



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN  
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU  
ASOCIACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO  
TERAPÉUTICO

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:

**MEDICINA INTERNA**

PRESENTA:

**DR. RICARDO CABRERA MARROQUIN**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. VIRGINIA PASCUAL RAMOS**

**CO-DIRECTOR DE TESIS**

**DR. ALFONSO GULÍAS HERRERO**

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2011.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**DR. LUIS FEDERICO USCANGA DOMINGUEZ**

DIRECTOR DE ENSEÑANZA  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**DRA VIRGINIA PASCUAL RAMOS**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGIA  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

**DR. ALFONSO GULÍAS HERRERO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA  
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

## AGRADECIMIENTOS :

A mi madre y a mi abuela Malena, que siempre han estado conmigo y me han apoyado en mi carrera de Médico.

Al equipo de la Clínica de Artritis Temprana del INCMNSZ, Dra. Virginia Pascual, T.S. Irazú Contreras, Enfermera Guadalupe Osornio y a la Dra. Natasha Alcocer, sin las cuales este trabajo no habría sido posible.

## CONTENIDO:

1. INTRODUCCIÓN
2. MARCO TEÓRICO
  - a) Antecedentes
  - b) Definición del problema
  - c) Justificación
3. CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN
4. HIPÓTESIS
5. ÁREA DE ESTUDIO
6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO
7. MATERIAL Y MÉTODOS
8. RESULTADOS
9. DISCUSIÓN
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFÍA
12. TABLA
13. ANEXOS

## 1. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad muy prevalente en mujeres en edad reproductiva, que tiene un impacto importante en la salud de las mismas, en su calidad de vida y que repercute en su entorno social.

La depresión mayor es ahora considerada un problema de salud pública. Tiene un impacto en la calidad de vida de la gente que la padece, en todos sus ámbitos. Se puede presentar de manera aislada (como única entidad) o asociada a otras enfermedades (como comorbilidad). Se ha demostrado una prevalencia mayor de depresión en pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas, con artritis reumatoide.

En general, los desenlaces de las enfermedades están condicionados por numerosos factores, genéticos, socio-demográficos, relacionados a características propias del paciente y de la enfermedad de base. El cumplimiento terapéutico es uno de los factores claves en los desenlaces. En pacientes con enfermedades crónicas se ha reportado un apego del 43 al 78%. El desapego a los fármacos modificadores de la enfermedad en pacientes con AR oscila del 20 al 80%.

Existen muchos determinantes para la falta de apego al tratamiento farmacológico en personas con AR. En la población mexicana de pacientes con AR no se ha determinado si existe una asociación entre la presencia de depresión mayor y la falta de cumplimiento terapéutico.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2 a) ANTECEDENTES**

#### **1. Artritis Reumatoide.**

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por edema, dolor a la presión y destrucción de las articulaciones sinoviales; lo anterior favorece la presencia de discapacidad, además de que está asociada a una mortalidad prematura en los pacientes que la padecen, en relación principalmente con un incremento y una mayor mortalidad de enfermedades cardiovasculares [1].

##### **1.1 Epidemiología.**

La prevalencia mundial de la AR es de aproximadamente 1%, con una incidencia anual de 3 en 10 000 adultos; es de 2 a 3 veces más común en mujeres. El pico de presentación varía entre los 30 y 55 años; en mujeres mayores de 65 años la prevalencia de AR es del 5% [2].

En la República Mexicana la prevalencia de las enfermedades reumatológicas varía según la región del país, pero tomadas en conjunto se tiene una prevalencia de artritis reumatoide de 1.6% [3]; sin embargo en estados como Yucatán la prevalencia es mayor, aproximadamente de 4.7%, quizá en relación a una factores étnicas ya que la mayoría de esa población tiene ascendencia maya pura y poca frecuencia de mestizaje, asociación ya vista en otros grupos étnicos americanos como los indios Pima [4].

La AR es más frecuente en mujeres y su incidencia aumenta con la edad. En relación a esto, a nivel familiar tener una madre enferma equivale a tener a toda una familia enferma. Las mujeres en edad productiva que cursan con discapacidad, requieren que alguien las cuide, alimente y atienda, con frecuencia una o más personas de la familia deben modificar sus actividades para ocuparse de su recuperación. Este entorno de enfermedad puede producir familias disfuncionales. El impacto económico de la AR es contundente; por ejemplo, las mujeres latinoamericanas con poliartritis simétrica solo recibieron el 26.5% del salario de las pacientes sin artritis y en el caso de los hombres solo el 47% [5].



Se estima que la prevalencia de discapacidad laboral atribuida a alguna enfermedad reumática en población del sureste del país es del 18% [4]. Algunos factores relacionados con discapacidad permanente para el trabajo han sido estudiados en trabajadores mexicanos con artritis reumatoide, dentro de los cuales destacan un nivel bajo de educación, la presencia de factor reumatoide, un retraso en el uso de medicamentos modificadores de la enfermedad, un mayor número de comorbilidades y un mayor daño radiográfico[6].

En nuestra Institución durante el año 2009, el 6.9% de un total de 208,247 consultas otorgadas por el departamento de Inmunología y Reumatología estuvieron relacionadas con AR, lo cual ubica a la anterior en el segundo puesto en importancia en cuanto al número de consultas de todo el hospital por una enfermedad en particular [39]. Finalmente y desde principios del año 2003, el Departamento de Inmunología y Reumatología (DIR) del Instituto implementó un registro de pacientes con la finalidad de identificar la edad, el sexo y el diagnóstico de cada uno de los pacientes atendidos en consulta externa. Según los datos actualizados hasta marzo del año 2010, la AR representó la primera causa de referencia al servicio, con 37.9% de un total de 6,040 pacientes atendidos en la consulta externa [7].

### **1.2 Fisiopatogenia:**

La causa de la artritis reumatoide se desconoce, sin embargo existen factores ambientales por ejemplo el consumo de tabaco [8], hormonales por ejemplo la carencia de estrógenos, genéticos e infecciosos que contribuyen al desarrollo de esta entidad.

La AR se considera una enfermedad autoinmune [1] y se caracteriza por la presencia de varios anticuerpos entre los que destacan dos. El primero es el factor reumatoide y el segundo lo constituye un grupo de anticuerpos cuya relevancia se ha resaltado recientemente y son conocidos como anticuerpos contra proteínas citrulinadas. Actualmente se sabe pueden preceder por muchos años a las manifestaciones clínicas de la enfermedad y tienen no solamente importancia diagnóstica sino también pronóstica.

Entre los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la enfermedad destacan la participación de los linfocitos T CD4+ los cuales amplifican la respuesta inmune de células mononucleares, fibroblastos sinoviales, condrocitos y osteoclastos. Algunas de las células anteriores favorecen la liberación de citocinas, especialmente del factor de necrosis tumoral alfa (FNT alfa), de la interleucina 1, de la interleucina 6, las cuales causan inflamación sinovial, además de que ésta última tiene un papel importante en la destrucción ósea. El tejido dañado resulta de la degradación del tejido conectivo por metaloproteinasas y de la activación de la osteoclastogénesis. Finalmente, se da la destrucción de la membrana sinovial y del hueso adyacente [9].

### **1.3 Manifestaciones clínicas:**

Existen diferentes formas de presentación, pero la más típica es una poliartritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones [10]. Los datos clínicos consisten en dolor de las articulaciones afectadas, edema y enrojecimiento y sensación de calor; lo anterior produce rigidez articular e incapacidad para tomar objetos y realizar otras actividades [11].

La enfermedad se caracteriza por varias manifestaciones extra articulares entre las que destacan la presencia de nódulos reumatoides, el compromiso pulmonar y el ocular.

La enfermedad se caracteriza por la progresión del daño radiográfico, en ocasiones a pesar del tratamiento, siendo más evidente en los dos primeros años posteriores al diagnóstico [12].

### **1.4 Tratamiento:**

Los medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide se dividen en 3 clases: Antinflamatorios no esteroideos (AINES), corticoesteroides y fármacos modificadores de la enfermedad (FMDE) tanto sintéticos como biológicos [13].

Los AINES se utilizan para mejorar el dolor y la rigidez en el paciente sintomático. Sin embargo, no han mostrado retrasar la progresión de la

enfermedad, tienen efectos adversos gastrointestinales y sobre la función renal y deben utilizarse en conjunto con los FMDEs [13].

Los corticoesteroides son inmunosupresores potentes de la respuesta inflamatoria en pacientes con AR y en otras enfermedades. Al momento existe controversia de cuando y como estos medicamentos deben de ser utilizados para tratar la AR. En general, se recomiendan dosis menores de 10mg al día y siempre agregados a uno o más FMDE. El tratamiento con esteroides se ha asociado a una disminución de la progresión de las erosiones. Entre sus efectos adversos destacan adelgazamiento de la piel, osteoporosis, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus [13].

Los FMDE se caracterizan por retardar la progresión de la enfermedad. Además disminuyen la mortalidad. Se clasifican en sintéticos y biológicos [14].

Dentro de los FMDEs sintéticos se encuentran el metotrexate, la sulfasalazina, las sales oro, la leflunomida, la D-penicilamina y los antimaláricos. Los FMDE biológicos se dividen en antagonistas del factor de necrosis tumoral- $\alpha$ , antagonistas de IL-6, moléculas antiCD20 y medicamentos que bloquean la coestimulación del linfocito T con el linfocito B. Existen más en investigación.

En la actualidad se recomienda un tratamiento temprano y agresivo para alcanzar lo antes posible la remisión de la enfermedad [13,14].

## **2. Trastornos Depresivos**

### ***2.1 Epidemiología***

Los trastornos depresivos son un problema mayor de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y de mortalidad. Las consecuencias económicas anuales de la depresión han sido estimadas en 11.5 millones de Euros en el Reino Unido [15] y de 83 billones de dólares en EEUUAA [16].

A nivel mundial, en 2007 se estimó una prevalencia de trastornos depresivos no asociados a otras enfermedades del 3.2%. Los datos más

recientes muestran que la prevalencia de enfermedades crónicas y trastornos depresivos es del 9.3% cuando la depresión se asocia a diabetes mellitus, del 10.7% cuando se asocia a artritis y del 18% en pacientes con asma [17].

En México, en el 2004 se estimó una prevalencia de depresión (definida como trastorno depresivo mayor por el DSM IV) en población adulta de 4.5% con diferencias importantes en pacientes clasificados por género y grupos de edad. La prevalencia en mujeres adultas fue mayor que en hombres, 5.8% vs de 2.5% [18].

La prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con AR a nivel mundial es variable y va de un 17 a un 40% [19, 20, 21]. En México según diferentes estudios se ha estimado una prevalencia del 37 al 58% [22, 23].

### **2.3 Fisiopatogenia:**

Existen diferentes vías de neurotransmisores cerebrales cuya alteración se ha descrito asociada a la presencia de trastornos depresivos. La hipótesis de deficiencia de monoaminas se sustenta en las propiedades antidepressivas de los fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina en la neurona presináptica, cuyo efecto produce una mayor disponibilidad de estos neurotransmisores en la sinapsis neuronal teniendo un efecto clínico positivo, mejorando la depresión en pacientes sintomáticos. Los inhibidores de la MAO (enzima monoamino oxidasa) la cual metaboliza la noradrenalina y serotonina en la sinapsis de neuronas cerebrales y cuya inhibición mantiene niveles sinápticos elevados de estos neurotransmisores, han mostrado también tener propiedades antidepressivas [24].

Existen otras teorías que intentan explicar el desarrollo del trastorno depresivo mayor, como la teoría hipotálamo-hipófisis-cortisol, la cual se fundamenta en un exceso de cortisol en los pacientes deprimidos. Algunos hallazgos relacionados en pacientes afectados son un aumento del cortisol plasmático en pacientes con depresión grave, el aumento del tamaño de la hipófisis anterior y de la corteza adrenal, además del aumento de hormona liberadora de corticotropina (HLC) en líquido

cefalorraquídeo y el aumento de su expresión en regiones límbicas cerebrales. Por otra parte el tamaño del hipocampo, el número de neuronas y de células de la glía están disminuidos, posiblemente reflejando la disminución de la neurogénesis debido a los niveles elevados de cortisol o a la disminución de un factor cerebral neurotrófico [25].

Al momento no se ha identificado un factor de riesgo específico molecular, como factor causal de los trastornos depresivos [24].

#### **2.4 Manifestaciones clínicas, diagnóstico y clasificación:**

Dentro de los trastornos del estado de ánimo se engloban a los trastornos depresivos, los cuales se clasifican a su vez en:

- 1)Trastorno depresivo mayor, episodio único
- 2)Trastorno depresivo mayor, recidivante
- 3)Trastorno distímico
- 4)Trastorno depresivo no especificado [26].

Existen entidades que pueden englobar la presencia del trastorno depresivo mayor como los episodios afectivos que cumplen criterios para un episodio mixto, el trastorno bipolar I (TBP I) con episodio más reciente depresivo, el TBP I con episodio más reciente mixto y el trastorno bipolar II. Otras entidades comparten síntomas depresivos que no llegan a clasificarse como trastorno depresivo mayor como la ciclotimia [26].

Las manifestaciones clínicas del episodio de depresión mayor se pueden agrupar en alteraciones en las emociones (estado de ánimo deprimido, pérdida del interés en actividades placenteras previamente), alteraciones en la ideación (sentimientos de inutilidad, ideas de muerte) y finalmente en alteraciones neurovegetativas o síntomas somáticos (alteraciones del sueño y apetito, alteraciones psicomotoras, problemas en el peso, energía o concentración) [27].

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor se realiza mediante la entrevista clínica usando los criterios del Manual Diagnóstico y

Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), el cual incluye los siguientes puntos, [26]:

Se diagnostica ante la aparición de novo de cinco (o más) síntomas los cuales deben de mantenerse cuando menos por un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa y siempre y cuando se incluya el primero o el segundo de los criterios:

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

No se deben de tomar en cuenta los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o las alucinaciones no

congruentes con el estado de ánimo. Los síntomas no deben cumplir criterios para un episodio mixto. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo [26].

Otras cuestiones a tomar en consideración son que los síntomas no sean debidos a efecto directo de una sustancia (droga o medicamento) o a una enfermedad médica (hipotiroidismo no tratado). Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas permanecen por más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor [26].

### ***2.5 Diagnóstico de trastornos depresivos en pacientes con Artritis reumatoide***

Existen dos formas principales de evaluar la presencia de trastornos depresivos. La primera se basa en la nosografía psiquiátrica a través de la entrevista clínica estructurada o semiestructurada y una segunda forma a través de instrumentos de medición [22].

Ambos métodos han sido utilizados en pacientes con artritis reumatoide para determinar la presencia de síntomas depresivos y el diagnóstico de depresión; sin embargo la mayoría de los estudios han utilizado instrumentos de medición del tipo cuestionario autoaplicable [23].

Dentro de los instrumentos de medición para evaluar la presencia de síntomas depresivos utilizados en pacientes con artritis reumatoide están el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Medición de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y las Escalas de Medición de Impacto de la Artritis [22].

El inventario de Depresión de Beck ha sido validado en pacientes mexicanos con AR, teniendo una buena precisión diagnóstica para identificar pacientes en riesgo de depresión comparado con la entrevista clínica psiquiátrica [22]. Sin embargo no discrimina entre trastorno depresivo mayor, distimia o desorden de ajuste de tipo deprimido.

## **2.6 Tratamiento**

Los pacientes con un episodio depresivo mayor de leve a moderado se benefician por igual de psicoterapia o terapia farmacológica. Sin embargo en pacientes con un episodio depresivo mayor debe instaurarse tratamiento farmacológico solo o con psicoterapia [28].

La selección del tratamiento farmacológico está basada en la tolerabilidad, perfil de seguridad, evidencia de efectividad en el paciente y su costo. Dentro de los medicamentos disponibles actualmente, se encuentran a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la recaptura de serotonina y adrenalina, inhibidores de la MAO y los antidepresivos tricíclicos [29].

### **3. Apego al tratamiento farmacológico.**

#### **3.1 Definición**

El beneficio de los medicamentos disponibles para tratar alguna enfermedad será logrado si el paciente cumple con los regímenes de tratamiento prescrito [30]. Para describir este cumplimiento se han utilizado diversos términos.

En 2008, Joyce A. Cramer y cols. definieron dos importantes conceptos en cuanto al comportamiento de los pacientes en la toma de medicamentos, la adherencia y la persistencia [31].

La adherencia se refiere al grado de conformidad del paciente hacia las recomendaciones diarias de tratamiento establecidas por el médico, con respecto a la hora de toma, la dosis y la frecuencia de toma; es decir la medida en la cual el paciente actúa de acuerdo con el intervalo prescrito y la dosis indicada. La adherencia se puede evaluar en forma de porcentaje [31].

La persistencia está en relación al acto de continuar el tratamiento por la duración prescrita, es decir el tiempo desde que se inicia hasta que se suspende el tratamiento. La persistencia se puede evaluar según el número de días que el paciente ha tomado sus medicamentos y como persistente o no persistente según ha cumplido con la toma de medicamento en un lapso de tiempo establecido [31].



### **3.2 Medición**

Los métodos utilizados para medir el apego de los pacientes a la toma de medicamentos prescritos (ahora conceptualizado como adherencia y persistencia) se dividen en directos e indirectos. Dentro de los métodos directos se encuentra el observar la toma de medicamentos de forma directa, la medición del nivel de metabolitos del fármaco en la sangre y la medición de marcadores biológicos en sangre. Los métodos indirectos son la medición de la toma de medicamentos mediante autoreportes de los pacientes, la aplicación de cuestionarios de apego farmacológico, el conteo de pastillas y el monitoreo electrónico de medicamentos entre otros [30].

Cada método tiene ventajas y desventajas y ningún método es considerado el ideal [32, 33].

La evaluación del apego al tratamiento farmacológico mediante entrevistas es un método sencillo y barato que tiene la ventaja de evaluar el apego farmacológico desde dos perspectivas, la del investigador y la del paciente. Supone una interacción entre ellos ya que requiere una entrevista y la resolución de cuestionarios. Además permite elaborar categorías que facilitan el procesamiento de datos y su interpretación [34]. Aún cuando los resultados pueden ser fácilmente distorsionados por el paciente y al ser un método indirecto susceptible de error que incrementa con el paso del tiempo, es el método más utilizado en la práctica clínica [35].

### **3.3 Factores asociados a la falta de apego farmacológico**

Existen predictores mayores de pobre apego [30] al tratamiento médico dentro de los que destacan la presencia de problemas psicológicos (particularmente depresión), presencia de deterioro cognitivo, seguimiento inadecuado, efectos adversos de los medicamentos, falta de creencia por parte del pacientes de los beneficios del tratamiento farmacológico, falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, pobre relación médico-paciente, barreras hacia la provisión de servicios de salud o medicamentos, citas perdidas, complejidad del tratamiento, costos de los medicamentos, duración del tratamiento [36], entre otros.

### **3.4 Medición del Apego farmacológico en pacientes mexicanos con AR:**

Existe una relación entre el porcentaje de falta de apego al tratamiento farmacológico en pacientes mexicanos con AR y la presencia de menores tasas de remisión de la enfermedad y mayor incidencia de recaída de la misma [37].

Algunos factores asociados a la falta de adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico referidos por los pacientes mexicanos con AR son: carencia de recursos financieros para la compra de medicamentos, olvidos sobre la toma del medicamento y el estar fuera de casa al momento de la toma del medicamento [37].

En pacientes mexicanos con AR temprana se ha evaluado la precisión de un cuestionario de apego al tratamiento farmacológico para la medición de persistencia y adherencia al tratamiento, con una correlación aceptable en la comparación con una prueba considerada como ideal que fue la medición de metotrexate en suero [37,38].

#### **2 b) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

La artritis reumatoide afecta al 1.6% de la población adulta en México, tres cuartas partes de los pacientes son mujeres en edad productiva. La enfermedad tiene un impacto social, familiar, laboral, económico, personal, emocional y en general en todo el entorno de los pacientes que la padecen.

Se ha demostrado que la falta de adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico de pacientes con AR se relaciona con una enfermedad más activa, mayor incidencia de recaídas de la enfermedad, menores tasas de remisión de la misma y en general con un peor pronóstico.

La depresión es un factor común en pacientes con enfermedades crónicas y con dolor crónico que influye en el apego al tratamiento farmacológico. La prevalencia de trastornos depresivos en población mexicana con AR se ha estimado entre el 19 al 37%.

## 2 c) JUSTIFICACIÓN

La presencia de depresión en pacientes con AR es frecuente. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con AR tienen peor estado de salud en relación a mayor número de articulaciones dolorosas, presencia de niveles más altos de dolor articular, mayor discapacidad y en algunos pacientes se ha asociado con aumento de la utilización de los servicios de salud.

La alta prevalencia de depresión en pacientes con AR comparados con población adulta sin esta enfermedad (aproximadamente 4.5%) enfatiza la importancia de identificar y tratar a la misma. Cabe resaltar que la asociación entre depresión y discapacidad por la enfermedad es bidireccional y compleja.

La adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico en pacientes con AR están asociadas a mejores resultados clínicos y a la inversa, ya que los pacientes con un menor apego a los FMDEs tienen menor porcentaje de remisión de la enfermedad, mayor tasa de recaídas y mayor discapacidad.

La depresión es un factor que influye en la falta de apego al tratamiento farmacológico en otras enfermedades y en el caso particular de la artritis reumatoide esta asociación ya se ha demostrado en población de los países bajos europeos. Sin embargo aunque se infiera, no se ha determinado una asociación entre la presencia o no de trastornos depresivos y la falta o el inadecuado apego al tratamiento en pacientes mexicanos con AR.

Por lo anterior es pertinente determinar si existe una asociación entre la presencia de algún trastorno depresivo y la falta de adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico en pacientes mexicanos con AR.

De demostrarse tal asociación, la identificación y tratamiento adecuados de los pacientes con trastornos depresivos pudiera favorecer un mejor apego y por ende un mejor pronóstico de la enfermedad.

### **3. CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN**

De demostrarse una asociación entre pacientes con AR que cursen con depresión y un menor cumplimiento del régimen terapéutico, el diagnosticar y posteriormente tratar la depresión, mejorará en primer término la calidad de vida de los pacientes y probablemente el apego farmacológico. Al mejorar el cumplimiento terapéutico se favorecerá el control de la actividad de la enfermedad y por tanto, el dolor, la progresión del daño articular y en general el pronóstico de los pacientes

### **4. HIPÓTESIS**

Los pacientes con artritis reumatoide que cursan con trastornos depresivos muestran menor apego al tratamiento farmacológico.

### **5. ÁREA DE ESTUDIO**

Se incluyeron pacientes con de la consulta externa de reumatología, con diagnóstico de AR, seleccionados de forma aleatorizada que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio, en un periodo comprendido de febrero 2011 a junio 2011.

### **6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

*General*

- a) Determinar la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con AR.

*Específicos*

- a) Establecer una asociación entre la presencia de trastornos depresivos en pacientes con AR y la falta de apego al tratamiento farmacológico.
- b) Establecer una asociación entre pacientes con artritis reumatoide que presentan trastornos depresivos y la actividad de la enfermedad.

## **7.MATERIAL Y MÉTODOS**

### **1. Diseño del estudio**

Estudio observacional, transversal, prolectivo y de tipo encuesta.

Se aplicaron cuestionarios como instrumentos de medición para evaluar adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico así como una entrevista semiestructurada para diagnóstico de depresión y distimia. Se midió la actividad de la enfermedad mediante cuestionarios aplicados por el médico, cuestionarios autoaplicados por el paciente, determinaciones serológicas de los reactantes de fase aguda y cuenta de articulaciones inflamadas y dolorosas.

#### **1.1 Descripción de la maniobra o intervención**

Los pacientes diagnosticados con episodio depresivo mayor o distimia mediante una entrevista clínica semiestructurada fueron referidos al servicio de psiquiatría del Instituto para su tratamiento y seguimiento.

#### **1.2 Cálculo del tamaño de muestra**

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a través de estimaciones de una prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con AR del 30-40% y una prevalencia de AR en nuestro país del 1%; además, según los datos recientes del INEGI, se calculó que en el DF habitan 56.787 pacientes con AR. Finalmente, se obtuvo un número de 78 pacientes con AR a incluir en el estudio con un error tolerable del 5% para cumplir con los objetivos fijados.

Al momento se han incluido a 40 pacientes seleccionados de forma aleatorizada de la consulta externa de Reumatología. La inclusión de pacientes se realizó de manera progresiva. Se incluyeron entre 1 a 3 pacientes por día. En el caso de los pacientes seleccionados que rechazaron participar, se seleccionaron otros pacientes de manera similar a la descrita.

### **1.3 Mecanismo de asignación del tratamiento**

A los pacientes con AR que fueron identificados con sobretratamiento se dieron indicaciones pertinentes para el ajuste adecuado del mismo. Los pacientes en riesgo de depresión o con diagnóstico de depresión o distimia fueron evaluados y seguidos en la consulta de psiquiatría.

### **1.4 Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Con el fin de evitar el sesgo de que la presencia de otras enfermedades diferentes a AR en el mismo paciente se asociasen con trastornos depresivos, se identificaron pacientes en quienes la AR fuese el motivo fundamental de su atención en la Institución. Sin embargo, se incluyeron a pacientes con AR y una enfermedad más siempre y cuando ésta última no fuese relevante para su manejo médico (ver definición posterior).

- Pacientes con diagnóstico de AR establecido por un médico reumatólogo adscrito al Dpto. de Inmunología y Reumatología.
- Pacientes que tuviesen la indicación de tratamiento farmacológico con FMDEs, combinados o no con esteroides.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no desearon participar.
- Pacientes sin FMDE.

-Pacientes que tuvieron otra enfermedad relevante; para ello se definió enfermedad relevante como aquella que requirió de atención cuando menos en tres ocasiones a lo largo de un año en la consulta pertinente (a excepción de la consulta de Reumatología).

- Pacientes que tuvieron más de dos enfermedades establecidas (una de ellas era la AR) y/o que tuvieron más de dos tratamientos diferentes para sendas enfermedades (a excepción de complementos vitamínicos o de minerales).

-Pacientes con trastorno psiquiátrico conocido.

### **1.5 Variables a medir, principal y secundarias:**

#### *Principales*

La variable: *presencia de trastorno depresivo*

Se evaluó mediante una entrevista psiquiátrica semiestructurada a través de la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional versión 5.0.0 en español, para diagnosticar episodio depresivo mayor y distimia [40] (Anexo 1).

La variable: *persistencia y adherencia al tratamiento farmacológico*

Se determinó la presencia o no de persistencia al tratamiento farmacológico a través del *Cuestionario de adherencia (CA)* al tratamiento farmacológico (Anexo 2). Éste cuestionario ya ha sido validado en población mexicana y tiene una sensibilidad de 90.6%, especificidad del 71.4%, un valor predictivo positivo de 85.7% y valor predictivo negativo de 80% (comparado con la medición en sangre de metotrexato), [37]. La persistencia se determinó cuando el paciente seleccionó "nunca" o "casi nunca" a la pregunta 11 del cuestionario.

Adicionalmente, el "apego farmacológico" se midió mediante la aplicación de una escala visual análoga (EVA) puntuada de 0 a 100 mm, en donde cero representaba el mejor apego posible. Dicha escala fue llenada por el paciente. Se fijó un punto de corte de más de 80 mm. a partir del cual se definió al paciente como desapegado de su tratamiento farmacológico. Este

punto de corte, si bien es arbitrario está basado en los reportes publicados sobre el tema.

### *Secundarias*

Las variables secundarias a medir fueron:

-Características sociodemográficas del paciente: edad, sexo, nivel socio económico.

-Actividad de la enfermedad mediante:

- 1) Cuenta de 68 articulaciones dolorosas y 66 articulaciones inflamadas.
- 2) RADAI (Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index [41]), Anexo 3.
- 3) Escala visual análoga (EVA) del médico para definir la actividad general de la enfermedad (0 a 100).
- 4) EVA del paciente para evaluar el dolor (0 a 100).
- 5) EVA del paciente para la actividad global de la artritis (0 a 100).
- 6) Velocidad de sedimentación globular.
- 7) Índice compuesto DAS 28 [42], Anexo 4, para definir la actividad de la enfermedad.

Adicionalmente se aplicaron o se definieron los siguientes cuestionarios y/o variables:

-Cuestionario para determinar si existió un diagnóstico de depresión en la familia del paciente (familia nuclear)

-El Tiempo de evolución de AR, mediante la fecha de inicio del primer síntoma atribuido a la AR y la fecha de diagnóstico de AR por un reumatólogo.

-Número de comorbilidades: se definió por el médico de acuerdo a lo estableció en el expediente.

-Cuestionario SF36 para definir calidad de vida [43], Anexo 5.

-Cuestionario HAQ para evaluar discapacidad [44], Anexo 6.

### **1.6 Estrategias de análisis estadístico**

El análisis estadístico descriptivo se expresó a través de media y desviación estándar, de mediana y rangos intercuantilares y de porcentajes. Lo anterior se basó de acuerdo a la forma de distribución de los datos obtenidos.



Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 18. Para la comparación de las variables paramétricas se utilizó la prueba de t y para las no paramétricas la prueba de U Mann Whitney. La prevalencia se expresó mediante porcentaje.

## **8.RESULTADOS**

### **Características generales de la población estudiada**

La población incluida en el presente trabajo constó de 40 pacientes (N=40), 37 de las cuales fueron mujeres (92.5%). La edad promedio (media  $\pm$  DE) fue de 43.6  $\pm$  10.1 años. Veintitrés (57.7%) pacientes tuvieron nivel socioeconómico bajo.

### **Características de los pacientes, de la artritis reumatoide, comorbilidad y tratamiento de la población de estudio.**

La tabla resume las características demográficas de los pacientes, clínicas y serológicas de la enfermedad así como la comorbilidad y el tratamiento prescrito. Las variables demográficas se presentan como media  $\pm$ DE, como número (%) y las variables que definen las características de la enfermedad como mediana (rango cuartil 25 - cuartil 75).

En general se trata de pacientes con enfermedad activa y discapacidad moderada que en su mayoría no cumplen criterios de remisión de la enfermedad por DAS 28. Desde el punto de vista serológico la mediana de la proteína C ultrasensible fue de 0.6mg/dl (0.3-1.3) y la de la velocidad de sedimentación globular de 19.5 mm/Hr (8-33). Todos los pacientes recibían FMDEs con una media $\pm$ DE de 2 $\pm$ 0.7; además el 30% recibían corticosteroides.

### **Prevalencia de pacientes con depresión mayor en la población de estudio**

La prevalencia de trastorno depresivo mayor diagnosticado mediante una entrevista semiestructurada realizada por un psiquiatra en los pacientes con artritis reumatoide estudiados fue del 30% (12 pacientes diagnosticados).

### **Comparación entre los pacientes con artritis reumatoide deprimidos y los no deprimidos**

Los pacientes diagnosticados con depresión mayor tuvieron mayor actividad de la enfermedad evaluada ésta a través del cuestionario RADAI, por cuenta de articulaciones inflamadas y dolorosas y por el índice compuesto DAS28, que los pacientes no deprimidos. Los primeros tuvieron un menor porcentaje de remisión y calificaron mayor discapacidad que los segundos. También los pacientes deprimidos mostraron mayor dolor y actividad de la enfermedad con base en las escalas visuales análogas.

En cuanto a la calidad de vida, los pacientes deprimidos tuvieron menores valores en los componentes mental y físico del cuestionario SF36 que los pacientes no deprimidos.

Los pacientes deprimidos tuvieron una mayor puntuación en la EVA de apego a tratamiento farmacológico que los pacientes no deprimidos: 25.5 (8.5-53.5) vs. 4.5 (0-18.5)mm,  $p=0.01$ . Además un mayor porcentaje de pacientes deprimidos presentó desapego a tratamiento farmacológico que los pacientes con AR no deprimidos, 67% vs. 14%,  $p=0.02$ .

Finalmente, los pacientes con AR y depresión fueron menos frecuentemente persistentes con el tratamiento que los pacientes no deprimidos si bien esta diferencia no alcanzó significancia estadística; (58% vs. 86%,  $p=0.1$ ).

No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto al número de fármacos, al uso de corticosteroides, al número de comorbilidades ni al tiempo de evolución de la enfermedad.

## 9.DISCUSIÓN

En el presente estudio se muestra que la prevalencia de depresión mayor en pacientes con AR de 10 años de evolución que cursan con un grado de discapacidad moderada es del 30%.

En el estudio de Katz y cols. [21], se encontró una prevalencia de depresión en pacientes con AR del 16%. Usaron un instrumento de medición, el S-GDS (versión corta del Geriatric Depression Scale, de 15 reactivos) en el cual se tomó un punto de corte de 7 puntos o más para diagnosticar a los pacientes con depresión. Dicho instrumento mide síntomas depresivos pero no diagnostica un trastorno depresivo mayor. El promedio de tiempo de evolución de la AR de estos pacientes fue de 18.5 años y con mayor grado de discapacidad medida por HAQ (1.8) por lo que era de esperarse una mayor prevalencia de síntomas depresivos. En el trabajo realizado por Almeida y cols. [49] se comparó el instrumento previamente mencionado con la aplicación de los criterios del DSM-IV; se encontró que un punto de corte de 4 en el instrumento tenía una sensibilidad del 90% y un punto de corte de 5 una especificidad del 54%; el estudio no se realizó en pacientes con AR pero explica cómo el punto de corte afecta al diagnóstico y por tanto a la prevalencia de depresión. Katz y cols establecieron un punto de corte mayor con lo cual resulta más difícil juntar un número de criterios.

Frank y cols [19] usaron una entrevista estructurada (la parte correspondiente a trastorno depresivo mayor y distimia del National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule) y encontraron una prevalencia de trastorno depresivo mayor del 17% y de distimia del 40%. Al igual que en nuestro estudio, los pacientes deprimidos presentaron mayor actividad de la enfermedad medida a través de una EVA para el dolor. En este estudio se incluyeron más hombres que mujeres (el 75% eran hombres) a diferencia del nuestro en el que el 92% correspondieron a mujeres lo cual pudiera explicar las diferencias en la prevalencia. De igual manera se ha visto que la prevalencia de depresión difiere según las poblaciones estudiadas.

Abdel y cols. [20], reportaron una prevalencia de depresión clínica en pacientes con AR del 14%. El diagnóstico de depresión se realizó mediante

la aplicación de un cuestionario (Symptom Checklist-90-Revised) con un punto de corte para depresión clínica mayor a 60. Posteriormente se confirmó el diagnóstico mediante una entrevista psiquiátrica. La población de estudio fue similar a la nuestra en cuanto a género, discapacidad y dolor si bien presentaba valores mayores de VSG aunque hay que tener en cuenta que este reactante de fase aguda se determina localmente, por diferentes métodos y por tanto pueden existir variaciones en función del laboratorio en donde se realiza.

Ang y cols. [48], reportaron una prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con AR del 17%, determinado con el instrumento AIMS para depresión (Arthritis Impact Measurement Scale for Depression). El tiempo de evolución de la AR en estos pacientes fue menor al de los nuestros si bien presentaban similar discapacidad e intensidad del dolor. El estudio infiere que los pacientes con puntaje mayor a 4 en el instrumento son representativos para cursar con depresión clínica, sin embargo no establece la prevalencia de depresión mayor.

En México no existen muchos estudios que hayan determinado la prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con AR. Kobayashi y cols [23], reportaron una prevalencia del 19%. Sin embargo la escala de depresión utilizada (Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos), determina la presencia de síntomas depresivos y su gravedad, pero no diagnostica trastorno depresivo mayor. Suárez y cols [22] reportaron una prevalencia de depresión del 37%, utilizando el Inventario de Beck para diagnosticar síntomas depresivos así como una entrevista psiquiátrica. Su dato es similar al nuestro aunque para fines de determinar la prevalencia en la población de estudio, el tamaño de la muestra fue insuficiente.

La prevalencia de trastorno depresivo mayor en nuestro grupo de pacientes fue mayor que lo reportado por la mayoría de los autores. Lo anterior puede estar en relación a que aún no se completa el tamaño calculado de la muestra así como a las características de nuestra población en cuanto a género, edad, tiempo de duración de la enfermedad, grado de actividad y origen étnico.

En cuanto a la actividad de la enfermedad, los pacientes que se diagnosticaron con depresión mayor cursaron con mayor actividad medida

por diferentes herramientas e instrumentos. Como alguna/os de ellas/os forman parte del índice compuesto DAS 28, no sorprende que éste fuese menor en los pacientes no deprimidos y que presentasen una mayor frecuencia de remisión por DAS28 que los pacientes deprimidos.

Existe una mayor discapacidad y menor calidad de vida en los pacientes deprimidos de nuestro estudio. En 1988 Frank y cols. [19], determinaron que los pacientes que cursaban con depresión mayor tenían mayor dolor medido por EVA (puntaje promedio en la escala de 46 mm) al momento de la medición y en episodios pasados comparados con los pacientes no deprimidos. En 1998, Abdel y cols. [20], realizaron un estudio de casos y controles y mostraron que los pacientes con depresión manifestaban mayor dolor medido por EVA (puntaje promedio 63 mm) y mayor discapacidad medida por HAQ (puntaje promedio 1.3) que sus controles no deprimidos.

Este estudio muestra que los pacientes deprimidos se desapegan más. El apego se midió a través de dos instrumentos, ambos autoaplicados y rellenados por el pacientes.

El porcentaje de pacientes desapegados por EVA fue mayor en los pacientes deprimidos y esto se confirmó al analizar el valor numérico de la EVA de desapego que fue mayor en este grupo. Por otra parte, el cuestionario de apego farmacológico (valorando en este caso en particular, la persistencia al tratamiento farmacológico) mostró una tendencia similar ya que los pacientes deprimidos fueron menos persistentes. Consideramos, que una vez se complete el tamaño de la muestra lo que en la actualidad aparece como tendencia se vuelva claramente significativo.

Taal y cols, en Holanda, en 1993, encontraron una correlación en pacientes con AR que cursaban con depresión, (diagnosticada ésta mediante la escala de Medición del Impacto de la Artritis) y un menor apego a un régimen de comportamiento saludable para mejorar su enfermedad. Dentro de los componentes de este régimen se encontraba el apego al tratamiento farmacológico. Esta medición de falta de apego se realizó mediante de un autorreporte [46,47]. Hasta le fecha, no existen estudios que comparen la asociación entre depresión en pacientes con AR y menor cumplimiento terapéutico usando un método validado para medir apego.

La principal implicación clínica de este trabajo es que, dado que la prevalencia de depresión mayor en pacientes con AR es muy alta y que su presencia se asocia a un menor cumplimiento terapéutico, es importante evaluar de manera intencionada a los pacientes en busca de depresión. Lo anterior permitirá identificar una comorbilidad discapacitante y potencialmente tratable y eventualmente disminuir el desapego al tratamiento farmacológico, mejorando el pronóstico del paciente.

Se ha visto que los pacientes que tienen un comportamiento inadecuado para la toma de sus medicamentos presentan más reactivaciones de su enfermedad [37]. Por otra parte, la persistencia (parte del concepto de apego) al tratamiento con FAMES en pacientes con AR es un fuerte predictor para un resultado favorable y mejoría sostenida de la enfermedad [45]. En pacientes con AR temprana se encontró que los que mostraron mayor apego al tratamiento farmacológico (persistencia), tuvieron menor actividad de la enfermedad y menor discapacidad, además de que alcanzaron la remisión de la enfermedad más frecuentemente y de forma más temprana que su contraparte [38].

Las debilidades de este trabajo están basadas en que no se puede demostrar que la depresión mayor sea la causa del incumplimiento terapéutico que presentan algunos pacientes en este estudio. Se trata de un estudio transversal y este diseño no permite demostrar causalidad. Al momento actual los objetivos no se han cumplido ya que aún no se junta el tamaño de muestra calculado.

Este estudio podría dar pie a la realización de otros en donde se comparen pacientes con AR, de las mismas características con y sin depresión, se de tratamiento y seguimiento a los pacientes con y sin depresión y se determine a lo largo del seguimiento la incidencia de depresión y el apego.

Al no poder demostrar una causalidad, no sabemos si el orden de los eventos que suceden en el paciente para que se presente el incumplimiento terapéutico, son que el paciente con AR que cursa con mayor dolor, enfermedad más activa y discapacidad se deprime más y por eso se desapega al tratamiento farmacológico o, que el paciente con AR que se deprime no se toma el medicamento y como consecuencia presenta mayor actividad de la

enfermedad y dolor. La relación entre apego a tratamiento farmacológico y pronóstico es compleja, bidireccional y seguramente dinámica en el sentido de que puede modificarse ante ciertas características propias del paciente y de la enfermedad. Es probable, que una relación similar se establezca entre depresión y la falta de apego a tratamiento farmacológico. El elemento más importante es que la depresión y la falta de apego son ambas potencialmente modificables.

## **10. CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de depresión mayor en una población de pacientes con AR de alrededor de 10 años de evolución, con actividad y discapacidad moderadas fue del 30%.
2. Se encontró una asociación significativa entre la presencia de depresión mayor con la falta de apego farmacológico a los FMDE (Fármacos modificadores de la enfermedad). El apego se midió a través de una escala visual análoga.
3. Existe una tendencia de los pacientes con AR que cursan con depresión mayor a tener una menor persistencia terapéutica, medida a través del cuestionario de apego farmacológico, en comparación con los pacientes sin depresión.
4. Los pacientes con AR y depresión presentan mayor actividad de la enfermedad, mayor discapacidad y peor calidad de vida que los pacientes sin depresión.

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

1. Aletaha Daniel, Neogi Tuhina. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. *Arth and Rheum*. Vol.62,No.9, Sept 2010, pp 2569-2581.
2. Spector TD. Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990 Aug;16(3):513-37.
3. Cardiel MH, Rojas Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol* 2002 Sep-Oct; 20 (5):617-24.
4. Nemegyei José Álvarez. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Rev Med IMSS* 2005;43(4): 287 -292.
5. Caballero Uribe, Carlos. Retos para el diagnostico y tratamiento de la artritis reumatoide en América Latina. Ediciones Uninorte, 2006.
6. Morales-Romero Jaime. Factors associated with permanent work disability in Mexican patients with rheumatoid arthritis. A case-control study. *J Rheumatology*. 2006 Jul; 33(7):1247-9.
7. Registro de pacientes atendidos por el Departamento de Inmunología y Reumatología del INCMYN-SZ. Marzo 2003- 2010.
8. Karlson EW. A retrospective cohort study of cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis in female health professionals. *Arthritis Rheum* 1999 May;42(5):910-7.
9. Ernest H. S. Choy. Cytokine Pathways and Joint Inflammation in Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med*, Vol. 344, No. 12 March 22, 2001.
10. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001 Sep 15;358(9285):903-11.
11. Arnett FC, Edworthy SM, et al. The American Rheumatism Asociation 1987 revised criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1988;31:315-24.
12. Paulus HE, van der HeijdeDM, Bulpitt KJ, Gold RH. Monitoring radiographic changes in early Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 1996; 23;16-24.
13. O' Dell James R. Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. *NEJM* 2004; 350:2591-602.
14. Olsen Nancy J. New Drugs for Rheumatoid Arthritis. *NEJM* 2004. 350: 2167-79.
15. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. Kessler D; Lloyd K; Lewis G; Gray DP. *BMJ*. 1999 Feb 13;318(7181):436-9.



16. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994 Jul;16(4):267-76.
17. Moussavi Saba, Chatterji Somnath. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-58.
18. Bello M, Puentes-Rosas E. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta de México. *Salud Pública Mex* 2005; 47, suppl 1 :S4-S11.
19. Frank RG. Beck NC. Depression in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 15: 920-925, 1988.
20. Nasser Abdel A. M. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: An analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology*. 1998;37:391-397.
21. Katz Patricia P. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 1993; 20:790-6.
22. Suárez-Mendoza A, Cardiel MH. Measurement of depression in Mexican Patients with Rheumatoid Arthritis: Validity of the Beck Depression Inventory.
23. Kobayashi Gutierrez A. Depression and its correlation with in patients pain in the rheumatology service of a Mexican teaching hospital. *Rheumatol Int* (2009) 29; 1169-1175.
24. Belmaker RH. Agam Galila. Major depressive disorder. *NEJM* 2008; 358: 55-68.
25. Merali Z, Du L, Hrdina P. et al. Dysregulation in the suicide brain: mRNA expression of corticotrophin-releasing hormone receptors and GABA(A) receptor subunits in frontal cortical brain region. *J Neurosci* 2004; 24:1478-85.
26. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición. (DSM-IV-TR).
27. Jeffrey M, Lyness MD. Depression: clinical manifestations and diagnosis. Up to date. 16.2.
28. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1009-15.
29. Fancher Tonya , Kravitz Richard. In the clinic, Depression. *Annals of Internal Medicine*. 4 may 2010.

30. Osterberg Lars, Blaschke Terrence. Adherence to medication. NEJM 2005; 353:487-97.
31. Joyce A. Cramer. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. Value in health. Vol 11. Number 1. 2008.
32. Wagner JH, Justice AC, Chesney M, Sinclair G, Weissman S, Rodriguez-Barradas M. Patient- and provider-reported adherence: toward a clinically useful approach to measuring antiretroviral adherence. J Clin Epidemiol 2001;54:Suppl 1:S91-S98.
33. Alcoba M, Cuevas MJ, Perez-Simon MR, et al. Assessment of adherence to triple antiretroviral treatment including indinavir: role of the determination of plasma levels of indinavir. J Acquir Immune Defic Syndr 2003; 33:253-8.
34. Streiner D. Norman GR. Health measurement scales. Oxford:Oxford University Press; 1989:175.
35. Haynes, R.B. Introducción. En: Compliance in Health Car. Johns Hopkins University Press: Baltimore; 1979:1-7.
36. Sackett, DF. The magnitude of compliance and noncompliance. En Haynes, R.B. Taylor, D. W. Sackett, DL. Compliance in Health Care. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979; 11-22.
37. Contreras-Yáñez I, Ponce de León S, Cabiedes J, Rull-Gabayet M, Pascual-Ramos V. Inadequate Therapy Behavior is Associated to Disease Flares in Patients with Rheumatoid Arthritis who have Achieved Remission with Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. The American Journal of the Medical Sciences. Volume 340, Number 4, October 2010.
38. Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Villa AR, Cabiedes J, Rull-Gabayet M. Medication persistence over 2 years of follow-up in a cohort of early rheumatoid arthritis patients: associated factors and relationships with disease activity and with disability. Arthritis Research & Therapy Vol 11 No 1. 2009.
39. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Informática. Informe de actividades asistenciales 2006.
40. M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000). © Copyright 1992, 1994, 1998, 2000 Sheehan DV & Lecrubier Y.
41. Stucki G, Liang MH, Stucki S, BrühlmannP, Michel BA. A self-administered rheumatoid Arthritis disease activity index (RADAI) for epidemiologic research. Psychometric properties and correlation with parameters of disease activity. Arthritis Rheum 1995; 38:795-8.

42. Prevoo ML. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995 Jan;38(1):44-8.
43. Kosinski M, Keller SD, Ware JE Jr, Hatoum HT, Kong SX. The SF-36 Health Survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: Relative validity of scales in relation to clinical measures of arthritis severity. *Med Care* 1999;37:MS23-29.
44. Ramey DR, Raynauld JP, Fries JF. The health assessment questionnaire 1992; status and review. *Arthritis Care Res* 1992; 5:119-29.
45. Contreras-Yáñez I, Cabiedes J, Villa AR, Rull-Gabayet M, Pascual-Ramos V. Persistence of therapy is a major determinant of patient-physician and laboratory reported outcomes in recent onset rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2010 Sep -oct; 28(5):748-51.
46. Taal Erik, Rasker Johannes. Health status, Adherence with Health recommendations, Self efficacy and Social Support in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20(1993)63-76.
47. DiMatteo M. Robin, Lepper Heidi. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med.* 2000;160:2101-2107.
48. Ang. C. Dennis, Choi Hyon. Comorbid Depression is an independent Risk factor for Mortality in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J. Rheumatol* 2005;32:1013-9.
49. Almeida Osvaldo P. short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode According to ICD-10 and DSM-IV *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 14, 858+865 (1999).

**12 Tabla 1. Características de la población general y comparación entre pacientes deprimidos y no deprimidos.**

*Variables		Pacientes Deprimidos	Pacientes No deprimidos	
	N=40	N=12 (30%)	N=28 (70%)	P
<i>SOCIODEMOGRAFICAS</i>				
Sexo Femenino, N (%)	37 (92.5)	12(100)	25(89.3)	0.54
Edad en años, media ±(DE)	43.6(10.1)	42 (8.5)	44.3 (10.8)	0.51
Nivel socioeconómico bajo, N (%)	23 (57.5)	7 (58.3)	16 (57.1)	1
<i>CARACTERISTICAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE</i>				
Tiempo de evolución (años)	10.3 (5.7-15.6)	14 (6.1-16.1)	9.1 (5.7-12.3)	0.22
Pacientes con más de 10 años de evolución, N (%)	19 (47.5)	8 (66.7)	11 (39.3)	0.17
PCR (mg/dl)	0.6 (0.3-1.3)	0.7 (0.4-1.5)	0.5 (0.2-1)	0.14
VSG (mm/hora)	19.5 (8-33)	23 (18.3-39)	13.5 (7-33)	0.08
<i>ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD</i>				
RADAI	3 (0.9-5.3)	5.5 (3.8-6.2)	2 (0.8-3.5)	<b>0.01</b>
Articulaciones inflamadas/28	5.5 (2-9.8)	9 (5.3-14)	3 (0.3-7)	<b>0.03</b>
Articulaciones dolorosas/28	3 (1-7.8)	6.5 (3.5-11)	2 (0-6.8)	<b>0.02</b>
EVA de dolor del paciente (mm)	28 (8-50.8)	50.5 (32.3-55.8)	16.5 (3-43)	<b>0.01</b>
EVA de actividad de la enfermedad del paciente (mm)	27 (11.3-49.5)	50.5 (23.7-52)	19 (6.3-43.8)	<b>0.02</b>
EVA de actividad de la enfermedad del médico (mm)	19.5 (7.3-46)	37 (13.8-60.8)	13 (5.3-46)	0.1
DAS28	4.3 (2.7-5.4)	5.4 (4.6-5.6)	3.6 (2.3-4.8)	<b>0.01</b>
Pacientes en remisión por DAS28 (<2.4), N (%)	8 (20)	1 (8.3)	7 (25)	0.4
<i>DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA</i>				
HAQ	0.9 (0.2-1.6)	1.4 (1-2)	0.6 (0-1.2)	<b>0.004</b>
SF-36	57.7 (42-74.6)	39.5 (34.3-50.9)	66.3 (54.4-82.8)	<b>0.000</b>
Componente físico (SF-36)	53.7 (37.4-72)	35.6 (22.2-47.1)	63.6 (47.8-75.5)	<b>0.000</b>
Componente emocional (SF-36)	66.1 (48.4-80.8)	46.4 (38.9-50)	76.4 (57.1-92.5)	<b>0.001</b>
Familiares con depresión, N (%)	3 (7.5)	0	3 (10.7)	0.54
<i>COMORBILIDAD</i>				
Número de comorbilidades	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0.88
<i>TRATAMIENTO</i>				
Número de FAMES, media ± (DE)	2 (0.7)	1.9 (0.7)	2 (0.7)	0.85
Uso de esteroides, N (%)	12 (30)	5 (41.7)	7 (25)	0.45
Número de otros fármacos utilizados (incluye AINES), media ± (DE)	1.5 (1)	1.6 (0.8)	1.5 (1.1)	0.82
Total de fármacos, media ± (DE)	4.6 (1.5)	4.8 (1.3)	4.6 (1.7)	0.74

<i>PERSISTENCIA Y DESAPEGO</i>				
Pacientes persistentes al tratamiento farmacológico (Cuestionario de apego), N (%)	9 (22.5)	7 (58.3)	24 (85.7)	0.097
Desapego por EVA, N (%)	12 (30)	8 (66.7)	4 (14.3)	<b>0.02</b>
EVA de desapego (mm)	8.5 (0-23)	25.5 (8.5-53.3)	4.5 (0-18.8)	<b>0.01</b>

\*Las variables se presentan como mediana (rango quartil 25 - quartil 75) salvo otra especificación.

PCR=Proteína C Reactiva

VSG=Velocidad de Sedimentación Globular

RADAI=Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index

EVA=Escala Visual Análoga

DAS28=Índice compuesto Disease Activity Score

HAQ=Health Assessment Questionnaire

SF-36=Short Form 36

FAMES=Fármacos modificadores de la enfermedad

AINES=Anti-inflamatorios no esteroideos

## 13. ANEXOS

### ANEXO 1

**M.I.N.I. PLUS**  
**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**  
**Versión en Español 5.0.0**

**A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

**(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

PARA PACIENTES QUE PAREZCEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1–M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19–M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

A1 a. **¿Alguna vez**, se ha sentido consistentemente deprimido o decaído la mayor parte del día, NO SÍ 1 casi todos los días, por un período de por lo menos dos semanas?

SI **A1a = SÍ**:

b. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, NO SÍ 2 casi todos los días?

A2 a. **¿Alguna vez**, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos NO SÍ 3 de las cosas que usualmente le agradaban por un período de por lo menos dos semanas?

SI **A2a = SÍ**

b. ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha NO SÍ 4 disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?

➡

¿CODIFICÓ SÍ EN **A1a** O EN **A2a**? NO SÍ

SI ESTÁ DEPRIMIDO EN LA ACTUALIDAD (**A1b** O **A2b = SÍ**): EXPLORE ÚNICAMENTE EL EPISODIO ACTUAL

SI NO: EXPLORE EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

**A3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:**

	Episodio Actual	Episodio
<u>Pasado</u>		
a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días?	NO SÍ	NO SÍ 5
¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en		

el último mes de  $\pm 5\%$  de su peso corporal ó  $\pm 8$  libras ó  $\pm 3.5$  kgr., para una persona de 160 libras/ 70 kgr.)?

**CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA**

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

NO SÍ

NO SÍ 6

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

NO SÍ

NO SÍ 7

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?

NO SÍ

NO SÍ 8

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?

NO SÍ

NO SÍ 9



¿SE HA EXCLUÍDO UN DUELO NO COMPLICADO? NO SÍ 13

A7 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No  Sí

b ¿Había padecido alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No  Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA

DEPRESIÓN DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

**A7 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO ALGUNA CAUSA NO SÍ INCIERTO 14**

**ORGÁNICA?**

**A8 CODIFIQUE SÍ SI A7(RESUMEN) = SÍ O INCIERTO. ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.**

Actual

Pasado

**NO SÍ  
Episodio Depresivo Mayor**

## B. TRASTORNO DISTÍMICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Si en la **actualidad** los síntomas del paciente cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor, **NO** explore distimia **actual**, pero sí explore distimia en el **PASADO**. Asegúrese de que la distimia pasada explorada no es uno de los episodios de depresión mayor, y que ocurrió separada de cualquier episodio de depresión mayor por al menos dos meses de completa remisión. [APLIQUE ESTA REGLA SOLO SI ESTÁ INTERESADO EN EXPLORAR DEPRESIÓN DOBLE.]

ESPECIFIQUE QUE PERÍODO DE TIEMPO ES EXPLORADO:  Actual  Pasado

- ➡
- B1 ¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?  
SÍ 22 NO
- (O SI EXPLORA DISTIMIA PASADA: "¿En el pasado, se ha sentido triste, desanimado o deprimido por dos años consecutivos?")
- ➡
- B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien?  
SÍ 23 NO
- B3 **Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:**
- a ¿Cambió su apetito notablemente?  
SÍ 24 NO
- b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?  
SÍ 25 NO
- c ¿Se sintió cansado o sin energía?  
SÍ 26 NO
- d ¿Perdió la confianza en sí mismo?  
SÍ 27 NO



e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?  
SÍ 28

NO

f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?  
SÍ 29

NO

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE **B3**?  
SÍ

➡

NO

B4 ¿Estos síntomas de depresión , le causaron gran angustia o han interferido  
SÍ 30

➡

NO

con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?

B5 ¿Usaba drogas o medicamentos antes del comienzo de los síntomas?

¿Padecía de alguna condición antes del comienzo de los síntomas?

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA  
DEPRESIÓN DEL PACIENTE?

¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA?

NO

SÍ 31

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **B5**?

NO

**TRASTORNO DISTÍMICO**

**SÍ**

Actual

Pasado



Si en la pregunta anterior contestó que dejó de tomar sus medicamentos para la artritis casi nunca, algunas veces, casi siempre o siempre, por favor conteste la siguiente pregunta. Si contestó nunca por favor pase a la pregunta 12 de la hoja siguiente.

11.1 Porque no tuve dinero para comprarla	___SI ___NO
11.2 Porque no la encontré en la farmacia	___SI ___NO
11.3 Porque no me hace sentir mejor	___SI ___NO
11.4 Porque me siento más mal si me lo tomó	___SI ___NO
11.5 Porque el medicamento es muy caro	___SI ___NO
11.6 Porque se me olvida tomarlo	___SI ___NO
11.7 Porque si no me lo tomo no pasa nada	___SI ___NO
11.8 Porque son muchos medicamentos los que tengo que tomar	___SI ___NO
11.9 Porque tuve que hacer más cosas de las que hago normalmente en el día	___SI ___NO
11.10 Porque hice menos cosas de las que hago normalmente en el día	___SI ___NO
11.11 Porque nadie me lo recordó	___SI ___NO
11.12 Porque la hora que en que tomo mis medicamentos no coincide con la hora de mis alimentos	___SI ___NO
11.13 Porque no me encontraba en casa a la hora de tomarlo	___SI ___NO
11.14 Porque no lo había comprado	___SI ___NO
11.15 Porque salí de viaje	___SI ___NO

\*Si desea anotar alguna otra razón puede hacerlo en la línea siguiente:

12. En los últimos 6 meses he tomado mis medicamentos el día exacto en que me lo ha indicado mi médico.  
 \_\_\_ 0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Casi siempre 4 Siempre

13. En los últimos 6 meses he tomado mis medicamentos en el día exacto en que me los ha indicado mi médico.  
 \_\_\_ 0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Casi siempre 4 Siempre

14. En los últimos 6 meses cada vez que he tomado mis medicamentos, he tomado el número total de tabletas que me ha indicado mi reumatólogo:  
 \_\_\_ 0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Casi siempre 4 Siempre

15. Considera usted que la Artritis Reumatoide es una enfermedad:  
 1 Crónica 2 Pasajera 3 No sé

16. En caso de tener necesidad de hablar con alguien ¿Cuenta usted con algún confidente que pueda escucharlo?  
 1 SI 2NO

17. ¿Considera usted que la artritis reumatoide es una enfermedad que se pueda curar?  
 1 SI 2NO 3 No sé

18. En caso de tener necesidad económica ¿Cuenta usted con alguien que le preste dinero?  
 1 SI 2NO

19. ¿Considera usted que la artritis reumatoide es una enfermedad que se hereda?  
 1 SI 2NO 3 No sé

20. Si usted requiere de saber algo con respecto a su salud, ¿Cuenta con alguien a quien sienta la confianza de preguntarle la información que desea saber?  
 1 SI 2NO

### ANEXO 3

#### INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE RHEUMATOID ARTHRITIS DISEASE ACTIVITY INDEX

VISITA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_

#### RADAI

El objetivo de este cuestionario es evaluar la actividad de su enfermedad ahora y en el pasado. Conteste a cada pregunta. Si tiene dudas acerca de cómo contestar una pregunta, dé la mejor respuesta que pueda.

1. En general, ¿Qué tan activa ha sido su enfermedad reumática en los **últimos seis meses**?

Coloque una X en el casillero para indicar el grado de actividad

**Nada activa** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ **Extremadamente activa**

2. En función de la sensibilidad de las articulaciones (es decir, del dolor causado por un contacto ligero) y de la hinchazón de las mismas (es decir del aumento del tamaño debido a la inflamación), ¿Qué tan activa diría que es su enfermedad reumática el **día de hoy**?

Coloque una X en el casillero para indicar el grado de actividad

**Nada activa** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ **Extremadamente activa**

3. ¿Qué tanto dolor asociado con su enfermedad reumática **siente hoy**?

Coloque una X en el casillero para indicar el grado de dolor

**Ningún dolor** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ **Dolor insoportable**

4. ¿Estaban rígidas sus articulaciones cuando se despertó **hoy**?

Marque con una X una de las siguientes Si □ No □

Si contestó SI, indique la duración de la rigidez articular marcando con una X una de las siguientes:

1. □ Menos de 30 minutos
2. □ Más de 30 minutos pero menos de 1 hora
3. □ Más de 1 hora pero menos de 2 horas
4. □ Más de 2 horas pero menos de 4 horas
5. □ Más de 4 horas
6. □ Todo el día

5. Coloque una X en el casillero apropiado para indicar la cantidad de **dolor que siente hoy** en cada una de las articulaciones indicadas a continuación

	<b>Lado izquierdo</b>			
	0	1	2	3
	Ningun o	Lev e	Moderad o	Intens o
Hombro				
Codo				
Muñecas				
Dedos manos				
Cadera				
Rodilla				
Tobillo				
Dedos pies				

Calif.  
Dolor  
\_\_\_\_\_

	<b>Lado derecho</b>			
	0	1	2	3
	Ningun o	Lev e	Moderad o	Intens o
Hombro				
Codo				
Muñecas				
Dedos manos				
Cadera				
Rodilla				
Tobillo				
Dedos pies				

**ANEXO 4**

***Ingrese sus datos clínicos para  
determinar la actividad de la  
enfermedad***

**DAS28 Calculator v1.1-beta**

**by Alfons & Michiel**

Variable Clínica	Valor	DAS 28 total:
Articulaciones dolorosas (0-28)		
Articulaciones inflamadas (0-28)		
VSG (mm/hr)		
Escala análoga visual del estado general de salud del paciente (mm)		

$$\text{DAS28} = [0.56 \times \sqrt{(\text{TJC28})} + 0.28 \times \sqrt{(\text{SJC28})} + 0.70 \times \log_{\text{nat}}(\text{ESR})] \times 1.08 + 0.16$$

**Su salud y Bienestar**

Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

*¡Gracias por contestar estas preguntas!*

Por cada una las siguientes preguntas, por favor marque con una X el cuadrado que mejor describa su respuesta.

**1. En general, ¿Diría usted que su salud es:**

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**2. Comparando su salud con la de hace una semana, ¿Cómo la calificaría usted en general ahora?**

Mucho mejor ahora que hace una semana	Algo mejor ahora que hace una semana	Más o menos igual ahora que hace una semana	Algo peor ahora que hace una semana	Mucho peor ahora que hace una semana
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿Cuánto?**

	Si me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
	▼	▼	▼
a. <u>Actividades vigorosas</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar béisbol, montar bicicleta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Levantar o llevar las compras del mercado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Subir <u>varios pisos</u> por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Subir <u>un piso</u> por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Caminar <u>más de un kilómetro</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Caminar <u>varios cientos de metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Caminar <u>cien metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**4. Durante la última semana, ¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ha <u>tenido limitaciones</u> en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Ha tenido <u>dificultades</u> en realizar su trabajo u otras actividades (por	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ejemplo, le ha costado más esfuerzo)

SF36v2™ HEALTH SURVEY - Page 3 of 5

5. Durante la última semana, ¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

	Siempre ▼	Casi siempre ▼	Algunas veces ▼	Casi nunca ▼	Nunca ▼
a. Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Ha dejado de hacer su trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado de lo usual</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante la última semana, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada ▼	Un poco ▼	Mas o menos ▼	Mucho ▼	Demasiado ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante la última semana?

Ningún dolor ▼	Muy poco ▼	Poco ▼	Moderado ▼	Severo ▼	Muy severo ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6



8. Durante la última semana, ¿Cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada	Un poco	Mas o menos	Mucho	Demasiado
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la última semana. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante la última semana...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. se ha sentido lleno/a de vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. se ha sentido muy nervioso/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. se ha sentido tan decaído/a de ánimo que nada podía alentarlo/la?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. se ha sentido desanimado/a y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. se ha sentido agotado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. se ha sentido feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. se ha sentido cansado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante la última semana, ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (Como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas Veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta ▼	Bastante cierta ▼	No sé ▼	Bastante Falsa ▼	Totalmente falsa ▼
a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**¡GRACIAS POR CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS!**

Área	Elementos del área	Puntuación
Funcionalidad Física	(10) 3-A a la 3-J	
Roles limitantes en la Salud física	( 4 ) 4-A a la 4-D	
Roles limitantes en el área emocional	( 3 ) 5-A a la 5-C	
Energía / Fatiga	( 4 ) 9-A, 9-E, 9-G y 9-I	
Bienestar Emocional	( 5 ) 9-B, 9-C, 9-D, 9F y 9H	
Funcionalidad Social	( 2 ) 6 y 10	
Dolor	( 2 ) 7 y 8	
Salud General	( 6 ) 1, 2, 11-A, 11-B, 11-C y 11-D	

**ANEXO 6**

**HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ) DISABILITY INDEX (Page 1 of 2)**

En esta sección nos interesa conocer cómo afecta su enfermedad a su capacidad para desempeñar sus actividades en la vida diaria.

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA:	Sin NINGUNA	Con ALGUNA	Con MUCHA	NO PUDE
	Dificultad (0)	Dificultad (1)	Dificultad (2)	Hacerlo (3)
<b>VESTIRSE Y ARREGLARSE</b> ¿Pudo usted: 1- Vestirse solo/a, incluyendo amarrarse las agujetas de los zapatos y abotonarse? 2- Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LEVANTARSE</b> ¿Pudo usted: 3- Levantarse de una silla sin apoyarse? 4- Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMER</b> ¿Pudo usted: 5- Cortar la carne? 6- Llevarse a la boca una taza o un vaso llenos? 7- Abrir una caja nueva de un litro de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CAMINAR</b> ¿Pudo usted: 8- Caminar fuera de su casa en un terreno plano? 9- Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si utiliza habitualmente algún UTENSILIO O APARATO DE AYUDA para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márkelo con una cruz en la lista siguiente:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Bastón          | <input type="checkbox"/> 5. Aparatos utilizados para vestirse (gancho para abotonarse, aparato para subir cierres, calzador con mango largo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Andadera        | <input type="checkbox"/> 6. Utensilios especialmente adaptados para cocinar o para comer   |
| <input type="checkbox"/> 3. Muletas         | <input type="checkbox"/> 7. Silla especialmente adaptada   |
| <input type="checkbox"/> 4. Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> 8. Otros (Especifíquelos);  |

Si en alguna de estas actividades suele necesitar LA AYUDA DE OTRA PERSONA, por favor, márquela con una cruz en la lista siguiente:

9. Vestirse y arreglarse       10. Levantarse       11. Comer        
 12. Caminar

**HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ) DISABILITY INDEX (Page 2 of 2)**

Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA:	Sin NINGUNA	Con ALGUNA	Con MUCHA	NO PUDE
	Dificultad (0)	Dificultad (1)	Dificultad (2)	Hacerlo (3)
<b>HIGIENE</b> ¿Pudo usted:				
10- Lavar y secar su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Tomar un baño de tina (por ej. doblando las rodillas, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Sentarse y levantarse de la taza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALCANZAR COSAS</b> ¿Pudo usted:				
13- Alcanzar y bajar un objeto de aproximadamente 2 kilos (por ej. una botella de refresco familiar) que estuviera por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Agacharse para recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AGARRAR</b> ¿Pudo usted:				
15- Abrir las puertas de un carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Abrir frascos que ya han sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Abrir y cerrar las llaves del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVIDADES</b> ¿Pudo usted:				
18- Hacer mandados e ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Entrar y salir de un carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Hacer tareas domésticas (por ej. barrer, arreglar el jardín)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si **utiliza** habitualmente algún **UTENSILIO O APARATO DE AYUDA** para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márquelo con una cruz en la lista siguiente:

13. Asiento elevado en la taza       16. Barra para agarrarse en la tina/regadera  
 14. Asiento para bañarse       17. Aparatos con mango largo para alcanzar cosas

15. Abridor de frascos (para frascos un cepillo que ya hayan sido abiertos

18. Aparatos con mango largo en el baño (tales como para la espalda)

19. Otros (Especifíquelos:)

**Si en alguna de estas actividades suele necesitar LA AYUDA DE OTRA PERSONA, por favor, márquela con una cruz en la lista siguiente:**

20. Higiene

21. Agarrar y abrir cosas

22. Alcanzar cosas

23. Hacer mandados y tareas domésticas

Reproduced with permission of Stanford University Copyright © MAY 99