

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**Asociación entre depresión y adherencia al
tratamiento en pacientes con lupus
eritematoso sistémico en el Hospital Nacional
Dos De Mayo en el año 2017**

Presentado por la Bachiller:
Dayanna Stefany Castro Arredondo

Tesis para para optar el título de Médico Cirujano

Asesora de Tesis:
Dra. Patricia Segura Núñez

LIMA-PERÚ

2018

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mis padres por permitirme seguir mis sueños y ayudarme a lograrlos.

A cada paciente ya que sin ellos no podría lograr esto.

A mi asesora por su paciencia y por instruirme en cada paso.

Dedicatoria

*Este trabajo de lo dedico a mis padres, a mi
familia y
A Martha quien fue la fuente de inspiración
para este trabajo gracias por su ejemplo su
memoria esta conmigo para siempre.*

ABSTRACT

Objectives: To determine the association between depression and adherence to treatment in patients with systemic lupus erythematosus in the National Hospital dos de Mayo in 2017.

Material and methods: A cross-sectional analytical observational study was carried out. A total of 48 patients with a diagnosis of SLE were surveyed during the period corresponding to the study.

Results: 93.8% were women and 6.3% were men. The mean age was 27.9 +/- 7.1 years, with a minimum of 17 years and a maximum of 41 years. 81.3% of the patients had secondary education, 75% came from Lima, and 39.6% were cohabitants. 47.9% of the patients had a slight level of depression. There was adherence to treatment in the 25% alone. We found that patients who presented depression did not adhere to the treatment for LE with a significant association $p < 0.05$ and an OR = 9 (95% CI: 2.9 - 27).

Conclusions: There is a statistically significant association between depression and adherence to treatment in patients with systemic lupus erythematosus at the National Hospital dos de Mayo in 2017.

Key words: depression, adherence, systemic lupus erythematosus.

INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria casi un 30% de los pacientes presentan trastornos del estado de ánimo. En muchas ocasiones en estas consultas se puede realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión¹.

Conviene tener presente que la depresión es una enfermedad de etiología multifactorial y que puede ser una manifestación más de una enfermedad orgánica. El lupus eritematoso sistémico (LES) puede ser una de estas enfermedades.²

El LES es una enfermedad autoinmune donde sus primeras manifestaciones suelen ser articulares y dermatológicas. La depresión puede ser uno de sus síntomas, siendo muy raro que comience con esta manifestación.

El LES es poco frecuente. Afecta principalmente a mujeres entre los 15 y los 40 años. Es probable que en su etiopatogenia tengan importancia factores genéticos, ambientales y hormonales. Puede comenzar de forma súbita o insidiosa. El compromiso de un solo órgano o sistema puede dominar la presentación clínica en un momento dado, y durante el seguimiento la afectación de otros órganos se hace evidente³.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	2
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.5 OBJETIVOS	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2 BASES LEGALES	32
2.3 BASES TEÓRICAS	32
2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	36
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	37
3.1 HIPÓTESIS	37
3.2 VARIABLES:	38
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	40
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO	43
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
5.1 RESULTADOS	44
5.2 DISCUSIÓN	53
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	64

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las primeras fases de esta enfermedad, que es como se suelen encontrar los médicos de Atención Primaria a estos pacientes, se suelen hacer diagnósticos incompletos, como el que se hizo en la primera consulta de esta enferma, por lo que es importante el estudio longitudinal de los pacientes con una visión integral de los mismos y no focalizado en el diagnóstico inicial.

Las anomalías psiquiátricas en el LES están presentes en aproximadamente el 90% de los pacientes. El American College of Rheumatology incluye: síndromes cognitivos, trastornos de ansiedad, sintomatología depresiva y psicosis.

El trastorno depresivo en el LES responde a los fármacos antidepresivos, observándose a los dos meses mejoría de los síntomas. Las intervenciones psicoterapéuticas complementan los efectos de estos fármacos, ya que el LES afecta el funcionamiento no solo físico, sino también psicológico y social a nivel individual y familiar. Hay estudios que, en estos enfermos, demuestran la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales dirigidas al mejoramiento de la capacidad de actuar y a la minimización de la respuesta emocional al estrés.⁴

Además, el manejo por sí mismo del curso del LES disminuye la fatiga y la depresión y mejora las habilidades del paciente.

Por tanto, el abordaje de los pacientes con LES y trastornos psiquiátricos debería incluir tratamiento de la enfermedad como tal, y tratamiento psicotrópico. La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según

las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015⁴. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. Porque la frecuencia de síntomas y signos vinculantes varía, según las estadísticas, entre un 5 a 85%, lo cual habla de un rango sugestivamente amplio⁴.

La Organización Mundial de la Salud habla de un 40% de pacientes con Lupus que también padecen Depresión o sea dos entidades patológicas médicas con características propias; dos enfermedades que deben recibir la atención debida de los profesionales calificados.⁵

En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población⁶. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima", señaló la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne. Sin embargo, dijo, "incluso la depresión más grave se puede superar con un tratamiento adecuado".⁷

El Ministerio de Salud del Perú (2012) evidenció una muestra significativa de pacientes que presenta la enfermedad autoinmune, destacando en mayor porcentaje a mujeres.⁸

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional dos de Mayo en el año 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realiza por la necesidad de conocer si hay asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico ya que es de suma importancia reconocer dicha relación para así poder determinar el grado en que la depresión influye en la adherencia al tratamiento de las pacientes con lupus eritematoso sistémico ya que la depresión es una de las enfermedades que tiene mayor proyección a desarrollarse según la OMS para el 2020 y en el lupus eritematoso sistémico la depresión puede presentarse como una de las manifestaciones iniciales que pasa desapercibida y que puede mermar en la calidad de vida del paciente y condicionar que este se demore en acudir a un centro de salud para recibir ayuda especializada oportuna o que cuando ya este recibiendo el tratamiento no se adhiera.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio está delimitado al ámbito del Hospital Nacional Dos de Mayo, por lo que sus resultados serán aplicables a dicha institución y no extrapolables a otra institución.

1.5 OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar la asociación entre la depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional dos de Mayo en el año 2017.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con lupus eritematoso sistémico.
- Determinar la prevalencia de adherencia al tratamiento pacientes con lupus eritematoso sistémico.
- Determinar la asociación entre la depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico en el año 2017.
- Determinar la asociación entre el grado de depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico en el año 2017.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes nacionales

En el estudio de Bravo S. (Lima, 2016) Su objetivo fue determinar objetivo el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con lupus eritematoso en la Asociación Peruana de Lupus (Apelupus) y surge como respuesta a la diversa sintomatología psicológica que incrementa la problemática en riesgo de la enfermedad de los pacientes. Se realizó una investigación de tipo descriptivo y diseño no experimental, habiéndose utilizado un cuestionario como instrumento de recolección de datos a una muestra de ochenta pacientes diagnosticados con dicha enfermedad. Se concluyó encontró que los pacientes con lupus eritematoso presentan un nivel moderado de depresión frente a las emociones del medio.¹⁰

Aguilar G.y Mayta M (Lima, 2017) Su objetivo fue Medir la calidad de vida (CV) e identificar factores relacionados en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de la consulta externa de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Material y métodos: Estudio descriptivo observacional, muestreo por conveniencia. 60 pacientes (≥ 18 años), con diagnóstico de LES, según criterios de las Clínicas de Colaboración Internacional contra el Lupus eritematoso sistémico (SLICC) 2012. Se concluyó La CV en pacientes con lupus fue 6.5. Se encontró una relación significativa entre el mayor número de comorbilidades y una menor CV.¹¹

Machengo M. (Arequipa, 2017) Su objetivo fue determinar los factores que influyen en el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmune en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017. Se realizó una investigación descriptiva observacional de corte transversal y con diseño de correlación habiéndose utilizado un cuestionario como instrumento de recolección de datos a una muestra de ciento cincuenta y cinco pacientes diagnosticados con dicha enfermedad. Se concluyó El grado de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes es no aceptable en 52,26%.¹²

Antecedentes internacionales

A nivel internacional se presentan los siguientes antecedentes:

Sebastián Prados-Moreno, José Mario Sabio, José Manuel Pérez-Mármol, Nuria Navarrete-Navarrete, María Isabel Peralta-Ramírez Adherence to treatment in patients with systemic lupus erythematosus(España,2017) El objetivo de esta investigación esta investigación fue analizar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas sobre la adherencia al tratamiento en una muestra española de mujeres con LES. de medicamentos para tratamiento de ese síndrome. Estudio transversal-observacional se evaluó el grado de adherencia al tratamiento, el estado clínico y psicopatológico, el estrés psicológico y la autoeficacia en mujeres con LES. La muestra se dividió en 2 grupos: adherentes y no adherentes. Mediante un análisis de regresión logística se identificaron los factores asociados a la falta de adherencia en esta población. Se evaluó evaluaron 72 pacientes (edad media: 36,7 ± 12,2 años). El 63,9%

no tuvieron adherencia. Se concluyó La falta de adherencia al tratamiento de las pacientes con LES fue alta y parece estar influida por factores clínicos y psicopatológico.¹³

Valencia P. y colaboradores Análisis de grupos focales en pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico: una mirada cualitativa a las representaciones de la enfermedad (Colombia, 2016) Su objetivo fue conocer la percepción que los pacientes con LES tienen acerca de su enfermedad. Participaron cincuenta pacientes (11 hombres) con LES y sin otras enfermedades autoinmunes participaron en 5 grupos focales, realizados por un médico psiquiatra mediante la aplicación de entrevista semiestructurada. Utilizando la teoría fundamentada, las transcripciones fueron categorizadas en 3 fases: codificación abierta, axial y selectiva. Los resultados obtenidos fueron de organizaron en 7 categorías: noticia del diagnóstico; causas de la enfermedad; consecuencias funcionales, sociales y laborales; dificultades para establecer el diagnóstico; los tratamientos no farmacológicos o alternativos; baja adherencia y rechazo al tratamiento farmacológico; fallas identificadas por los pacientes en la atención en salud y conciencia de la enfermedad. El estudio concluye que el conocer la percepción que posee cada paciente frente a su enfermedad ayuda a su entorno incluidos los profesionales de la salud a brindar un mejor manejo.¹⁴

Pérez Y.y Otero I. CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OPTIMISMO DISPOSICIONAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (Cuba, 2013) Su objetivo fue establecer la relación entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y la ansiedad, depresión y optimismo disposicional, en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), que se hallan en estado de remisión y de actividad lúpica. Se realizó un

estudio descriptivo-correlacional de corte transversal, sustentado en el paradigma integrativo de la investigación. La muestra estuvo formada por 41 pacientes y los resultados demuestran afectaciones en la CVRS. Los pacientes presentan un nivel moderado de ansiedad en sus dimensiones estado-rasgo, así como en depresión-rasgo, mientras que la depresión situacional resultó elevada. Poseen también un alto nivel de optimismo disposicional, evidenciándose este como una estrategia de afrontamiento. Se encontraron diferencias significativas en la comparación de subgrupos de pacientes según se hallarán o no en estado de remisión y actividad de la dolencia.¹⁵

Kozora E, Ellison M. y West S. DEPRESSION, FATIGUE, AND PAIN IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (EE.UU. 2006) Su objetivo fue examinar la frecuencia y fiabilidad de las medidas de auto-reporte de depresión, fatiga y dolor en pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) y controles sanos, y para examinar la relación entre un deterioro cognitivo Índice (CII) derivado del Colegio Americano de Reumatología neuropsicología investigación batería de pruebas para SLE (ACR-SLE batería) y las medidas de depresión, dolor, fatiga y percibida disfunción cognitiva. Se incluyeron Treinta y un pacientes con SLE con antecedentes de síntomas neuropsiquiátricos manifiestos (SLE neuropsiquiátrica [NPSLE]), 22 pacientes con SLE sin síntomas neuropsiquiátricos manifiestos (no NPSLE) y 25 controles sanos completados Las siguientes medidas en la línea de base y 1 mes de seguimiento: ACR-SLE batería, percepción de las dificultades cognitivas, Depresión, fatiga y dolor. Se concluyo Los pacientes con LES reportan niveles más altos de dificultades cognitivas, depresión, dolor y fatiga en comparación con controles.¹⁶

En el estudio de Kheirandish M., Paragomi P. y Akhlaghi M Prevalence and severity of depression and anxiety in patients

with systemic lupus erythematosus: An epidemiologic study in Iranian patients (Iran, 2015) realizaron un trabajo en el cual objetivo fue evaluar la prevalencia de la depresión y la ansiedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y explorar su asociación con características demográficas y clínicas. En este estudio transversal, se inscribieron 166 pacientes con LES en el centro de reumatología del hospital Shariati de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán. El índice de actividad de la enfermedad de SLE (SLEDAI) y los inventarios de Beck y Cattell para la evaluación de la depresión y la ansiedad se completaron para cada paciente. Se obtuvo como resultados la edad media de los pacientes fue de $33,1 \pm 11,1$ años y el 92,2% de ellos fueron mujeres. Dos pacientes (1.2%) solo tenían depresión (sin ansiedad), mientras que 36 pacientes (21.6%) solo tenían ansiedad (sin depresión). Mientras tanto, 105 pacientes (63.3%) tenían depresión mixta-ansiedad y 23 pacientes (13.8%) no tenían depresión ni ansiedad. Se concluyó Este estudio indicó la alta prevalencia de depresión y ansiedad entre pacientes con LES y reforzó la necesidad de un estudio psiquiátrico completo en SLE.¹⁷

En el estudio Mahdavi A., Haghighi A y Malakouti S. (Iran 2016) Las manifestaciones neuropsicológicas están presentes en el 60% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) entre los que la disfunción cognitiva es la más común. Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de trastornos cognitivos en pacientes con LES y la relación entre los dominios del trastorno cognitivo y la depresión y la ansiedad. En este estudio transversal, se incluyeron 54 pacientes con LES y 48 sujetos sanos. Examen Mini-Mental del Estado (MMSE), Clock Drawing Test (CDT) y Trail Making Test parte A (TMT-A) se utilizaron para detectar deficiencias cognitivas. Todos los sujetos

fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para determinar la depresión y la ansiedad como variables de confusión probables. Las puntuaciones medias de MMSE en pacientes con LES y grupo control ($26,12 \pm 3,58$ y $28,01 \pm 1,99$, respectivamente) fueron significativamente diferentes ($P = 0,001$). Los puntajes secundarios en todas las áreas evaluadas con MMSE fueron más bajos en pacientes con LES; sin embargo, solo fue significativo en las áreas de orientación, recuerdo y lenguaje ($P < 0,05$). Los pacientes con LES mostraron un rendimiento significativamente peor en TMT en comparación con los controles sanos ($p = 0,01$). Se concluyó que nuestro estudio mostró que los trastornos cognitivos son más de 3 veces más altos en pacientes con LES que en sujetos normales.¹⁸

En el estudio de Zhand L., Fu T, Yin R, (2017) Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un alto riesgo de depresión y ansiedad. Sin embargo, la prevalencia estimada de estos trastornos varía sustancialmente entre los estudios. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo establecer niveles comunes de prevalencia de depresión y ansiedad entre los pacientes adultos con LES. Se realizó una sistemáticamente bases de datos que incluyen PubMed, Embase, PsycINFO y la biblioteca de la base de datos Cochrane desde su inicio hasta agosto de 2016. Se incluyeron los estudios que presentaban datos sobre depresión y / o ansiedad en pacientes adultos con LES y un tamaño de muestra de al menos 60 pacientes. Se realizó un metanálisis de efectos aleatorios sobre todos los datos elegibles. Los resultados fueron Un total de 59 estudios identificados coincidieron con los criterios de inclusión, informando un total de 10828 pacientes adultos con LES. Se informaron treinta y cinco y trece métodos para definir la

depresión y la ansiedad, respectivamente. Los metanálisis revelaron que la prevalencia de depresión mayor y ansiedad fue del 24% (IC 95%, 16% -31%, I² = 95.2%) y 37% (IC 95%, 12% - 63%, I² = 98.3%) según entrevistas clínicas. Las estimaciones de prevalencia de depresión fueron 30% (IC 95%, 22% -38%, I² = 91.6%) para la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital con umbrales de 8 y 39% (IC 95%, 29% -49%, I² = 88.2%) para el Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems con umbrales de 14, respectivamente. Se concluyó que la prevalencia de depresión y ansiedad fue alta en pacientes adultos con LES. Indicó que los reumatólogos deberían detectar la depresión y la ansiedad en sus pacientes y derivarlos a proveedores de servicios de salud mental a fin de identificar estrategias efectivas para prevenir y tratar la depresión y la ansiedad en pacientes adultos con LES.¹⁹

El estudio de Shen B, y colaboradores (China 2014) tuvo como objetivo identificar el estado socioeconómico, la actividad de la enfermedad y los trastornos psiquiátricos que contribuyen a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se recogieron datos de 170 pacientes con LES y 210 individuos sanos. Todos los pacientes cumplieron los criterios para la clasificación de SLE y se sometieron a la evaluación de la actividad de la enfermedad de acuerdo con el índice de actividad de la enfermedad SLE (SLEDAI). Las escalas autoevaluadas para la ansiedad (SAS) y la depresión (SDS) se usaron para evaluar los niveles de ansiedad y depresión. El estado de salud general de los pacientes se midió mediante el cuestionario Short Form (SF) -36. Para proporcionar una mayor claridad con respecto a los determinantes de la CVRS, se utilizó el análisis de ruta para explorar las relaciones entre los diversos predictores y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Los resultados fueron Los pacientes con LES que tienen

depresión y ansiedad tienen más probabilidades de tener una calidad de vida inferior en comparación con aquellos que no están deprimidos ($r = -0.735$, $p < 0.01$; $r = -0.684$, $p < 0.01$). Todas las variables se correlacionaron significativamente con la depresión, excepto la edad, el sexo y el estado civil. La educación se correlacionó negativamente con la actividad de la enfermedad ($r = -0.272$, $p < 0.05$) y la ansiedad ($r = -0.312$, $p < 0.01$). La actividad de la enfermedad se correlacionó positivamente con la ansiedad ($r = 0.198$, $p < 0.05$). Además, el estado laboral también se correlacionó con la ansiedad ($r = -0.294$, $p < 0.01$). Se concluyó que la ansiedad y la depresión fueron predictores significativos de mala CVRS. Comprender cómo estos factores están interrelacionados puede ayudar a los médicos a enfocar sus evaluaciones y desarrollar estrategias para mejorar la CVRS de los pacientes con lupus.²⁰

Shakeri H y colaboradores (Irán 2014) estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) si ve afectada por numerosas variables, como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, estas asociaciones aún no se han descrito entre los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y el impacto de las variables clínicas relacionadas con el LES sigue siendo desconocido. En este estudio transversal, se ha estimado la prevalencia de depresión y ansiedad entre pacientes iraníes con LES que viven en la provincia de Kermanshah, Irán, y se han identificado los determinantes de la CVRS en comparación con sujetos sanos. En este estudio transversal, se ha estimado la prevalencia de depresión y ansiedad entre pacientes iraníes con LES que viven en la provincia de Kermanshah, Irán, y se han identificado los determinantes de la CVRS en comparación con sujetos sanos. El muestreo se realizó en base al reclutamiento de sujetos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se registraron variables relacionadas con el lupus eritematoso sistémico, que incluyen manifestaciones cutáneas, pericarditis, artritis,

antecedentes de convulsiones y psicosis. Se tomaron muestras de sangre para medir anticuerpos antinucleares (ANA), ADN de doble cadena (anti-dsDNA), Anti-Smith (Anti-SM), anticuerpo anticardiolipina. Se seleccionaron sujetos sanos emparejados en características demográficas de la población general de la provincia de Kermanshah, Irán. La depresión y la ansiedad y la CVRS se evaluaron utilizando el inventario de depresión Beck-II, el inventario de ansiedad de Beck y la encuesta de salud de forma corta 36, respectivamente. Los resultados fueron Un total de 310 personas (160 pacientes con LES y 150 sujetos sanos) participaron en este estudio. La prevalencia de depresión y ansiedad fue de alrededor del 20% entre las personas con LES, que fue notablemente alta, pero no significativamente diferente de las personas sanas. Los resultados de este estudio muestran que los pacientes con LES tienen una CVRS más pobre en los componentes físicos, mientras que el componente mental de la CdV es relativamente similar al de los individuos sanos. La alta prevalencia estimada de depresión y ansiedad entre pacientes con LES requiere atención.²¹

Abu-Shakra M. (Israel, 2016) El bienestar físico, mental y social son resultados importantes en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas, incluido el lupus eritematoso sistémico (LES). El MOS SF-36 y el WHO QoL Bref son apropiados para evaluar la calidad de vida (QoL) en pacientes con LES. La CdV de los pacientes con LES está deteriorada en comparación con la de los controles. La fibromialgia afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes con LES. Las mujeres con LES tuvieron puntajes significativamente más bajos en las subescalas del sentido de coherencia (SoC) en comparación con los controles emparejados. Este SoC reducido en mujeres con LES representa un afrontamiento adaptativo alterado y se asocia de forma independiente con una CdV reducida en mujeres con LES. La depresión y la ansiedad son comunes entre los pacientes con LES, y la frecuencia es similar a la de los pacientes con artritis reumatoide. Se encontró una relación longitudinal

recíproca entre la depresión y la intromisión de la enfermedad en pacientes con LES. La actividad de la enfermedad y el daño no están asociados con la depresión. La experiencia subjetiva, no la enfermedad per se, causa depresión²²

Bai R y colaboradores (2016) Los trastornos depresivos y de ansiedad con frecuencia se observan en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, los mecanismos subyacentes aún se desconocen. Realizamos esta encuesta para comprender la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con LES sin manifestaciones neuropsiquiátricas importantes (sin NPSLE) y para explorar la relación entre los trastornos emocionales, los síntomas, los autoanticuerpos, la actividad de la enfermedad y los tratamientos en el LES. Se incluyeron 176 pacientes con LES, y se registraron el índice de actividad de la enfermedad del LES (SLEDAI), la Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (HAMD) y la Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton (HAMA) para evaluar su actividad de la enfermedad y su estado emocional. Encontramos que los trastornos depresivos y de ansiedad eran comunes entre los pacientes con LES: 121 (68,8%) pacientes estaban en estado de depresión, mientras que 14 (8,0%) pacientes podían ser diagnosticados con depresión. En consecuencia, 101 (57.4%) estaban en estado de ansiedad y 21 (11.9%) podían ser diagnosticados con ansiedad. La depresión se asoció con la actividad de la enfermedad, y la ansiedad se asoció con anticuerpos anti-PO, mientras que ambos se asociaron con proteinuria. Los puntajes de HAMA y HAMD tenían una fuerte correlación positiva y eran factores de riesgo independientes entre sí. Concluimos que la alta prevalencia de depresión y ansiedad y la asociación entre la depresión y la actividad de la enfermedad de LES podrían revelar el daño encubierto del

sistema nervioso central en el LES. El papel del anticuerpo anti-PO en pacientes con LES con trastornos emocionales justifica más investigaciones.²³

Nowicka-Sauer K. y colaboradores (2018) **Objetivos** La percepción de la enfermedad es una representación cognitiva que influye en el funcionamiento físico y psicológico y la adherencia en pacientes con enfermedad reumática. Los estudios que exploran la percepción de la enfermedad en el lupus eritematoso sistémico (LES) son todavía escasos y ninguno de ellos ha investigado los factores que determinan la percepción de la enfermedad. Nuestro objetivo fue evaluar la percepción de la enfermedad e identificar los factores psicológicos, clínicos y sociodemográficos que podrían influir en la percepción de la enfermedad en el LES. **Métodos** El estudio involucró a 80 pacientes con LES (87.5% mujeres, edad media 41.56 años). Se utilizaron el Cuestionario de percepción breve de la enfermedad, el Inventario de ansiedad de rasgo estatal, el Inventario de depresión de Beck, el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh, el Escala analógica visual de dolor y la Escala de gravedad de la fatiga. Los datos clínicos y sociodemográficos se recolectaron a través de entrevistas estructuradas y revisión de archivos médicos. **Resultados** La percepción de la enfermedad se correlacionó de manera significativamente positiva con ansiedad, depresión, calidad del sueño, fatiga y dolor, mientras que no estuvo relacionada con la edad, educación, tratamiento con esteroides, duración y actividad de la enfermedad (SLEDAI) o daño orgánico (SLICC / ACR). El análisis de regresión reveló que la ansiedad y la depresión del estado explicaron el 43% de la varianza de la percepción de la enfermedad. El análisis de conglomerados identificó tres grupos de pacientes entre los cuales el grupo de mediana edad tenía la percepción de

enfermedad más negativa, los niveles más altos de ansiedad, depresión, dolor y fatiga, y la peor calidad de sueño. Conclusiones El estudio ha demostrado una relación significativa entre la percepción negativa de la enfermedad y la ansiedad y la depresión. Los pacientes que reportan fatiga, sueño deficiente y dolor pueden tener necesidades especiales en términos de intervención psicológica centrada en la percepción negativa de la enfermedad y los síntomas de angustia. La atención multidisciplinaria en el manejo del LES parece ser de gran importancia.²⁴

El estudio de Tay SH y colaboradores(2015) .se planteo el objetivo fue identificar si la actividad de la enfermedad lúpica se asocia de forma independiente con la depresión y la ansiedad en pacientes con lupus. Se evaluaron pacientes adultos con lupus para la severidad de los síntomas depresivos y de ansiedad y la actividad de la enfermedad lúpica mediante el uso de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) y el Índice de Actividad de la Enfermedad Sistémica Lupus Eritematoso (SLEDAI), respectivamente. Controles sanos (HC) pareados por edad y sexo fueron reclutados para la comparación. En total, se estudiaron 110 pacientes con lupus y 110 HC. Los pacientes con lupus tenían puntajes HADS significativamente más altos que los HC (10.82 ± 6.5 vs. 7.34 ± 4.9 , $p < 0.001$). Significativamente más pacientes con lupus tenían ansiedad (40.9 vs. 21.8%, $p = 0.002$) y síntomas depresivos (15.5 vs. 6.4%, $p = 0.025$) que los HC. Múltiples análisis de regresión lineal revelaron que SLEDAI ($\beta = 0.160$, $p = 0.016$), inhibidor de la calcineurina no utilizado ($\beta = -1.929$, $p = 0.041$) y ciclofosfamida anterior sin uso ($\beta = -1.603$, $p = 0.039$) predijeron independientemente HADS: ansiedad entre los pacientes con lupus incluso después de ajustar la depresión HADS. Por el contrario, SLEDAI ($\beta = 0.014$, $p = 0.834$) perdió su

significativa correlación univariante con HADS-Depresión después de controlar por HADS-Ansiedad y otras covariables. Se concluyó La ansiedad es más común en los pacientes con lupus que en los HC, y su gravedad se asocia de forma independiente con un LES más activo independientemente de la presencia o ausencia de depresión concomitante.²⁵

Yilmaz-Oner S. y colaboradores (Turquía, 2015) el objetivo del trabajo fue evaluar la calidad de vida (CdV) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y evaluar el impacto de la actividad de la enfermedad y la angustia psicológica en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en Turquía. El Formulario de Estudio de Resultados Médicos (SF) -36 se utilizó en una cohorte de 113 pacientes consecutivos con LES y 123 sujetos sanos emparejados por edad y sexo para medir la CVRS. Se obtuvo como resultado pacientes con LES tienen una calidad de vida inferior que los controles sanos. No se observó ninguna relación entre la HRQoL y la actividad de SLE o la duración de la enfermedad. Los pacientes con ansiedad y / o depresión informaron puntuaciones de SF-36 peores que aquellos sin angustia psicológica. Los resultados del análisis multivariado sugirieron que los puntajes HADS-A, HADS-D y el estado de trabajo se asociaron con el deterioro de la CVRS. Se concluyó La CVRS está alterada en pacientes con LES y se asocia con trastornos del estado de ánimo. Los médicos deben prestar mucha atención para detectar la ansiedad y la depresión y manejarlos para mejorar la calidad de vida en pacientes con LES.²⁶

En el estudio Xie X. y colaboradores (China 2016) Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un alto riesgo de ansiedad y depresión. Nuestro objetivo fue investigar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con LES en el suroeste de China. Los participantes fueron reclutados por muestreo de conveniencia de la Clínica de pacientes ambulatorios reumáticos del Hospital de China occidental de la Universidad de Sichuan entre agosto y octubre de 2014. La prevalencia de ansiedad y depresión se evaluó utilizando la Escala de depresión y ansiedad del hospital (HADS). Los factores de riesgo fueron explorados por análisis de regresión logística múltiple. Se inscribieron un total de 352 participantes, de los cuales 64 (18.2%) cumplieron con los criterios de HADS para la ansiedad y 82 (23.3%) para la depresión. En el análisis multivariable, los niveles más altos de dolor (OR = 1.17, P = 0.02) y la fatiga (OR = 1.19, P <0.01) predijeron un mayor riesgo de ansiedad. De manera similar, un nivel más alto de fatiga (OR = 1.2, P <0.01) se asoció con un mayor riesgo de depresión. Los resultados sugieren que la ansiedad y la depresión son comunes en pacientes con LES en el suroeste de China. Los proveedores de atención médica y los pacientes con LES deben tomar algunas medidas para enfrentarlos lo antes posible. El fortalecimiento del tratamiento del dolor y la fatiga puede ser útil.²⁷

Maneeton B. y colaboradores (2013) el propósito de este estudio fue estimar la prevalencia y examinar los predictores de depresión en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Este estudio transversal se realizó en la clínica de reumatología de un hospital universitario. Todos los pacientes con LES que cumplieron con la clasificación revisada del Colegio Americano de Reumatología (ACR) se incluyeron en el estudio. Datos sociodemográficos y medicamentos fueron registrados. La actividad

de la enfermedad para el LES se evaluó con el Índice de actividad de la enfermedad de LES en México (Mex-SLEDAI). Todos los sujetos fueron seleccionados para la ansiedad y la depresión mediante el uso de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) y la versión de 17 elementos de la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D17). Se usaron análisis de regresión lineal múltiple para determinar predictores de trastorno depresivo.

Un total de 62 pacientes con LES (61 mujeres y 1 hombre) participaron en el estudio. Con base en HAM-D17 y HAM-A, las tasas de depresión y ansiedad en pacientes con LES fueron de 45.2% y 37.1%, respectivamente. El análisis de regresión lineal múltiple reveló que la puntuación HAM-A y la edad más temprana fueron predictores significativos de depresión en pacientes con LES. Los hallazgos sugieren que la depresión y la ansiedad son comunes en pacientes con LES. Además, niveles más altos de ansiedad y una edad más joven pueden aumentar el riesgo de depresión.²⁸

Mehat P. y colaboradores (EEUU 2017) La falta de adherencia a los medicamentos no se ha caracterizado bien en el lupus eritematoso sistémico (LES). Nuestro objetivo fue llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura, examinando la carga y los factores determinantes de la falta de adherencia al tratamiento en el LES. Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Medline (1946-2015), Embase (1974-2015) y Web of Science (1900-2015) y seleccionamos estudios originales de pacientes con SLE que evaluaron la no adherencia a las terapias SLE como el resultado primario del estudio. Se extrajo información sobre el diseño del estudio, el tamaño de la muestra, la duración del seguimiento, las fuentes de datos, el tipo de problema de incumplimiento observado, las medidas de

adherencia y las estimaciones informadas, y los determinantes de la adherencia informados en los análisis multivariados. Después de examinar 4.111 títulos, 11 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Los tamaños de muestra del estudio variaron de 32 a 246 pacientes, y los estudios se categorizaron de acuerdo con la fuente de datos: autoinforme (5), dispositivos electrónicos de monitoreo (1), registros clínicos de clínicas de reumatología (3) e información de recarga de registros de farmacia (2). En general, el porcentaje de pacientes no adherentes varió de 43% a 75%, y los estudios informaron que más de la mitad de los pacientes no son adherentes. En general, la síntesis de la evidencia actual sugiere que la carga de la falta de adherencia al medicamento es sustancial en el LES. Los hallazgos resaltan la importancia de desarrollar intervenciones para apoyar el cumplimiento y mejorar los resultados entre los pacientes.²⁹

Feldman CH y colaboradores (EEUU 2015) examinó si la falta de adherencia a la hidroxycloroquina (HCQ) o medicamentos inmunosupresores (ISM) se asoció con una mayor utilización de la atención aguda posterior entre los beneficiarios de Medicaid con lupus eritematoso sistémico (LES). Utilizamos datos de Medicaid de EE. UU. Entre 2000 y 2006 para identificar a adultos de entre 18 y 64 años con LES que eran usuarios nuevos de HCQ o ISM. Definimos la fecha del índice como recepción de HCQ o ISM sin uso en los 6 meses anteriores. Medimos la adherencia usando la razón de posesión de medicamentos (MPR), la proporción de días cubiertos por el suministro total de días dispensados, para la fecha posterior al índice de 1 año. Nuestros resultados fueron por todas las causas y las visitas al departamento de emergencias (ED) relacionadas con el LES y las hospitalizaciones en el año siguiente. Utilizamos modelos de regresión de Poisson multivariable para examinar la asociación

entre la no adherencia (TPM <80%) y la utilización de cuidados agudos, ajustando por sociodemográficos y comorbilidades. Identificamos 9,600 nuevos usuarios de HCQ y 3,829 nuevos usuarios de ISM con SLE. La media \pm SD MPR para HCQ fue 47.8% \pm 30.3% y para ISM fue 42.7% \pm 30.7%. El 79% de los usuarios de HCQ y el 83% de los usuarios de ISM no se adhirieron (MPR <80%). En modelos multivariantes, entre los usuarios de HCQ, la tasa de incidencia (IRR) de las visitas al DE fue de 1,55 (intervalo de confianza del 95% [IC95%] 1,43-1,69) y la IRR de las hospitalizaciones fue 1,37 (IC del 95%: 1,25-1,50), comparando no adherentes a Adherers. Para los usuarios de ISM, la TIR de las visitas al SU fue de 1,64 (IC del 95%: 1,42-1,89) y de las internaciones fue de 1,67 (IC del 95%: 1,41-1,96) para los no contrayentes. En esta cohorte, la falta de adherencia a HCQ e ISM fue frecuente y se asoció con una utilización de la atención aguda aguda significativamente más alta.³⁰

Abdul – Salttar AB y colaboradores (Egipto 2015) el objetivo del estudio fue identificar los determinantes de la adherencia a la medicación entre pacientes egipcios con LES. Se realizó un estudio transversal de un solo centro entre pacientes egipcios con LES. La adherencia a la medicación se midió a través del cuestionario de cumplimiento para reumatología-19, y los pacientes se clasificaron como no adherentes si tomaban <80% de su medicación correctamente. Los predictores de adherencia a la medicación SLE se determinaron mediante regresiones logísticas múltiples. La edad media de los participantes fue de 30.9 \pm 11.7 años. Las mujeres constituyeron el 95% de todos los participantes. Treinta y ocho (%) estaban tomando <80% de su medicación correctamente. En el análisis de regresión logística, los predictores independientes significativos de la falta de adherencia a la medicación fueron un nivel educativo más bajo

(OR 5,6; IC del 95%: 2,1-7,3; P <0,001); nivel socioeconómico muy bajo y bajo (OR 2,6; IC del 95%: 1,6-4,3 , P <0.04), residencia rural (OR 3.4, IC 95% 1.4-5, P <0.01), más cantidad de medicamentos (OR 3.2, IC 95% 2.3-6.9, P <0.01) y síntomas depresivos más altos (O 3.7, IC 95% 1.4-10.2, P <0.001). La tasa de adherencia informada en este estudio fue bastante baja. Se recomienda encarecidamente estrategias apropiadas de intervención para mejorar la adherencia dirigidas a reducir la carga de píldoras, minimizar los síntomas depresivos y garantizar un acceso ininterrumpido a los regímenes de servicios gratuitos para pacientes con bajo nivel socioeconómico. Se debe prestar más atención a los pacientes con LES que viven en la región rural.³¹

En el estudio de Shen B y colaboradores (China 2013) La prevalencia de problemas psicológicos es frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y parece estar en aumento. El presente estudio investigó la relación entre los parámetros de la enfermedad, la calidad de vida y el estado psicológico en pacientes chinos con LES. Se administró un diseño de encuesta autoinformado a 170 pacientes con LES y 210 personas sanas utilizando la Escala de ansiedad autoevaluada, la Escala de depresión de autoevaluación y la Encuesta de salud de forma abreviada 36 (SF-36). Nuestros resultados mostraron que el 20,3% de los pacientes con LES tenían ansiedad y el 32,9% tenían depresión, que eran significativamente más altos que el grupo control (7,1%, 14,3%, resp.). Y hubo correlaciones significativas entre el estado socioeconómico (SES), la actividad de la enfermedad y la ansiedad / depresión en pacientes con LES. Mientras tanto, los resultados del análisis SF-36 revelaron que las escalas VT, PF y RP fueron los predictores más potentes de la ansiedad de los

pacientes con LES, y los dominios SLEDAI, VT, PF, SF y RE se tuvieron en cuenta significativamente para la ansiedad. En resumen, hubo relaciones significativas entre los parámetros de la enfermedad, la calidad de vida y la ansiedad.³²

Mok CC., Chan KL y Ho LY (2016) estudiaron la asociación de los síntomas depresivos / de ansiedad con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la capacidad de trabajo en pacientes chinos con lupus eritematoso sistémico (LES). Se reclutaron pacientes consecutivos con criterios ≥ 4 ACR para SLE. Los síntomas depresivos y de ansiedad fueron evaluados por la escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS). La CVRS se evaluó mediante la versión china de MOS-Short Form (SF) - 36. La actividad de la enfermedad de SLE se evaluó mediante el índice de actividad de la enfermedad SLE (SLEDAI) y el daño orgánico se evaluó mediante el índice de daño ACR / SLICC (SDI). Se estudió la relación entre los puntajes de HAD, la capacidad de trabajo y la CVRS. Se estudiaron un total de 367 pacientes con LES (95% mujeres, edad 40.2 ± 12.9 años, duración de la enfermedad 9.3 ± 7.2 años). Cincuenta y cinco (15%) pacientes tenían una puntuación de depresión HADS ≥ 10 y 70 (19%) pacientes tenían una puntuación de ansiedad HADS ≥ 10 . Los pacientes con puntuación ≥ 10 tenían una puntuación SF36 significativamente menor (componente físico y mental) que aquellos con puntuación < 10 . En modelos de regresión lineal separados, los puntajes de los componentes mentales y físicos de SF36 se asociaron significativamente con la depresión HAD y la puntuación de ansiedad HAD después del ajuste por edad, sexo, duración del LES, años de educación, creencias religiosas, estado civil, situación laboral, pobreza, IDE y puntuación SLEDAI media en el año anterior. Entre los que estaban trabajando el año anterior ($n = 190$), 30 (16%) pacientes abandonaron su trabajo (n

= 22) o redujeron las horas de trabajo (n = 8). Los pacientes con discapacidad laboral tenían una puntuación HAD-depresión significativamente más alta que aquellos sin (6.31 ± 5.51 vs 3.93 ± 3.72, p = 0.03). Los síntomas depresivos / de ansiedad eran bastante comunes en pacientes con LES y se asociaban de forma independiente con peor CVRS. Los pacientes con más síntomas depresivos eran más propensos a experimentar discapacidad laboral.³³

En el trabajo de Flower C. y colaboradores (2016) se evaluó la adherencia en mujeres con LES que exhiben una alta morbilidad y mortalidad. Evaluamos datos demográficos y 2 predictores de adherencia convencionales: autoeficacia y alfabetización en salud, junto con 2 posibles complicaciones de LES neuropsiquiátrico: disfunción cognitiva y depresión. Ciento seis mujeres seleccionadas al azar del Registro Nacional de Lupus de Barbados completaron la Autoeficacia para la Escala de Uso de Medicamentos Apropriados, la Estimación Rápida de la Alfabetización de Adultos en Medicina, el Inventario de Síntomas Cognitivos, el Inventario de Depresión Beck II y el Cuestionario de Adherencia de Medicamentos de Morisky (MAQ) Este estudio exploró los efectos del funcionamiento psicosocial y neuropsiquiátrico en la adherencia mediante la regresión logística ordinal. Sesenta por ciento reportaron altos puntajes de MAQ. La probabilidad de puntuaciones altas de MAQ fue menor entre los pacientes más jóvenes (p = 0,001) y aquellos con una duración más corta de la enfermedad (p = 0,05). La probabilidad de puntuaciones altas de MAQ disminuyó con una autoeficacia percibida menor (odds ratio [OR], 0,80; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,73-0,89; p <0,001), empeoramiento de la función cognitiva (OR, 0,90; IC del 95%), 0,84-0,97; p = 0,004) y aumento de la depresión (OR, 0,93; IC del 95%, 0,88-0,97; P =

0,002). No hubo una relación fuerte entre el puntaje MAQ y la alfabetización en salud (OR, 0.37, IC 95%, 0.13-1.03, P = 0.06). Las mujeres con LES que son más jóvenes y aquellas con una menor duración de la enfermedad deben ser evaluadas para la adherencia a la medicación. El cribado en el momento del diagnóstico seguido de una evaluación rutinaria de la disfunción cognitiva y la depresión, junto con la autoeficacia percibida, pueden identificar aún más al subgrupo más vulnerable que debe ser el objetivo de las estrategias de intervención personalizada.³⁴

Van Exel E. y colaboradores (Barbados 2013) evaluaron la adherencia en mujeres con LES que exhiben una alta morbilidad y mortalidad. Evaluamos datos demográficos y 2 predictores de adherencia convencionales: autoeficacia y alfabetización en salud, junto con 2 posibles complicaciones de LES neuropsiquiátrico: disfunción cognitiva y depresión. Ciento seis mujeres seleccionadas al azar del Registro Nacional de Lupus de Barbados completaron la Autoeficacia para la Escala de Uso de Medicamentos Apropriados, la Estimación Rápida de la Alfabetización de Adultos en Medicina, el Inventario de Síntomas Cognitivos, el Inventario de Depresión Beck II y el Cuestionario de Adherencia de Medicamentos de Morisky (MAQ) Este estudio exploró los efectos del funcionamiento psicosocial y neuropsiquiátrico en la adherencia mediante la regresión logística ordinal. Sesenta por ciento reportaron altos puntajes de MAQ. La probabilidad de puntuaciones altas de MAQ fue menor entre los pacientes más jóvenes ($p = 0,001$) y aquellos con una duración más corta de la enfermedad ($p = 0,05$). La probabilidad de puntuaciones altas de MAQ disminuyó con una autoeficacia percibida menor (odds ratio [OR], 0,80; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,73-0,89; $p < 0,001$), empeoramiento de la función cognitiva (OR, 0,90; IC del 95%), 0,84-0,97; $p = 0,004$) y

aumento de la depresión (OR, 0,93; IC del 95%, 0,88-0,97; P = 0,002). No hubo una relación fuerte entre el puntaje MAQ y la alfabetización en salud (OR, 0.37, IC 95%, 0.13-1.03, P = 0.06). Las mujeres con LES que son más jóvenes y aquellas con una menor duración de la enfermedad deben ser evaluadas para la adherencia a la medicación. El cribado en el momento del diagnóstico seguido de una evaluación rutinaria de la disfunción cognitiva y la depresión, junto con la autoeficacia percibida, pueden identificar aún más al subgrupo más vulnerable que debe ser el objetivo de las estrategias de intervención personalizada.³⁵

2.2 BASES LEGALES

Base Legal: Constitución Política del Perú, Plan Nacional de Desarrollo, Ley General de Salud, Ley Orgánica del Sector Salud, Decreto Ley 584 y su reglamento 00292.

2.3 BASES TEÓRICAS

La depresión es una enfermedad grave que afecta a la persona tanto mental como físicamente hasta el punto de que la lleva a cambiar su modo de pensar y sentir. Algunos de los síntomas depresivos más comunes son: sentimiento de tristeza, falta de apetito, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño. En varias ocasiones las personas tienden a sentirse tristes y melancólicas, pero estos sentimientos son momentáneos y pasajeros. Cuando realmente se padece un trastorno depresivo, son muy frecuentes las dificultades que no permiten tener un desempeño normal de la vida cotidiana³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 esta enfermedad se convertirá en el segundo problema de

incapacidad en el ámbito mundial. Es importante destacar que la depresión es más común en mujeres y, a menudo, puede estar asociada con otras enfermedades³, especialmente con aquellas de carácter crónico, entre las que se encuentran las autoinmunes, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren, la fibromialgia y la esclerosis múltiple.

La depresión es una enfermedad mental incapacitante, la cual se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, hay sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Según la OMS la depresión afecta a unos 350 millones de personas y que puede convertirse en un problema de salud serio, cuando tiene una larga duración y la intensidad es moderada a grave puede crear gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. Y en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

En el Perú 20 de cada 100 peruanos sufre de depresión. Un 60% de esas personas no obtiene la ayuda que necesita, y la edad a la que afecta va de 25 a 35 años.

Según el Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) clasifica a la depresión como la categoría F32 donde incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual - Empeoramiento matutino del humor depresivo - Presencia de entrecimiento motor o agitación - Pérdida marcada del apetito - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes - Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Adaptado de OMS¹⁶.

Y también se muestra los criterios de gravedad de un episodio depresivo

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. - Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. - Alteraciones del sueño de cualquier tipo. - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Adaptado de OMS²⁶. * Síndrome somático; ver tabla 1.

Hay varias encuestas que se han creado para poder determinar si el sujeto presenta síntomas depresivos como por ejemplo la encuesta de depresión de Zung y el inventario de depresión de Beck. Pero ello en si solo nos orientaría si el sujeto tendría algún principio de depresión, pero no si presenta un episodio depresivo o una depresión mayor.

Para el tratamiento de la depresión se emplea 2 tipos de tratamiento: el farmacológico y/o psicoterapia. Puede ser que el sujeto sea tratado con fármacos o con ayuda psicológica, pero usualmente se consideran los 2 tipos de tratamiento se complementan y así disminuiría los síntomas en los sujetos. Dentro de los fármacos encontramos:

Inhibidores de la MAO (IMAOs)

Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Inhibidores selectivos de recaptación de Serotonina (ISRS)

El padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente, sino que además influye notablemente en su adherencia al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad.

2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- i) **Definición de lupus eritematoso sistémico:** Es una enfermedad autoinmunitaria en ella cuerpo ataca por error el tejido sano. Éste puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos.
- ii) **Definición de asociación:** Relación mental que se establece entre dos conceptos, ideas o recuerdos que tienen algo en común o entre las cuales se puede establecer una implicación intelectual o sugerida.
- iii) **Definición de depresión:** es un trastorno mental donde el sujeto experimenta tristeza, pérdida de interés o placer, hay sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
- iv) **Niveles de depresión:** son los niveles que presenta la depresión, tenemos a depresión leve, depresión moderada y depresión grave.
- v) **Adherencia al tratamiento:** se llama así cuando el paciente cumple con tu tratamiento ya sea farmacológico, terapias, programa de dieta, etc. Pero en este caso asumimos que para el estudio adherencia al tratamiento lo conforma en control de hemoglobina glucosilada y el control de glicemia basal.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Ho: No existe asociación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional dos de Mayo en el año 2017.

Ha: Existe asociación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional dos de Mayo en el año 2017.

HIPÓTESIS ESPECIFICA:

- Ho: No existe asociación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico
- Ha: Existe asociación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico
- Ho: No existe asociación significativa entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico
- Ha: Existe asociación significativa entre el nivel de depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico

3.2 VARIABLES:

VARIABLE 1:

Variable: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	
Denominación	Enfermedad autoinmune. Con diagnostico en HCL.
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de la enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad autoinmune

VARIABLE 2:

Variable: DEPRESIÓN	
Denominación	Enfermedad psiquiátrica con afectación sistémica
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Razón
Indicador	Presencia de la enfermedad
Unidad de medida	Si, NO
Instrumento	Historia Clinica
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Presencia de la enfermedad
Definición conceptual	Enfermedad psiquiátrica

VARIABLE 3: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Variable: Adherencia al tratamiento	
Denominación	Adherencia al tratamiento
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Escala de medición	Ordinal
Indicador	Intensidad de dolor que se presenta en la menstruación.
Unidad de medida	Si, No
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Puntaje en cuestionario de Morisky Green
Definición conceptual	Adherencia del paciente al tratamiento de LUPUS INSTAURADO.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo Observacional, cuantitativo, analítico - correlacional y transversal.

- **Observacional**, por cuanto no existe intervención. Es decir, no se manipulan las variables, sólo se las observa.
- **Cuantitativo**, en razón a que se utiliza datos recogidos de encuestas y se estudiará con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables.
- **Analítico - Correlacional**, ya que se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre las 2 o más variables que se van a utilizar en el estudio.
- **Transversal**, ya que se realiza una sola medición de los sujetos y se evalúa de forma concurrente la exposición y el evento de interés.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

a. Población de estudio

El presente estudio incluye a todos los pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica, que se hospitalizaron en el servicio de Medicina Interna del HNDM en el año 2017.

Muestra:

. En la presente investigación no se considerará una muestra probabilística.

Se utilizara la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

Donde :

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

δ : Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96

e = Límite aceptable de error muestral que, aquí utilizaremos un error de 5%

La población será de 60 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017.

Por lo que nuestra muestra según los cálculos descritos nos sale de 48 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de LES hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNMD en el año 2017
- Pacientes con diagnóstico de LES a partir de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de LES que no tengan otro trastorno psiquiátrico diferente a depresión
- Pacientes con diagnóstico de LES sin diagnóstico de otra enfermedad crónica.
- Pacientes con diagnóstico de LES que acepten llenar de la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de LES que no se atiendan en el HNDM
- Pacientes con diagnóstico de LES no deseen participar en el estudio

Procedimiento para la colección de información

Mediante el uso de una encuesta validada que cumpla con los parámetros necesarios para medir las variables establecidas según los objetivos del presente estudio y habiendo solicitado previamente los permisos correspondientes tanto a las autoridades del Hospital Nacional Dos de Mayo, se procederá a encuestar a todos los pacientes con el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico que se hospitalizan en el servicio de medicina Interna del HNDM en el año 2017. Se tendrán en cuenta los criterios de exclusión para obtener datos fidedignos y de esta manera se pueda realizar el estudio sin ninguna complicación. Una vez obtenida la información, se procederá a tabular los datos y elaborar los gráficos y tablas para así poder formular las conclusiones correspondientes.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado es una encuesta validada por Morisky y Green en los pacientes con diagnóstico de LES. Además, se aplicará la autoevaluación de Zung para el diagnóstico de depresión.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se entregó a cada participante previa autorización el cuestionario para ser llenado siempre estando presente para absolver cualquier duda.

4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO

El método que se empleará en el análisis de los datos es la estadística analítica orientado a la elaboración y obtención de las principales medidas del estudio. Se utilizará el estadístico de Chi^2 . Para demostrar la asociación entre depresión y adherencia a tratamiento se utilizará el Odds Ratio. Los resultados obtenidos, previa discusión, permitirán confirmar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación. Entonces, por lo dicho anteriormente, la presentación de los resultados se presentará básicamente, a través de cuadros y gráficas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Nuestro estudio estuvo conformado por 48 pacientes con el diagnóstico de LES hospitalizados en salas de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2017.

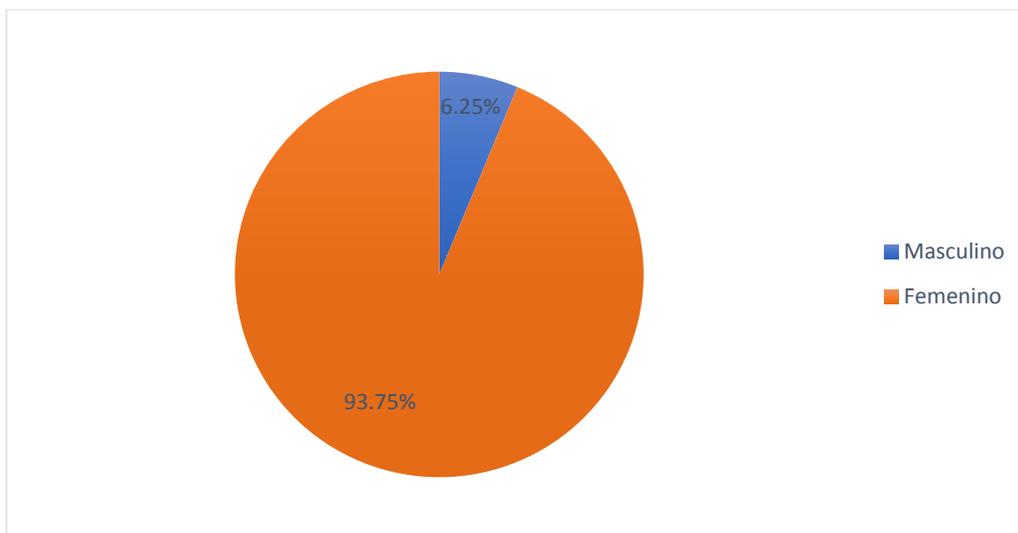


Gráfico N°1

Distribución de los pacientes con LES según sexo

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°1** se observa a los pacientes con LES distribuidos de acuerdo al sexo de los cuales el 93,8% (n=45) fueron mujeres y el 6,3 (n=6) % varones siendo las primera la evidente mayoría.

Tabla 1
Media de la edad según sexo

Sexo	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Masculino	22,3333	4,72582	17,00	26,00
Femenino	28,3111	7,14404	17,00	41,00
Total	27,9375	7,13221	17,00	41,00

Fuente: ficha de recolección de datos

En la **Tabla N°1** se evidencia que de nuestros 48 paciente la media de la edad fue de 27,9+/- 7,1 años, siendo la mínima de 17 años y la máxima de 41 años. En el caso de las pacientes de sexo femenino se obtuvo una media de 28,3 +/- 7,1 siendo la mínima edad 17 años y la máxima 41 años y en caso de los pacientes de sexo masculino la media que se obtuvo fue 22,3 +/- 4,7 siendo la mínima edad 17 años y la máxima edad 26 años.

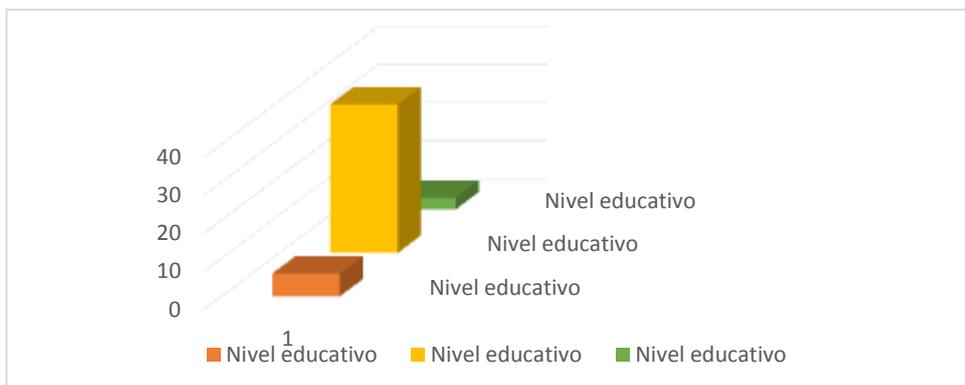


Gráfico N°2

Distribución de los pacientes según el nivel educativo

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°2** se observa que de nuestros 48 pacientes con LES

81.3% (n= 39) cuentan con un nivel educativo secundaria siendo este el claramente predominando seguido del nivel educativo primario 12,5% (n=6) y finalmente el nivel superior 6,3% (n=3).

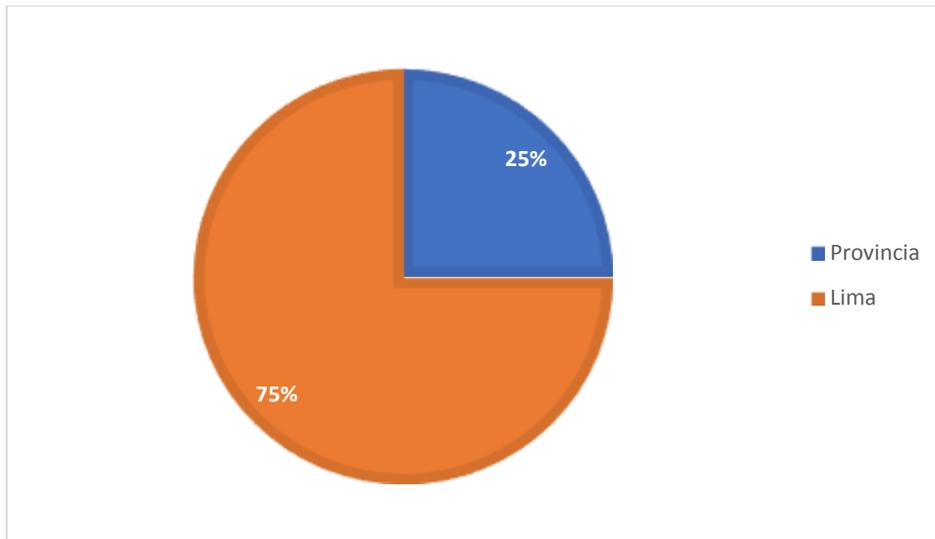


Gráfico N°3

Distribución de pacientes con LES según procedencia

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°3** se puede evidenciar que la mayoría de nuestros 48 pacientes con LES proceden de Lima siendo el 75% (n=36) en contraste con los que proceden de las diferentes provincias de nuestro país siendo solo el 25% (n=12)

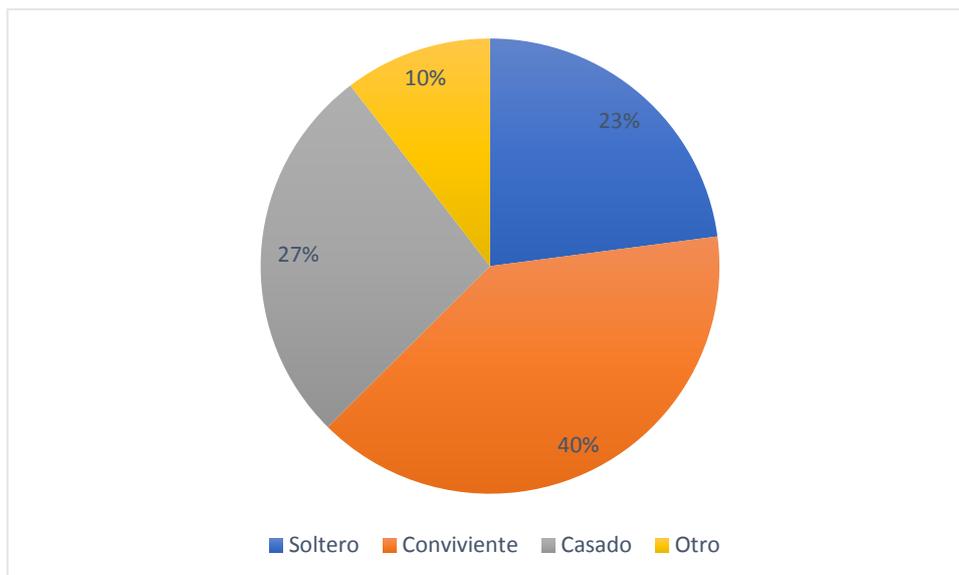


Gráfico N°4

Distribución de los pacientes con LES según estado civil

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°4** se observa que de nuestros 48 pacientes con LES el porcentaje mayoritario 40% (n=19) tiene el estado civil de conviviente seguidos del estado civil casado con un 27% (n=13) luego los solteros que suman el 23% (n=11) y finalmente otros estados civiles los cuales suman solo 10% (n=5). Se puede evidenciar como la mayoría de nuestros pacientes tiene una relación estable lo que incluye a casados y convivientes .

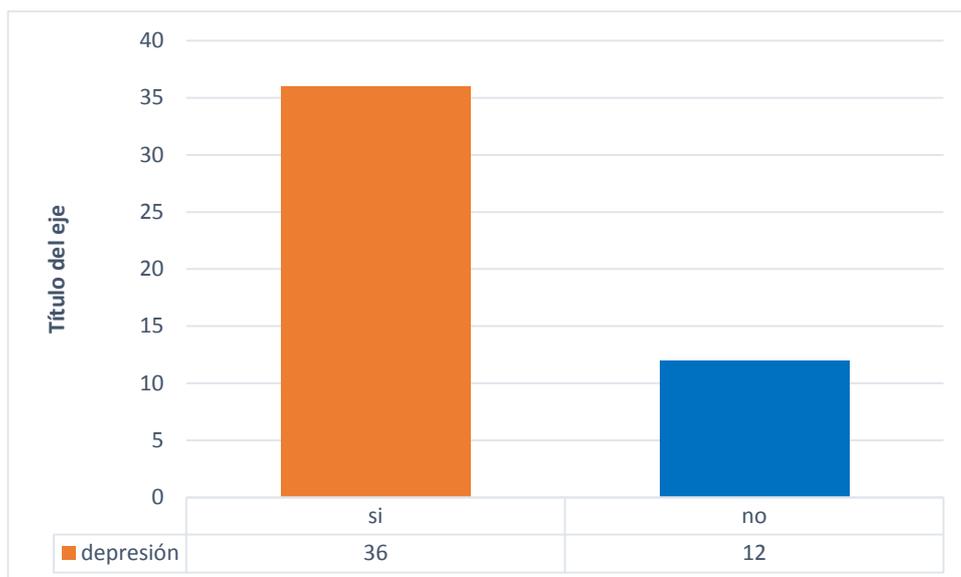


Gráfico N°5

Presencia de depresión en pacientes con LES

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°5** se muestra la distribución de nuestros 48 pacientes con LES según la presencia o ausencia de depresión, se puede ver como de los pacientes participantes en el estudio el 75% (n=36) presentaban depresión en cualquiera de sus grados siendo estos un porcentaje mayoritario en contraste con los que no presentaban depresión que solo fueron 25% (n=12).

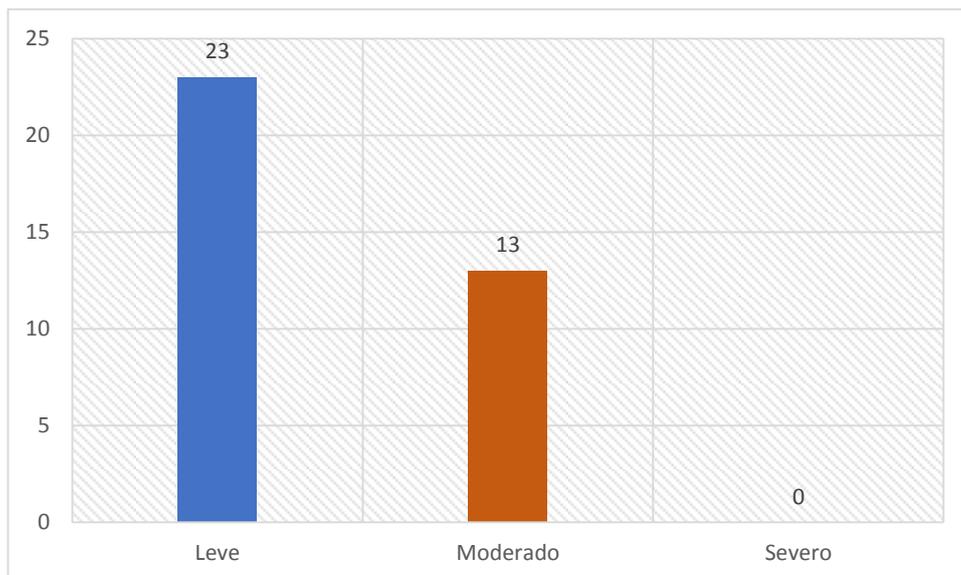


Gráfico N°6
Nivel de depresión en los pacientes con LES

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°6** se muestra el nivel de depresión dentro de nuestros 48 pacientes con LES que presentaron depresión, el nivel leve o ligero como lo cataloga el “cuestionario de Zung” presenta la mayor parte de paciente con el 63,8% (n=23) siguiendo el grado moderado con 36.2% (n=13) no se encontró ningún pacientes con un grado de depresión severo.

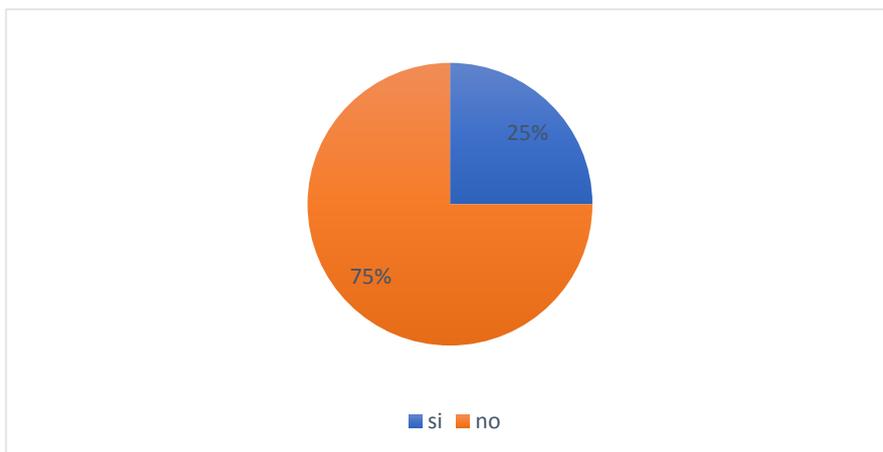


Gráfico N°7
Distribución de la adherencia al tratamiento en los pacientes con LES

Fuente: ficha de recolección de datos

En el **Gráfico N°7** se observa la distribución de la adherencia en nuestros 48 pacientes con LES se evidencia que el 75% (n=36) la evidente gran mayoría no se adhiere al tratamiento y solo el 25% (n=12) se adhiere al tratamiento.

Tabla N°2
Características generales de los pacientes con LES en
relación a la presencia de depresión y adherencia al
tratamiento

		Adherencia al tratamiento							
		No				si			
		Depresión				depresión			
		No deprimido		deprimido		No deprimido		deprimido	
		N	% del N total de columna de capa	N	% del N total de columna de capa	N	% del N total de columna de capa	N	% del N total de columna de capa
sexo	masculino	2	66,7%	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%
	femenino	1	33,3%	32	97,0%	9	100,0%	3	100,0%
Nivel educativo	analfabeta	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	primaria	0	0,0%	6	18,2%	0	0,0%	0	0,0%
	secundaria	2	66,7%	26	78,8%	8	88,9%	3	100,0%
	superior	1	33,3%	1	3,0%	1	11,1%	0	0,0%
Procedencia	provincia	0	0,0%	8	24,2%	3	33,3%	1	33,3%
	lima	3	100,0%	25	75,8%	6	66,7%	2	66,7%
Estado Civil	Soltero	2	66,7%	7	21,2%	2	22,2%	0	0,0%
	conviviente	1	33,3%	14	42,4%	2	22,2%	2	66,7%
	Casado	0	0,0%	8	24,2%	4	44,4%	1	33,3%
	Otro	0	0,0%	4	12,1%	1	11,1%	0	0,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla N°2** se puede observar las características generales de nuestros 48 pacientes con lupus en relación a la adherencia al tratamiento y la presencia de depresión. Respecto a la adherencia al tratamiento lo pacientes que no son adherentes y tienen depresión con en su mayoría de sexo femenino 97%(n=32)

,su nivel educativo es secundaria 78,8% (n=26) , provienen de Lima 75,8% (n=25) y su estado civil es conviviente 42,4% (n=14); los pacientes que son adherentes pero no están deprimidos la mayoría sigue siendo el sexo femenino 100% (n=9), de nivel educativo secundario 88,9% (n=8) provienen de lima el 66,7% (n=6) y a diferencia del grupo anterior son casados en su mayoría 44,4%(n=4). En cuanto al sexo masculino su totalidad 100% (n=3) son no adherentes al tratamiento de los cuales el 66,6%(n=2) son deprimidos y solo 33,3% (n=1) es no deprimido.

Tabla N°3
Asociación de la depresión y adherencia al tratamiento de los pacientes con LES

		Adherencia al tratamiento				OR	IC	P
		No		si				
		N	%	N	%			
Depresión	No deprimido	3	8,3%	9	75,0%	9	2,9-27	0,01
	Deprimido	33	91,7%	3	25,0%			

Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla N°3** se presenta la asociación entre depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con LES, se observa que dicha asociación presenta un $p = 0.01$ y un $OR = 9$ con un intervalo de confianza 95% : 2,9 – 27 .Debido a que el p obtenido es menor $p < 0.05$ y que la unidad no esta incluida en el IC 95% se entiende que hay una asociación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento además gracias al $OR=9$ se evidencia que el estar deprimido aumenta el riesgo en 9 veces de no adherirse al tratamiento.

Tabla N°4
Asociación entre el nivel de depresión y la adherencia al
tratamiento en pacientes con LES

		Adherencia al tratamiento				OR	IC	P
		no		si				
		N	%	N	%			
Depresión	Depresión leve	24	66,7%	11	91,7%	4,086	0,58-28,59	0,091
	Depresión moderada	12	33,3%%	1	8,3%			

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 4 se puede observar la asociación entre el grado de depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con LES, vemos que esta asociación tiene un P= 0.09 y un OR =4,08 (IC 95% : 0,58 – 28,59) por contar con un $p > 0,05$ no es significativa esta asociación asimismo por contener la unidad en su intervalo de confianza.

5.2 DISCUSIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune de etiología aun desconocida que como su mismo nombre lo dice afecta el organismo a todo nivel o de forma sistémica parte esto nos las manifestaciones neuropsiquiátricas que muchas veces pasan desapercibidas durante largos periodos ya que se les da mayor importancia a los componentes mas llamativos físicamente o soslayadas o como partes ni importantes ni centrales en el tratamiento de un paciente con LES.

En el presente trabajo el objetivo es analizar una de estas manifestaciones neuropsiquiátricas como es la depresión que según la bibliografía puede presentarse en promedio 1 año antes que comienzan otras manifestaciones físicas en los pacientes y ver la repercusión que tiene sobre la adherencia al tratamiento ya que como se sabe al no tener la etiología de esta enfermedad tiene un curso crónico por lo que solo podemos controlarla mediante el uso de fármacos que inhiben el progreso de ella pero aun así tampoco garantizan la posibilidad de cura y muchos de ellos tienen efectos secundarios bastante perjudiciales hasta externa o interiormente.

Se evaluó un total de 48 pacientes con LES hospitalizados en los servicios de medicina del HNDM durante el año 2017 de estos como se evidencia en el gráfico 1 93,8% (n=45) era de sexo femenino que en comparación con la bibliografía que se encontró concuerda ya que Valencia P (5) 78% (n=39) de pacientes eran de sexo femenino , Kheirandish M (8) en su estudio transversal que incluyó a 166 paciente determinó que el 92,2% de ellos fueron mujeres y Nowicka- Sauer K. (15) en el estudio que desarrollo se involucro a 80 pacientes de los cuales el 87,5% eran de sexo femenino .

La depresión como parte central del presente estudio en el contexto de enfermedades autoinmunes en especial LES no ha sido poco estudiada y aun menos considerada como parte del tratamiento integral que deben recibir este tipo de pacientes en el Gráfico N°5 se evidencia la prevalente presencia de depresión en el grupo de pacientes que fueron estudiados con el 75% (n=36) lo que se correlaciona con el estudio de Bravo S. (1) en el que estudió 80 pacientes con lupus y la prevalencia de depresión encontrándose que el 93,7% (n= 75) tenía algún grado de depresión cabe resaltar que la prueba que uso dicho

trabajo fue el Inventario de Beck en contraste con nuestro trabajo que la prueba elegida fue la escala de depresión de Zung, en el estudio de Kheirandish(8) se encontró una prevalencia de depresión 63,3% (n=105) asimismo Bai R. (14) evidenció que el 68,8% (n=121) de pacientes con LES incluidos en su trabajo presentaban depresión.al igual que Maneeton B. (19) en su trabajo con 62 pacientes con LES encontró qu el 45,2% presentaba depresión Todos los trabajos antes citados coinciden con nuestro resultado con variaciones de numero que pacientes incluidos y prueba que se utilizó para diagnosticar depresión pero aun asi lo resultados son similares y a lo que nos dirige es que la prevalencia de depresión es alta en los pacientes con LES lo que debe llamar a la reflexión tanto a los profesionales que trabajan directamente con este tipo de enfermedad los reumatólogos como también a los que tienen contacto con los pacientes del primer nivel de atención porque los síntomas depresivos deben ser en lo posible prevenidos o tratados en el tiempo y la forma mas oportuna para que asi no tengan mayores consecuencias como desarrollaremos a los largo de este estudio.

En relación al nivel de depresión lo que se encontró fue una mayor prevalencia de nivel de depresión leve 63,8% (n=23) en contraste con lo encontrado por Bravo S (1) quien hallo que en su estudio una mayor prevalencia de depresión moderada 51,2% (n =41) y la depresión leve 26,3% (n=21) lo cual puede ser explicado por el instrumento utilizado ya que se difiere entre el inventario de Beck y la escala de depresión de Zung sin embargo en ambos estudios y aplicando ambas escalas de medición la depresión en altamente prevalente en los pacientes con LES.

En cuanto a la adherencia al tratamiento en nuestro estudio se obtuvo una prevalencia de 75 %(n=36) no adherentes y solo un

25% adherentes (n=12) lo cual coincide con Feldman CH (21) quien encontró que el 79% de los pacientes que conformaron su estudio no se adhieren al tratamiento y en el estudio de Abdul- Sattar AB (22) se encontró que el 62% de sus pacientes no se adhieren al tratamiento y aun mas se buscó los factores mas asociados a esto entre los cuales resaltan el nivel socioeconómico bajo y muy bajo (OR 2,6 IC del 95% 1,6-4,3 , P<0.04) la residencia rural (OR 3,4 IC 95% 1,4-5, P<0.01) ,la mayor cantidad de medicamentos (OR 3,2 IC 95% 2,3 – 6,9 P<0.01) y como analizaremos mas adelante los síntomas depresivos .Asimismo Prados- Moreno S. (4) en su estudio en el cual incluyó 72 pacientes con LES encontró que la frecuencia de adherencia al tratamiento obtenida en los Test de Morisky-Green fue 36,1% resultado similar al encontrado en el presente estudio y cabe resaltar que se ha utilizado el mismo instrumento.

Finalmente en relación a nuestra asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento se encontró que el 97% (n=33) de los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento con un OR= 9 IC 95% 2,7 – 29 con un P=0,01 ; al tener el p<0,05 podemos inferir que es significativo además de contar con un OR en nueve lo que significa que el tener depresión se asocia a un riesgo 9 veces mayor a no adherirse al tratamiento . En cuanto a la bibliografía Abul Sattar AB(22) encontró una asociación significativa entre la no adherencia al tratamiento y depresión (OR=3,7 IC 95% 1,4- 10,2 P<0,01) lo cual también es estadísticamente significativo al igual que los resultados obtenidos en el presente estudio . Por su parte Prados- Moreno S. (4) en su estudio concluyo que la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con LES fue alta y esta influida por presentar depresión.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional dos de Mayo en el año 2017.
2. La adherencia al tratamiento con nuestros pacientes con LES fue mayoritariamente baja por lo que se concluye que a pesar del carácter crónico del LES y lo importante del tratamiento para controlar los síntomas y la afección en órganos blanco nuestros pacientes no se adhieren al tratamiento dado por el especialista .
3. Respecto al nivel de depresión en nuestros pacientes con LES se encontró que el mayor porcentaje aun estaba en el nivel leve o ligero por lo que se concluye que si bien la mayoría de pacientes presentan depresión de estos muchos aun están desarrollándola en un grado leve y se insta a poner especial atención a este punto en la atención multidisciplinaria que debe tener cada uno de estos pacientes.
4. La asociación entre el grado de depresión y la adherencia al tratamiento tanto para leve como para moderado no resultaron significativamente estadísticos por lo que se concluye que cual sea el nivel de depresión esta repercute en la adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar trabajos con una mayor cantidad de pacientes y en servicios especializados en enfermedades reumatológicas ya que en el presente estudio solo se tomo pacientes del servicio de medicina interna.
2. En los próximos estudios se recomiendo estudiar los posibles factores de riesgo para desarrollar depresión de pacientes con LES y asi poder identificar asociaciones significativas para saber en que factores se debe trabajar mas.
3. Respecto a la adherencia al tratamiento se recomienda realizar estudios analíticos para poder hallar asociaciones significativas para realizar un mejor enfoque de los tratamientos específicos para cada paciente.
4. Por último se recomienda encarecidamente que se tome la importancia debida a los problemas de salud mental en nuestros pacientes con LES asi mismo se recomienda realizar estudios analíticos que involucren la calidad de vida relacionada a la salud .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palagini L, Mosca M, Tani C, Gemignani A, Mauri M, Bombardieri S. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*. 2013;22(5):409-16.
2. Pettersson S, Lövgren M, Eriksson LE, Moberg C, Svenungsson E, Gunnarsson I, Welin Henriksson E. An exploration of patient-reported symptoms in systemic lupus erythematosus and the relationship to health-related quality of life. *Scand J Rheumatol*. 2012;41(5):383-90.
3. Hanly JG, Fisk JD, McCurdy G, Fougere L, Douglas JA. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32(8):1459-6
4. Hanly JG, McCurdy G, Fougere L, Douglas JA, Thompson K. Neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus: attribution and clinical significance. *J Rheumatol*. 2004;31(11):2156-62
5. Mikdashi J, Handwerker B. Predictors of neuropsychiatric damage in systemic lupus erythematosus: data from the Maryland lupus cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43(12):1555-60.
6. Barbasio C, Vagelli R, Marengo D, Querci F, Settanni M, Tani C, Mosca M, Granieri A. Illness perception in systemic lupus erythematosus patients: The roles of alexithymia and depression. *Compr Psychiatry*. 2015; 63:88-95.
7. Knight A, Weiss P, Morales K, Gerdes M, Rearson M, Vickery M, Keren R. Identifying Differences in Risk Factors for Depression and Anxiety in Pediatric Chronic Disease: A Matched Cross-Sectional Study of Youth with Lupus/Mixed Connective Tissue Disease and Their Peers with Diabetes. *J Pediatr*. 2015;167(6):1397-403

8. ilmaz-Oner S, Oner C, Dogukan FM, Moses TF, Demir K, Tekayev N, Yilmaz N, Tuglular S, Direskeneli H. Anxiety and depression predict quality of life in Turkish patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2015;33(3):360-5.
9. Knight A, Weiss P, Morales K, Gerdes M, Gutstein A, Vickery M, Keren R. Depression and anxiety and their association with healthcare utilization in pediatric lupus and mixed connective tissue disease patients: a cross-sectional study. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2014; 12:42.
10. Bravo S. Depresión en pacientes diagnosticados con lupus eritematoso en la Asociación Peruana de Lupus (Apelupus), Surco 2014. *PsiqueMag*, Vol. 5, N.º 1, 2016 19-24.
11. Aguilar G., Mayta M. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y factores relacionados en un hospital de tercer nivel (Tesis Bachiller). Repositorio institucional UPCH. 2017
12. Machengo M. Factores que influyen en el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017. (Tesis Título Profesional). Repositorio institucional UCSM. 2017
13. Sebastián Prados-Moreno, José Mario Sabio, José Manuel Pérez-Mármol, Nuria Navarrete-Navarrete, María Isabel Peralta-Ramírez Adherence to treatment in patients with systemic lupus erythematosus *Medicina Clínica (English Edition)*, Volume 150, Issue 1, 12 January 2018, Pages 8-15
14. Paula Valencia, Claudia Mora, Yahira Rossinni, Ana Milena Arbeláez, Merideidy Plazas, John Londoño Analysis of focus groups of Colombian patients with systemic lupus erythematosus: A qualitative look at representations of the disease *Revista Colombiana de Reumatología (English Edition)*, Volume 24, Issue 1, January–March 2017, Pages 11-17

15. Pérez Mesa, Yenier Enrique, & Otero Ramos, Idania. (2014). Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Psicogente*, 17(31), 107-119.
16. Kozora E, Ellison MC, West S. Depression, fatigue, and pain in systemic lupus erythematosus (SLE): relationship to the American College of Rheumatology SLE neuropsychological battery. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug 15;55(4):628-35.
17. Kheirandish M., Paragomi P. y Akhlaghi M Prevalence and severity of depression and anxiety in patients with systemic lupus erythematosus: An epidemiologic study in Iranian patients. *Mod Rheumatol.* 2015 May;25(3):405-9
18. Mahdavi Adeli A, Haghghi A, Malakouti SK. Prevalence of Cognitive Disorders in Patients with Systemic Lupus Erythromatosus; a Cross-sectional Study in Rasoul-e-Akram Hospital, Tehran, Iran. *Arch Iran Med.* 2016 Apr;19(4):257-61
19. 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.* 2017 Feb 14;17(1):70
20. Shen B1, Feng G, Tang W, Huang X, Yan H, He Y, Chen W, Da Z, Liu H, Gu Z. The quality of life in Chinese patients with systemic lupus erythematosus is associated with disease activity and psychiatric disorders: a path analysis. *Clin Exp Rheumatol.* 2014 Jan-Feb;32(1):101-7.
21. Shakeri H, Arman F, Hossieni M, Omrani HR, Vahdani A, Shakeri J. Depression, Anxiety and Disease-Related Variables and Quality of Life Among Individuals With Systemic Lupus Erythematosus Living in Kermanshah Province, Iran. *Iran Red Crescent Med J.* 2015 Dec 28;17(12)
22. Abu-Shakra M. Quality of Life, Coping and Depression in Systemic Lupus Erythematosus. *Isr Med Assoc J.* 2016 Mar-Apr;18(3-4):144-5

23. Bai R, Liu S, Zhao Y et al. Depressive and Anxiety Disorders in Systemic Lupus Erythematosus Patients without Major Neuropsychiatric Manifestations. *J Immunol Res*. 2016;2016
24. Nowicka-Sauer K, Hajduk A, Kujawska-Danecka H. Illness perception is significantly determined by depression and anxiety in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2018 Jan 1:96
25. Tay SH, Cheung PP, Mak A. Active disease is independently associated with more severe anxiety rather than depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2015 Nov;24(13):1392-9
26. Yilmaz-Oner S, Oner C, Dogukan FM Anxiety and depression predict quality of life in Turkish patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2015 May-Jun;33(3):360-5
27. Xie X, Wu D, Chen H . Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with systemic lupus erythematosus in Southwest China. *Rheumatol Int*. 2016 Dec;36(12):1705-1710
28. Maneeton B1, Maneeton N, Louthrenoo W. Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:799-804
29. Mehat P, Atiquzzaman M. Medication Nonadherence in Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Nov;69(11):1706-1713.
30. Feldman CH, Yazdany J. Medication Nonadherence Is Associated With Increased Subsequent Acute Care Utilization Among Medicaid Beneficiaries With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015 Dec;67(12):1712-21
31. Abdul-Sattar AB, Abou El Magd SA. Determinants of medication non-adherence in Egyptian patients with systemic lupus erythematosus: Sharkia Governorate. *Rheumatol Int*. 2015 Jun;35(6):1045-51

32. Shen B, Tan W, Feng G. The correlations of disease activity, socioeconomic status, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Dev Immunol.* 2013;2013:27
33. Mok CC, Chan KL, Ho LY. Association of depressive/anxiety symptoms with quality of life and work ability in patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol.* 2016 May-Jun;34(3):389-95
34. Flower C, Hambleton I, Campbell M .The Effect of Psychosocial and Neuropsychiatric Factors on Medication Adherence in a Cohort of Women With Systemic Lupus Erythematosus. *J Clin Rheumatol.* 2016 Dec;22(8):411-417.
35. Van Exel E, Jacobs J, Korswagen LA. Depression in systemic lupus erythematosus, dependent on or independent of severity of disease. *Lupus.* 2013 Dec;22(14):1462-9.

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O UNIDAD
Adherencia a tratamiento	grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria	Respuestas del paciente ante las preguntas sobre su tratamiento	Nominal Dicotómica	Dependiente cualitativa	Si No
Depresión	trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima,	Nivel del trastorno del ánimo registrado por la escala de depresión de Zung	Ordinal politómica	Independiente cualitativa	50 dentro de límites normales 50 – 59 depresión mínima o moderada 60- 69 Depresión marcada o severa 70 o mas Depresión en grado máximo

Edad	Numero de años desde que nació	Número de años indicado en la encuesta	Razón discreta	Independiente cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Genero orgánico	Genero señalado en la encuesta	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	Femenino Masculino
Grado de instrucción	Años cursados en la parte académica de una persona por los que logra un mayor nivel de conocimiento	Nivel de instrucción que ha alcanzado el paciente hasta el momento del cuestionario	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	Analfabeto Primaria Secundario Superior
Procedencia	Lugar de origen de una persona.	Lugar en el cual reside actualmente antes del cuestionario	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Lima Provincia

ANEXO N° 05 - INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL AÑO 2017

Edad:

Sexo: (M) (F)

Nivel educativo: Primaria () Secundaria () Superior ()

Procedencia: Lima () Provincia ()

Estado Civil : Soltero/a () Conviviente () Casado/a () Otro ()

Marque con una x su respuesta a cada una de las siguientes preguntas

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de veces
Me siento decaído y triste				
Por la mañana es cuando mejor me siento				
Siento ganas de llorar o irrumo en llanto				
Tengo problemas para dormir en la noche				
Como la misma cantidad de siempre				
Disfruto el mirar, conversar y/o estar con mujeres / hombres atractivos				
He notado que estoy perdiendo peso				

Tengo problemas de estreñimiento				
Mi corazón late mas rápido de lo normal				
Me canso sin razón alguna				
Mi mente esta tan clara como siempre				
Me es fácil hacer lo que siempre hacia				
Me siento agitado y no puedo estar quieto				
Siento esperanza en el futuro				
Estoy mas irritable de lo normal				
Me es fácil tomar decisiones				
Siento que soy útil y que me necesitan				
Mi vida es bastante plena				
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
Todavía disfruto las cosas que disfrutaba antes				

	SI	NO
¿Se olvida alguna vez de tomar su medicamento?		

¿Toma la medicación a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
Si alguna vez se siente mal , ¿deja alguna vez de tomar la medicación		

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO N° 06 - CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL AÑO 2017

INVESTIGADOR PRINCIPAL: CASTRO ARREDONDO DAYANNA STEFANY

El consentimiento informado es un documento mediante el cual se le informa al participante acerca del estudio del cual se le invita a formar parte , su participación voluntaria es muy valiosa porque mediante este tipo de estudios es la única forma en la que podemos mejorar la calidad de servicio que brindamos a nuestros pacientes.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo de la investigación es determinar la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

¿Qué sucede si participo en el estudio? ¿Cuánto tiempo estaré en el estudio?

El presente estudio se desarrolla mediante un cuestionario el cual no le tomaran mas de 15 minutos en ser desarrollado

¿Cuáles son los beneficios por participar en este estudio?

El beneficio es la oportunidad de ayudar a contribuir en el conocimiento sobre dos aspectos muy importantes de lupus como es la adherencia al tratamiento por su carácter de enfermedad crónica y la depresión la cual muchas veces pasa desapercibida.

¿Cuáles son las posibles molestias o riesgos por participar en el estudio?

No hay riesgos.

¿ Habrá algún costo por participar en el estudio? ¿Recibiré algo por estar en este estudio?

No habrá ningún tipo de costo por participar en el presente estudio. No habrá ningún tipo de pago o compensación por su participación.

¿Cómo protegemos su información?

Se mantendrá de manera confidencial todos sus datos y si llega a publicarse los resultados del estudios toda su información será protegida para que todo será codificado .

¿Qué pasa si usted quiere terminar su participación antes que el estudio haya terminado?

No será coaccionado en ningún momento a concluir el presente cuestionario

¿Qué hacer si tienes preguntas sobre el estudio?

En caso de tener alguna duda sobre el cuestionario no dude en acudir a la persona que le ha hecho llegar el cuestionario la cual lo podrá ayudar en cualquier momento.

Datos de contacto del investigador principal:

Dayanna Castro Arredondo dayannastef@hotmail.com 992363525

Datos de Contacto del Comité de Ética

Presidente del Comité de Ética de HNMD: Dr. Jorge Alejandro Yarinsueca Gutierrez

Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruna s/n alt. Cda. 1de av. Grau, Cercado – Lima; Teléfono: 3280028 anexo: 8234 ; correo electrónico: comite.etica.hndm@gmail.com

Declaración del Consentimiento

El participante ha tenido todo el tiempo necesario para poder rellenar el cuestionario y no ha sido coaccionado ni influido de ninguna manera a participar en el estudio ya que todo el proceso es voluntario.

.....	
.....		
Nombre y apellidos del participante	lugar y fecha	FIRMA
.....	
.....		
Nombre y apellidos de la persona a FIRMA		lugar y fecha
cargo del proceso de consentimiento		
.....	
.....		
Nombre y apellidos de testigo FIRMA		lugar y fecha
(en caso de participante iletrado)		

- ***Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado***

.....
FIRMA DEL PARTICIPANTE