



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NUCLEO BOLIVAR.
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

**FRECUENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y SU
INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE.**

Asesor.

Dr: Félix Ramos.

Trabajo de grado presentado por:

Br: Marly Mosquera Herrera.

C.I: 13.799.982

Br: Yris Dayana Salazar Millán.

C.I: 15.633.112

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO
CIRUJANO**

Ciudad Bolivar, Junio 2008.



INDICE

INDICE	II
DEDICATORIA	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTOS	VI
INDICE DE TABLAS.....	VII
RESUMEN.....	IX
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.	11
OBJETIVOS.....	13
Objetivo General.	13
Objetivos Específicos.....	13
METODOLOGÍA.	15
Tipo de investigación:	15
Diseño de la investigación:	15
Universo:	15
Muestra:	15
Criterios de inclusión:	15
Criterios de exclusión:	16
Instrumento de recolección de la información:	16
Análisis Estadístico:	16
RESULTADOS.....	17
Tabla N° 1	20
Tabla N° 2	21
Tabla N° 3	22
Tabla N° 4	23
Tabla N° 5	24
Tabla N° 6	25



Tabla N° 7	26
Tabla N° 8	27
Tabla N° 9	28
Tabla N° 10	29
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	30
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
APENDICE.....	41
ANEXOS	45



DEDICATORIA

Mami si pudiera te regalaría todas las estrellas del cielo, pero como esta algo complicado, por no decir imposible... Entonces te regalo y dedico esto!..

Quiero que sientas que este objetivo logrado es todo tuyo!.. Por que gracias a tu apoyo he cumplido este sueño y debes saber que constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Aunque se que no existe ni existirá una forma de agradecer que tu vida haya estado llena de lucha, sacrificio y esfuerzo solo para nosotras... Recuerdo que una vez dijiste que la ilusión de tu vida era hacernos mujeres de provecho, que tuviéramos las herramientas para construir una vida feliz, haciendo lo que quisiéramos... Pues hoy quiero que sepas que soy feliz!... Que mi vida hasta ahora ha sido hermosa, llena de valiosos momentos!... Gracias, porque me has brindado todo al haberme dado lo mejor de tu existencia... Gracias, por que siempre me hiciste sentir protegida... Gracias, por atreverte a dar y a dejar todo por nosotras!...

Seguro eres el Ángel de la Guarda que Dios destino para mi. Y teniendo como madre a una mujer como Tú, ya lo tengo todo!

Marly.



DEDICATORIA

Señor, gracias por esta maravillosa aventura, momentos inolvidables quedaran por siempre en mi memoria. Eres MI FUERZA, MI RAZON Y MI ALEGRIA. A TI quiero dedicar este logro tan importante.

A mamá Carmen, gracias por creer en mí, por no abandonarme en esta larga carrera, siempre estuviste a mi lado, Tú eres mi ejemplo a seguir!

A mi papá Jesús, trabajador incansable, que me ha contagiado su espíritu de lucha, cada día de mi vida.

A mis hermanos: Jesús Alberto y José Gregorio, mis eternos compañeros! Y a ti también Ka...mi otra hermanita jeje. Gracias por su apoyo, que Dios les Bendiga!

A mamá Gordis, gracias por reconfortarme en momentos de tristeza, tus palabras siempre dejaban en mí unas ganas enormes de sonreír a los problemas.

Jajaja a mis compinches, Allys, María de los Ángeles, Marly y Jackeline, juntas aprendimos a convertir este Arte en el motor que nos impulsa. Gracias por tantos momentos bonitos. Son las mejores, las quiero mucho!

A todas las personas que forman parte de mi vida y aquellas que ya no están a mi lado, llegue mi eterno agradecimiento, que Dios ilumine su Espíritu y llene su corazón de bendiciones.

Yris Dayana.



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente a: LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE, institución que nos brindo la oportunidad de convertir nuestro gran sueño en una hermosa realidad.

A la Escuela de Ciencias de la Salud Dr: Francisco Battistini Casalta, nuestro segundo hogar, y a todo su personal, gracias por su valiosa colaboración. Siempre los recordaremos.

A la Dra: Carlota Acosta, sin su ayuda este proyecto no tendría sentido, gracias por apoyarnos, por orientarnos, por creer en nosotras y sobre todo por no abandonarnos. Que Dios la bendiga.

Al Dr: Félix Ramos, mil gracias por sus consejos, usted forma parte importante en esta investigación.

A la Dra: Rita Pérez, ser humano hermoso, médico y maestra de verdadera vocación y entrega, gracias por sus valiosas recomendaciones, nuestro cariño y respeto para usted.

A toda la gente que labora en los distintos departamentos de la Unidad Regional de Reumatología: médicos, enfermeras, personal de historias medicas, secretarias. Nos hicieron sentir como en casa. Su ayuda ha sido imprescindible.

A nuestros pacientes, mujeres y hombres dignos, perseverantes, valientes, ustedes han sido la razón de todo esto. Gracias a todos.

. Yris y Marly



INDICE DE TABLAS

N°		PAG
1	Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según sexo. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008.	16
2	Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según grupo etario. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008.	17
3	Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según grado de instrucción. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008.	18
4	Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según ocupación. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008.	19
5	Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según status laboral. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008.	20
6	Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según estado civil. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008.	21



- Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según tiempo de diagnóstico. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008. 22
- 7
- Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según estado de la enfermedad. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008. 23
- 8
- Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según capacidad funcional. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008. 24
- 9
- Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según comorbilidad. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007 a Febrero de 2008. 25
- 10



Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de pacientes con Artritis Reumatoide.

Marly Mosquera Herrera.

Yris Salazar Millán.

RESUMEN

La Artritis Reumatoide es una enfermedad sistémica de etiología desconocida y patogenia autoinmune, caracterizada por una sinovitis crónica erosiva poliarticular, cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, radiológicos y biológicos. Partiendo de esto se planteó una investigación cuyo propósito fundamental es determinar la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de pacientes con AR. Este Estudio es, descriptivo, de corte transversal, prospectivo, sobre la frecuencia del TDM. Se evaluaron 76 pacientes con diagnóstico de AR que consultaron la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de Ciudad Bolívar en el periodo comprendido entre los meses de Julio de 2007 a febrero de 2008. Se pudo observar que 10 pacientes (13,1%) presentaron clínica severa de TDM, 23 pacientes (30,3%) presentaron depresión moderada y 43 pacientes (56,6%) ausencia de trastorno depresivo. El sexo femenino resultó ser el más afectado por TDM severo en un 13,1% (10 pacientes), mientras que 26,3% (20 mujeres) y 3,9% (3 hombres) cursaban con depresión moderada. El grupo etario más afectado por TDM severo se encontró entre los 40- 59 años de edad en un 6,6% (5 pacientes), seguido por el grupo de personas mayores de 60 años en un 5,2% (4 pacientes), y el grupo etario entre los 18- 39 años, 1,3% (1 paciente). De la misma forma se evidenció para depresión moderada, siendo el grupo de 40- 59 años el más afectado, 15,9% (12 pacientes), seguido por los mayores de 60 años 10,5% (8 pacientes). El TDM severo predominó en las personas con nivel educativo básico 7,9% (6 pacientes), mientras que 3,9% (3 pacientes) eran analfabetas. La depresión moderada afectó en mayor proporción a los individuos con escolaridad básica, 14,5% (11 pacientes), y 9,3% (7 pacientes) alcanzaron nivel de educación media y diversificada. Las amas de casa resultaron ser las más afectadas, 7,9% (6 pacientes) y 14,4% (11 pacientes) para TDM severo y moderado respectivamente. La mayoría de los individuos estaban desempleados 9,2% (7 pacientes) con TDM severo y 15,9% con depresión moderada. En relación al estado civil un 5,3% (4 pacientes) con TDM severo estaban casados, 3,9% (3 pacientes) separados y viudos respectivamente. Con respecto a depresión moderada, la misma frecuencia se observó en personas casadas y separadas 9,3% (7 pacientes), seguidos por quienes se encontraban solteros, unidos o viudos, 3,9% (3 pacientes). Según el tiempo de



evolución, se pudo observar una mayor frecuencia en individuos con mas de 10 años de diagnóstico 9,3% (7 pacientes) para TDM severo y 17,2% (13 pacientes) con depresión moderada. En cuanto al estadio clínico, el trastorno severo fue mas frecuente en individuos con enfermedad en fase inactiva 7,9% (6 pacientes), en cambio la depresión moderada afecto mas a las personas con AR en fase activa (rigidez matutina de mas de 45 minutos de duración, inflamación de mas de 3 áreas articulares), 19,7% (15 pacientes). En la escala para capacidad funcional de Steinbrocker, 5,2% (4 pacientes) con TDM severo y 18,5% (14 pacientes) con depresión moderada, se ubicaron en la clasificación II, con capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones. La enfermedad asociada más frecuente tanto para TDM severo como para el moderado fue la Hipertensión Arterial en un 5,2% (4 pacientes) y 14,2% (11 pacientes), respectivamente. Diabetes Mellitus, Drepanocitosis, Escoliosis y Vitiligo, también se presentaron con cierta frecuencia en estos pacientes; sin embargo, pacientes que presentaron trastorno depresivo tanto moderado como severo no tenían comorbilidad.

Palabras claves: Artritis reumatoide (AR), trastorno depresivo mayor (TDM).



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas se remontan en antigüedad probablemente hasta los orígenes de la especie humana. Evidencias paleontológicas revelan datos sobre la existencia de cambios osteoartríticos en esqueletos de especies que precedieron al hombre en millones de años.¹ Constituyen un grupo sumamente heterogéneo, con diversas formas de expresión en el orden clínico pudiendo alcanzar ribete de gravedad cuando adquieren carácter sistémico.

Estas enfermedades son las que con mayor frecuencia afectan a la humanidad, por lo que podemos afirmar, que prácticamente todos los adultos han presentado un padecimiento reumático en algún momento de su vida.²

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida y patogenia autoinmune, caracterizada por una sinovitis crónica erosiva poliarticular, cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, radiológicos y biológicos.³

El análisis de hallazgos paleopatológicos sugieren la existencia de AR en América desde 8000 años a. C. y en Europa desde el siglo VII d. C, sin embargo la primera descripción de AR se le acredita a Agustín- Jacob Landré-Beauvais, quién en su tesis en París en 1800 describió a nueve mujeres y consideró haber encontrado una variante de la gota que denominó Goutte Asthenique Primitive.¹

Esta enfermedad aqueja aproximadamente al 1% de la población humana, con una incidencia mujer- varón 3:1 y produce síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión.^{4, 5, 6}



La prevalencia aumenta con la edad, y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. La AR se observa en todo el mundo y afecta a todas las razas, sin embargo, la incidencia y la gravedad son aparentemente menores en las áreas rurales de África Subsahariana y en las personas de raza negra del Caribe.⁷

Su inicio es más frecuente durante el cuarto y quinto decenio de la vida, de forma tal que el 80% de todos los pacientes contrae la enfermedad entre los 35 y los 50 años.⁷

Aunque existe una amplia gama de manifestaciones sistémicas en esta enfermedad, el signo esencial es la capacidad de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago, con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores.⁷

A pesar de no conocerse su patogenia, se asume que el elemento desencadenante que convierte a un individuo genéticamente predispuesto, en otro con una respuesta inmunitaria exagerada, es de origen ambiental. El primer evento patogénico probablemente esté mediado por la activación de las células T dependientes de antígenos. Hoy en día se desconoce cuál es el elemento exógeno que causa esta alteración de la respuesta inmunitaria, que puede ser único o diverso y, además, puede ser igual para todos los individuos o, por el contrario, diferir entre los sujetos afectados.⁸

En los últimos años se ha realizado un enorme esfuerzo para intentar identificar los clones de linfocitos T que originan los primeros eventos en el proceso de destrucción articular en la AR, ya que esto podría ayudar a definir la naturaleza y la estructura del antígeno inicial. Sin embargo, no se ha logrado alcanzar este objetivo, entendiéndose que probablemente sean múltiples los antígenos involucrados



en la iniciación del proceso inflamatorio en un huésped predispuesto. La activación de los linfocitos T desencadena múltiples efectos como la proliferación de células sinoviales y endoteliales, el reclutamiento de otras células proinflamatorias presentes en la circulación sanguínea, como monocitos/macrófagos y células B, la secreción de citocinas y proteasas desde macrófagos y células fibroblásticas y, por último, la producción de autoanticuerpos.⁸

Los linfocitos T constituyen el 50% de las células presentes en la sinovial reumatoide, la mayoría de ellos CD4+. Los linfocitos B y las células plasmáticas representan menos del 5% del total, el monocito/ macrófago parece tener un papel relevante en la perpetuación de la inflamación mediante la secreción de factores solubles

Proinflamatorios, de entre los que el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) ocupa un lugar predominante. Los fibroblastos son las células efectoras de la destrucción articular que invaden el tejido articular y secretan metaloproteasas en respuesta al ambiente inflamatorio sinovial.⁸

A pesar de su potencial destructor, la evolución de la AR puede ser muy variable. Algunos pacientes pueden presentar únicamente un proceso oligoarticular de breve duración y con lesiones articulares mínimas, mientras que otros padecen una poliartritis progresiva e imparabile que evoluciona hacia la aparición de deformidades articulares importantes.⁷

La AR induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí. Por un lado la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad, por el otro la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o en menor grado la



independencia económica y los roles sociales de la persona.^{4, 6} Implica; por consiguiente, un cambio en la calidad de vida de todos ellos.⁴

Por su naturaleza sistémica, muchos órganos extra- articulares pueden ser afectados, es por esto que el tratamiento se ha vuelto mas agresivo y complejo.⁹

En la actualidad se conocen diversas formas de clasificación para los pacientes con AR, tomando en cuenta el grado de compromiso articular. La escala propuesta por Steinbrocker en el año 1949, toma en consideración la capacidad funcional de los individuos que cursan con la enfermedad, agrupándolos en cuatro categorías: I. Capacidad funcional completa para realizar las actividades habituales sin dolor ni limitación. II. Capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones. III. Capacidad funcional restringida a pocas o ninguna de las actividades o únicamente al cuidado personal. IV. Incapacidad, enfermos confinados en la cama.¹⁰

El mayor impacto para los individuos con AR es en cuanto a su funcionamiento como ente biosicosocial, de manera que se afecta su estado emocional, sus relaciones familiares y sociales, trayendo como consecuencia una persona discapacitada física, psicológica y socialmente.¹¹

Las personas con AR sufren distorsiones de la propia imagen corporal, tienden a tener rasgos obsesivo- compulsivos, son más sensibles a la crítica y tienden a experimentar sentimientos de rechazo y de inseguridad, localizan sus síntomas simbólicamente como un reflejo de tensiones, culpas y ansiedades internas.¹¹

En los últimos años se ha desarrollado un fuerte interés por estudiar diferentes aspectos psicosociales de la vida de estos pacientes.⁵



Varios investigadores han demostrado que las personas aquejadas por una enfermedad física grave o con enfermedad crónica, pueden presentar trastornos emocionales.¹²

Es muy probable que la situación clínica de todos ellos, asociada a un trastorno emocional, produzca una mayor disfunción social, laboral, familiar y académica, en otras palabras, deterioran mucho más la calidad de vida de estos pacientes en comparación con aquellos sin comorbilidad psiquiátrica.¹³

Los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo variado de alteraciones mentales que comparten una serie de manifestaciones clínicas y comprometen el estado de ánimo, el pensamiento, los procesos cognoscitivos, la actividad psicomotora y las funciones vegetativas.¹⁴

En el DSM- IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), los trastornos depresivos por enfermedad médica se clasifican bajo el epígrafe Trastornos del Estado de Ánimo debidos a Enfermedad Medica.¹⁵

En la CIE- 10 (Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud), se encuentran bajo el epígrafe de Trastornos del Humor Orgánicos, y la definición del trastorno es en esencia muy similar.¹⁵

Ya en la antigüedad se describen casos de depresión. Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo.¹⁶

La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento y la del suicidio de Ajax en La Iliada de Homero describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 a. C.; Hipócrates utilizó los términos de “*manía*” y “*melancolía*” para describir trastornos



mentales. Cerca del año 30 d. C. El médico romano Aulus Cornelius Celsus describió el concepto de melancolía utilizado por los griegos (melan [negra] y Cholé [bilis]) en su texto *De re medicina*, como una depresión causada por la bilis negra. El termino siguió siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo (120-180), Galeno (129-199), y Alejandro deTralles en el siglo VI. El médico filosofo y judío Moisés Maimonides en el siglo XII consideró la melancolía como una entidad clínica discreta. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamo *mania-comelancholicus*.¹⁶

En 1854 Jules Falret llamó *folie circulaire*, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maniacos. Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, Jules G. F. Baillarger, definió *la folie á double forme*: los pacientes, profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. En 1882, el psiquiatra alemán Kart Kahlbaum, mediante el termino *ciclotimia*, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad.¹⁶

Hasta ahora la etiología exacta de los trastornos del estado de ánimo es desconocida. Se considera que su origen es el resultado del interjuego multifactorial de los ejes biológico, genético, psicológico y social.¹⁴

La depresión es un problema sanitario mundial. Se convertirá, según la Organización mundial de la Salud (OMS) en la segunda causa de discapacidad en el mundo después de la enfermedad coronaria en el año 2020.¹⁷

La mayoría de los autores señalan que la razón de personas afectadas por género es de 2 mujeres por cada hombre, El predominio del síndrome depresivo en la edad media de la vida está determinado por la contribución del estrés psicosocial que



afecta a este grupo poblacional, el cual se encuentra en la edad productiva y con responsabilidades familiares.¹⁸

El comportamiento del síndrome depresivo depende y está influido por el tipo de diagnóstico, la persistencia y la severidad de los síntomas, la sensibilidad y la percepción de conflictos, así como características sociodemográficas, factores de personalidad, ganancia secundaria en el rol de enfermo y las formas de enfrentamiento ante los problemas.¹⁸

Para ser diagnosticado deben presentarse 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.¹³ Ver anexo 1.

Estos síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ej., hipotiroidismo), no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.¹³

Muchos síntomas se solapan con los producidos por la enfermedad somática, lo que complica el diagnóstico y tratamiento. Por ello es muy importante identificar aquellos síntomas depresivos en pacientes médicos que son susceptibles de ser tratados. Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, una vez desarrollado el cuadro depresivo, este evoluciona de manera independiente aunque se solucione la causa



medica que lo origino; de ahí que sea aconsejable realizar un seguimiento de los síntomas depresivos.¹⁵

La asociación de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y AR es un fenómeno bidireccional en donde la condición clínica compromete progresivamente la calidad de vida de los pacientes, convirtiéndose así, en un factor de riesgo para la aparición de TDM; a su vez, esta entidad psiquiátrica deteriora la condición clínica del individuo. Todo esto se traduce en un peor pronóstico para el paciente con AR deprimido.¹³

Esta relación ha sido un tema muy discutido y controversial. Inicialmente se pensaba que los síntomas depresivos eran parte del cuadro clínico de la AR, pero no había evidencia suficiente para argumentarlo. Por esta razón, se han cometido errores en la metodología de estudios encaminados a determinar la relación entre AR y TDM y, más aún, en el análisis de sus resultados.¹³

Teniendo en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de tiempo limitado en la consulta, se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo. Las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión y ansiedad de más fácil y frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad, eficiencia y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (EADG). Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS). Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS). Y Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage.¹⁹

La EADG versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols. Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y



evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

19

Está dirigida a la población general. Se trata de un cuestionario administrado con dos subescalas: Una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas. Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. La probabilidad de padecer un trastorno es mayor, cuanto mayor es el número de respuestas positivas. Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.¹⁹

Todos los ítems tienen la misma puntuación. Siguen un orden de gravedad creciente. Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.¹⁹

El diagnóstico de TDM en cualquier población se puede realizar mediante una entrevista psiquiátrica clínica habitual, estructurada o semiestructurada orientada a identificar síntomas y signos suficientes para reunir criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor según la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, las entrevistas estructuradas basadas en CIE-10 o DSM-IV son las mejores herramientas, el patrón de oro, para el diagnóstico de un TDM.¹³

La HDRS es la de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala patrón de todas las escalas de su tipo. No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento. La prueba consta de 17 ítems, algunos de los ítems se valoran de 0 a 2 y otros de 0 a 4 puntos. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 52 puntos. Una puntuación igual o superior a 25 corresponde a una depresión grave, una puntuación



entre 7 y 17 corresponde a una depresión moderada, valores inferiores son indicativos de la ausencia o remisión del trastorno.¹⁹

Esta investigación pretende ampliar los conocimientos sobre las consecuencias que el TDM provoca en los pacientes con Artritis Reumatoide. Determinando su frecuencia, se busca contar con información útil y oportuna que facilite una atención integral, mejorando así la calidad de vida de estas personas.



JUSTIFICACIÓN.

La Artritis Reumatoide (AR) es un ejemplo típico de las patologías que involucran cuerpo y mente. En la actualidad esta enfermedad representa un verdadero problema de salud pública, afectando a miles de personas en todo el mundo. Provoca daños estructurales a nivel articular que progresivamente conllevan a incapacidad funcional, además de generar un deterioro significativo en la calidad de vida de quienes la padecen e incluso es causa de bajas laborales cada vez mas frecuentes y en un lapso de tiempo menor. Esto la convierte en una patología compleja y no un proceso benigno como se pensó en un principio.

Su curso clínico y por lo tanto su pronóstico dependerán de múltiples factores, algunos relacionados con la génesis de la enfermedad y otros relacionados con el paciente y su manera de afrontarla.

Por otra parte los trastornos de la esfera psiquiátrica como elementos determinantes en la evolución de las enfermedades crónicas han sido objeto de innumerables estudios y entre ellos el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) ha generado gran controversia.

Distintas instituciones públicas reciben cada año a un gran número de personas que acuden en busca de una atención oportuna. El estado Bolívar no escapa a esta realidad.

La Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de Ciudad Bolívar (Hospital del Tórax) atiende a una población de pacientes cada vez mayor, es por ello que hemos sentido la necesidad de realizar esta investigación, basados en la importancia de un estudio que determine la frecuencia de los trastornos



del estado de ánimo (TDM) y su influencia en el curso de una enfermedad crónica (AR) como la que presentan estos individuos.



OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de pacientes con Artritis Reumatoide que acuden a la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de Ciudad Bolívar en el período comprendido entre Julio de 2007 y Febrero de 2008.

Objetivos Específicos.

1. Conocer la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, según sexo.
2. Determinar la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, según grupo etario.
3. Señalar el grado de instrucción en pacientes con Artritis Reumatoide que presenten Trastorno Depresivo Mayor.
4. Identificar la ocupación mas frecuente de los pacientes con Artritis Reumatoide que presentan Trastorno Depresivo Mayor.
5. Conocer el status laboral de pacientes con Artritis Reumatoide y Trastorno Depresivo Mayor



6. Verificar el estado civil de los pacientes con Artritis Reumatoide que presenten Trastorno Depresivo Mayor.
7. Precisar la existencia del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según el tiempo de evolución.
8. Establecer la relación entre Trastorno Depresivo Mayor y el estadio funcional de pacientes con Artritis Reumatoide según la clasificación de Steinbrocker (ver apéndice B).
9. Indagar la comorbilidad más frecuente en pacientes con Artritis Reumatoide que presenten Trastorno Depresivo Mayor.



METODOLOGÍA.

Tipo de investigación:

Estudio prospectivo, descriptivo.

Diseño de la investigación:

De campo, no experimental, transversal.

Universo:

El universo está constituido por todos los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que consultaron la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de Ciudad Bolívar en el periodo comprendido entre los meses de Julio de 2007 a febrero de 2008.

Muestra:

Se trata de una muestra aleatoria de 76 pacientes, bajo libre participación.

Criterios de inclusión:

Masculino o Femenino con edades comprendidas entre los 18 y 80 años, colaboradores, atendidos en la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas”, con diagnóstico de Artritis Reumatoide, según Criterios del Colegio Americano de Reumatología 1.987, que se encuentren en fase activa de la enfermedad (rigidez matinal de mas de 45 minutos de duración e inflamación de mas de 3 áreas articulares) o inactiva (sin manifestaciones clínicas), y en control médico regular (2 consultas anuales) en dicha institución.



Criterios de exclusión:

Serán excluidos los pacientes que no se encuentren en control médico en la Unidad Regional de Reumatología, aquellos con diagnóstico previo de enfermedades psiquiátricas y los pacientes con enfermedades neurológicas conocidas que dificulten la realización de la entrevista.

Instrumento de recolección de la información:

Entrevista clínica estructurada, dirigida a recolectar datos de identificación del paciente.

Escala de clasificación (Steinbrocker), para capacidad funcional.

Criterios diagnósticos para TDM (DSM IV).

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.

Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).

Análisis Estadístico:

Los resultados se presentaran en gráficos de distribución de frecuencia y de doble entrada.

Cabe destacar que para el procesamiento estadístico, se usara el programa S.P.S.S (Paquete de Estadística para Ciencias Sociales) para Windows versión 11.5.



RESULTADOS

Para este estudio se recolecto un total de 76 pacientes con diagnostico de Artritis Reumatoide que acudieron a la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de Ciudad Bolívar en el período comprendido entre Julio de 2007 a Febrero de 2008. Con el propósito de determinar la Frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de esta enfermedad. Se pudo observar que un 13,1% (10 pacientes) presentaron TDM severo, 30,3% (23 pacientes) con depresión moderada y un 56,6% (43 pacientes) con ausencia de trastorno depresivo.

El sexo más afectado por TDM severo fue el femenino en un 13,1% (10 pacientes), mientras que en los hombres, la forma severa de este trastorno no se observó. De la misma forma las mujeres tuvieron mayor frecuencia de depresión moderada, 26,3% (20 pacientes) y solo 3,9% (3 pacientes) eran hombres. Esto hace un total de 30 mujeres (39,4%) y 3 hombres (3,9%) con TDM. (Tabla 1).

La forma clínica severa del TDM fue más frecuente en el grupo etario comprendido entre 40 y 59 años en un 6,6% (5 pacientes), seguido por los mayores de 60 años, 5,2% (4 pacientes). De la misma forma la depresión moderada fue mas frecuente en estos grupos etarios, 15,9% (12 pacientes) para el primero, y 10,5% (8 pacientes) para el segundo, respectivamente. (Tabla 2). Esto se traduce en un total de 22,5% (17 pacientes) entre 40 y 59 años y 15,7% (12 pacientes) mayores de 60 años, con presencia de TDM.

En cuanto al grado de instrucción, el TDM se observo mas frecuentemente en los individuos con nivel educativo básico, 22,4% (17 pacientes), de los cuales 7,9% (6 pacientes) cursaban con TDM severo, mientras que 14,5% (11 pacientes),



presentaban depresión moderada. Los pacientes analfabetas ocuparon el segundo lugar en frecuencia para TDM severo 3,9%, en cambio, 9,3% (7 pacientes) con depresión moderada, tenían un nivel de educación media o diversificada. (Tabla 3).

Las amas de casa resultaron ser las mas afectadas por el TDM, tanto severo como moderado, 7,9% (6 pacientes) y 14,5% (11 pacientes) respectivamente. (Tabla 4).

La mayoría de los pacientes estaban desempleados, 9,2% (7 pacientes) para TDM severo y 15,9% (12 pacientes) para depresión moderada. En total 25,1% (19 pacientes) presentaron el trastorno. (Tabla 5).

En relación al estado civil, el TDM se observo mas frecuentemente en pacientes casados, 14,6% (11 pacientes), separados 13,2% (10 pacientes) y viudos 7,8% (6 pacientes). (Tabla 6).

Según el tiempo de evolución de la AR, 9,3 % de los individuos con TDM severo (7 pacientes) tenían mas de 10 años de diagnostico de la enfermedad, mientras que para depresión moderada la frecuencia fue aun mayor, 17,2% (13 pacientes). Estos resultados traducen que 26,5% (20 pacientes) cursaban con clínica de TDM. (Tabla7).

El TDM resulto ser mas frecuente en pacientes con AR en fase activa (24,9%), 5,2% y 19,7% para severo y moderado respectivamente. En cambio los individuos con enfermedad inactiva presentaron una frecuencia menor (18,4%), 7,9% y 10,5% para severo y moderado. (Tabla 8).

En cuanto a la capacidad funcional de los pacientes con AR, según la escala de Steinbrocker, se observó que la mayoría de ellos (23,7%), se encontraban en la clasificación II, con capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de



presentar dolor o limitación en una o más articulaciones, 5,2% (4 pacientes) y 18,5% (14 pacientes) con TDM severo y moderado respectivamente. (Tabla 9).

La enfermedad asociada más frecuente fue la HTA en un 19,4% (15 pacientes), seguida por Diabetes Mellitus, Drepanocitosis, Escoliosis y Vitiligo, entre otras. Sin embargo, 17% (13 pacientes), no presentaron ninguna comorbilidad. (Tabla 10).



Tabla N° 1

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según sexo. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

SEXO	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
FEMENINO	40	52,6	20	26,3	10	13,1	70	92,1
MASCULINO	3	3,9	3	3,9	0	0	6	7,9
TOTAL	43	56,6	23	20,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 2

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según grupo etario. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

EDAD (años)	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
18 – 39	8	10,5	3	3,9	1	1,3	12	15,9
40 – 59	27	35,6	12	15,9	5	6,6	44	57,8
> 60	8	10,5	8	10,5	4	5,2	20	26,3
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación

**Tabla N° 3**

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según grado de instrucción. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Analfabeta	0	0	2	2,6	3	3,9	5	6,5
Básica	16	21,0	11	14,5	6	7,9	33	43,4
Media y Diversificada	18	23,7	7	9,3	1	1,3	26	34,2
Superior	9	11,9	3	3,9	0	0	12	15,9
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 4

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según ocupación. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

OCUPACION	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Ama de Casa	22	28,9	11	14,4	6	7,9	39	51,3
Comerciante	4	5,2	2	2,6	0	0	6	7,9
Docente	3	3,9	1	1,3	0	0	4	5,2
Estudiante	3	3,9	1	1,3	0	0	4	5,2
Enfermera	1	1,3	1	1,3	0	0	2	2,6
Costurera	1	1,3	0	0	0	0	1	1,3
Mecánico	1	1,3	1	1,3	0	0	2	2,6
Secretaria	1	1,3	2	2,6	0	0	3	3,9
Camarrera	1	1,3	1	1,3	0	0	2	2,6
Otros	6	7,9	3	3,9	4	5,2	13	17,1
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 5

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según status laboral. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

STATUS LABORAL	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Desempleado	21	27,6	12	15,9	7	9,2	40	52,7
Empleado	14	18,5	6	6,9	2	2,6	22	28,9
Jubilado	5	6,5	1	1,3	1	1,3	7	9,2
Pensionado	2	2,6	3	3,9	0	0	5	6,5
Incapacitado	1	1,3	1	1,3	0	0	2	2,6
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación

**Tabla N° 6**

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según estado civil. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

ESTADO CIVIL	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Casado	20	26,4	7	9,3	4	5,3	31	40,7
Separado	10	13,1	7	9,3	3	3,9	20	26,4
Soltero	5	6,5	3	3,9	0	0	8	10,5
Unido	5	6,5	3	3,9	0	0	8	10,5
Viudo	3	6,5	3	3,9	3	3,9	9	11,9
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 7

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según tiempo de diagnóstico. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

TIEMPO DE DIAGNOSTICO (años)	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
< 5	20	26,3	4	5,2	1	1,3	25	32,9
5 – 10	9	11,9	6	7,9	2	2,6	17	22,3
> 10	14	18,4	13	17,2	7	9,3	34	44,8
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 8

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según estado de la enfermedad. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

ARTRITIS REUMATOIDEA	ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Activa	17	22,4	15	19,7	4	5,2	36	47,3
Inactiva	26	34,2	8	10,5	6	7,9	40	52,7
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación

**Tabla N° 9**

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor en pacientes con Artritis Reumatoide, según capacidad funcional. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

ESCALA DE CLASIFICACIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL DE AR	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)							
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
I	18	23,7	2	2,6	1	1,3	21	27,6
II	24	31,5	14	18,5	4	5,2	42	55,6
III	1	1,3	5	6,6	2	2,6	8	10,5
IV	0	0	2	2,6	3	3,9	5	6,6
TOTAL	43	56,6	23	30,3	10	13,1	76	100

Fuente: Instrumentos de Investigación

**Tabla N° 10**

Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor, en pacientes con Artritis Reumatoide, según comorbilidad. Unidad Regional de Reumatología, Hospital “Julio Criollo Rivas”. Ciudad Bolívar, Julio de 2007- Febrero de 2008.

COMORBILIDAD	ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)					
	AUSENCIA		MODERADA		GRAVE	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
HTA	12	15,9	11	14,2	4	5,2
Diabetes	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Drepanocitosis	1	1,3	0	0	1	1,3
Escoliosis	0	0	0	0	1	1,3
Litiasis	1	1,3	0	0	0	0
Osteoporosis	1	1,3	0	0	0	0
Psoriasis	1	1,3	1	1,3	0	0
Tiroides	1	1,3	1	1,3	0	0
Varices	1	1,3	0	0	0	0
Vitiligo	0	0	0	0	1	1,3
Ninguno	28	36,8	10	13,1	3	3,9

Fuente: Instrumentos de Investigación



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La adaptación de los individuos a las enfermedades crónicas depende de una multiplicidad de factores, la edad, el sexo, nivel socio-económico, situación laboral, tiempo con la enfermedad, rasgos de personalidad, entre otros. Por lo tanto las interacciones de todos estos factores, podría explicar la presencia de depresión en pacientes con AR. ¹¹

En la actualidad, los trastornos depresivos son considerados un grave problema de salud pública internacional. Los estimados de la Escuela de Salud Pública de Harvard, patrocinados por el Banco Mundial indican que para el año 2020, el TDM ocuparán la segunda posición en importancia como causa de discapacidad y de costos para la sociedad solamente superados por las enfermedades cardiovasculares. ¹⁷

Para este estudio fueron encuestados 76 individuos con diagnóstico de Artritis Reumatoide que acudieron a la Unidad Regional de Reumatología del Hospital “Julio Criollo Rivas” de Ciudad Bolívar, en el periodo comprendido entre Julio de 2007 a Febrero de 2008, esto con el fin de determinar la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de estos pacientes.

Se pudo observar una incidencia de 43,4% (33 pacientes) con Trastorno Depresivo Mayor, estos resultados coinciden con los obtenidos por Caycedo, M et al ¹⁴, los cuales reflejaron una frecuencia de mas del 53%. En cambio Vásquez, A ¹⁸, señaló en su estudio una prevalencia de 14,9% para TDM.

El Trastorno Depresivo Mayor fue más frecuente en el sexo femenino 39,4% (30 pacientes), lo que coincide con estudios realizados por otros investigadores, en



los que se demuestra una mayor prevalencia de mujeres. Salazar, J et al ¹¹, reportaron un 24,14% de femeninas afectadas por un trastorno depresivo.

Pastor, J et al ¹², reportaron resultados de un estudio hecho a 221 españoles, de los cuales 38,17% eran mujeres afectadas por TDM.

El grupo etario predominante se ubico entre 40- 59 años en un 22,5% (17 pacientes) seguido por los pacientes mayores de 60 años en un 15,7% (12 pacientes). El estudio realizado por Salazar, J et al ¹¹ arrojó una mayor frecuencia en el grupo conformado por adultos mayores 36%.

En la variable escolaridad, encontramos que 22,4% (17 pacientes) tenían un nivel educativo básico, los individuos con educación media o diversificada aprobada y analfabetas también presentaron una frecuencia importante de TDM, tanto moderado como severo. Según datos obtenidos por Pastor, et al, ¹² 38,27% de sus pacientes deprimidos tenían escolaridad básica, seguido por un 33,33% para analfabetas. Ello, debido a que los estudios superiores son bases para encontrar solución a los problemas sin acudir a los intentos de suicidio. ¹⁴

Como dato relevante de nuestro estudio, al correlacionar las variables psicológicas con las sociodemográficas encontramos que las mujeres dedicadas al hogar 22,4 % (17 pacientes) sufren depresión probablemente asociada con el estrés de su ocupación, la cual, además, no tiene un salario asignado (desempleada) 25,1 % (19 pacientes). Esto también fue hallado por Pastor, J et al ¹², quien considera que el desempleo 38,46% y la falta de recursos económicos 37,84% (amas de casa) pueden ser factores desencadenantes del intento de suicidio y de la presentación de Trastornos Depresivos Mayores.

Salazar, J et al ¹¹, demostraron que la mayoría de sus pacientes deprimidos estaban desempleados, y esto era debido a la incapacidad generada por la AR.



En cuanto al estado civil, este estudio encontró que la mayoría de los pacientes estaban casados, 14,6% (11 pacientes) presentaban TDM. Un porcentaje bastante significativo se encontraban separados y viudos, 13,2% y 7,8%, respectivamente.

Resultados encontrados por Pastor, et al ¹² reportan que 50% de los pacientes deprimidos son separados o divorciados. Vinaccia, S et al ⁵ encontraron, en la población general, que no tener pareja es un factor predisponente para presentar trastornos psiquiátricos (TDM), observaron que estar casado aún perteneciendo a un bajo estado socioeconómico es un factor protector.

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, nuestros resultados evidencian que los pacientes con más de 10 años de evolución tienen una mayor frecuencia de TDM de 26,5% (20 pacientes). Resultados similares fueron presentados en el trabajo de Pastor, J et al ¹², en el cual 40,19% de los entrevistados eran pacientes deprimidos con más de 10 años de evolución, seguidos por los que presentaban entre 6 y 10 años.

En cuanto al estadio de la enfermedad y la capacidad funcional (escalas de Steinbrocker), la mayoría de nuestros pacientes presentaron TDM con AR en fase activa, (rigidez matutina de más de 45 minutos de duración, inflamación de más de 3 áreas articulares), 24,9% (19 pacientes). Un 23,7% (18 pacientes) con TDM se encontraban en la clasificación II con capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones, esto coincide con la investigación llevada a cabo por Lujan et al ²¹ en la cual se observó que existe una correlación entre los resultados obtenidos, en su estudio 36,1% de los pacientes se encontraban en la clasificación II. Mientras que un 2,7% se ubicó en la clasificación IV con incapacidad, enfermos confinados en cama o a una silla de ruedas. Coincidiendo con 6,5% de nuestros pacientes, los cuales se ubicaron en esta clasificación.



En cuanto a comorbilidad, la HTA se presentó en un 5,2% del total de la muestra, Diabetes Mellitus en un 2,6% y Drepanocitosis, Escoliosis y Vitiligo en un 1,3%, respectivamente.

En la actualidad se sabe que los trastornos depresivos (depresión mayor) se asocian con frecuencia a las enfermedades cardiovasculares. Aunque inicialmente se le consideró una consecuencia, especialmente en quienes cursan eventos agudos, posteriormente se la reconoció como una condición asociada. Es necesario reconocerla y tratarla correctamente para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.²⁰



CONCLUSIONES

El Trastorno Depresivo Mayor resultó ser mas frecuente en pacientes de sexo femenino, 39,4%, el cual es considerado en la actualidad como el predictor sociodemográfico más importante de TDM en pacientes con AR.

El grupo etario que mostró mayor frecuencia de TDM fue el comprendido entre 40- 59 años, 22,5%.

El grado de instrucción que presentaron en su mayoría los pacientes con TDM fue educación básica 22,4%.

Las amas de casa con Artritis Reumatoide presentan con mayor frecuencia Trastorno Depresivo Mayor, 22,4%.

El Trastorno Depresivo Mayor se presenta en su mayoría en pacientes desempleados, 25,1%.

En contradicción con otras investigaciones, los pacientes casados resultaron ser los más afectados por Trastorno Depresivo Mayor, 14,6% aunque un número bastante significativo de pacientes estaban separados o viudos.

En cuanto al tiempo de evolución se observó que este trastorno es más frecuente en pacientes con más de 10 años de diagnóstico, 26,5%.

La mayoría de los pacientes tenían la enfermedad en fase activa, 24,9%.



El TDM fue más frecuente en la escala de clasificación II según Steinbrocker, con capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones, 23,7%.

La mayoría de los pacientes presentaron HTA como enfermedad asociada mas frecuente, 19,4%.

Existe una asociación importante entre AR y TDM. El método más confiable para identificar un TDM en pacientes con AR es la entrevista clínica, preferiblemente semiestructurada o estructurada. La prevalencia de TDM en pacientes con AR varía de un estudio a otro. La coexistencia de TDM y AR es el resultado de una compleja imbricación de factores biológicos y socioculturales, por ello se hace necesario el abordaje, no solo terapéutico, de estos pacientes. El curso evolutivo de cada una de estas personas dependerá en gran medida de la capacidad que cada uno posea para enfrentar su propia enfermedad.



RECOMENDACIONES

El presente estudio invita a participar de manera mas activa en la atención oportuna e integral de la población afectada, creando programas de prevención primaria y promoción de la salud mental.

Se sugiere realizar nuevas investigaciones referentes al tema, ya que los síntomas depresivos se presentan en patologías de larga evolución, resultando interesante conocer aquellos cuadros clínicos reactivos a las dificultades de algunos pacientes para asumir su rol de enfermos o las limitaciones que ciertos trastornos pueden acarrear.

Es imperiosa la necesidad de formar un equipo de salud multidisciplinario, constituido por psiquiatras, reumatólogos, psicólogos y trabajadores sociales; con el fin de evaluar a los pacientes con patologías reumáticas y/o desórdenes musculoesqueléticos en un contexto biosicosocial.

Fomentar la educación y formación de los médicos de atención primaria, y con ello la práctica correcta de la medicina y la psiquiatría, basados en un modelo biosicosocial de los individuos.

Es imprescindible, además de administrar tratamiento médico farmacológico, promover el empleo de la psicoterapia o terapia cognitivo conductual, lo cual es un coadyuvante eficaz en el tratamiento de las enfermedades crónicas, permitiendo minimizar la aparición de trastornos físicos y emocionales asociados, particularmente depresión y aquellos vinculados con la funcionalidad articular; e incluso los marcadores biológicos de la enfermedad.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Iglesias, A., Quintana, G., Restrepo, J. F. 2006. Prehistoria, historia y arte de la Reumatología. Rev Col Reuma [Serie en línea] 13 (1): 21-47. Disponible en: <http://dmn.asoreuma.org/Portals/0/Descargas/Prehistoria%2013-1.pdf> [junio 2007].
2. Molinero, C., Prada, D., López, I., Gómez, J. 2001. Impacto laboral por enfermedades reumáticas en el municipio 10 de octubre. Rev. Cub Reuma [Serie en línea] 3 (1): 38-46. Disponible en: http://www.socreum.sld.cu/bvrm/revista_electronica/v3_n1_2001/er_xx.pdf [Agosto 2007].
3. Navío, M., Bonilla, H., Muñoz, S. 2000. Artritis Reumatoide, alteraciones analíticas, criterios diagnósticos, valoración de la actividad inflamatoria, valoración funcional. [Serie en línea] 8 (27): 1387-1395. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=13215 [Agosto 2007].
4. Tobón, S., Vinaccia, S., Cadena, J., Anaya, J. M. 2004. Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL -RA). Rev Psicol Salud [Serie en línea] 14 (1): 25-30. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29114104.pdf> [Junio 2007].
5. Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A., Tobón, S., Moreno, E. 2005. Disposiciones Fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide. Rev Terap Psic [Serie en línea] 23 (1): 15-24. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78523102.pdf> [julio 2007].
6. Vinaccia, S., Cadena, J., Juárez, F., Contreras, F., Anaya, J. M. 2004. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con



- diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Clin Health Psicol [Serie en línea]* 4 (1): 91-103. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740105.pdf> [agosto 2007].
7. Lipsky, P. 2005. Artritis Reumatoide. En: Harrison, T. *Principios de Medicina Interna*. Edit Mc Graw Gill. 16^a ed. México, D.F. Cap 301: 2166-2175. [agosto 2007].
8. Díaz, J. F., Ferraz, I. 2007. La célula B en la patogenia de la Artritis Reumatoide. *Reuma Clin [Serie en línea]* 4 (3). Disponible en: <http://external.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/reuma/mrevista.fulltext?pidet=13108374> [septiembre 2007].
9. Kenneth, F. 2000. Nuevos tratamientos para la artritis reumatoidea, drogas antirreumáticas de acción lenta, disponibles y prometedoras. *Rev Cub Med [Serie en línea]* 39 (3): 180-189. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_3_00/med06300.htm [julio 2007].
10. Steinbrocker, O., Traeger, CH., Batterman, R. C. 1949. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA [Serie en línea]* 140: 659-662. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/www/artritisreumatoide.htm> [julio 2007].
11. Salazar, J., Wehbe, J., Vaccaro, Y. 2002. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con Artritis Reumatoide. *Arch. Ven. Psiq y Neurol [Serie en línea]* 49 (101): 1-12 Disponible en: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol49n101/frecans.pdf> [Julio 2007].
12. Pastor, J. F., Morales, M., Llopis, A., Ferriol, V. 1998. Prevalencia y grado de depresión de pacientes con artritis reumatoide. *Med Clin [Serie en línea]* 111(10): 361- 366. Disponible en: <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol111/m1111001.pdf> [agosto 2007].



13. Lozano, J. G., Hernández, B. M. 2003. Artritis Reumatoidea y Trastorno Depresivo Mayor. MedUNAB [Serie en línea] (6): 164- 167. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA618/AR%20T%20TDM.PDF> [agosto 2007].
14. Caycedo, M., Jiménez, K. 2005. Estudio descriptivo exploratorio del Trastorno Depresivo Mayor. Aproximaciones psicológicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz. Rev. Col Psiq [Serie en línea] 34 (4): 515-528. Disponible en: <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/85459depression.pdf> [diciembre 2007].
15. Serrano, F. 2002. Depresión en enfermedades médicas. An Sis San Navarra [Serie en línea] 25 (3): 137-148. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/10.%20Depresi%C3%B3n%E2%80%A6%20enfermedade.pdf> [agosto 2007].
16. Kaplan, A., Sadock, B. 2001. Sinopsis de Psiquiatría. Edit Panamericana. 8^a ed. Cap 15: 593- 656. [agosto 2007].
17. Murray, C., Lopez, A. 1997. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Rev The Lancet [Serie en línea] 349 1498-1504. Disponible en: http://www.iumsp.ch/Enseignement/postgraduate/Besancon/docs/murray_burden.pdf [julio 2007].
18. Vásquez, A. 2001. Caracterización Clínico- epidemiológica del Síndrome Depresivo. Rev Cub Med Gen Int [Serie en línea] 17 (3) 227-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252001000300004&script=sci_abstract&tlng=es [septiembre 2007].



19. Sanchez, J. A., Lopez, A. 2005. Escalas Diagnósticas y de Evaluación que se utilizan en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. Rev Salud Global [Serie en línea] 5 (3): 1-8. Disponible en: http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL3_2005.pdf [septiembre 2007].
20. Romero, C. 2007. Depresión y Enfermedad Cardiovascular. Rev Urug Cardiol [Serie en línea] 22 (2) 92-109. Disponible en: http://www.suc.org.uy/revista/v22n2/pdf/rcv22n2_4.pdf [agosto 2007].
21. Lujan, W., Ramirez, E., García, J. 2003. Factores de riesgo asociados a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. Rev Peru Reumatol [Serie en línea] 9 (1): 35-53. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/reuma/v09_n1/riesgo.htm [agosto 2007].



APENDICE



**Universidad de Oriente.
Núcleo Bolívar.
Escuela de Ciencias de la Salud
“ Dr. Francisco Battistini Casalta”.
Departamento de Medicina.
Servicio de Reumatología.**

Por medio de la presente yo, C. I _____, acepto colaborar con las bachilleres Marly Mosquera e Yris Salazar en lo referente a la realización de dos entrevistas clínicas (Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg y Escala para la Depresión de Hamilton), las mismas serán utilizadas como instrumento de información en su trabajo de grado, el cual lleva por título: “Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de pacientes con Artritis Reumatoide”.

Firma:

C.I:



Frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor y su influencia en el pronóstico de pacientes con Artritis Reumatoide.

Datos de identificación.

Nombre del paciente:

HC N°:

Sexo: M F

Edad:

Grado de instrucción: básica media o diversificada superior

Ocupación:

Estado civil: soltero casado unido viudo

Status Laboral: empleado desempleado jubilado incapacitado

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: meses años cuantos ____

Enfermedad Activa No activa

Escala de Clasificación de la Capacidad Funcional en la Artritis Reumatoide (Steinbrocker).

Clase:

I. Capacidad funcional completa para realizar las actividades habituales sin dolor ni limitación.



II. Capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones.

III. Capacidad funcional restringida a pocas o ninguna de las actividades o únicamente al cuidado personal.

IV. Incapacidad. Enfermos confinados en la cama o en una silla.



ANEXOS



CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA TDM (DSM-IV).

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).



9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.



ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG (EADG)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando.)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: _____

SUBESCALA DE DEPRESION

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
 4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar.)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?
 9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?



TOTAL DEPRESIÓN: _____

CRITERIOS DE VALORACION

Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.



ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION (HDRS)

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 Ausente

1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2 Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 Ausente

1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 Ausente

1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

3 Ideas de suicidio o amenazas

4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 No tiene dificultad



1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 No hay dificultad

1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 No hay dificultad

1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 No hay dificultad

1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

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

0 Palabra y pensamiento normales

1 Ligeramente retrasado en el habla



- 2 Evidente retraso en el habla
- 3 Dificultad para expresarse
- 4 Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

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

10. Ansiedad psíquica:

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

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

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

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 Ninguno



1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 Ninguno

1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.

2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

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

0 Ausente

1 Débil

2 Grave

15. Hipocondría:

0 Ausente

1 Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 Preocupado por su salud

3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana

1 Pérdida de más de 500 g en una semana

2 Pérdida de más de 1 kg en una semana

**17. Perspicacia:**

0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2 No se da cuenta que está enfermo

TOTAL PUNTUACIÓN: