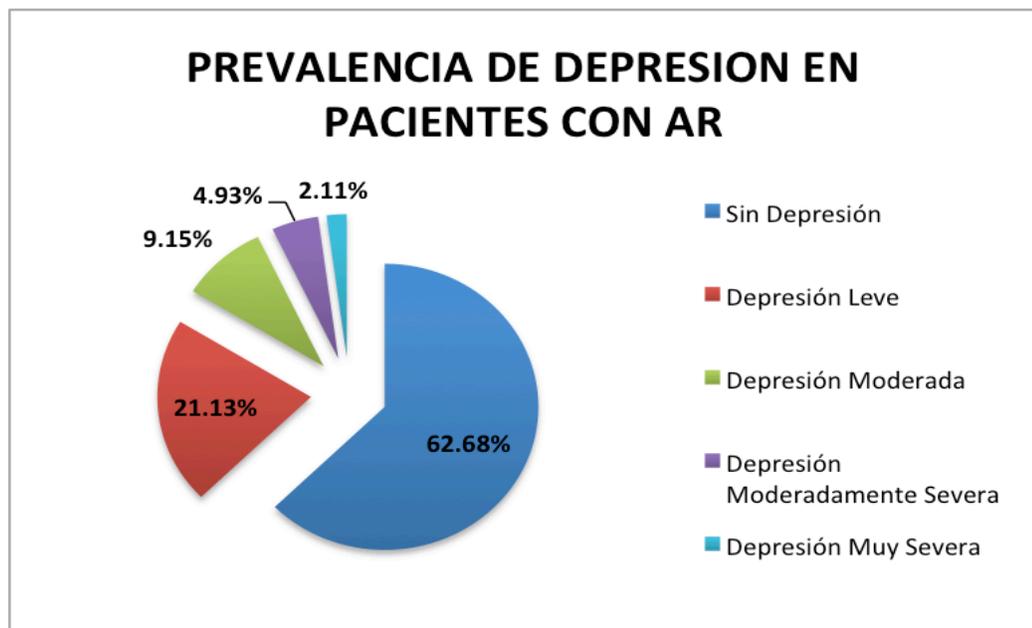


Gráfico 2. Prevalencia de depresión en pacientes con AR.

### FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD SEGUN DAS28 EN PACIENTES CON AR Y DEPRESION

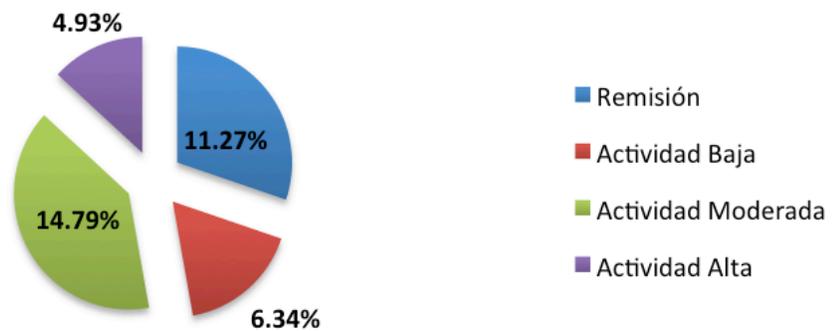


Grafico 3. Frecuencia de la actividad de la enfermedad según DAS28 en pacientes con AR y depresión

### FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA SEGUN CUESTIONARIO HAQ-DI EN PACIENTES CON AR Y DEPRESION

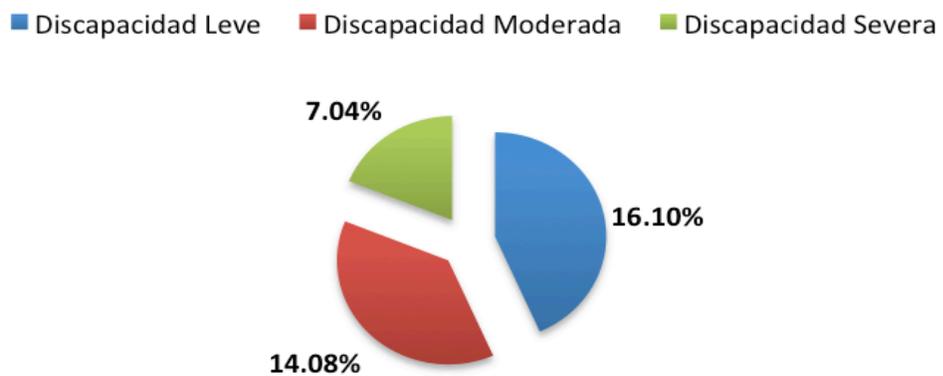


Gráfico 4. Frecuencia de calidad de vida según cuestionario HAQ-DI en pacientes con AR y depresión.

### FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON AR Y DEPRESION

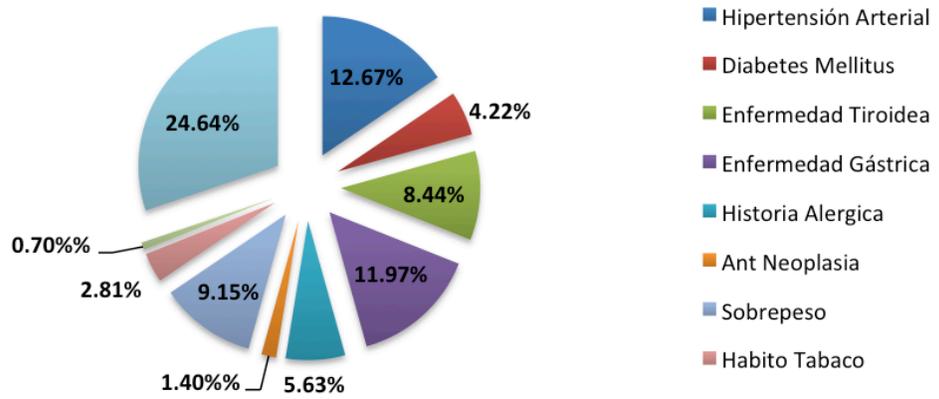


Gráfico 5. Frecuencia de comorbilidades en pacientes con AR y depresión.



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, Ferro Gutierrez Christian Arnaldo, con C.C: 0918580838 autor del trabajo de titulación: Prevalencia De Depresión Y Calidad De Vida En Pacientes Con Artritis Reumatoidea Que Acuden A La Consulta Externa Del Hospital Luis Vernaza Durante El Periodo De Septiembre Del 2014 A Marzo Del 2015, previo a la obtención del título de MÉDICO en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, 22 de abril de 2016

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Ferro Gutierrez Christian Arnaldo

C.C:0918580838

# **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

## **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	<b>Prevalencia De Depresión Y Calidad De Vida En Pacientes Con Artritis Reumatoidea Que Acuden A La Consulta Externa Del Hospital Luis Vernaza Durante El Periodo De Septiembre Del 2014 A Marzo Del 2015</b>		
<b>AUTOR(ES) (apellidos/nombres):</b>	Ferro Gutierrez Christian Arnaldo		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):</b>	Vasquez Cedeño Diego Antonio Rios Acosta Carlos Ramon		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	22 de abril del 2016	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	53
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Interna - Problemas Crónicos Degenerativos - Discapacidades		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Artritis Reumatoidea, depresión, actividad de la enfermedad, DAS28, calidad de vida, cuestionario HAQ-DI, comorbilidades, menopausia.		

## RESUMEN/ABSTRACT

**Antecedentes:** La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta en su mayoría a personas en edad productiva de vida. La depresión es una importante comorbilidad en pacientes con AR. Se cree que los síntomas depresivos van de la mano con la actividad de la enfermedad, la discapacidad que esta ha causado en quienes la padecen y mas comorbilidades o enfermedades crónicas asociadas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Artritis Reumatoidea. **Método:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico y explicativo que utilizo una muestra de 142 pacientes (130 mujeres y 12 hombres con una media de edad de 51.04 años), con AR atendidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre 2014 - marzo 2015. Se valoró la presencia de síntomas o estados depresivos segun el cuestionario PHQ-9, actividad de la enfermedad segun el DAS28, calidad de vida mediante el cuestionario HAQ-DI y presencia de comorbilidades. **Resultados:** La prevalencia de depresión en pacientes con AR es del 37.32% (n=53) , se determinó que el nivel de depresión aumenta un 24.26% mientras mas alto sea la actividad de la enfermedad segun DAS28 (p=0.02), además que el nivel de depresión aumenta un 52% mientras mas sea la discapacidad obtenida según el cuestionario HAQ-DI (p=0.000), y en cuanto a las comorbilidades se encontró una asociación entre la depresión y la menopausia (p=0.000). **Conclusiones:** Se evidenció la presencia de depresión en pacientes que padecen de AR y debe ser considerada una comorbilidad importante. La actividad moderada de la enfermedad , las limitaciones en actividades diarias y comorbilidades asociadas son considerados factores de riesgo para el desarrollo de depresión.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0990351644	E-mail: ferroarna92@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño , Diego Antonio	
<b>COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE</b>	<b>Teléfono:</b> 0982742221	
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:diegoavasquez@gmail.com">diegoavasquez@gmail.com</a>	

<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>	
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	