



Ciclo de Metodología Científica II-2017

GRUPO N°73

Tutor: Dr. Prof. Ernesto Cairolí

Co-orientador: Margarita Wschebor

Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico asistidas en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital de Clínicas, 2017.

Br. Dos Santos, Yanina Florencia –

Br. Farías, Melina Valeria –

Br. Olivera, Valentina Fernanda –

Br. Rampoldi, Pablo Ricardo –

Br. Stratta, Leonardo Daniel –

Br. Tarabochia, Gastón -

Universidad de la República

Facultad de Medicina

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas



Índice de contenidos	Pág.
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Marco teórico.....	4
1. Lupus eritematoso sistémico.....	4
2. Ansiedad y depresión.....	9
Objetivos.....	11
Metodología.....	11
1. Diseño de estudio y población.....	11
2. Recolección de datos.....	12
3. Característica sociodemográficas. Variables a analizar.....	13
4. Características clínicas inmunológicas del LES, ansiedad y depresión. Variables a analizar.....	14
5. Estudio para la asociación de las variables.....	14
Resultados.....	15
1. Características sociodemográficas de la muestra.....	15
2. Características clínicas inmunológicas del LES.....	16
3. Ansiedad y depresión.....	18
4. Subanálisis relacionado a ansiedad y depresión.....	22
Discusión.....	24
1. Características sociodemográficas.....	25
2. Características clínicas inmunológicas del LES.....	25
3. Ansiedad y depresión asociado a años de instrucción.....	25
4. Ansiedad y depresión asociado a estado civil.....	25
5. Ansiedad y depresión asociado a situación laboral.....	25
6. Ansiedad y depresión asociado al consumo de psicofármacos.....	26
7. Ansiedad y depresión asociado a los años de evolución del LES.....	26
8. Ansiedad y depresión asociado a anticuerpos antifosfolipídicos.....	27
9. Aspectos éticos.....	27
10. Fortalezas.....	27
11. Debilidades.....	27
Conclusiones.....	28
Agradecimientos	28
Bibliografía.....	29
Anexos.....	31

Resumen

Objetivos: Estimar prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), mayores de 18 años asistidas en Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital de Clínicas en el año 2017.

Metodología: Estudio observacional analítico transversal. Para la detección de las variables a analizar se utilizarán test de screening probados y validados al español, específicamente para ansiedad y depresión, Hamilton y Beck respectivamente.

Resultados: De 51 pacientes estudiadas, 41 (80.3%) presentaron ansiedad, de las cuales 43.0% presentaron ansiedad leve, mientras que 37.0 % presentaron ansiedad moderada/grave. Del total de pacientes incluidas en el estudio, 34 (66.6%) presentaron depresión, de ellas 25.5% presentaron depresión leve, 25.5% depresión moderada y 15.7% presentaron depresión grave.

Conclusiones: La prevalencia de ansiedad y depresión en las pacientes con LES incluidas en el estudio fue muy elevada. Esto indica que los médicos deberían indagar síntomas de estas patologías, ya que la presencia de los mismos puede interferir en la adecuada adherencia al tratamiento y evolución del LES, debiéndose referir oportunamente a especialista en psiquiatría ante la presencia de síntomas graves. No obstante, sería importante contar con la presencia de dicho especialista formando parte del equipo de la Unidad de Autoinmunes, permitiendo un mejor manejo del diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión.

***Palabras Clave:* Lupus Eritematoso Sistémico, Ansiedad, Depresión, Hamilton, Beck, Anticuerpos Antifosfolipídicos.**

Introducción

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica, que se asocia frecuentemente con síntomas neuropsiquiátricos, siendo los más prevalentes ansiedad y depresión. La etiopatogenia del lupus neuropsiquiátrico (LESNP) es desconocida por lo que se le atribuyen 4 factores: lo constitutivo, es decir la vulnerabilidad previa de la persona; trastorno adaptativo por la presencia de una enfermedad crónica; la injuria mediada por la reacción inflamatoria y autoinmune propia del LES; y por último el efecto adverso de la corticoterapia. Se decidió trabajar sobre LES ya que es una de las enfermedades autoinmunes más prevalentes lo cual permitirá tomar una muestra más representativa de la población. A su vez, se observó en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital de Clínicas, la cual funciona desde el año 1995, que los síntomas neuropsiquiátricos, especialmente ansiedad y depresión, son unas de las manifestaciones clínicas más frecuentes.

En cuanto a estudios previos, a nivel mundial existen trabajos sobre esta temática que evidencia la alta prevalencia de ansiedad y depresión dentro de las manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes adultos con LES.

La importancia radica en obtener resultados sobre una problemática frecuente, en la que actualmente no hay investigaciones a nivel nacional, para contribuir al desarrollo de estrategias terapéuticas que permitan mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

Marco Teórico

1. Lupus Eritematoso Sistémico

El LES es una enfermedad autoinmune crónica. Presenta gran variabilidad en su presentación clínica ya que puede afectar cualquier sistema del organismo, por lo que hablamos del LES como una enfermedad sistémica.(1)

Se caracteriza por tener períodos de actividad y remisión. Se define actividad como nuevas manifestaciones o empeoramiento de la sintomatología conocida junto a síntomas constitucionales, además títulos elevados de anticuerpos anti-ADN e hipocomplementemia ayudan a determinar la actividad.

El grado de afección del LES puede ir desde una actividad mínima o nula, hasta una actividad que comprometa la vida del paciente. A consecuencia de esto se utilizan instrumentos para valorar el índice de actividad de la enfermedad. Uno de los más utilizados es el Índice de Actividad del Lupus Eritematoso Sistémico (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index SLEDAI).(2)

El mismo consta de un interrogatorio, valoración al examen físico, y pruebas de laboratorio, que en este caso se utilizarán las pruebas previamente realizadas por la Unidad. Esta herramienta determinará el grado de intensidad de la enfermedad en los últimos 30 días.

El investigador deberá indicar los hallazgos positivos y otorgarle el puntaje correspondiente a cada aspecto a tomar en cuenta. Según el resultado se clasificará la enfermedad del paciente en leve o nula actividad, y en actividad.

Dicha puntuación va de 0 a 105; sin embargo, la manifestación de uno de los síntomas graves catalogará automáticamente como actividad severa, aunque la puntuación sea baja y los síntomas restantes se ubiquen en categorías más bajas, ya que se priorizará la importancia de las manifestaciones graves sobre la puntuación y demás signos menores presentes.(3)

1.1. Etiopatogenia

La etiopatogenia del LES toma como punto de partida a las alteraciones hormonales, genéticas, ambientales e inmunológicas como factores etiológicos de la misma.(1) Los mecanismos inmunológicos son explicados por una disfunción de los linfocitos T reguladores, alteración en el balance de citoquinas, activación de clonas autorreactivas de linfocitos B y la producción de una alta gama de autoanticuerpos.(2)

1.2. Criterios diagnósticos

El diagnóstico de LES es clínico-paraclínico, no se cuenta actualmente con estudio gold standard. Se toma como orientación diagnóstica los criterios de clasificación del LES del Colegio Americano de Reumatología (ACR), de los cuales se necesitan 4 de los 11 criterios para hacer el diagnóstico.

Los criterios son:

- Eritema malar
- Lupus discoide
- Fotosensibilidad
- Ulceras orales
- Artritis no erosiva
- Serositis (pleuritis, pericarditis)
- Alteraciones urinarias (proteinuria mayor a 0.5g/día o cilindros celulares)
- Alteraciones neurológicas (convulsiones, psicosis)
- Alteraciones hematológicas (anemia hemolítica, leucopenia menor a 4000/mm³, linfopenia menor a 1500/mm³, trombocitopenia menor a 100.000/mm³)

- Alteraciones inmunológicas con presencia de anticuerpos anti-ADNs, anti-Smith o anticuerpos antifosfolipídicos (anticardiolipinas IgG o IgM, Anticoagulante lúpico)
- Anticuerpos Antinucleares (ANA) positivos

Se debe destacar que estos criterios no contemplan situaciones particulares de pacientes con diagnóstico de LES. A su vez, no se toman en cuenta las manifestaciones neurológicas más frecuentes como son ansiedad y depresión, presenta un exceso del compromiso cutáneo cuando la enfermedad es por definición sistémica, y no cuenta con los anticuerpos no-ANA.(2)

1.3. Prevalencia y epidemiología

La incidencia y prevalencia varían según sexo, edad, etnia, lugar geográfico y medio socio-ambiental de la persona.

Cuando consideramos la incidencia del LES en caucásicos, la misma es de 3.0-20.5 casos/100.000 habitantes/año, mientras que en afrocaribeños es de 21.9-159.4/100.000 habitantes. Las tasas de prevalencia en general se encuentran entre 20-70 casos/100.000 habitantes/año.

El factor de riesgo que está más asociado al desarrollo de LES es sin dudas el género, siendo ampliamente más prevalente en el sexo femenino. Esto, entre otras cosas, se debe a los factores hormonales; las mujeres tienen niveles de estrógenos más elevados que los hombres y presentan rápidas variaciones. Esto lo vemos reflejado en la frecuencia de inicio o recaída de la enfermedad durante la menarca, parto, puerperio o menopausia.

Debemos tomar en cuenta también el factor edad en ésta ecuación, ya que la relación mujer/hombre varía según la misma. Se observa una relación 8.1/1 en un rango de 30-40 años, mientras que existe una relación 2.2/1 en un rango de edad de 60-70 años.

Según el estudio realizado por el Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL) ha sido posible conocer que los mestizos tienen mayor susceptibilidad para desarrollar LES, así como formas graves de la enfermedad, mayor riesgo específico de nefropatía lúpica y mayor riesgo de comenzar más tempranamente con síntomas. A su vez, los índices de actividad son mayores en comparación que los caucásicos, lo que se asocia a mayor daño acumulado y por ende, peor pronóstico.

Si combinamos los factores, edad, género, etnia y situación socio-económica, se encuentra que la mujer joven, de descendencia afroamericana, en situación de pobreza y con un nivel de instrucción formal deficitario, es el blanco principal del LES, de sus formas graves y de peor pronóstico.

En nuestro país no se tienen datos oficiales sobre la incidencia o la prevalencia de LES. Se puede hacer una aproximación a las particularidades poblacionales del Uruguay con una caracterización realizada en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes de la Clínica Médica C

del Hospital de Clínicas entre los meses de mayo y noviembre en el año 2013, que arrojaron los siguientes datos. Se estudiaron 115 pacientes (que cumplieron con al menos 4 de los 11 criterios de LES del ACR) donde se encontró que: 108 (94%) eran mujeres, el promedio de edad es de 45 ± 14 años, la edad al diagnóstico fue de 33 ± 14 años, la procedencia fue 57% de Montevideo y 43% del resto del país (7% de medio rural).(2)

1.4. Anticuerpos

Al estar hablando de una patología autoinmune, se encontrarán auto anticuerpos en los pacientes, habiendo algunos de particular importancia diagnóstica y de seguimiento de la enfermedad.

Anticuerpos antinucleares (ANA): El título de estos anticuerpos forma parte de la paraclínica de primera línea ante la sospecha clínica de LES, y se detectan en el 95% de los casos. Los ANA son criterio diagnóstico de lupus en títulos elevados, 1/160 o mayores, o si la sospecha clínica es altamente elevada se puede considerar 1/80 para realizar el diagnóstico. Hay que tener en cuenta que otras enfermedades autoinmunes sistémicas cursan con ANA positivo como la enfermedad mixta del tejido conectivo en un 100%, síndrome de Sjögren en un 48% y artritis reumatoide en un 41%. También están presentes en enfermedades autoinmunes órgano-específicas, en enfermedades crónicas infecciosas, en neoplasias y en enfermedades inflamatorias intestinales.

Antígenos extraíbles nucleares (ENAs): Estos anticuerpos son de carácter más específico para LES y forman parte de la paraclínica de segunda línea a pedirle al paciente. Dentro de estos se engloban por ejemplo el autoanticuerpo anti ADNds (nativo o de doble cadena) que se encuentra presente en un 75% de los casos y es de alta especificidad.

También tenemos los anticuerpos anti Smith (anti-sm) que se encuentran en un 25% de los casos y son altamente específicos de presencia de LES.(2)

1.5. Manifestaciones clínicas y gravedad del LES

El LES puede acompañarse de manifestaciones generales como astenia, adinamia, anorexia, fiebre, adelgazamiento y malestar general; así como de manifestaciones específicas. Estas últimas permiten clasificar al LES según su gravedad en: leve cuando cursa con afectación muscular articular y cutánea, moderado con compromiso seroso, hematológico y/o miocárdico, y por último, severo cuando afecta órganos tales como riñones, pulmón y sistema nervioso.(2)

1.5.1. Manifestaciones específicas

Musculo-articulares: la artritis se presenta en el 90% de los casos.

Cutáneas: la piel es el segundo órgano más afectado, se observan lesiones hasta en un 70-80 % de los pacientes y se clasifican en específicas e inespecíficas. Las primeras se dividen en tres formas clínicas: lupus cutáneo agudo, lupus cutáneo subagudo y lupus cutáneo crónico.

Hematológicas: la mayoría de los enfermos tienen más de una alteración hematológica, la más frecuente es la anemia de tipo crónico, seguido de leucopenia y trombocitopenia.

Nefropatía: la nefropatía lúpica es una glomerulopatía secundaria, siendo la principal causa de morbimortalidad en pacientes con LES.

Existen otras manifestaciones específicas como en serosas (pleura y pericardio), miocárdicas y pulmonares.(1)

1.5.2. Manifestaciones neuropsiquiátricas

Las manifestaciones neuropsiquiátricas son muy frecuentes en pacientes con LES, siendo estas en las que se centrará la investigación.

El LESNP se describe como el compromiso clínico visceral más desafiante, responsable de la alta mortalidad y morbilidad.(4) Su diagnóstico es de exclusión, y el mismo presenta dificultades ya que ninguna de las manifestaciones es exclusiva del LES y por tal motivo es complejo diferenciar una afectación orgánica, de una psicológica secundaria a la cronicidad de la enfermedad, o propias del tratamiento. También es necesario descartar infección del Sistema Nervioso Central (SNC), uremia, púrpura trombocitopénica trombótica, encefalopatía posterior reversible, psicosis esteroidea como posibles causas de estas manifestaciones.(1)

La condición tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas y gravedad. Así en 1999, el ACR propuso un total de 19 síndromes psiquiátricos y neurológicos del SNC, periférico y autónomo que se observan en pacientes con LES, los cuales pueden ocurrir simultáneamente o superponerse en un mismo paciente. Estos son: meningitis aséptica, enfermedad cerebrovascular, síndrome desmielinizante, cefalea, corea, mielopatía, convulsiones, delirium, trastorno de ansiedad, déficit cognitivo, trastorno del ánimo (depresión), psicosis, lesión del nervio periférico, síndrome Guillain-Barré, trastornos autonómicos, mononeuropatía simple o múltiple, Miastenia Gravis, neuropatía craneal y plexopatía.(5) Como concepto general de los pacientes con LESNP considerados graves, vale destacar los diagnósticos de: corea, delirium, psicosis lupica, mielitis transversa o síndrome Guillain-Barré. Sin embargo, aun usando esta clasificación común que unifica y define criterios clínicos, laboratorio e imágenes o pruebas psicológicas para cada síndrome, no se dio respuesta a cuál es la prevalencia del LESNP, ya que esta varió de 37% a 91% en 6 estudios que la utilizaron. A su vez, la detección de autoanticuerpos en suero o líquido cefalorraquídeo (LCR) no se ha incluido como un marcador de diagnóstico dentro de la clasificación.(6) Entre todas las manifestaciones, el déficit cognitivo, los trastornos del ánimo y ansiedad fueron los más prevalentes en pacientes con LES.(7)

Hasta la fecha, más de 116 anticuerpos se han informado en el LES, y al menos 20 de ellos, incluidos 11 específicos del Sistema Nervioso Central y 9 anticuerpos sistémicos, se han asociado con LESNP.(6)

Un meta-análisis obtuvo como resultado que los pacientes con LESNP son más propensos a tener niveles elevados de anticuerpos antifosfolípidicos como los anticuerpos anticoagulante lúpico y anticardiolipinas; anticuerpos anti-ribosómico P, y anticuerpos anti-neuronal, en comparación con pacientes con LES sin manifestaciones neuropsiquiátricas.(8) Por lejos, los anticuerpos antifosfolípidicos han sido los anticuerpos más ampliamente investigados en LESNP.(9) Hay abundantes investigaciones sobre su asociación con manifestaciones focales como accidentes cerebrovasculares, epilepsia y migrañas, y manifestaciones neurológicas difusas incluyendo deterioro cognitivo. En muchos estudios se informó una fuerte correlación entre anticuerpos antifosfolípidicos y las manifestaciones neuropsiquiátricas, pero también fue refutada en otros.(9) Una revisión sistemática aportó evidencia de que los anticuerpos antifosfolípidicos, principalmente anticoagulante lúpico, estaban significativamente asociados con manifestaciones de enfermedad neuropsiquiátrica atribuidas al LES.

Con respecto a la patogenia del LESNP que involucra a los anticuerpos, ciertos estudios han demostrado que los anticuerpos séricos son capaces de dañar los tejidos neurológicos mediante la alteración de la función vascular, el cruce de la barrera hematoencefálica (BHE) y la combinación con antígenos en los tejidos del cerebro para formar inmunocomplejos. Además, la deposición de inmunocomplejos sobre la BHE aumenta aún más la permeabilidad para el paso de los anticuerpos, que permite su transferencia pasiva hacia el SNC desde la circulación sanguínea. Por otro lado, se ha identificado en pacientes con LESNP la producción intratecal activa de anticuerpos. Específicamente, en relación a los anticuerpos antifosfolípidicos, su mecanismo patogénico se basa en dirigirse contra dianas fosfolípicas cargadas negativamente, lo cual desempeña un papel clave en la vasculopatía oclusiva en el LESNP y conducir a la aterosclerosis acelerada, tromboembolismo y lesiones cerebrales posteriores.(8)

2. Ansiedad y Depresión

En cuanto a la ansiedad y depresión, según la OMS su prevalencia a nivel mundial es cerca de un 10% de la población.(10) La ansiedad en nuestro país presenta una prevalencia en la atención primaria en salud entre un 25 y 30%, predominando en el sexo femenino entre los 20 y 40 años.(11) Por otro lado, la sintomatología depresiva, presente en un 15% en nuestro país, genera discapacidad en todos los ámbitos en los que se desarrolla el individuo, viéndose cada vez en edades más tempranas y siendo responsable de una elevada tasa de suicidios.(12)

La ansiedad es una emoción fisiológica, normal y adaptativa frente a estímulos amenazadores del entorno, caracterizado por un estado mental de miedo y de cambios fisiológicos que preparan al individuo para la defensa o huida frente a situaciones peligrosas.

La misma es patológica cuando es desproporcionada a la situación, y/o es demasiado prolongada. (11)

Con relación a los trastornos de ansiedad solo el 1.9% de la población que los sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste, el 5.6% de estos acuden al médico general.(13)

El trastorno depresivo es un trastorno del humor caracterizado por un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

El trastorno depresivo mayor es el trastorno del humor más frecuente. Su prevalencia a lo largo de la vida representa del 5 al 12% de los hombres y del 10 al 25% de las mujeres. A su vez, la incidencia está aumentando en los jóvenes.

Los trastornos del humor son la primera causa de suicidio, radicando aquí la importancia de reconocerlo y tratarlo oportunamente. (12)

2.1. Test de Beck y de Hamilton

Existen test de screening para evaluar la presencia de ansiedad y depresión de una forma rápida, sistematizada, de fácil reproducción y realizable en corto tiempo. Dentro de los test más utilizados, los seleccionados para esta investigación son dos escalas internacionales a saber, Hamilton para ansiedad y Beck (BDI) para depresión. Los mismos fueron escogidos en base a su especificidad y sensibilidad, y están validados en la lengua castellana.

El BDI es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas (ver anexo) que se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

El test inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.

Las instrucciones para el test de Beck solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16

(cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63.(14) Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0 – 9 ausente, 10 – 18 leve, 19 – 29 moderada, 30 – 63 grave. (15)

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad debe realizarse, en primer lugar, mediante la aplicación de los criterios contenidos en el DSM-IV, o en la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10, y secundariamente, mediante el uso de escalas de evaluación clínica. Si bien las mismas tienen utilidad como apoyo al diagnóstico clínico, se utilizan principalmente como instrumentos de medida de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, por lo que alertan la existencia de ansiedad al mismo tiempo que establecen su gravedad.

La escala de ansiedad de Hamilton (HARS, Hamilton Anxiety Rating Scale,) es un instrumento ampliamente utilizado en la práctica asistencial y en investigación clínica. Es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad).(16) Los puntos de corte recomendados sobre un total de 56 son: 0 a 5 no ansiedad; 6 a 14 ansiedad leve; mayor de 15 ansiedad moderada o grave. (15)

Objetivos

1. Objetivo general

Estimar prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes mujeres con LES, mayores de 18 años asistidas en Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital de Clínicas en el año 2017.

2. Objetivos específicos:

- Determinar la relación entre los distintos factores sociodemográficos y propios del LES que intervienen en la presencia de ansiedad y depresión.
- Determinar si existe asociación entre presencia de anticuerpos antifosfolipídicos con ansiedad y depresión en dichas pacientes con LES

Metodología

1. Diseño de estudio y población

Se trata de un estudio observacional analítico transversal.

Los integrantes de la muestra poblacional serán pacientes de sexo femenino mayores de 18 años, con diagnóstico previo de LES por ACR que asisten en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital de Clínicas en el período de Agosto - Setiembre del año 2017, y que accedan a participar en la investigación. Los mismos deben ser capaces de responder las preguntas y test realizados al momento de ser incluidos en el estudio.

Serán excluidos aquellos pacientes con superposición con otras enfermedades autoinmunes sistémicas, exceptuando aquellos con Síndrome antifosfolipídico (SAF) y Síndrome de Sjogren. Otro criterio de exclusión será que estén cursando un duelo definiéndose el mismo como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida”. La duración del mismo, inicia a las pocas horas de la muerte del ser querido y tiende a desaparecer al cabo de seis meses a un año del evento.(17)

Por último, se excluirá pacientes con retardo mental, definido por el CIE-10 como un trastorno caracterizado por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.(18) Según el DSM-IV, se define por un cociente intelectual (CI) menor o igual a 70. Esta discapacidad intelectual debe tener un inicio precoz (antes de los 18 años). (19)

En cuanto a la muestra objetivo para este estudio, se estima un tamaño aproximado de 30 pacientes con LES.

2. Recolección de datos

Se realizarán encuestas a través de entrevistas que se llevarán a cabo por los investigadores. Se utilizarán cuestionarios para la recolección de datos. Previo a esto se le brindará al paciente el correspondiente consentimiento informado, y además se les otorgará una copia del mismo a los pacientes con información adicional y en lenguaje coloquial.

Se recogerán las siguientes variables:

1. Características sociodemográficas: edad, procedencia, residencia, años de instrucción formal, etnia, situación laboral, estado civil.
2. Características clínicas inmunológicas del LES: Criterios de clasificación del ACR, perfil inmunológico, tratamiento, fecha del diagnóstico.

3. Determinación de Anticuerpos Antifosfolípidicos (Anticoagulante Lúpico, Anticardiolipinas, Anti- β 2-glicoproteína) en el transcurso de la enfermedad: se considerarán positivos títulos superiores a los establecidos por el laboratorio determinados en dos oportunidades separadas por 12 semanas. Todos los títulos incluidos fueron determinados por el mismo laboratorio.

4. Índice de actividad valorado por escala SLEDAI

5. Valoración de ansiedad y depresión donde se utilizarán las escalas validadas al español de Hamilton y Beck. Habrá instancias para homogeneizar entre los investigadores la modalidad de recolección de los datos.

Ante los posibles riesgos emocionales que se podrían dar al momento de realizado los tests, en caso que el médico tratante así lo defina, se le otorgará interconsulta con el equipo de psiquiatría de la institución.

6. Tratamiento con psicofármacos y su prescripción.

3. Características sociodemográficas. Variables a analizar (Tabla 1):

Variable	Definición	Categorización	Tipo de variable, escala de medida
Edad al momento de la consulta	Tiempo de vida		Cuantitativa continua
Tiempo de evolución del LES	Magnitud física, acontecimiento desde el diagnóstico		Cuantitativa continua
Procedencia	Lugar de nacimiento	Extranjero, Montevideo, Norte y Sur de Río Negro	Cualitativa nominal
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales.	Caucásicos, mestizos y afrodescendientes.	Cualitativa nominal
Escolaridad	Ultimo año de estudio cursado	A – Hasta 6 años de estudio (primaria completa) B – Entre 7 a 12 años de estudio (ciclo básico, bachiller) C – Más de 13 años de estudio	Cualitativa ordinal
Ocupación	Situación laboral en la que se encuentra el paciente	Empleado, desempleado, jubilado por LES, jubilado por otra causa	Cualitativa nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.	Cualitativa nominal

Tabla 1.

4. Características clínicas inmunológicas del LES, ansiedad y depresión. Variables a analizar (Tabla 2):

Variable	Definición	Categorización	Tipo de variable, escala de medida
Edad al diagnóstico	Años de vida al diagnóstico de LES		Cuantitativa continua
Criterios de ACR al diagnóstico	Score con criterios clínicos y para clínicos para realizar diagnóstico de LES	Criterios ≤ 3 no se hace diagnóstico de LES Criterios ≥ 4 se hace diagnóstico de LES	Cualitativa nominal
Actividad del LES según escala SLEDAI	Score de valoración clínica y paraclínica para LES	SLEDAI ≤ 5 nula o leve actividad SLEDAI ≥ 6 actividad	Cualitativa nominal
Tratamiento del LES	Fármacos utilizados para el LES		Cuantitativa continua
Ansiedad	Emoción adaptativa (miedo) frente a estímulos amenazadores al entorno desproporcionada a la situación.	Leve Moderada/grave	Cualitativa ordinal
Depresión	Sufrimiento de un estado de ánimo bajo (tristeza), reducción de la energía y la actividad mayor a 2 semanas.	Leve Moderada Severa	Cualitativa ordinal
Psicofármacos	Sustancia química que actúa regulando la actividad sobre el SNC.	Benzodiacepinas Antidepresivos (ISRS, tricíclicos) Antipsicóticos (atípicos, típicos)	Cualitativa nominal
Anticuerpos antifosfolipídicos	Anticuerpos cuyas dianas antigénicas son los fosfolípidos, la asociación fosfolípidos-proteínas o sólo las proteínas.	Presencia Ausencia	Cualitativa nominal

Tabla 2.

5. Estudio para la asociación de las variables

Se utilizó el software GraphPad Prism 7.0.3, donde se aplicaron test estadísticos de Fischer y test de Chi cuadrado tomando un $\alpha=0.05$ según correspondiera para el análisis de las variables cualitativas. Se realizó el análisis estadístico para asociar ansiedad y depresión con las variables tiempo de evolución del LES, anticuerpos antifosfolipídicos (anticoagulante lúpico) y con el uso de prednisona como tratamiento.

Resultados

La captación de los datos se realizó desde el 1/8/2017 hasta el 30/9/2017. Se captaron un total de 55 pacientes, de los cuales 3 fueron excluidas por duelo (pérdida de un familiar de primera línea) y 1 paciente por retraso mental. Por ende se contó con un total de 51 pacientes incluidos en el estudio.

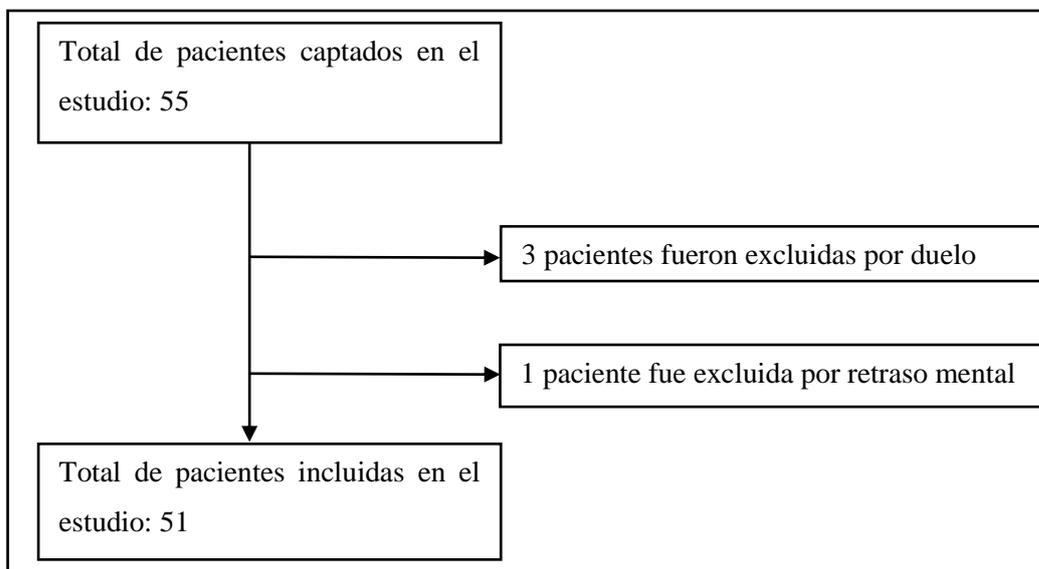


Figura 1. Flujograma de captación de pacientes

1. Características sociodemográficas de la muestra

En cuanto a lo sociodemográfico se tomaron las siguientes variables a analizar:

- Edad al momento de la consulta
- Tiempo de evolución del LES
- Procedencia
- Etnia
- Años de instrucción formal
- Ocupación
- Estado civil

Se tomaron como variables cuantitativas la edad al momento de la consulta, tiempo de evolución del LES y años de instrucción formal, se realizó la media de cada una y su correspondiente desvío estándar.

Para las variables cualitativas se determinó prevalencia según nacionalidad uruguaya o extranjera, y dentro de la nacionalidad uruguaya se realizaron proporciones según si procedían del norte o sur de Río Negro. Se analizó situación laboral y estado civil en sus respectivas categorías.

1.1. Análisis de variables cuantitativas: edad al momento de la consulta, tiempo de evolución del LES, años de instrucción formal.

Con respecto a la edad al momento de la consulta se obtuvo una media de $43,4 \pm 16,2$ años.

Para el tiempo de evolución del LES se obtuvo una media de $10,5 \pm 9,3$ años.

Para la Instrucción formal se obtuvo una media de $9,2 \pm 3,6$ años, equivalentes a ciclo básico completo.

1.2. Análisis de variables cualitativas: procedencia, etnia, situación laboral, estado civil

Con respecto a la procedencia, del total de los pacientes, 47 (92,2%) son de nacionalidad uruguaya, 4 (7,8%) son de nacionalidad extranjera (2 peruanas, 1 española, 1 brasilera).

Dentro de las pacientes de nacionalidad uruguaya, 21 (44,7%) proceden de Montevideo, mientras que 26 (55,3%) proceden del interior del país. De las pacientes que viven en el interior, 17 (65,4%) proceden del norte de Río Negro, mientras que 9 (34,6%) proceden del sur de Río Negro.

En cuanto a la etnia como variable cualitativa la categorizamos en: caucásicas, mestizas y afrodescendientes a saber, 27 pacientes eran de etnia caucásica, 21 mestizas y 3 afrodescendientes.

La variable situación laboral se categorizó en: desocupadas, jubiladas por LES, jubiladas por otra causa, empleadas. A modo de resumen, 2 de cada 3 pacientes no trabajan, 1 de cada 3 trabaja, 1 de cada 4 pacientes se encuentran jubiladas por LES.

La variable estado civil se categorizó en: soltera, casada, divorciada, unión libre, viuda. De las pacientes observadas, 20 eran solteras, 15 eran casadas, 6 divorciadas, 8 se encontraban en la categoría unión libre y 2 pacientes eran viudas.

2. Características clínicas inmunológicas del LES

2.1. Edad al diagnóstico de LES

Se obtuvo una media para la edad al diagnóstico de LES de $33,3 \pm 16,1$ años (rango 18 -84 años).

2.2. Diagnóstico según ACR

De las 51 pacientes, 1 quedó excluida ya que no se cuentan con los datos para realizar diagnóstico.

De las 50 pacientes incluidas, el total de ellas cumplen con al menos 4 criterios según ACR para el diagnóstico.

De las 50 pacientes, 48 cuentan con una determinación de ANA positivo en algún momento de su enfermedad.

Dentro de los criterios considerados para el diagnóstico por ACR, se ordenaron según frecuencia de presentación tal como aparecen en la tabla 3:

Criterio ACR	N° de pacientes que lo presentan	Presencia del síntoma (%)
ANA	48	96%
Artritis	40	80%
Lupus cutáneo	29	58%
Alteración en serie hematológica	20	40%
Manifestaciones renales	17	34%
Fotosensibilidad	17	34%
Manifestación en serosas	12	24%
Úlceras orales	10	20%
Anti ADN	9	18%
Lupus discoide	2	4%
Manifestaciones neuropsiquiátricas	1	2%

Tabla 3.

2.3. Actividad del LES, índice de actividad según SLEDAI

En cuanto a la actividad del total de la muestra, se obtuvo una media de 2.4 ± 6.1 .

Según la escala de actividad SLEDAI, considerando 6 como punto de corte, 7 pacientes (13.7%) se encontraban con su enfermedad en actividad, mientras que 44 pacientes (86.3%) se encontraban en nula o leve actividad. En cuanto a las pacientes que se mostraron en actividad, se obtuvo una media de 8.6 ± 2.8 .

2.4. Tratamiento de LES

Se tomaron los fármacos hidroxiquina y prednisona como variables del tratamiento del LES a analizar.

Del total de las 51 pacientes incluidas se obtuvieron datos en relación al tratamiento:

- dosis media de hidroxiclороquina de 245.1 mg/día.
- dosis media de prednisona de 4.2 mg/día.

La dosis más frecuente de hidroxiclороquina con la cual son tratadas las pacientes es de 200 mg/día

3. Ansiedad y depresión

3.1. Ansiedad

Para la cuantificación de ansiedad se consideró según Test de Hamilton, los siguientes puntos de corte ya mencionados anteriormente 0 – 5 no ansiedad, 6 - 14 ansiedad leve, 15 o mayor ansiedad moderada-grave.

Se estudió como variable cualitativa nominal que se categorizó en 2 clasificaciones: leve, moderada/grave.

De las 51 pacientes estudiadas, 41 (80.3%) presentaron síntomas de ansiedad, con una media del puntaje de la escala de 16 ± 8.4 . De dichas pacientes, 43% presentaron ansiedad leve, mientras que 37.2% presentaron ansiedad moderada/grave (ver gráfica 3).

Del total de pacientes, 10 (19.6%) no presentaron síntomas de ansiedad.

Tabla 4. Prevalencia de Ansiedad en las 51 pacientes encuestadas, H. Clínicas, 2017

Manifestación Neuropsiquiátrica	n	%
Ansiedad	41	80.39
No Ansiedad	10	19.61
Total	51	100



Gráfica 1. Prevalencia de ansiedad.

3.2. Depresión

Para la cuantificación de la depresión se consideró utilizando el Test de Beck, los siguientes puntos de corte: 0 a 9 sin depresión, 10 a 18 leve, 19 a 29 moderada, 30 a 63 grave.

De las 51 pacientes incluidas en el estudio, 34 (66.7%) presentaron síntomas de depresión, con una media de la escala del Test de 22.5 ± 9.9 . De dichas pacientes, 13 (38.2%) presentaron depresión leve, 13 (38.2%) depresión moderada, y 8 (23.6%) presentaron depresión grave (ver gráfica 3).

Tabla 5. Prevalencia de Depresión en las 51 pacientes encuestadas, H. Clínicas, 2017

Manifestación Neuropsiquiátrica	n	%
Depresión	34	66.67
No Depresión	17	33.33
Total	51	100



Gráfica 2. Prevalencia de depresión.

Tabla 6. Severidad de Ansiedad y Depresión en las pacientes encuestadas, H. Clínicas, 2017

Manifestación Neuropsiquiátrica	Leve	Moderada/Severa
Ansiedad	22	19
Depresión	13	21



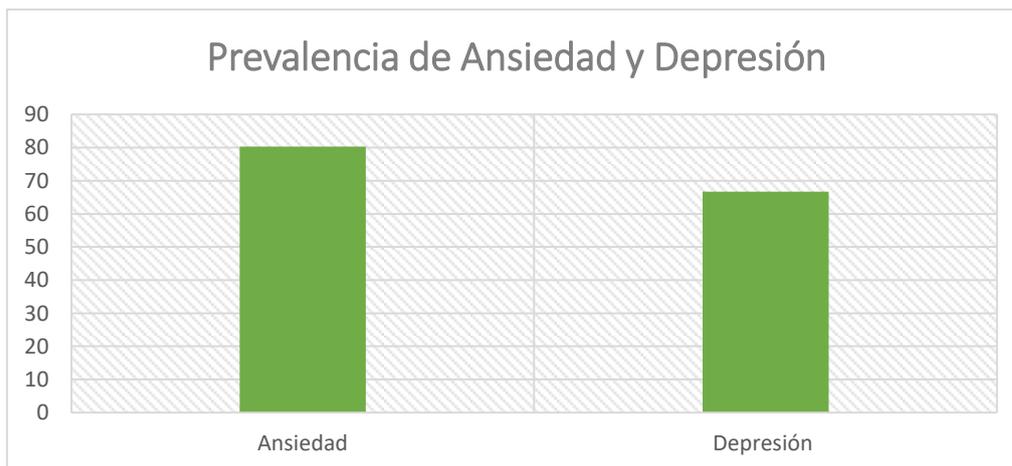
Gráfica 3. Severidad de ansiedad y depresión.

3.3. Comparación de prevalencias de ansiedad y depresión

Del total de 51 pacientes, 41 presentaron síntomas de ansiedad y 34 síntomas de depresión. Se realizó la correspondiente relación entre ambas patologías.

Tabla 7. Comparación ansiedad-depresión en las pacientes que presentaron síntomas, H. Clínicas, 2017 (n=51)

Manifestación Neuropsiquiátrica	n	%
Ansiedad	41	80.3
Depresión	34	66.7



Gráfica 4. Prevalencia de Ansiedad y Depresión.

3.4. Ansiedad y depresión en relación a la edad del paciente

Se categorizó la variable edad a criterio del investigador para homogeneización de los grupos, en las siguientes tres categorías:

Categoría de variable edad	Número de pacientes
A -Pacientes entre 18-37 años	20
B- Pacientes entre 38-58 años	20
C- Pacientes mayores de 58 años	11

Para la categoría A, del total de 20 pacientes, 14 (70%) presentaban síntomas de ansiedad, mientras que 12 (60%) presentaban síntomas de depresión.

Para la categoría B, del total de 20 pacientes, 17 (85%) presentaban síntomas para ansiedad, mientras que 15 (75%) presentaban síntomas de depresión.

Para la categoría C del total de 11 pacientes, 10 (90.9%) presentaban síntomas de ansiedad, mientras que 7 (63.6%) presentaban síntomas de depresión.

3.5. Ansiedad y depresión relacionado con actividad del LES según SLEDAI

De las 51 pacientes observadas, 7 (13.7%) se encontraban por score de SLEDAI en actividad, mientras que 44 (86.3%) se encontraban con la enfermedad en leve o nula actividad.

Dentro de las pacientes que se encontraban en actividad, el 100% presentaban síntomas de ansiedad, mientras que el 71.4% presentaban síntomas de depresión.

De las pacientes con leve o nula actividad, el 77.3% presentaban síntomas de ansiedad, mientras que el 66.9% presentaban síntomas de depresión.

3.6. Ansiedad y depresión en relación con años de instrucción formal

Se categorizó la variable cuantitativa años de instrucción formal según años de estudio en:

- Hasta 6 años de estudio
- De 7 a 12 años de estudio
- 13 o más años de estudio

Del total de las 51 pacientes observadas, 15 (29.4%) tenían hasta 6 años de estudio. De estas 15 pacientes, el 86.7% presentaban síntomas de ansiedad, mientras que un 80% presentaban síntomas de depresión.

De las 51 pacientes, 27 (52.3%) tenían entre 7 y 12 años de estudio. Del total de ellas, 85.1% presentaban síntomas de ansiedad, mientras que el 66.6% presentaban síntomas de depresión.

Por último, de 51 pacientes, 9 de ellas tenían 13 años o más de estudio. De estas 9 pacientes, el 55.5% presentaban síntomas de ansiedad, mientras que el 44.4% presentaban síntomas de depresión.

3.7. Ansiedad y depresión en relación al estado civil

De las 51 pacientes encuestadas, 20 (39.2%) eran solteras y dentro de ellas, 14 (70%) presentaron síntomas de ansiedad, y 13 (65%) síntomas de depresión.

15 pacientes (29.4%) eran casadas, de las cuales 13 (86.7%) presentaron síntoma de ansiedad, y 9 (60%) síntomas de depresión.

8 pacientes (15.7%) correspondían a la categoría unión libre, de las cuales, 6 (75%) presentaron síntomas de ansiedad, y 5 (62.5%) presentaron síntomas de depresión.

6 (11.8%) estaban divorciadas, de las cuales 6 (100%) presentaron síntomas de ansiedad, y 5 (83.3%) presentaron síntomas de depresión.

Por último, 2 (3.9%) eran viudas, de las cuales el 100% presentaban tanto síntomas de ansiedad como depresión.

3.8. Ansiedad y depresión en relación a situación laboral

De las 51 pacientes, 22 (43.1%) son desempleadas, de las cuales 17 (77.3%) presentaron tanto síntomas de ansiedad como de depresión. 15 pacientes (29.4%) se encontraban empleadas, de ellas 10 (66.7%) presentaron síntomas de ansiedad y 7 (46.7%) síntomas de depresión. 13 pacientes (25.5%) son jubiladas por LES, de las cuales el 100% presentaron síntomas de ansiedad y 9 (69.2%) presentó síntomas de depresión. Por último, una paciente era jubilada (2.0%), la cual presentó síntomas de ansiedad y depresión.

3.9. Utilización de psicofármacos y su relación con ansiedad y depresión

Del total de las pacientes, 19 consumen psicofármacos. Los psicofármacos más frecuentemente utilizados son benzodiazepinas 84.2%, y antidepresivos ISRS 47.3%.

De las 19 pacientes que utilizan psicofármacos, 7 (36.8%) lo hacen por prescripción de psiquiatra, 4 (21.1%) por prescripción médica general, 5 (26.3%) por otras especialidades, 2 (10.5%) se desconocía el dato, y 1 (5.2%) fue auto prescripto.

Con respecto a la ansiedad, de las 41 pacientes, 19 (46.3%) utilizaban psicofármacos, 22 (53.7%) no lo hacían. De las 10 pacientes sin ansiedad, ninguna de ellas utilizaba psicofármacos.

Por otro lado, de las 34 pacientes que presentaron depresión, 15 (44.1%) utilizan psicofármacos, mientras que 19 (55.9%) no lo hacen.

4. Sub análisis relacionado a ansiedad y depresión

En base a los objetivos propuestos y la importancia de los síntomas se hicieron los siguientes subanálisis.

4.1. Asociación de ansiedad y depresión según tiempo de evolución del diagnóstico de LES

Se categorizó la variable tiempo de evolución del diagnóstico de LES, a criterio de los investigadores, en:

- De 0 a 10 años de evolución
- Más de 10 años de evolución

Del total de las 51 pacientes observadas, 32 tienen un tiempo de evolución del LES de 0 a 10 años, mientras que 19 presentan un tiempo de evolución mayor a 10 años.

De las 32 pacientes con tiempo de evolución de 0 a 10 años, el 81.2% presentaban ansiedad, dentro de estas el 40.6% presentaron ansiedad moderada grave. Por otro lado, el 65.6% presentaban depresión, y dentro de estas el 18.7% presentaban depresión grave.

De las 19 pacientes con tiempo de evolución mayor a 10 años, el 79.0% presentaban ansiedad, dentro de estas un 31.6% se presentaron ansiedad moderada grave. Un 68.4% presentaban depresión, y dentro de estas un 10.5% presentaban depresión grave.

Con respecto a la asociación entre depresión y el tiempo de evolución del LES se obtuvo un valor $p=0.1$ con un OR (IC de 95%)=0.881(0.26, 2.96). Para la relación ansiedad y tiempo de evolución del LES, se obtuvo un valor $p=0.31$ con OR (IC de 95%)= 0.51 (0.15, 1.73).

4.2. Asociación de presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (anticoagulante lúpico) con ansiedad y depresión

Del total de 51 pacientes observadas, 9 (19.6%) presentaron positividad para anticuerpos antifosfolipídicos. De dichas pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos positivos, 88.9% presentaron ansiedad y 66.7% presentaron depresión.

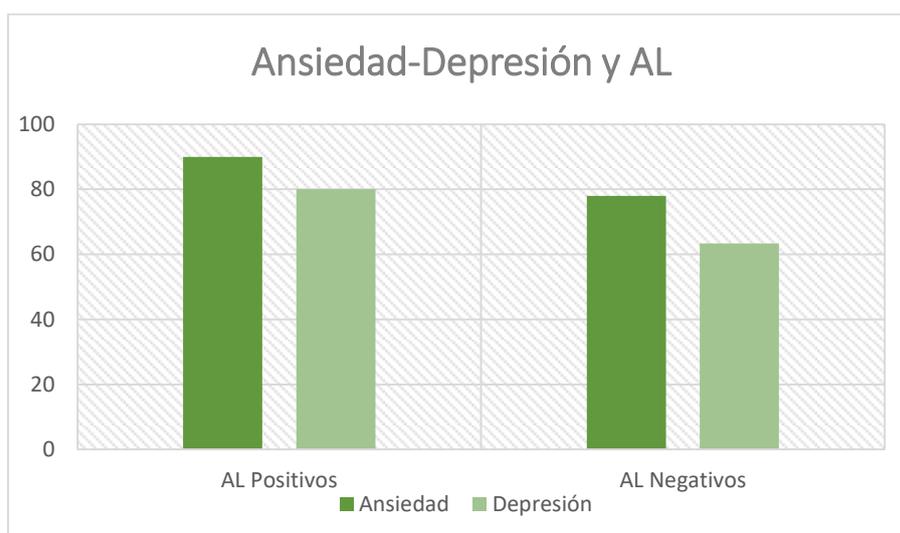
Una paciente presentó positividad en una ocasión para anticoagulante lúpico, no cumpliendo con los criterios de positividad para anticuerpos antifosfolipídicos.

De las 51 pacientes incluidas, 10 (19.6%) presentaron positividad para anticoagulante lúpico.

Tabla 8. Relación ansiedad-depresión en pacientes con AL positivos y negativos, H. Clínicas, 2017

AL	Ansiedad (%)	Depresión (%)
AL positivos	90	80
AL negativos	78	63.4

AL: anticoagulante lúpico



Gráfica 5. Ansiedad y depresión en relación con la presencia/ausencia de AL (Anticoagulante lúpico)

Se realizó asociación con depresión donde se obtuvo un valor $p=0.46$ con un OR (IC de 95%)=2.31 (0.43 – 12.3). También se analizó asociación entre depresión moderada/grave y anticoagulante lúpico. Se obtuvo valor $p=0.42$ con OR (IC de 95%)=2.34 (0.39 – 14).

Para la asociación entre ansiedad y anticoagulante lúpico se obtuvo valor $p=0.66$ con OR (IC de 95%)=2.53 (0.25, 22.7).

4.3. Asociación entre consumo de prednisona y, ansiedad y depresión

Para la asociación entre consumo de prednisona y depresión se obtuvo un valor $p=0.29$ con (IC de 95%)=2.01 (0.55, 6.66).

Para la asociación entre consumo de prednisona y ansiedad se obtuvo valor $p=0.29$ con un OR (IC de 95%)=2.70 (0.57 – 10.47).

Discusión

El resultado más alarmante que arrojó este estudio fue la alta prevalencia de ansiedad y depresión, siendo de un 80% y 66.7% respectivamente. Con respecto a los resultados expuestos, se observó una mayor prevalencia de ansiedad en relación con depresión.

Si tomamos como referencia los datos ofrecidos por la OMS en cuanto a prevalencia de ansiedad y depresión en la población general (10%), podemos observar una marcada diferencia con respecto a los datos obtenidos en la muestra incluida en el estudio. A nivel nacional si bien la prevalencia de ansiedad y depresión casi duplican el 10% de la OMS, aun así, los datos obtenidos en este análisis los superan ampliamente. (10)

Según un metanálisis de Zhang et al “Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis” que incluyó 59 estudios realizados a nivel mundial con un total de 10828 pacientes con Lupus, 39% presentaron depresión según test de Beck y 40% presentaron ansiedad según test de Hamilton. (20) Los resultados obtenidos del metanálisis muestran un aumento de la ansiedad y depresión con respecto a la población mundial. De todas formas la prevalencia de ambas patologías observadas en la muestra analizada es francamente superior.

En un estudio realizado en nuestro medio de Arias y Colaboradores, 33 pacientes presentaron LES de los cuales 21 sufría de depresión según el cuestionario CES-D, constituyendo un 63% de los pacientes, resultados comparables con el presente análisis. (21)

Podemos observar que los estudios de prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con LES a nivel mundial y a nivel nacional apoyan los resultados de que las pacientes con LES de la muestra sufren con mayor frecuencia de ambas patologías.

Sobre los datos de prevalencia recabados, a decir de Cassarotti, los resultados de la aplicación de criterios por técnicos dentro del contexto clínico son muy inferiores a los obtenidos por los no técnicos, lo que puede explicar los altos valores de prevalencia obtenidos. (22)

1. Características sociodemográficas.

De la variable situación laboral, 2 de cada 3 pacientes no trabajan y 1 de cada 4 pacientes se encuentran jubiladas por LES, planteando al LES como una enfermedad limitante para la actividad laboral.

2. Características clínicas inmunológicas del LES

Dentro de las manifestaciones clínicas del LES se encontraron que las más frecuentes fueron los músculos articulares (80%) y cutáneas (58%) datos concordantes con la bibliografía consultada (músculo articular 90% y cutáneo 70-80%). (1)

En cuanto a las manifestaciones inmunológicas la más frecuente fue la presencia de ANA positivos con una prevalencia del 96% en nuestra muestra, comparable con los datos existentes que refieren una positividad en el 95% de los casos.

De 51 pacientes, 44 no tenían actividad de LES según SLEDAI, plasmando un buen control de la enfermedad en nuestro centro de referencia. Apoyando esta afirmación encontramos que sólo 25 de 51 pacientes consumía corticoides con una dosis media de prednisona de 4.2 mg/día, siendo una dosis baja de dicho fármaco.

Destacamos que de las 7 pacientes con actividad inmunológica el 100% presentaron ansiedad.

3. Ansiedad y depresión asociado a años de instrucción.

En la muestra se observó que las pacientes con 13 años o más de estudio mostraron tendencia a disminuir la ansiedad en un 55.5% y depresión en un 44.4% en comparación con pacientes con menor nivel de instrucción formal. Estos resultados son comparables con datos internacionales que evidencian que los pacientes con LES con niveles de instrucción formal menor tienden a estar más ansiosos ($p=0.034$) y deprimidos ($p=0.047$) mientras que cuanto mayor es el nivel educativo mayor es la comprensión de la enfermedad y menor es la probabilidad de padecer ansiedad y depresión. (23)

4. Ansiedad y depresión asociado al estado civil.

En cuanto al estado civil no se observaron diferencias destacables en la presencia de ansiedad y depresión entre las diversas categorías.

5. Ansiedad y depresión asociado a situación laboral.

Con respecto a la presencia de ansiedad y depresión en relación con la situación laboral, se observó que las pacientes que trabajan sufren menos de ambas patologías. A su vez las pacientes jubiladas por LES mostraron ansiedad en su totalidad, pudiendo explicarse por las limitaciones que sufren debido al LES como una enfermedad discapacitante.

6. Ansiedad y depresión asociado al consumo de psicofármacos.

Con respecto a las pacientes que presentaron síntomas de ansiedad, aproximadamente 1 de cada 2 utilizaban psicofármacos. De las 10 pacientes sin ansiedad, ninguna de ellas utilizaba psicofármacos.

De las pacientes que presentaron síntomas de depresión, aproximadamente 1 de cada 2 utilizaba psicofármacos.

De las 41 pacientes con ansiedad 19 utilizaban psicofármacos y 22 no, mientras que de las 34 pacientes con depresión 15 utilizaban psicofármacos y 19 no, demostrando la necesidad de indagar en pacientes con LES la presencia de estas patologías para su correcto abordaje multidisciplinario. Se encontró que las benzodiacepinas fueron el psicofármaco más utilizado (84.2%).

Según la Junta Nacional de Drogas del Uruguay las benzodiacepinas son la tercera droga más consumida luego del alcohol y el tabaco correspondiendo a un consumo en el último año del 12% de la población. (24) Acorde a lo expresado anteriormente, la prevalencia del consumo de benzodiacepinas de la muestra es ampliamente superior a la prevalencia de la población general.

De las 19 pacientes que consumían psicofármacos 16 fueron prescritos por médicos de diversas especialidades, mientras que 1 paciente fue por autoprescripción. De las pacientes con prescripción médica 7 fueron por psiquiatra.

En la población general el 78% utilizaron benzodiacepinas por prescripción médica, mientras que el 22% fue sin prescripción de un profesional. Del total de los que fueron prescritos por un profesional de la salud, el 62% fue por médicos no psiquiatras, mientras que el 38% si lo fueron. (24) Esto refleja una prescripción racional de psicofármacos en las pacientes con LES de la muestra en comparación con la población general.

Se destacó la diferencia entre la prescripción por parte del personal médico y la autoprescripción en el caso de las benzodiacepinas, debido al fácil acceso de alguna de ellas por la población general.

7. Ansiedad y depresión asociado a los años de evolución del LES.

En el estudio no se encontró relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la presencia de ansiedad y depresión. Esto difiere con el concepto de que cuanto más crónicos son los síntomas, más probable es que surjan sentimientos depresivos y ansiosos debido a la limitación crónica que genera LES en las habilidades por el dolor articular y muscular. (23)

8. Ansiedad y depresión asociado a anticuerpos antifosfolipídicos.

Se analizó la asociación entre anticuerpos antifosfolipídicos y la presencia de ansiedad y depresión no encontrando evidencia estadísticamente significativa que permita relacionar estas variables. De todas maneras se encontraron resultados contradictorios en estudios previamente realizados, no existiendo fuerte evidencia científica en la actualidad que las asocie. (9)

9. Aspectos éticos.

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Respecto a los aspectos éticos se identificaron pacientes en situación de vulnerabilidad donde se aseguró en los casos donde se presentaron síntomas emergentes del punto de vista psiquiátrico, como ideaciones suicidas, recibieran una consulta inmediata con psiquiatra. Esta situación se presentó en dos oportunidades.

En las pacientes que se detectaron síntomas de depresión y ansiedad se verificó que estuvieran con tratamiento psiquiátrico. En caso contrario se conservó el número de contacto de cada paciente para realizar la interconsulta correspondiente en la policlínica de psiquiatría de la institución.

Durante el análisis de los resultados siempre se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos.

10. Fortalezas

Actualmente existen pocos trabajos en nuestro medio con respecto a este tema, contribuyendo al aporte de datos sobre el tema. El estudio realizado se caracteriza por ser transversal adecuándose a las pautas temporales y metodológicas que debíamos cumplir para este trabajo.

Fueron llevadas a cabo instancias de homogenización previas para la realización de los test, evitando así variaciones de los datos recolectados entre los observadores. De esta manera se intentó asegurar la objetividad de los datos recabados. Una vez iniciado el trabajo de campo, cada una de las entrevistas se realizó en el marco del consentimiento informado solicitado de forma correcta.

Las entrevistas realizadas fueron laboriosas desde el punto de vista temporal, donde se tomó el tiempo necesario para cada una de ellas con un promedio de 1 hora 15 minutos.

11. Debilidades

Contamos con una muestra pequeña que nos obstaculizó la obtención de resultados significativos, impidiendo la extrapolación de los mismos a la población general.

Al trabajar en un centro de referencia se asisten pacientes con una presentación más grave de LES, existiendo un sesgo en la población recibida. No se entrevistaron pacientes lúpicas con insuficiencia renal ya que las mismas se atienden en nefrología, perdiendo este grupo.

No contamos con un grupo control para comparar los resultados con la población general atendida en el Hospital de Clínicas.

Conclusiones

La prevalencia de ansiedad y depresión en las pacientes con LES incluidas en el estudio fue muy elevada. Se debería indagar sobre estas patologías en la consulta de control de su enfermedad, ya que la presencia de estos síntomas puede interferir en el tratamiento y evolución del LES. También se deberá realizar la correspondiente interconsulta en los casos de detectar síntomas graves. Por lo tanto, sería importante contar con la presencia de un especialista en psiquiatría en la Unidad de Autoinmunes para el correcto manejo del diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión, y de esta forma, se verá beneficiada la adherencia al tratamiento, una mejor relación médico-paciente y por ende un mejor manejo del LES.

Con respecto a la asociación entre ansiedad y depresión con la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos no se encontró evidencia significativa. Cabe destacar que estas enfermedades son de etiología multifactorial por lo que no existe un único factor que explique la patología.

La evaluación médica debe prestar especial atención a como un paciente ha enfrentado cualquier cambio en las apariencias y limitaciones debidas al LES, así como el impacto emocional de los efectos secundarios que pueda estar experimentando. Cualquier ajuste que se pueda hacer a los regímenes médicos con efectos secundarios negativos debe ser considerado siempre que sea posible.

Agradecimientos

Se agradece al equipo de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, al equipo de Psiquiatría, al departamento de Servicio Social, y a la secretaría de Clínica Médica C, del Hospital de Clínicas.

Bibliografía

1. Vilardell M, Ordi J. Lupus Eritematoso Sistemico. In: Medicina Interna, Ferreras, P Rozman, C. 17th ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 1017–22.
2. Cairoli E. Lupus Eritematoso Sistemico. Tendencias en Med [Internet]. 2015;46(46):25–36. Available from: <http://tendenciasenmedicina.com/uploads/38c0cb0b71ac44099dce0391bbf6b2ae.pdf>
3. Miniño M. Índice de actividad lúpica y tratamiento del lups eritematoso en dermatología. Dermatologia Rev Mex. 2008;52(1):20–8.
4. Faria R, Gonçalves J, Dias R. Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus Involvement: Towards a Tailored Approach to Our Patients? Rambam Maimonides Med J [Internet]. 2017;8(1):e0001. Available from: <http://www.rmmj.org.il/Pages/Article.aspx?manuId=649>
5. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. Arthritis Rheum [Internet]. Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company; 1999 Apr [cited 2017 Jun 1];42(4):599–608. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/1529-0131%28199904%2942%3A4%3C599%3A%3AAID-ANR2%3E3.0.CO%3B2-F>
6. Sciascia S, Bertolaccini ML, Roccatello D, Khamashta MA, Sanna G. Autoantibodies involved in neuropsychiatric manifestations associated with systemic lupus erythematosus: a systematic review. J Neurol. 2014;261(9):1706–14.
7. León T, Henríquez C, Calderón J, Massardo L. Actualización en lupus neuropsiquiátrico con énfasis en déficit cognitivo. Rev Med Chil [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2012 Oct [cited 2017 Jun 1];140(10):1333–41. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. Ho RC, Thiaghu C, Ong H, Lu Y, Ho CS, Tam WW, et al. A meta-analysis of serum and cerebrospinal fluid autoantibodies in neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. Autoimmun Rev [Internet]. Elsevier B.V.; 2016;15(2):124–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2015.10.003>
9. Zandman-Goddard G, Chapman J, Shoenfeld Y. Autoantibodies Involved in Neuropsychiatric SLE and Antiphospholipid Syndrome. Semin Arthritis Rheum. 2007;36(5):297–315.
10. OMS | La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. WHO [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2017 May 31]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
11. Bocchino S, Aquines C. Temas de psiquiatria: Manual de psiquiatria para medicos. In: Oficina del Libro, editor. Montevideo; 2013. p. 57–82.
12. Bocchino S, Aquines C. Temas de Psiquiatria: Manual de Psiquiatría para Médicos. Montevideo: Oficina del Libro; 2013. 135-151 p.
13. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca (Bogotá) J, Buitrago-Bonilla J, Medina-Barreto Y, Rodríguez-Ospina M. Nova : publicación científica en ciencias biomédicas [Internet]. Vol. 4, NOVA. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca; 2003 [cited 2017 May 31]. Available from: <http://www.unicolmayor.edu.co/publicaciones/index.php/nova/article/view/67/133>
14. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II.

- 2013;1–15. Available from: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
15. Moreno Núñez E, Arenas Jiménez MD, Porta Bellmar E, Escalant Calpena L, Cantó García MJ, Castell García G, et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev la Soc Española Enfermería Nefrológica*. 2004;7(4):225–33.
 16. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 2002;118(13):493–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775302724299>
 17. Vargas RE. Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2003. p. 47–52.
 18. OMS. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Panamericana; 1994. 184-186 p.
 19. American Psychological Association (APA). F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 2002. 79-81 p.
 20. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. *BMC Psychiatry*; 2017;17(1):70.
 21. Arias S, Fonsalía V, Asteggiant N, Bartesaghi V. Enfermedades autoinmunitarias sistémicas y trastornos depresivos. *Reumatol Clin*. 2011;7(6):389–91.
 22. Casarotti H. Depresión a fin del siglo XX. *Rev Psiquiatr del Uruguay*. 2002;66(1):56–64.
 23. Beckerman NL, Auerbach C, Blanco I. Psychosocial dimensions of SLE: Implications for the health care team. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4:63–72.
 24. JND. VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016: Informe de Investigación. 2015;

Anexo 1 Consentimiento informado para el paciente que asiste a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participación en el proyecto: *Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con LES asistidas en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital de Clínicas, 2017*

Nombre del paciente:

NUMERO PROTOCOLO

Fecha recolección:

Montevideo.....de.....

A través de este documento, acepto ser incluido para participar en el proyecto mencionado autorizando al médico responsable del mismo a realizar dos test que evaluarán la presencia de ansiedad y depresión, teniendo un tiempo estimado de participación de 40 minutos. El objetivo es estimar su prevalencia en pacientes asistidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital de Clínicas.

Me ha sido informado que los datos obtenidos de mi historia clínica serán tratados con absoluta confidencialidad y anonimato. Los datos obtenidos tendrán como destino ser analizados en el marco científico del proyecto, concediendo mi autorización para utilizarlos en eventos y trabajos escritos de divulgación científica.

Se me explicó, que mi inclusión y participación en el proyecto no interferirá en los estudios que mi asistencia requiera y que no existirán modificaciones en el tratamiento indicado, no mediando demoras en ser realizados. Para mi aceptación a ser incluido en el estudio, se me explico claramente que no he de recibir ningún tratamiento experimental ni adicional al indicado.

La participación en el proyecto la realizo de manera voluntaria y en conocimiento de que mi inclusión, no reportará ningún beneficio económico para mi persona como tampoco para ninguno de los integrantes de dicho proyecto. Se me explicó que puedo retirarme en cualquier momento en que lo desee sin ningún perjuicio.

Se me informó de la exposición a posibles riesgos emocionales al momento de realizar los test de ansiedad y depresión, asegurando un tratamiento y seguimiento si corresponde por parte del equipo médico en el Hospital de Clínicas. Se me asegura que en casos de gravedad, se me otorgará una interconsulta con el equipo de psiquiatría de la institución.

Por lo antes informado, otorgo mi consentimiento para ser incluido en dicho proyecto de investigación, manifestando con mi firma la aceptación voluntaria de participar en él a través de este documento escrito del cual recibo una copia y un documento explicativo adicional.

Investigador responsable: Dr. Ernesto Cairoli – Dra. Margarita Wschebor

Investigadores: Valentina Olivera, Melina Farías, Yanina dos Santos, Gastón Tarabochia, Leonardo Stratta, Pablo Rampoldi.

Firma del paciente

Firma del médico.....

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

Teléfono de contacto con el responsable del proyecto:

Dr. ...Ernesto Cairoli: 24878702.....

INFORMACION PARA EL PACIENTE

Participación en el proyecto: *Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con LES asistidas en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital de Clínicas, 2017*

Montevideo.....de.....

En el proyecto serán incluidos pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico de sexo femenino entre 18 y 50 años, asistidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital de Clínicas. La inclusión en dicho estudio implicará realizar test de ansiedad y depresión con el fin de estimar su prevalencia, teniendo un tiempo estimado de participación de 40 minutos.

Me ha sido informado que los datos obtenidos de mi historia clínica serán tratados con absoluta confidencialidad y anonimato. Los datos obtenidos tendrán como destino ser analizados en el marco de dicho proyecto, concediendo mi autorización para utilizarlos en eventos y trabajos escritos de divulgación científica.

Se me explicó, que mi inclusión y participación en el proyecto no interferirá en los estudios que mi asistencia requiera y que no existirán modificaciones en el tratamiento indicado, no mediando demoras en ser realizados. Para mi aceptación a ser incluido en el estudio, se me explico claramente que no he de recibir ningún tratamiento experimental ni adicional al indicado.

La participación en el proyecto la realizo de manera voluntaria y en conocimiento de que mi inclusión, no reportará ningún beneficio económico para mi persona como tampoco para ninguno de los integrantes de dicho proyecto. Se me explicó que puedo retirarme en cualquier momento en que lo desee sin ningún perjuicio.

Se me informó de la exposición a posibles riesgos emocionales al momento de realizar los test de ansiedad y depresión, asegurando un tratamiento y seguimiento si corresponde por parte del equipo médico en el Hospital de Clínicas. Se me asegura que en casos de gravedad, se me otorgará una interconsulta con el equipo de psiquiatría de la institución.

Por lo antes informado, otorgo mi consentimiento para ser incluido en dicho proyecto de investigación, manifestando con mi firma la aceptación voluntaria de participar en él a través de este documento escrito del cual recibo una copia y un documento explicativo adicional.

Puede en caso de dudas llamar al Coordinador de dicho grupo al número abajo indicado.

Investigador responsable: Dr. Ernesto Cairoli – Dra. Margarita Wschebor

Investigadores: Valentina Olivera, Melina Farías, Yanina dos Santos, Gastón Tarabochia, Leonardo Stratta, Pablo Rampoldi.

Teléfono de contacto con el responsable del proyecto:

Dr....Ernesto Cairoli...24878702.....

Anexo 2 Planillas de recolección de datos

UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Edad _____ Lugar de Nacimiento _____ Lugar de Residencia _____

Etnia: Blanca Mestiza Afrodescendiente

Estado Civil: _____

Nivel de Instrucción (1 punto por cada año formación): _____

Situación laboral: Ama de casa Trabaja No trabaja Jubilada por LES

Fecha del Diagnóstico del LES _____

Títulos de Anticuerpos ANA (mayor título) _____ Patrón _____

Otros marcadores positivos ENA y anti ADN: _____

Antifosfolipídicos (último año):

Anticoagulante Lupico: _____

ACA IgG _____; ACA IgM _____

Anti beta 2 GPI: IgG _____; IgM _____

CRITERIOS DE LES – ACR-:

Fotosensibilidad

Lupus cutáneo – alas de mariposa

Lupus discoide

Úlceras orales

Artritis

Serositis (pleural – pericardio)

Proteinuria (> 0,5 g/día), cilindros– sind. Nefrótico

Confusión, delirium, psicosis

Anemia hemolítica / plaquetopenia (<100)/ leucopenia (<4000)/ linfopenia (<1500)

ANA positivos

Anti ADN, anti Smith, anticoagulante lúpico, antifosfolipídicos-anticardiolipina.

Tratamiento actual:

Corticoides _____

Hidroxicloroquina _____

Inmunosupresores _____

Otros _____

Otra enfermedad autoinmune: Si No cual? _____

Consumo de Psicofármacos Si No

Prescripción Psiquiatra Médico General Autoprescripción

Último mes consumo psicofármacos:

Observaciones:

Anexo 3 SLEDAI

INDICE DE ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, Bombardier et al, 1992

Puntuación	SLEDAI	Descriptor	Definición
8		Convulsiones	De comienzo reciente. Excluir causas infecciosas, metabólicas y fármacos.
8		Psicosis	Habilidad alterada para la función diaria debido a alteración grave en la percepción de la realidad. Incluye alucinaciones, incoherencia, asociaciones ilógicas, contenido mental escaso, pensamiento ilógico, raro, desorganizado y comportamiento catatónico. Excluir l. renal y fármacos
8		Sdme orgánico-cerebral	Función mental alterada con falta de orientación, memoria, u otras funciones intelectuales, de comienzo rápido y manifestaciones clínicas fluctuantes. Incluye disminución del nivel de conciencia con capacidad reducida para focalizar, e inhabilidad para mantener la atención en el medio, más, al menos dos de los siguientes: alteración de la percepción, lenguaje incoherente, insomnio o mareo matutino, o actividad psicomotora aumentada o disminuida. Excluir causas infecciosas, metabólicas y fármacos
8		Alteraciones visuales	Retinopatía lúpica. Incluye cuerpos citoides, hemorragias retinianas, exudados serosos y hemorragias en la coroides, o neuritis óptica. Excluir HTA, infección o fármacos.
8		Alt. Pares craneales	De reciente comienzo, motor o sensitivo.
8		Cefalea lúpica	Grave, persistente; puede ser migrañosa pero no responde a analgésicos narcóticos.
8		AVC	De reciente comienzo. Excluir arteriosclerosis.
8		Vasculitis	Ulceración, gangrena, nódulos dolorosos sensibles, infartos periungueales, hemorragias en astilla o biopsia o angiografía que confirme la vasculitis.
4		Miositis	Debilidad proximal/dolor asociado a elevación de las CPK/aldolasa o EMG sugestivo o miositis comprobada por biopsia.
4		Artritis	Más de dos articulaciones dolorosas y con signos inflamatorios.
4		Cilindros urinarios	Cilindros hemáticos o granulados.
4		Hematuria	>5 hematíes/c. Excluir litiasis, infección u otras causas.
4		Proteinuria	> 5 g/24 h. De reciente comienzo o aumento de la proteinuria ya conocida en más de 0.5 g/24 h.
4		Piuria	> 5 leucocitos/c. Excluir infección.
2		Exantema nuevo	Comienzo reciente o recurrente. Exantema inflamatorio.
2		Alopecia	De comienzo reciente o recurrente. Pérdida difusa o en placas.
2		Ulceras bucales	De comienzo reciente o recurrente. Ulceras bucales o nasales.
2		Pleuritis	Dolor pleurítico con roce o derrame, o engrosamiento pleural.
2		Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos uno de los siguientes: roce, derrame, cambios electrocardiográficos o confirmación ecocardiográfica.
2		Complemento	Descenso de CH50, C3, C4 por debajo del límite inferior del laboratorio.
2		Anti DNA	> 25%. Técnica de Farr o por encima del valor habitual del laboratorio.
1		Fiebre	> 38°C. Excluir infección.
1		Trombopenia	< 100.000 plaquetas/mm3.
1		Leucopenia	< 3.000 células/mm3. Excluir fármacos.

SLEDAI Puntuación Total:

PREGUNTAR EN ANAMNESIS:

1) FIEBRE SIN FOCO, 2) ARTRITIS, 3) ULCERAS, 4) BROTE CUTANEO, 5) DOLORA TX

Anexo 4 Test de Hamilton para ansiedad

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL:

Anexo 5 Test de Beck para depresión

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede</p>	<p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto a mi futuro</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto a mi futuro que lo que solía estarlo</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar</p>	<p>9. Pensamiento o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2 Querría matarme</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>	<p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño</p> <p>1a Duermo un poco más de lo habitual</p> <p>1b Duermo un poco menos de lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo</p>
<p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar</p>	<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo</p>	<p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo</p>	<p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada</p>
<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado</p> <p>2 Espero ser castigado</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p>	<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual</p> <p>1 Me fatigo o me canso fácilmente que lo habitual</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p>
<p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo</p> <p>3 No me gusto a mí mismo</p>	<p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros</p> <p>3 Siento que no valgo nada</p>	<p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo</p>

PUNTUACIÓN TOTAL: