



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE**

**CORRELACIÓN ENTRE GRADO DE DISCAPACIDAD Y SÍNTOMAS DE
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO**

No. DE REGISTRO: 264-2014

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA
DRA. LAURA ESTHER PEÑAVERA PROO**

**ASESORA DE TESIS
DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL**

MÉXICO, D.F. AGOSTO, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. AURA ERAZO VALLE
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS
PROFESOR TITULAR

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
ASESORA DE TESIS

DRA. LAURA ESTHER PEÑAVERA PROO
MÉDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

DEDICATORIAS

A MIS PADRES, DR. JOSÉ RAFAEL PEÑAVERA HERNÁNDEZ Y DRA. MARÍA DE LOURDES PROO NAVARRO. POR SU EJEMPLO COMO GRANDES MÉDICOS, POR LA FORMACIÓN Y VALORES QUE ME INCULCARON PARA INTENTAR SER CADA DÍA UNA MEJOR PERSONA, UN MEJOR MÉDICO, Y POR BRINDARME SU AMOR Y FORTALEZA.

A MI ABUELO, DR. RAFAEL PEÑAVERA Y ALARCÓN, POR SER QUIEN EN SU CONSULTORIO, ENTRE SUS GRANDES LIBROS, LOS INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS, UN ESTETOSCOPIO Y SU BATA BLANCA, ME ENSEÑÓ EL AMOR A LA MEDICINA. POR QUIEN ESCOGÍ ÉSTA, LA MÁS NOBLE DE LAS PROFESIONES, Y POR SER MI INSPIRACIÓN MÁS GRANDE.

AL DR. LUIS EDUARDO LOYO SORIANO, MI AMOR Y MI COMPAÑERO, POR LUCHAR CONMIGO DIARIO A DIARIO, HOMBRO CON HOMBRO, MANO CON MANO Y POR AYUDARME DIARIAMENTE A CONSTRUIR Y DISFRUTAR ESTA AVENTURA.

A MI FAMILIA, POR BRINDARME APOYO, CONFORT Y ALEGRÍA SIEMPRE.

A MIS MAESTROS, POR SU CONFIANZA, ASESORÍA Y PASIÓN POR TRANSMITIR EL ARTE MÉDICO. A LOS MÉDICOS ADSCRITOS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”, DE ESPECIAL MANERA A LA DRA. OCHOA Y AL DR. VALENCIA. A MIS ADSCRITOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”, AL DR. ITURBE Y A LA DRA MARTÍNEZ.

A MIS COMPAÑEROS. AL DR. JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ ESCÁRZAGA Y AL DR. RODOLFO PÉREZ GARZA, POR SER MIS HERMANOS Y CÓMPLICES DE ALEGRÍA DURANTE ESTOS CUATRO AÑOS. A LAURA, ELIA, CARLOS, MARTHA POR SU AMISTAD. AL DR. OMAR MEDRANO, YA QUE SU ASESORÍA FUE FUNDAMENTAL EN LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO.

A MIS AMIGOS, POR CONTINUAR EL CAMINO SIEMPRE JUNTO A MÍ, SIN IMPORTAR LOS AÑOS NI LA DISTANCIA.

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	16
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36

ANTECEDENTES

Los trastornos psiquiátricos han adquirido cada vez mayor peso e importancia en la medicina actual, debido a los avances e investigaciones científicas, se ha logrado trabajar y vincular estrechamente con otras áreas y especialidades médicas; como es el caso de Reumatología.

En Reumatología se han realizado diversos estudios que toman en cuenta la importancia de la evaluación neuropsiquiátrica de los pacientes ⁽¹⁻⁶⁾ La prevalencias de trastornos psiquiátricos varía entre 37% a 95% en poblaciones reumatológicas, (disfunción cognitiva, trastornos afectivos, síndromes ansiosos, cambios de personalidad). ⁽⁴⁾ Haupt, (2004), señaló dentro de los trastornos reumatológicos, al Lupus eritematoso sistémico (LES) con la mayor frecuencia. Esto nos permite proponer la relevancia en la objetivación de las manifestaciones neuropsiquiátricas en este grupo de pacientes.

Lupus Eritematoso Sistémico

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune, en la que el daño a órganos y tejidos se da mediante adherencia de autoanticuerpos y complejos inmunes ⁽⁷⁾. Sus indicadores epidemiológicos, incidencia, (casos nuevos), de 5.5/100,000 habitante/año y una prevalencia de 122/100,000 habitantes. Edad de inicio entre 20 y 40 años, relación mujer: hombre 9:1 y 2:1 en niños y adultos mayores. Aunque es una enfermedad crónica que puede llegar a poner en peligro la vida, la mayoría de los pacientes evolucionan a una enfermedad crónica, debilitante y con afección sistémica leve a moderada. Actualmente la sobrevida es de cinco años en 98% de los casos y el pronóstico es malo sólo en pacientes con daño orgánico grave renal, del sistema nervioso central o aparato cardiovascular. La principal causa de morbilidad y mortalidad lo constituyen las infecciones secundarias al uso de fármacos inmunosupresores, neoplasias y cardiopatía isquémica prematura. ⁽⁸⁾

El diagnóstico de lupus se basa en el cuadro clínico característico y la presencia de autoanticuerpos, siendo importante valorar su gravedad y reversibilidad potencial. Al principio se dañan uno o varios órganos o sistemas, pero con el tiempo aparecen las manifestaciones clínicas, encontrándose ya autoanticuerpos característicos, puede presentarse desde una intensidad leve hasta muy grave, experimentando exacerbaciones alternando con periodos de remisión relativa, es raro que remita completa y permanentemente a falta de tratamiento, la mayor parte del tiempo se manifiestan síntomas generalizados como fatiga, mialgias y artralgias. En algunos casos se presenta una enfermedad

diseminada grave, acompañada de fiebre, postración, pérdida de peso y anemia, además de manifestaciones específicas de órganos afectados. ⁽⁷⁾

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el LES son de etiología compleja, se han propuesto tres formas de presentación, con participación directa del SNC, (alteraciones afectivas, delirium, deterioro cognitivo); secuelas psicológicas del conocerse con estos padecimientos o su impacto; y los efectos colaterales a nivel psiquiátrico del tratamiento farmacológico de base. Existe bibliografía que sustenta estos tres modelos, sin embargo la más consistente señala la participación de componentes psicosociales en la presentación de las manifestaciones neuropsiquiátricas, ya que implica un avance inexorable, difícil pronóstico, debilidad, limitaciones económicas, sufrimiento, dolor y muerte. Se han relacionado factores como agravamiento de la enfermedad, muerte y pérdida de funcionalidad, autonomía y dependencia. Con disfunción a nivel laboral, social, familiar, de pareja y sexual. ⁽⁸⁾ Como factor estresor para depresión y ansiedad se relacionó en forma autoevaluatoria el haber comprendido cabalmente la significancia del padecer LES. ⁽⁹⁾ El diagnóstico se basa en el cuadro clínico característico y la presencia de autoanticuerpos, siendo importante valorar su gravedad y reversibilidad potencial. Al principio se dañan uno o varios órganos o sistemas, pero con el tiempo aparecen las manifestaciones clínicas, encontrándose ya autoanticuerpos característicos, puede presentarse desde una intensidad leve hasta muy grave, experimentando exacerbaciones alternando con periodos de remisión relativa, es raro que remita completa y permanentemente a falta de tratamiento, la mayor parte del tiempo se manifiestan síntomas generalizados como fatiga, mialgias y artralgias. En algunos casos se presenta una enfermedad diseminada grave, acompañada de fiebre, postración, pérdida de peso y anemia, además de manifestaciones específicas de órganos afectados. ⁽¹⁰⁾

Depresión

El estado de ánimo es un tono vital interno dominante y mantenido que influye en el comportamiento de la persona y en sus percepciones. El afecto es la expresión externa del estado de ánimo, el cual puede ser normal, elevado o deprimido. Las personas sanas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y tienen un repertorio igualmente externo de expresiones afectivas; normalmente, perciben el control de sus estados de ánimo y de sus afectos. Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de ese sentido del control y por el sentimiento subjetivo de gran malestar. Los pacientes con estado de ánimo deprimido experimentan una pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades en la concentración, pérdida del apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas son el cambio en el nivel de

actividad, funciones cognitivas, habla y funciones vegetativas (como el sueño, el apetito, la actividad sexual y otros ritmos biológicos). Estos cambios originan casi siempre un deterioro del funcionamiento interpersonal social y laboral. ⁽¹¹⁾

Episodio depresivo mayor

Características del episodio

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Síntomas y trastornos asociados:

Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio).

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60 % de los casos ambulatorios y hasta en el 90 % de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos

polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anormalidades del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor.

Los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor incluyen noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. Los datos que implican a estos neurotransmisores parten de la medición de sus niveles en la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina y de la actividad de los receptores plaquetarios. Otras pruebas de laboratorio anormales son el test de supresión con dexametasona, otras pruebas neuroendocrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imaginería cerebral, los potenciales evocados y el EEG.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(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 B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas 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 ⁽¹²⁾

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población mundial y su frecuencia en las mujeres duplica a la de los varones. Se asocian a una morbilidad significativa y, habitualmente, son crónicos y resistentes al tratamiento. Existe una interrelación entre los factores genéticos y experienciales. Existen pocas dudas de que los genes anormales (gen del centro cerebral del miedo o “knocking out” que codifica la estatmina, una proteína crítica para la formación de los recuerdos del miedo en la amígdala); sin embargo, las evidencias indican claramente que los episodios vitales traumáticos y el estrés también son etiológicamente importantes. ⁽¹¹⁾

Trastorno de ansiedad generalizada

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Síntomas y trastornos asociados.

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (p. ej., manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o quejas de tener «algo en la garganta») y respuestas de sobresalto exageradas.

Los síntomas depresivos también son frecuentes.

El trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes

(Algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

(1) inquietud o impaciencia

(2) fatigabilidad fácil

(3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(4) irritabilidad, (5) tensión muscular

(6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.⁽¹²⁾

Instrumentos clinimétricos

El inventario de discapacidad de Sheehan es una escala que puede ser auto o heteroadministrada consta de tres subescalas que puntúan de forma independiente (discapacidad, 3 ítems, estrés percibido, 1 ítem y apoyo social percibido, 1 ítem). Proporciona 3 puntuaciones, una por cada subescala, la puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de todas ellas. Dado que cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert de 0-10 la puntuación máxima de discapacidad es de 50 puntos (30,10 y 10 puntos). No existen puntos de cohorte, a mayor puntuación mayor discapacidad.⁽¹³⁾

La escala de Hamilton para depresión es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960, los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: 0-7 no depresión, 8-13 menor, 14-18 moderada, 18-22 grave, más de 23 muy grave. ⁽¹⁴⁾

La escala de Hamilton para ansiedad se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. ⁽¹⁵⁾

Escala de Hamilton para depresión (HAM-D)

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems. La escala validada en México es aquella que contiene 17 ítems.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos

gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

Ausencia o remisión del trastorno= 0-7

Ligera/meno= 8-13

Moderada=14-18

Grave=19-22

Muy grave=>23

Escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A o HARS)

Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes que presenten alguno de los trastornos de ansiedad. Fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 se dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. La escala validada en México consta de 14 ítems. En su diseño, la escala debe precisar el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber:

Ausente= 0

Leve = 1

Moderado=2

Severo= 3

Grave=4

No existen puntos de corte, la calificación tiene un rango de 0 a 56 y el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad, y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1,2, 3, 4 ,5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7,8, 9, 10, 11, 12 y 13).

0-5= Ausencia o remisión del trastorno

6-14= Ansiedad leve

Mayor o igual a 15= Moderada/Grave

Inventario de discapacidad de Sheehan (SDI)

Es un instrumento para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos. Puede ser heteroaplicada y autoaplicada. El marco de referencia temporal es el momento actual. La escala validada para México consta de 5 ítems.

Consta de 5 ítems que se agrupan en tres escalas:

Discapacidad: evalúa el grado en que los síntomas interfieren con 3 dominios de la vida de los pacientes: trabajo, vida social y vida familiar.

Estrés percibido: evalúa el grado en que los acontecimientos estresantes y los problemas personales le han dificultado la vida.

Apoyo social percibido: evalúa el apoyo que el paciente ha obtenido respecto del que necesitaba en la última semana.

Los 4 primeros ítems se puntúan con una escala analógica-visual: 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente).

El ítem 5 se puntúa con una escala de porcentaje en la que el 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba. Los ítems se valoran mediante una que va de 0 a 10, excepto para el apoyo percibido que se expresa en porcentaje (0 a 100).

Se obtienen tres valores. La puntuación de los 3 ítems hace referencia al grado en que se ve afectada su vida laboral, social y familiar por sus síntomas. El resultado se presenta como puntuación total (rango de 0 a 30) y como porcentaje. En la validación española los pacientes con fobia social reconocieron una repercusión en su vida superior al 50% en este apartado.

El rango de estrés percibido es de 0 a 10 y también puede expresarse en porcentaje. La puntuación de Apoyo social recibido oscila de 0 a 100 % y los pacientes con fobia social se sienten menos arropados socialmente (50%) que los sujetos sanos (75%). A mayor puntuación mayor discapacidad.

Lupus eritematoso sistémico.

Es una enfermedad autoinmune, en la que el daño a órganos y tejidos se da mediante adherencia de autoanticuerpos y complejos inmunes. La edad de inicio es entre 20 y 40 años, relación mujer: hombre 9:1 y 2:1 en niños y adultos mayores. Aunque es una enfermedad crónica que puede llegar a poner en peligro la vida, la mayoría de los pacientes evolucionan a una enfermedad crónica, debilitante y con afección sistémica leve a moderada. Actualmente la sobrevida es de cinco años en 98% de los casos y el pronóstico es malo sólo en pacientes con daño orgánico grave renal, del sistema nervioso central o aparato cardiovascular. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico característico y la presencia de autoanticuerpos, siendo importante valorar su gravedad y reversibilidad potencial. Al principio se dañan uno o varios órganos o sistemas, pero con el tiempo aparecen las manifestaciones clínicas, encontrándose ya autoanticuerpos característicos

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el LES son de etiología compleja, se han propuesto tres formas de presentación, con participación directa del SNC, (alteraciones afectivas, delirium, deterioro cognitivo); secuelas psicológicas del conocerse con estos padecimientos o su impacto; y los efectos colaterales a nivel psiquiátrico del tratamiento farmacológico de base (depresión, ansiedad, psicosis).

JUSTIFICACIÓN

Los síntomas de ansiedad y depresión, acompañan con frecuencia a los padecimientos crónicos, las enfermedades reumatológicas como LES, no son la excepción, estos síntomas pueden agravar el grado de discapacidad percibido por el paciente. No hemos encontrado información en la literatura médica en donde se establezca la relación del grado de discapacidad con el estado de depresión y ansiedad de pacientes con LES, por lo que identificar la relación entre estas dos variables, puede ayudar a desarrollar estrategias específicas en el manejo integral de pacientes con este diagnóstico entre los servicios de psiquiatría y reumatología de este Centro Médico.

HIPÓTESIS

- **H1:** Existe correlación al menos del 70% entre el grado de discapacidad y los síntomas de depresión y ansiedad. En pacientes con LES atendidos en el servicio de Psiquiatría del CMN 20 de Noviembre.
- **H0:** No se encuentra correlación alguna entre el grado de discapacidad y la sintomatología de ansiedad y depresión en los pacientes con LES

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la correlación entre el grado de discapacidad y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con LES atendidos en el servicio de Psiquiatría del CMN 20 de Noviembre.

Objetivos Específicos:

En pacientes con diagnósticos de lupus eritematoso sistémico atendidos en el servicio de Psiquiatría del “CMN 20 de Noviembre”:

- Conocer el grado de discapacidad mediante la escala de Sheehan.
- Conocer los grados de ansiedad y depresión mediante la escala de Hamilton
- Conocer la morbilidad de la enfermedad inmunológica

Secundarios

- Conocer la incidencia de los síntomas depresivos y de ansiedad

Comprobar la existencia de correlación entre la sub-escala de estrés percibido por el paciente con la ansiedad y depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, transversal, observacional. Como instrumentos de recolección de datos, información y evaluación durante este proceso se aplicaron las escalas de Hamilton para Depresión (HAM-D), Hamilton para ansiedad (HAM-A) y el Inventario de discapacidad de Sheehan, además de un cuestionario para información de variables demográfica. De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se recabaron las variables para la recolección de información:

VARIABLE	CATEGORÍA	ESCALA	MEDICIÓN
Escala de depresión de Hamilton	Cuantitativa	Discreta	Unidades
Escala de Ansiedad de Hamilton	Cuantitativa	Discreta	Unidades
Inventario de discapacidad de Sheehan	Cuantitativa	Discreta	Unidades
Diagnóstico de LES			

Variables cualitativas

- Edad
- Sexo
- Enfermedad con o sin actividad

Variables cuantitativas

Escala de Hamilton para depresión (HAM-D)

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems. La escala validada en México es aquella que contiene 17 ítems.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

Ausencia o remisión del trastorno= 0-7

Ligera/meno= 8-13

Moderada=14-18

Grave=19-22

Muy grave=>23

Escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A o HARS)

Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes que presenten alguno de los trastornos de ansiedad. Fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 se dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. La escala validada en México consta de 14 ítems. En su diseño, la escala debe precisar el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber:

Ausente= 0

Leve = 1

Moderado=2

Severo= 3

Grave=4

No existen puntos de corte, la calificación tiene un rango de 0 a 56 y el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad, y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7,8, 9, 10, 11, 12 y 13).

0-5= Ausencia o remisión del trastorno

6-14= Ansiedad leve

Mayor o igual a 15= Moderada/Grave

Inventario de discapacidad de Sheehan (SDI)

Es un instrumento para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos. Puede ser heteroaplicada y autoaplicada. El marco de referencia temporal es el momento actual. La escala validada para México consta de 5 ítems.

Consta de 5 ítems que se agrupan en tres escalas:

Discapacidad: evalúa el grado en que los síntomas interfieren con 3 dominios de la vida de los pacientes: trabajo, vida social y vida familiar.

Estrés percibido: evalúa el grado en que los acontecimientos estresantes y los problemas personales le han dificultado la vida.

Apoyo social percibido: evalúa el apoyo que el paciente ha obtenido respecto del que necesitaba en la última semana.

Los 4 primeros ítems se puntúan con una escala analógica-visual: 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente).

El ítem 5 se puntúa con una escala de porcentaje en la que el 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba. Los ítems se valoran mediante una que va de 0 a 10, excepto para el apoyo percibido que se expresa en porcentaje (0 a 100).

Se obtienen tres valores. La puntuación de los 3 ítems hace referencia al grado en que se ve afectada su vida laboral, social y familiar por sus síntomas. El resultado se presenta como puntuación total (rango de 0 a 30) y como porcentaje. En la validación española los pacientes con fobia social reconocieron una repercusión en su vida superior al 50% en este apartado.

El rango de estrés percibido es de 0 a 10 y también puede expresarse en porcentaje. La puntuación de Apoyo social recibido oscila de 0 a 100 % y los pacientes con fobia social se sienten menos arropados socialmente (50%) que los sujetos sanos (75%). A mayor puntuación mayor discapacidad.

Lupus eritematoso sistémico.

Es una enfermedad autoinmune, en la que el daño a órganos y tejidos se da mediante adherencia de autoanticuerpos y complejos inmunes (anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ENA, anticuerpos anti-ADN, anticuerpos anti-Sm y alteración en los valores de complemento). La edad de inicio es entre 20 y 40 años, relación mujer: hombre 9:1 y 2:1 en niños y adultos mayores. Aunque es una enfermedad crónica que puede llegar a poner en peligro la vida, la mayoría de los pacientes evolucionan a una enfermedad crónica, debilitante y con afección sistémica leve a moderada. Actualmente la sobrevida

es de cinco años en 98% de los casos y el pronóstico es malo sólo en pacientes con daño orgánico grave renal, del sistema nervioso central o aparato cardiovascular. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico característico y la presencia de autoanticuerpos, siendo importante valorar su gravedad y reversibilidad potencial. Al principio se dañan uno o varios órganos o sistemas, pero con el tiempo aparecen las manifestaciones clínicas, encontrándose ya autoanticuerpos característicos.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el LES son de etiología compleja, se han propuesto tres formas de presentación, con participación directa del SNC, (alteraciones afectivas, delirium, deterioro cognitivo); secuelas psicológicas del conocerse con estos padecimientos o su impacto; y los efectos colaterales a nivel psiquiátrico del tratamiento farmacológico de base (depresión, ansiedad, psicosis).

Población de estudio

En la muestra se incluyeron a pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, atendidos por los servicios de psiquiatría y reumatología del CMN "20 de Noviembre", con o sin diagnóstico de depresión y ansiedad al momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Tamaño de la muestra

Inicialmente y, considerando que una correlación es buena cuando se encuentra por arriba del 70%, no existe correlación cuando es del 25% y es indeterminada cuando es del 50%, se calculó el tamaño de muestra para estas tres posibilidades, utilizando una fórmula para proporciones, un poder del estudio de 0.80 y un error tipo I de 0.05, de tal manera que se requiere para cada posibilidad de correlación de

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

Donde $Z\alpha = 1.96$; $p = 0.70, 0.20$ y 0.50 ; $d = 0.10$

Para una correlación de 0.20 se requiere 52 pacientes

Para una correlación del 50% se requiere 70 `pacientes

Para una correlación del 70% se requieren 59 pacientes

Sin embargo, únicamente se obtuvo la participación de 41 pacientes, es decir, representan el 78.8% para una muestra de 52 pacientes, 69.4% para una muestra de 59 pacientes y 58.5% para una muestra de 70 pacientes. Lo anterior debido la renuencia o poca disponibilidad del paciente para

acudir al servicio de psiquiatría, por lo tanto, la aplicación de las escalas dependía de la disponibilidad y aceptación del paciente para participar en el estudio, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres con edad entre 18 y 85 años de edad.
- Pacientes derechohabientes del ISSSTE.
- Pacientes con diagnóstico de LES documentado en el expediente clínico
- Pacientes que aceptaran participar en el estudio y firmar el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Pacientes con patología no reumatología/psiquiátrica agregada
- Pacientes con discapacidad física atribuible a cualquier otra causa diferente al LES
- Pacientes con retraso mental

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no otorgaron su consentimiento para el estudio

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron elementos de estadística descriptiva. Se realizó un análisis exploratorio de los datos para observar si poseían un comportamiento normal o no paramétrico y se obtuvieron frecuencias de variables cuantitativas. Para correlación se utilizó un coeficiente de correlación de Pearson y Spearman para variables cuantitativas y T de Student para variables no relacionadas. Se consideró una significancia estadística con una $p < 0.05$, y se utilizó el sistema SPSS versión 16.0 EV

RESULTADOS

Datos Sociodemográficos

Se obtuvo una muestra de 41 sujetos, de los cuales 63.4% corresponden a mujeres y 36.6% corresponden a hombres. (Tabla 1). Los sujetos tuvieron una media en edad de 44.4 (± 11.5 años) [Gráfico 1], siendo para las mujeres una edad media de 42.5 (± 10.5 años) y para los hombres 47.8 (± 12.8 años). [grafico 2]

Tabla 1. Distribución por Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	26	63.4
Masculino	15	36.6
Total	41	100.0

Gráfico 0. Distribución por sexo

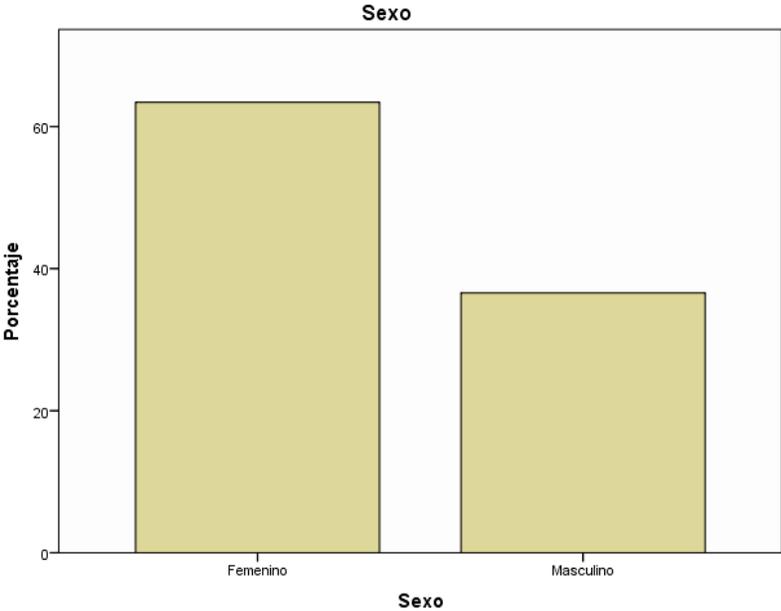


Gráfico 1. Distribución de edad

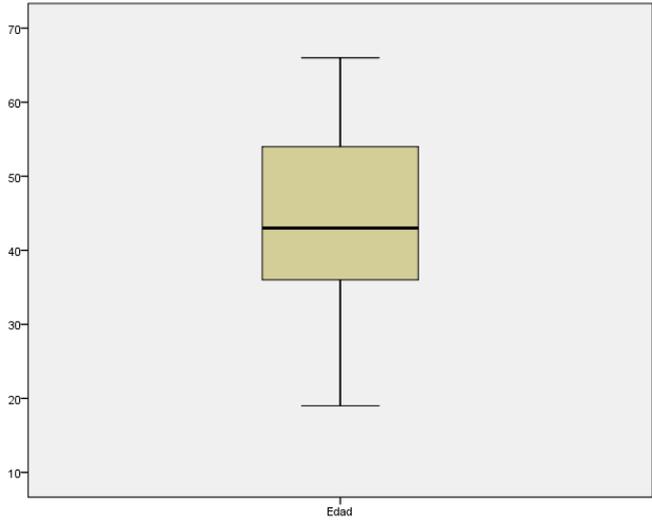
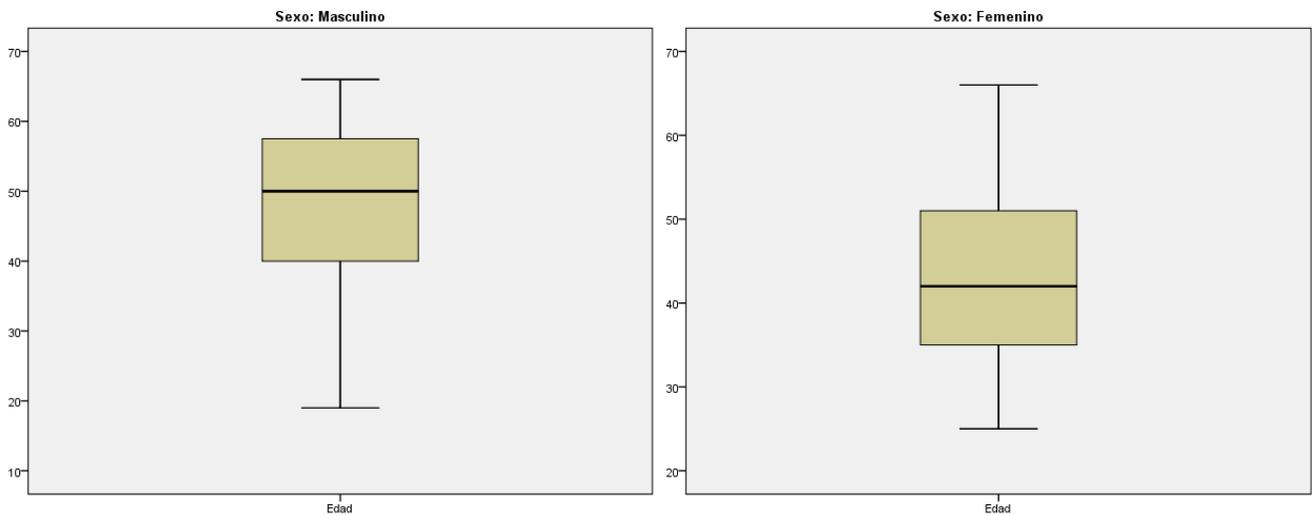


Gráfico 2. Distribución de edad por sexo.



Al realizar la correlación entre los síntomas de depresión y la puntuación de Sheehan, se encuentra una $p < 0.001$. En el caso de la correlación entre la escala de ansiedad de Hamilton y la de discapacidad de Sheehan se encontró una $p < 0.001$, al igual que la anterior. (Gráfico 4)

Gráfico 3. Correlación entre HDRS y Escala de Discapacidad de Sheehan

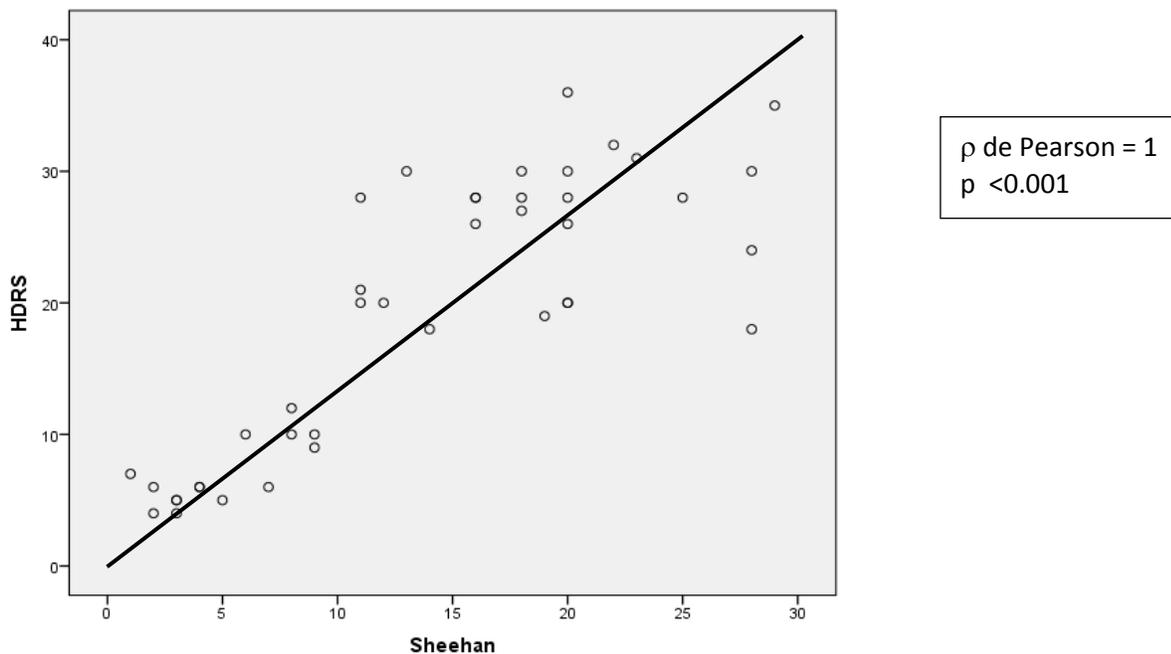
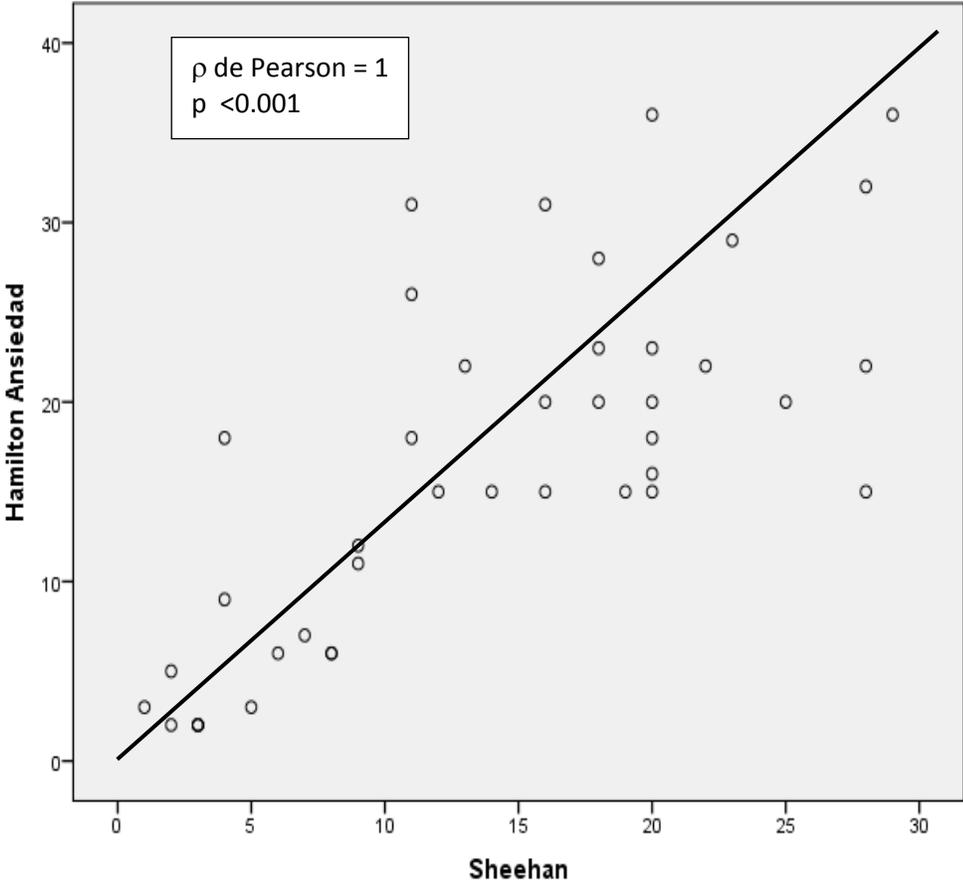
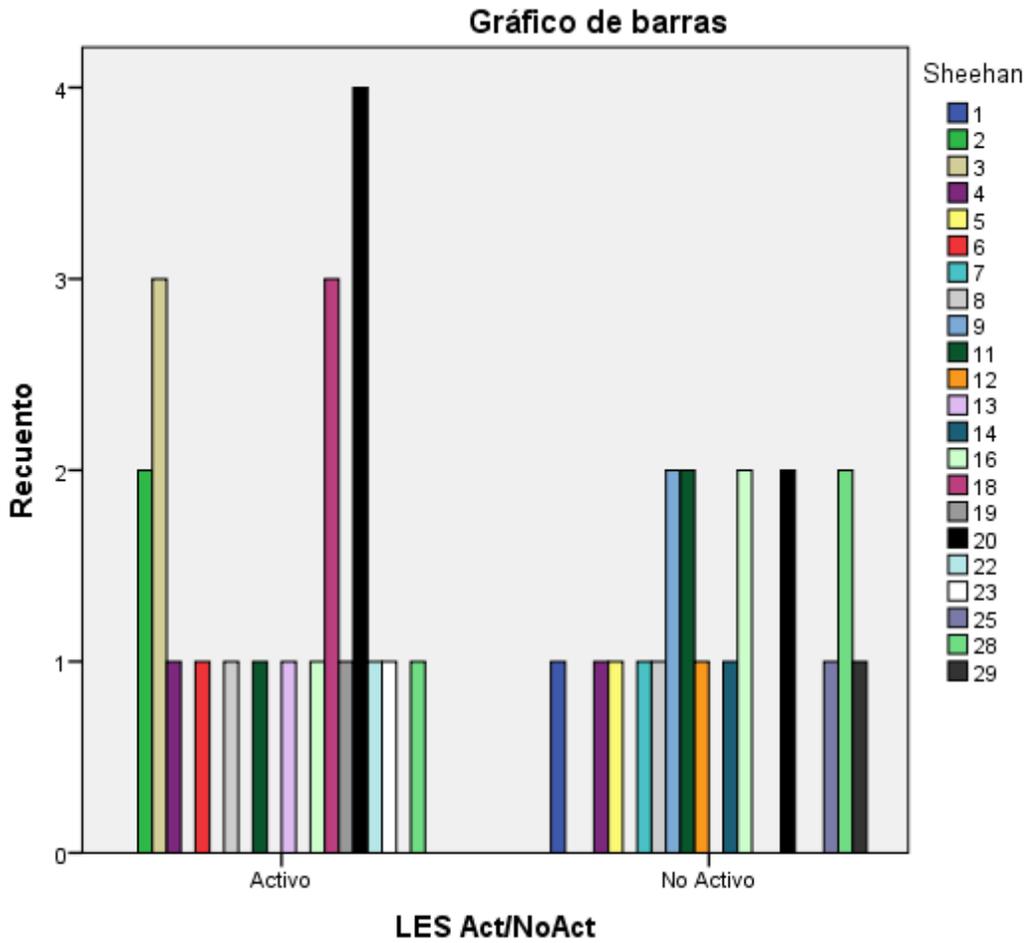


Gráfico 4. Correlación entre Hamilton de Ansiedad y Escala de Discapacidad de Sheehan



Analizando la escala de Sheehan, en lo que se refiere a la actividad del Lupus y a la puntuación de la escala de Sheehan se observa mayor frecuencia de puntuaciones elevadas en aquellos que tienen la enfermedad activa

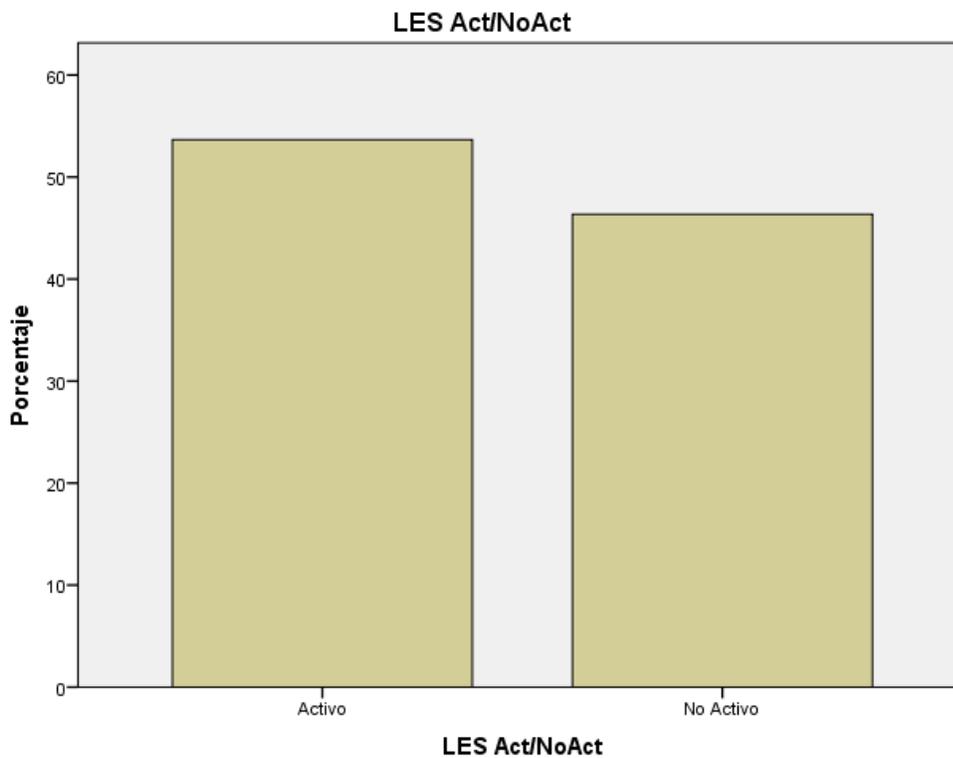


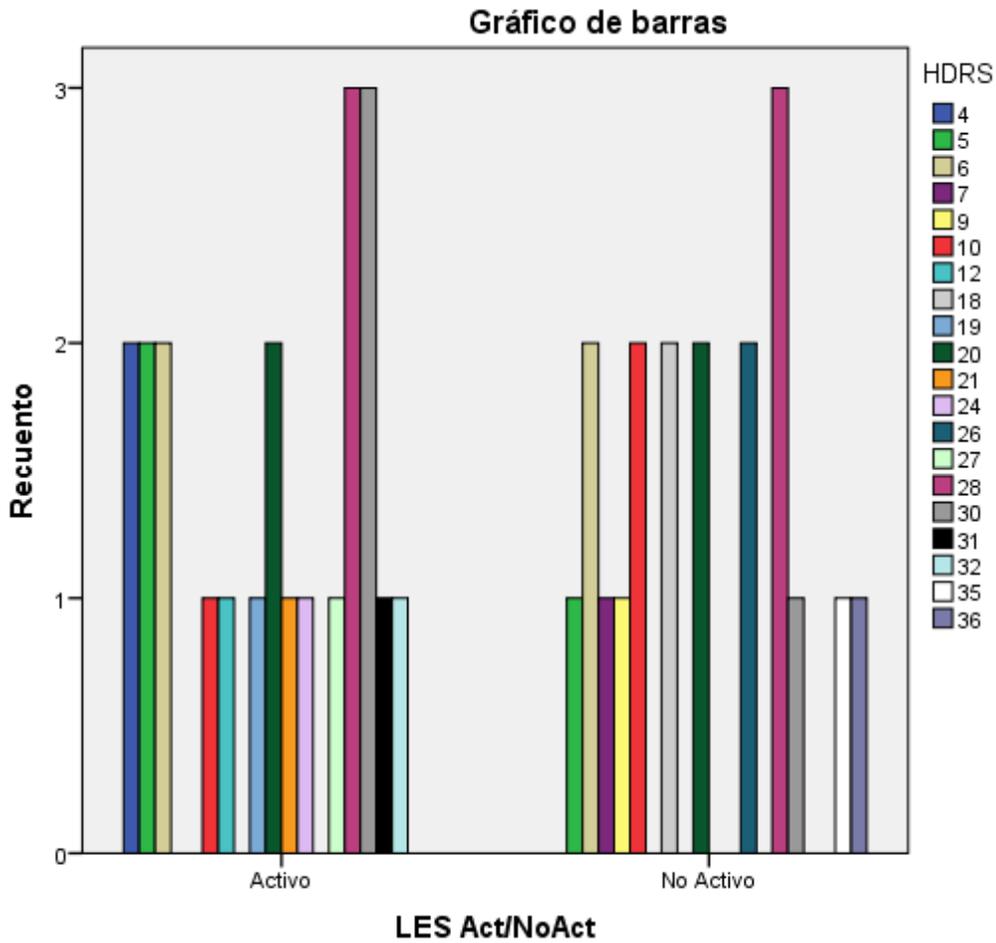
A pesar de tener mayor frecuencia de puntuaciones elevadas en los sujetos con LES activo, al realizar una prueba T para comparar medias de muestras independientes, se obtiene una $p = 0.86$, lo que significa que no existe diferencia entre los grupos, pues en ambos la media es muy similar.

	LES Act/NoAct	N	Media	Desviación típ.
Sheehan	Activo	22	13.50	8.216
	No Activo	19	14.37	8.571

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
Sheehan	Se han asumido varianzas iguales	.029	.866
	No se han asumido varianzas iguales		

Al analizar la escala de Hamilton de depresión, encontramos puntajes más elevados en aquellos que tienen el lupus activo



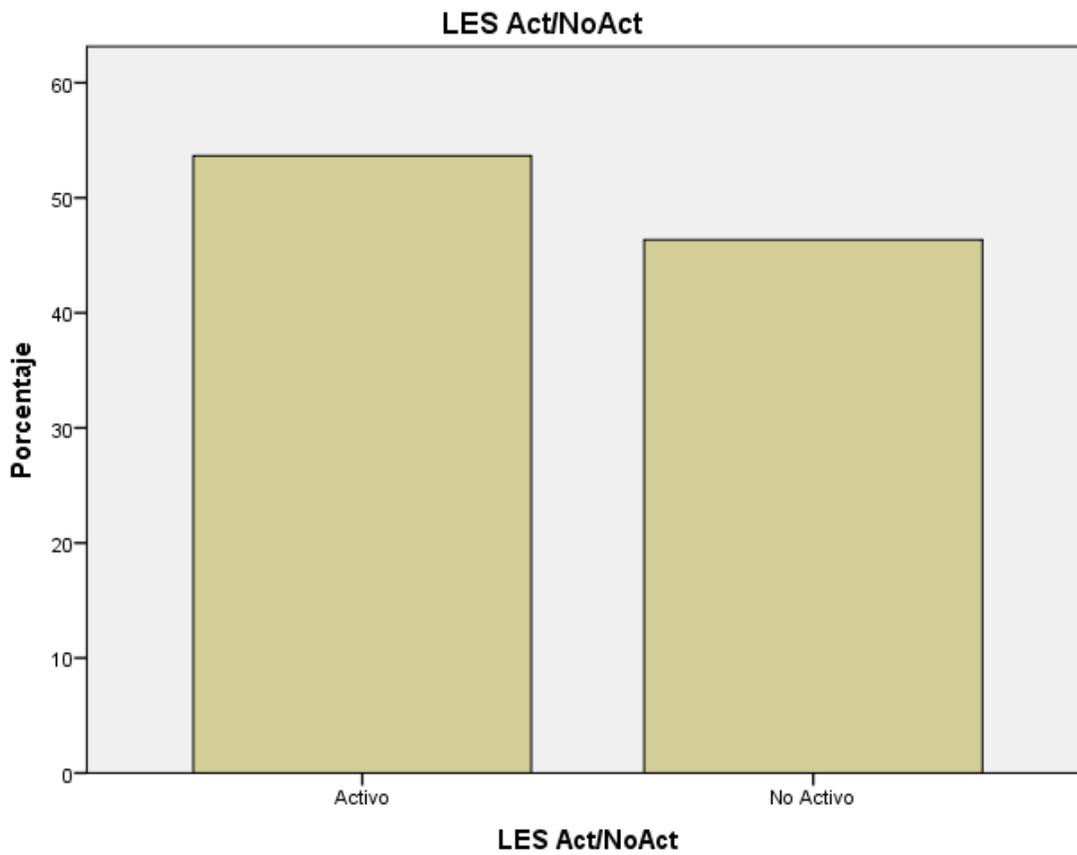


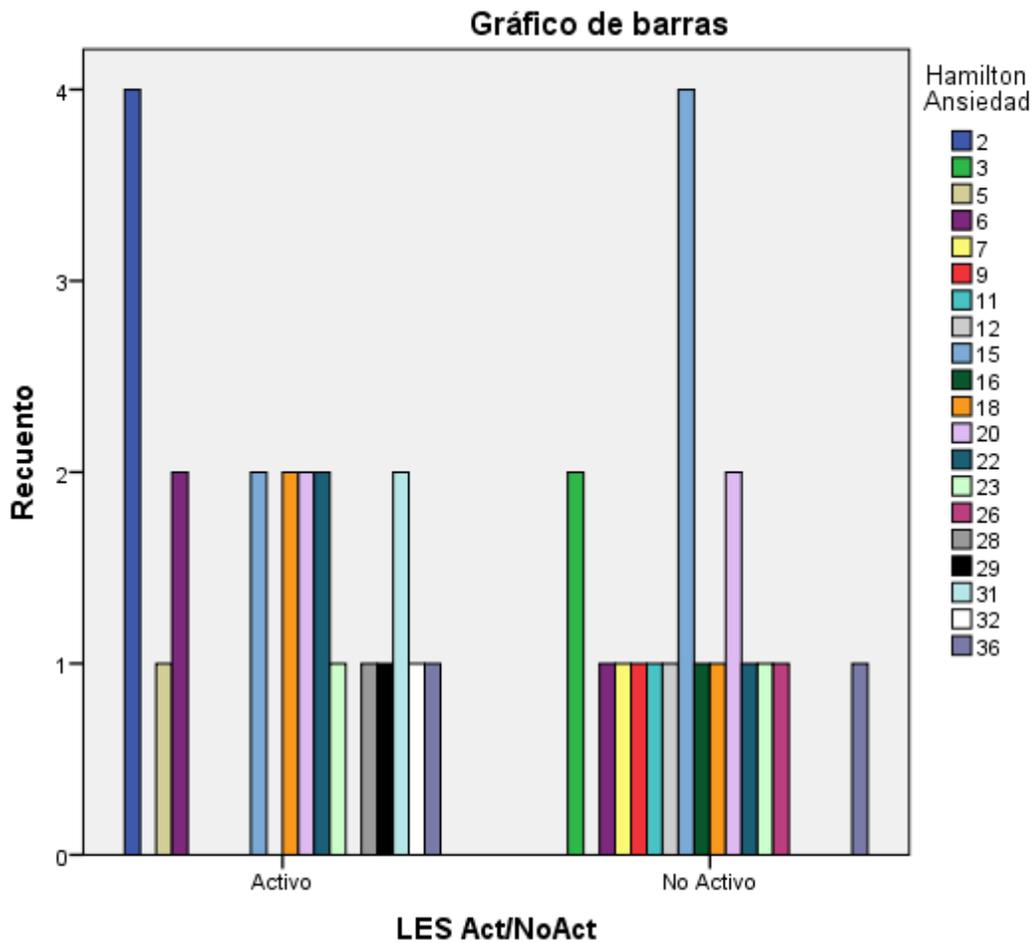
Y al realizar una prueba t para muestras independientes, se encontró un $p = 0.85$, lo que significa que no existe diferencia al comparar las medias entre los sujetos con lupus activos y no activo

	LES Act/NoAct	N	Media	Desviación típ.
HDRS	Activo	22	19.09	10.519
	No Activo	19	19.26	10.407

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
HDRS	Se han asumido varianzas iguales	.035	.853
	No se han asumido varianzas iguales		

Por último el análisis de la escala de Hamilton para ansiedad arrojó que existen puntajes mayores en aquellos pacientes que tienen LES activo.





Al comparar las medias de la escala de ansiedad de Hamilton, se encuentra una p de 0.07, lo cual no es estadísticamente significativo en este estudio.

	LES Act/NoAct	N	Media
Hamilton Ansiedad	Activo	22	17.50
	No Activo	19	15.37

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
Hamilton Ansiedad	Se han asumido varianzas iguales	3.288	.078
	No se han asumido varianzas iguales		

DISCUSIÓN

El paciente con patología reumática se enfrenta a un diagnóstico de pronóstico incierto que, con frecuencia involucra dolor crónico, pérdida de la autonomía y cambios en el estilo de vida; situación que sitúa al paciente ante un reto adaptativo, el cual, al no ser superado, conduce a cierto grado de discapacidad. En ocasiones se acompaña de trastornos comórbidos como depresión y ansiedad, cuyos síntomas pueden agravar la percepción subjetiva de discapacidad en el paciente.

Aunado a lo anterior, en el LES se muestran manifestaciones neuropsiquiátricas, tanto por el proceso mismo de la enfermedad, como por los medicamentos administrados (corticoesteroides, inmunosupresores, etc.) con participación directa el SNC (alteraciones afectivas, deterioro cognitivo, delirium), como por la participación de factores psicosociales, ya que implica sobrellevar una enfermedad controlable pero no curable, la alteración en la calidad de vida por los síntomas durante los períodos activos del LES, con la consecuente alteración o disfunción a nivel laboral, social, familiar y de pareja, la pérdida de funcionalidad y autonomía y al encontrarse en un estado de dependencia; con estos factores estresantes, los pacientes se encuentran con mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos tales como Trastornos Ansiosos y Trastornos Depresivos según G. Moran⁽⁹⁾

En los resultados anteriormente expuestos, mediante la aplicación de las escalas, se encontró una $p < 0.001$ para la correlación entre la sintomatología depresiva y el grado de discapacidad, igualmente, para la correlación entre la sintomatología ansiosa y el grado de discapacidad, lo cual corrobora la hipótesis formulada, ya que existe una correlación al menos del 70% entre el grado de discapacidad y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con LES atendidos en el servicio de reumatología y psiquiatría del CMN 20 de Noviembre.

De la muestra obtenida en 41 sujetos, 63.4% correspondieron a mujeres y 36.6% a hombres, con una media en edad de 44.4 (± 11.5 años), siendo para las mujeres una edad media de 42.5 (± 10.5 años) y para los hombres 47.8 (± 12.8 años).

Se puede observar que en el caso de los hombres el diagnóstico de lupus y síntomas depresivos y/o ansiosos se presentan a mayor edad que en las mujeres (en promedio 5 años más), coincidiendo con lo descrito en la literatura, donde el LES se presenta con mayor frecuencia en mujeres, así como los

trastornos ansiosos y depresivos.

Al realizar la correlación entre los síntomas de depresión y la puntuación del Inventario de Discapacidad de Sheehan, se encontró una $p < 0.001$. Lo cual significa que sí existe una correlación directa: entre mayor puntuación de la Escala de Hamilton para depresión, mayor puntuación en el Inventario de discapacidad de Sheehan, lo cual significa un mayor grado de discapacidad.

En el caso de la correlación entre la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de Discapacidad de Sheehan se encontró una $p < 0.001$, al igual que la anterior. Esto también significa que entre mayor es el puntaje de ansiedad, mayor el grado de discapacidad.

Analizando el Inventario de discapacidad de Sheehan, en lo que se refiere a la actividad del Lupus y a la puntuación de esta escala, se observa una mayor frecuencia de puntuaciones elevadas en aquellos que tienen la enfermedad activa

A pesar de tener mayor frecuencia de puntuaciones elevadas en los sujetos con LES activo, al realizar una prueba T para comparar medias de muestras independientes, se obtiene una $p = 0.86$, lo que significa que no existe diferencia entre los grupos, pues en ambos la media es muy similar.

Al analizar la escala de Hamilton de depresión, encontramos puntajes más elevados en aquellos que en quienes se encuentra activo el lupus eritematoso sistémico. Al comparar las medias de la escala de ansiedad de Hamilton, se encuentra una p de 0.07, lo cual no es estadísticamente significativo en este estudio

CONCLUSIONES

Se encontró una correlación directa y estadísticamente significativa entre las tres escalas (Hamilton A, Hamilton D y Sheehan), donde a mayor grado de discapacidad se encuentra una mayor manifestación de sintomatología ansiosa y/o depresiva y viceversa.

No se encontró una relación directa entre la actividad o inactividad del LES y la presencia de síntomas psiquiátricos.

Se encontraron limitaciones en cuanto a la obtención de la muestra, debido a que los pacientes del servicio de reumatología (y la población en general) se encuentran renuentes o no aceptan acudir a los servicios de psiquiatría, ya que la enfermedad mental lamentablemente aún representa un estigma de índole social y cultural.

Es necesaria la participación conjunta entre los servicios de psiquiatría y reumatología, informando al paciente acerca del riesgo de presentar síntomas afectivos inherentes o no a la actividad del LES. Con esta medida, se lograría una mejoría en cuanto a la calidad de vida y en la percepción de disfuncionalidad y síntomas somáticos con el tratamiento psicofarmacológico apropiado en caso de realizarse el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos.

Es de cabal importancia la identificación de los indicios de la existencia de síntomas psiquiátricos y su referencia oportuna para lograr una mejor atención de una manera multidisciplinaria a los pacientes con ambas morbilidades.

Por lo anterior, es importante continuar con investigaciones futuras, ya que existe una relación directa entre la presencia de padecimientos autoinmunitarios y patología psiquiátrica, para así lograr establecer la mejor colaboración y tratamiento por parte de ambas especialidades, así como la sensibilización a la población de la necesidad e importancia de acudir a una valoración psiquiátrica de ser necesario, para una mejoría en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moran MG. Psychiatric aspects of rheumatology. *Psychiatr Clin North Am.* 1996 Sep;19(3):575-587.
2. Salaffi F, Bazzichi L, Stancati A, Neri R, Cazzato M, Consensi A, Grassi W, Bombardieri S. Development of a functional disability measurement tool to assess early arthritis: the Recent-Onset Arthritis Disability (ROAD) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol.* 2005 Sep-Oct;23(5):628-636.
3. Dupond JL, Humbert P, Taillard C, de Wazieres B, Vuitton D. Relationship between autoimmune diseases and personality traits in women. *Presse Med.* 1990 Dec 22-29;19(44):2019-2022.
4. Berlit P. Neuropsychiatric disease in collagen vascular diseases and vasculitis. *J Neurol.* 2007 May;254 Suppl 2:II87-89.
5. Ferstl R, Niemann T, Biehl G, Hinrichsen H, Kirch W. Neuropsychological impairment in autoimmune disease. *Eur J Clin Invest.* 1992 Oct;22 Suppl 1:16-20.
6. Herrmann M, Schölmerich J, Straub RH. Stress and rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am.* 2000 Nov;26(4):737-763, viii.
7. Capítulo 4. Lupus Eritematoso Sistémico Hannahs Hahn, Bevera. PP 69-84. Fauci, Antyhony. *Harrison Reumatología. 1ª edición en español.* Ed MacGraw Hill, México, 2007.
8. Capítulo 23, Lupus Eritematoso Sistémico. Leonor Barile-Fabrís, Daniel X. Xibillé Friedmann. Pp 247-264. *Martinez-Elizondo P. Introducción a la Reumatología. 4ª edición.* Fondo Editorial del Consejo Mexicano de Reumatología. México 2008.
9. Capitulo Enfermedades del tejido conectivo. Michael G. Moran. PP 889-894. *Psychiatric Care of the Medical Patient, 2º Ed,* Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. Oxford University Press NY, USA, 2000.
10. Ishikura R, Morimoto N, Tanaka K, Kinukawa N, Yoshizawa S, Horiuchi T, Nakashima H, Otsuka T. Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. *Clin Rheumatol.* 2001;20(6):394-400.
11. Kaplan & Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría.* Benjamín J. Sadock, Virginia A. Sadock. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 10º Edición, 2009. Pp. 527-529, 579-585.
12. *DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* T. Floresd i Fomenti, Joan Masana R. Ed. Elsevier Masson, 2002 Barcelona, España, Pp. 494-509, 444-448.

13. Bobes J, Badía X, Luque A et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 530-538
14. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
15. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.