

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35  
MONTERREY, NUEVO LEÓN.



DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA DE LOURDES HERNÁNDEZ LÓPEZ

MONTERREY, NUEVO LEÓN.



2020

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35  
MONTERREY, NUEVO LEÓN.



**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. MA DE LOURDES HERNÁNDEZ LÓPEZ**  
NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1904-81

MONTERREY, NUEVO LEÓN.



2020

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

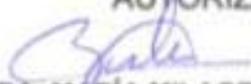
**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

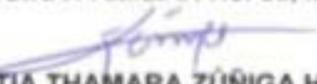
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

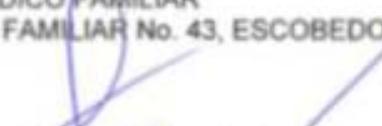
**PRESENTA:**

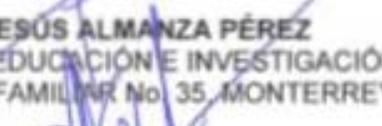
**DRA. MA DE LOURDES HERNÁNDEZ LÓPEZ**  
NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1904-81

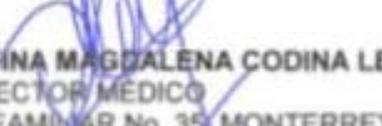
**AUTORIZACIONES:**

  
**DRA. MARÍA MILAGROS RUELAS CASTRO**  
ASESOR DE TESIS Y PROFESORA TITULAR  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS  
GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35, MONTERREY, N.L.

  
**DRA. KATIA THAMARA ZÚNIGA HERRERA**  
DIRECTOR DE TESIS  
MÉDICO FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43, ESCOBEDO, N.L.

  
**DR. JUAN JESÚS ALMANZA PÉREZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35, MONTERREY, N.L.

  
**DRA. KARINA JOSEFINA MAGDALENA CODINA LEAL**  
DIRECTOR MÉDICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35, MONTERREY, N.L.

  
**DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

  
**DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

MONTERREY, NUEVO LEÓN.

  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

2020

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

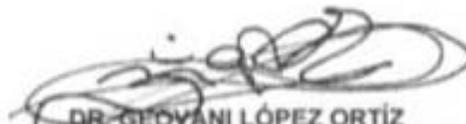
**TRABAJO QUE PARA OBTENER GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MA DE LOURDES HERNÁNDEZ LÓPEZ  
NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1904-81**

**AUTORIZACIONES.**  


**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

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



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1904** con número de registro **17 CI 19 039 014** ante COFEPRIS  
HOSP GRAL DE ZONA 33 FÉLIX U. GÓMEZ, NUEVO LEÓN

FECHA **23/10/2017**

**DRA. MA DE LOURDES HERNANDEZ LOPEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1904-81

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). AZUARA CASTILLO MALLELA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1904

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
Tipò de Estudio.....	11
Población de Estudio.....	11
Càlculo del Tamaño de Muestra.....	12
Tipo de Muestra.....	12
Criterios de Selección.....	13
Información a recolectar (variables).....	14
PROCEDIMIENTO .....	17
ASPECTOS ÉTICOS.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES .....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	30



## RESUMEN

### “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

Dra. Ma de Lourdes Hernández, Dra. Katia T. Zúñiga, Dra. María Milagros Ruelas.

**Antecedentes:** La artritis, reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida, que afecta principalmente a la membrana sinovial y se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de las articulaciones, presentando dolor incapacitante, rigidez y disminución de la capacidad funcional. Más frecuente en mujeres. Causa importante de discapacidad en mujeres y menor grado en hombres, restringiendo el desempeño de sus roles sociales. La gravedad de los síntomas produce ansiedad, depresión y desesperanza. Los cuales aumentan la carga global de la enfermedad. El BDI-II es quizá el instrumento más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones clínicas. La escala QOL-RA parece ser una medida válida y confiable de la calidad de vida propia de los sujetos con AR.

**Objetivo General:** Conocer la existencia de depresión y determinar el tipo de calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, en la unidad de Medicina Familiar No. 70 del Instituto Mexicano del Seguro Social con su autopercepción.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se calculó tamaño de muestra resultando 63, se encuestaron 68 pacientes con apoyo de médicos, enfermeras y asistentes médicos previo consentimiento informado se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para determinar el grado de depresión y la Escala de calidad de vida de artritis reumatoide (QOL-RA)

**Resultados:** las mujeres son las más afectadas con 84 % y están en edad productiva, el estado depresivo leve fue el más frecuente seguido por depresión moderada y la depresión mínima es el menos frecuente. Los pacientes tienen un nivel de calidad de vida de regular a bueno dado principalmente por el apoyo familiar, la interacción social.

**Conclusiones:** Los pacientes con artritis reumatoide tienen en mayor o menor grado sintomatología depresiva demostrada por la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II y la calidad de vida encontrada por la aplicación de QOL-RA es de regular a buena gracias a la dinámica de apoyo e interacción de los pacientes con sus familias y la sociedad.

**Palabras Clave:** Artritis Reumatoide, Depresión y Calidad de Vida.

## ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

La definición de la artritis reumatoide se ha documentado durante más de doscientos años. <sup>(1)</sup> En 1859 se propone el término de artritis reumatoide, el cual tiene vigencia hasta nuestros días <sup>(2)</sup> La artritis, reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida, que afecta principalmente a la membrana sinovial y se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de las articulaciones, <sup>(3)</sup>

La artritis reumatoide tiene una amplia distribución geográfica, con una prevalencia entre 0.5 y 1.0% de la población adulta mundial, que varía según factores como la raza, etnia y condiciones ambientales. <sup>(4)</sup> Afecta principalmente a edades productivas e inicia alrededor de los 40 años. Es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación 3:1. <sup>(5)</sup> En América Latina tiene una prevalencia de un 0.4%, <sup>(6)</sup> la prevalencia de la artritis reumatoide en México es de 1.6% <sup>(7)</sup> en la Ciudad de México es 1% y Nuevo León es 0.7%. <sup>(8)</sup>

Representa en las mujeres la principal causa de años de vida perdidos a nivel nacional por la discapacidad y el noveno para los hombres. <sup>(9)</sup> Tanto la artritis reumatoide como la depresión están asociadas con ausentismo en el trabajo, a menor rendimiento y con días de funcionamiento perdidos <sup>(10)</sup> por lo tanto la artritis reumatoide representa una de las primeras causas de discapacidad grave en los países desarrollados, así aquellos pacientes que tiene un trabajo, el 10% de ellos dejará de trabajar en el primer año de inicio de la enfermedad y un 50% estarán incapacitados después de los 10 años. <sup>(11)</sup> Esta enfermedad reumática genera no solo incapacidad temporal, sino también incapacidad permanente hasta en un 16 % de los casos, el 40 % de ellos perciben subsidios por invalidez y se constatan pérdidas laborales en el 75 % de los trabajadores activos en un año. <sup>(12)</sup>

Su herencia no obedece las leyes mendelianas y la región HLA corresponde sólo a un 30% de la susceptibilidad genética de la enfermedad. En Latinoamérica los alelos HLA-DRB1\*0404 y TNF-308A son los más asociados con la artritis reumatoide, la cual tiene una heredabilidad del 60%, independiente de la prevalencia, sexo o edad de inicio. <sup>(13)</sup>

Los criterios diagnóstico según el Colegio Americano de Reumatología son: rigidez matutina, artritis de 3 o más grupos articulares, artritis de articulaciones de las manos, artritis simétrica, nódulos reumatoides, factor reumatoide en suero y alteraciones radiológicas.<sup>(14)</sup> La artritis reumatoide no solo afecta la sinovial, sino también puede afectar el cartílago, la cápsula articular, tendones y puede ocasionar síntomas extraarticulares,<sup>(15)</sup> por ejemplo el síndrome de Sjögren secundario, escleritis, afectación del sistema nervioso periférico o neumopatía intersticial<sup>(16)</sup>

El dolor es el síntoma más importante de las enfermedades reumáticas. El cual es una experiencia subjetiva e individual en cada persona.<sup>(17)</sup>

El 80% de los adultos en edad laboral, presentan dolor incapacitante, con rigidez y disminución de la capacidad funcional, lo que limita las actividades y produce restricciones en el desempeño de roles sociales.<sup>(18)</sup>

Al agravarse los síntomas, se producen incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza y un 54 al 70% de pacientes presentan problemas con el sueño: como dificultad para dormir y sueño no reparador, lo que intensifica el dolor, la actividad de la enfermedad, y los cambios de humor en los pacientes.<sup>(19)</sup>

Se ha observado dislipidemia hasta en un 49% de estos pacientes con artritis reumatoide, los que presentan una tasa de mortalidad entre 1.3 a 3.9 veces mayor que la población general. La dislipidemia en artritis reumatoide es dependiente de la actividad de la enfermedad y está asociada a HDL disminuido, así el bajo nivel de HDL es un fuerte predictor de eventos cardiovasculares.<sup>(20)</sup>

Los factores que causan la enfermedad reumática también contribuyen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, mediante una inflamación crónica que induce a una aterosclerosis acelerada. La pericarditis es la manifestación cardíaca más frecuente en éstos pacientes manifestándose en el 50 % de ellos.<sup>(21)</sup> Según la literatura, las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en pacientes con artritis reumatoide.<sup>(22)</sup>

La artritis reumatoide al afectar el tejido conjuntivo, afecta también a los ojos ocasionando síntomas oculares que se presentan entre un 20 y un 35% de los pacientes, siendo las más frecuentes la queratoconjuntivitis seca y las epiescleritis.,

además se debe vigilar la toxicidad ocular secundaria al tratamiento con cloroquinas. <sup>(23)</sup>

El diagnóstico de la artritis reumatoide se debe basar en la exploración física y en un interrogatorio completo, apoyado con exámenes de laboratorio y rayos x. <sup>(24)</sup>

Algunos estudios de imagen también se pueden utilizar como por ejemplo la resonancia magnética y ultrasonografía (US) de alta resolución con Doppler, que demuestran la presencia de sinovitis subclínica. <sup>(25)</sup>

En pacientes con remisión clínica se observa actividad ecográfica subclínica, detectada por hipertrofia sinovial y con la señal DP intraarticular, permitiendo diferenciar pannus residual, del inflamatorio que se correlaciona con recaída y progresión de la enfermedad. <sup>(26)</sup>

El tratamiento de la artritis reumatoide está enfocado al control del dolor, así como a reducir los signos y síntomas de la enfermedad, permitiendo mejorar la función física y la calidad de vida en estos pacientes, así como logra un efecto negativo para la depresión. <sup>(27)</sup>

El abordaje terapéutico de los pacientes reumáticos amerita una aproximación biopsicosocial y debe considerarse la enfermedad física, la respuesta psicológica y la calidad de vida del paciente. La discapacidad secundaria a la limitación física genera malestar psicológico y disminuye la calidad de vida. <sup>(28)</sup>

La depresión es un problema de salud pública mundial, que representa la cuarta causa de incapacidad y que según la OMS para el 2020 será la segunda causa más frecuente en los países desarrollados. <sup>(29)</sup> Los síntomas de base en pacientes con AR pueden enmascarar episodios depresivos mayores, que aparecen hasta en un 17% de los casos. <sup>(30)</sup> En la artritis reumatoide pueden presentarse síntomas depresivos, hipocondriacos o psicóticos que pudieran afectar el curso de la enfermedad e interferir en el deseo y la comprensión del régimen de tratamiento y de rehabilitación necesarios. <sup>(31)</sup> Estos trastornos depresivos contribuyen de manera significativa a la carga global de la enfermedad y producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocia con mayor riesgo de muerte prematura. <sup>(32)</sup>

Se ha encontrado que la inflamación sistémica induce los síntomas depresivos por la actividad inmunológica del cerebro. <sup>(33)</sup> Pero también, las personas con artritis se deprimen por la sensación de dolor y por la falta de la movilidad por lo cual sobreviene un estado de ánimo bajo, estrés, inseguridad, cansancio y sentimientos de inutilidad, lo que ocasiona un deterioro de la condición clínica del paciente. <sup>(34)</sup> La depresión se asocia a las peores características clínicas de los pacientes reumáticos: mayor número de articulaciones afectadas, severidad del dolor y mal estado de salud. <sup>(35)</sup>

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) al igual que la función física están deteriorados en la artritis reumatoide, al afectarse el impacto individual de la enfermedad y su tratamiento, así como la capacidad funcional y la percepción del paciente en roles sociales, físicos y mentales. En general la CVRS es mala y equiparable a la que se presenta en otras enfermedades crónicas como la diabetes. <sup>(36)</sup> En este sentido, la enfermedad se relaciona con la discapacidad, el bajo estado de ánimo, el dolor y el deterioro en la función física que retrasan la búsqueda del tratamiento, agudizan los síntomas de la misma, y conducen a largo plazo a la pérdida de funciones de la vida diaria, como son la capacidad de desplazamiento, el cuidado personal, la capacidad para trabajar, la independencia económica y la participación en los roles sociales, entre otras actividades básicas. <sup>(37)</sup>

La discapacidad que se presenta proviene tanto de la deformidad causada por la propia enfermedad, como por el dolor crónico desarrollado. <sup>(38)</sup> Al ser la artritis reumatoide una enfermedad crónica de larga duración, los pacientes que tiene alguna actividad laboral viven a diario el dolor el cual va a limitar sus actividades y el rendimiento laboral. <sup>(39)</sup>

El ejercicio físico juega un papel muy importante en el tratamiento de la enfermedad reumática y la lucha contra la invalidez. Tiene como finalidad el tratar de mantener los recorridos fisiológicos articulares y evitar las atrofiás musculares o fortalecer la contracción de los mismos El papel del fisioterapeuta en esta enfermedad suele orientarse a la reducción del dolor, la prevención de la limitación articular y de la atrofia muscular. <sup>(40)</sup> Por lo tanto, es fundamental que nuestro sistema de salud cuente con estrategias de tratamiento que permitan controlar la enfermedad y

generar una mejor calidad de vida a nuestros pacientes. <sup>(41)</sup> Urge la necesidad de promover programas que apunten al ejercicio físico medicado, el que sirva como paliativo del dolor corporal. <sup>(42)</sup> Es necesario también desarrollar programas de potenciación de las emociones positivas, de resiliencia y de entrenamiento de técnicas de autocontrol en pacientes con esta enfermedad. <sup>(43)</sup>

La artritis reumatoide es una enfermedad tan agresiva que si no se actúa a tiempo puede ser de mal pronóstico, por eso la atención primaria es pieza fundamental en el tratamiento integral, ya que su aporte es esencial en cuanto a lo que se refiere al diagnóstico precoz y a la referencia al especialista. <sup>(44)</sup>

El Inventario para la Depresión de Beck, en sus sucesivas versiones de 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y de 1978 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), es el instrumento autoaplicado más utilizado en la clínica y en la investigación para evaluar la depresión, fue diseñado, principalmente, para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes con diagnóstico psiquiátrico y de hecho, es quizá el instrumento más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones clínicas. <sup>(45)</sup> Constituye una forma objetiva para medir las manifestaciones comportamentales de la depresión. El inventario utilizado en la investigación comprende 21 categorías de síntomas y actividades, con 4 alternativas cada uno, en orden creciente del nivel de depresión. El paciente debería escoger la que le pareciese más apropiada y la suma de puntajes identifica el nivel de depresión se propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. <sup>(46)</sup>

En la evaluación de la calidad de vida, un estudio realizado en Colombia (Stefano Vinaccia 2006) reportó que los pacientes con AR informaron de una mejor calidad de vida en todas las dimensiones de la QOL-RA, comparados con pacientes de AR de origen hispano-latino. Las correlaciones encontradas entre la puntuación total y los ítems de la QOL-RA con las subescalas de la SF-36 y la puntuación total en la CES-D muestran que la QOL-RA aporta información acerca de la calidad de vida que es única, no recogida por las otras dos escalas Concluyendo que la versión

española de la escala QOL-RA parece ser una medida válida y confiable de la calidad de vida propia de los sujetos con AR. <sup>(47)</sup>

Otro estudio realizado por Neville, Whalley, Mckenna, Comte y Fortin (2001) evaluaron el diseño y adaptación de instrumentos de medición de la calidad de vida para personas con diagnóstico AR en Canadá. Su objetivo era evaluar la calidad de vida a través de cuestionario (RA-QOL) para la AR, desarrollando simultáneamente la investigación en Gran Bretaña y los Países Bajos donde adaptaron y validaron el RA-QOL para los idiomas inglés-canadiense y francés-canadiense, así como para su cultura. Ambas versiones del RA-QOL fueron capaces de evaluar adecuadamente el impacto de la severidad de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes con AR.

La escala QOL-RA consta de ocho ítems, capacidad física, desempeño físico, dolor, salud general, vitalidad, desempeño social, desempeño emocional y salud mental. y se requieren unos pocos minutos para completarse. <sup>(48)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La Artritis Reumatoide es una enfermedad que actualmente afecta a gran porcentaje de la población a nivel mundial. Este trastorno autoinmune conduce a la destrucción de las articulaciones y conlleva a la discapacidad. En México afecta al 1.6% de la población en general. La relación mujer: hombre es 2-3:1 y la edad pico de aparición es entre 30 y 55 años, pero puede presentarse en cualquier edad. La mayoría de los pacientes desconocen que el progreso de la enfermedad es hacia la degeneración de sus articulaciones y consideran el dolor como el principal síntoma de su padecimiento, sin tomar en cuenta que se puede agregar a su patología la depresión, ocasionado que se vea también disminuida su capacidad funcional y la calidad de vida.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

**¿Cuál es el grado de depresión y calidad de vida en pacientes con Artritis reumatoide?**

## **JUSTIFICACIÓN**

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica y degenerativa que afecta un gran porcentaje de la población en Nuevo León, cuyas edades de presentación son durante la vida productiva de los pacientes, el dolor crónico es el síntoma principal y es la causa más frecuente de incapacidades, al limitar su capacidad funcional, esto lleva a alterar la homeostasia familiar y a ver disminuida la calidad de vida, agregándose síntomas de minusvalía llevando al paciente a la depresión, la que es directamente proporcional a la intensidad del dolor. Con este estudio se busca que el médico tratante considere como parte de la cronicidad de los síntomas de estos pacientes a la depresión, y que una vez identificada sea manejada por el equipo interdisciplinario, además de diseñar estrategias que nos ayuden a llevar al paciente a un estado de salud más óptimo con el que se logre disminuir el ausentismo laboral y con esto mejorar su calidad de vida, con el propósito de lograr familias más saludables.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General:**

• Conocer la existencia de depresión y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, en la unidad de Medicina Familiar No 70 del Instituto Mexicano del Seguro Social con su autopercepción.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la presencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide.
- Evaluar la calidad de vida que presenta los pacientes con artritis reumatoide como consecuencia de su enfermedad.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Edad.
- Ocupación.
- Sexo.

## **HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

- En este caso no aplica ya que es un estudio descriptivo.

## **MÉTODOLOGIA**

**TIPO DE ESTUDIO:** Es un estudio transversal, descriptivo y observacional.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes de ambos sexos con edad de 15 a 59 años, con diagnóstico de Artritis

Reumatoide de la Unidad de Medicina Familiar No. 70 del Instituto Mexicano del

Seguro Social en el Municipio de General Zuazua Nuevo León, México.

## **MUESTRA:**

### **CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

Se hizo un análisis sobre la base de datos proporcionada por el servicio de archivo clínico para la consulta externa, en el cual se contabilizó mediante las herramientas estadísticas clasificatorias proporcionadas por la misma base, una población de 100, paciente aproximadamente, cuyo cálculo se realizó con la fórmula ya conocida

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

n= tamaño de la muestra

z= nivel de confianza

p= proporción de la población con las características deseadas

q= proporción de la población sin la característica deseada

e= nivel de error

N=tamaño de la población

Intervalo de confianza de 95 %

Margen de error de 5%

Población de 100

**Tamaño de la muestra: 63**

**Tipo de muestra:** probabilística, aleatorio simple

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **o Criterios de inclusión:**

- Hombres y mujeres de 15 a 85 años de edad, con diagnóstico de Artritis Reumatoide.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que completen el cuestionario.
- Pacientes que puedan leer y escribir.

### **o Criterios de exclusión:**

- Pacientes con menos de 15 años y más de 85 años de edad.
- Pacientes sin diagnóstico confirmado de artritis reumatoide.
- Pacientes no derechohabientes.
- Pacientes sin consentimiento informado.

### **o Criterios de eliminación:**

- Pacientes que no terminen los cuestionarios aplicados.
- Pacientes que desistan seguir en el estudio.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
<b>Sexo</b>	Contenido	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Hombre Mujer	Nominal  1. Hombre 2. Mujer	Encuesta
<b>Edad</b>	Contenido	Tiempo que ha vivido una persona.	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta.	Ordinal  15-25 años 26-35 años 36-45 años 46-55 años 56-65 años 66-75 años 76-85 años	Encuesta
<b>Escolaridad</b>	Contenido	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente.	Máximo grado de estudios aprobados hasta el momento de la encuesta.	Ordinal  1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. otro	Encuesta

<b>Ocupación</b>	Contenido	Trabajo, empleo, oficio.	Trabajo, empleo, oficio.	Nominal 1.Estudiante 2.Empleado 3.Profesionista 4.Ama de casa 5.Otro	Encuesta
<b>Estado civil</b>	Contenido	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes	Estado civil paciente refiera al momento de la encuesta.	Nominal: 1.Soltero 2.Casado 3.Divorciado	Encuesta
<b>Artritis Reumatoide</b>	Independiente	Enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida su principal órgano blanco es la membrana sinovial, se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de articulaciones.	Pacientes que cumplan con los criterios del colegio Americano de Reumatología.	Pacientes que cuenten con diagnóstico de artritis reumatoide por segundo nivel	Expediente electrónico.
<b>Depresión</b>	Dependiente	Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima,	Pacientes que cumplan con los criterios de la escala de Beck para diagnóstico de la depresión .	1.Depresión Mínima 2.Depresión Leve 3.Depresión Moderada 4.Depresión Grave	Inventario de Depresión de Beck

		trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.			
<b>Calidad de vida</b>	Dependiente	Percepción individual de las personas sobre su propia posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.	Pacientes que presentan deterioro de su calidad de vida según la QOL_RA	1. Muy mala calidad de vida. 10. Excelente calidad de vida.	Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale ( QOL-RA ) en su versión española

## PROCEDIMIENTO

A partir del mes de Noviembre de 2017 se inició la toma de pacientes que acudieron a consulta externa de la clínica UMF 70 IMSS ,con diagnóstico de artritis reumatoide basado en los criterios propuestos por el American College of Rheumatology ,primero se les invitó a participar en nuestra investigación, previo consentimiento informado ya firmado se le aplicó, por parte del personal encuestador (médicos), una primer encuesta de identificación personal con datos como: nombre completo, número de seguridad, social, edad, estado civil, escolaridad máxima, sexo, ocupación. Seguida de una segunda encuesta para evaluar la depresión: el inventario de Depresión de Beck, la cual consiste en 21 ítems, y que evaluó: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpabilidad, sentimientos de castigo, autodecepción, autoculpación, ideas de suicidio, llanto, irritación, desinterés social, indecisión, pobre imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría y desinterés por el sexo. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63 puntos, y nos permitió clasificarlos como depresión mínima: 0 -13, depresión leve: 14-19, depresión moderada: 20-28, depresión grave: 29-63. Al final se le aplicó una tercera encuesta que evaluó la calidad de vida en estos pacientes, esta es la escala denominada Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) en su versión española que nos permitió conocer el grado de afectación de la enfermedad en sus actividades de rutina laborales o sociales mediante preguntas en 8 ítems: habilidad física, dolor, interacción, apoyo, estado de ánimo, tensión nerviosa, artritis y salud. Tiene diez posibilidades de respuesta, que van desde (1) “muy mala calidad de vida” hasta (10) “excelente calidad de vida”.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

De acuerdo a las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki 1964), revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la XXXV Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983) y la XLI Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1988). Es la misión de los Médicos salvaguardar la salud de los individuos, su conocimiento y conciencia, dedicados para lograr esta misión.

El progreso Médico está basado en la investigación que debe estar sustentada parcialmente en la experimentación, involucrando seres humanos. El campo de la investigación Médica debe llevarse a cabo con objeto diagnóstico y terapéutico básicamente y no con la finalidad científica en forma pura.

El propósito de la investigación biomédica que involucra seres humanos, debe ser para mejorar el diagnóstico, los procedimientos terapéuticos y profilácticos en el entendimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. En el presente estudio se investigó el grado de depresión y la calidad de vida que tienen los pacientes portadores de artritis reumatoide con el fin de diseñar estrategias para un diagnóstico temprano de la enfermedad, que reduzca las complicaciones físicas y otras patologías asociadas como la depresión otorgando así un tratamiento oportuno, que mejore la calidad de vida y el estado de ánimo en estos pacientes.

Además, que los pacientes reumáticos conozcan más sobre su enfermedad y pueda tener mejor autocuidado y mayor apego a tratamiento.

El estudio no implicó ningún riesgo para la salud de los pacientes ya que el método que se utilizó no fue invasivo.

Se informó a los pacientes los objetivos y la confidencialidad del estudio y se solicitó la firma de consentimiento informado (anexo IV).

## RESULTADOS:

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional con una muestra de 68 pacientes con Dx artritis reumatoide, 60 mujeres y 8 hombres adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 70 del Instituto Mexicano del Seguro Social en General Zuazua N.L. (Cuadro 1). Como se puede observar que la gran mayoría son mujeres 88.24 % con una media de edad 45.52 años (DT = 12.59 años) y la mayoría de las personas están casadas (85.29 %)

Cuadro 1		Número	Porcentaje
Edad	15-25 años	4	5,88%
	26-35 años	10	14,70%
	36-45 años	21	30,88%
	46-55 años	18	26,47%
	56-65 años	13	19,11%
	66-75 años	1	1,47%
	76-85 años	1	1,47%
	Media	45.52 años	
	D.S.	12.59 años	
Sexo	masculino	8	11,76%
	femenino	60	88,24%
Estado Civil	Soltero	8	11,76%
	Casado	58	85,29%
	Divorciado	2	2,94%

El cuadro 2 muestra que el nivel máximo de estudios es secundaria (51.47 %) y primaria (33.82 %) y la ocupación que predomina es Ama de casa (55.88 %) seguido de empleados (38.24 %), y observamos que no hubo profesionistas.

Cuadro 2		Número	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	23	33,82%
	Secundaria	35	51,47%
	Bachillerato	10	14,71%
	Licenciatura	0	0%
	Otro	0	0,00%
Ocupación	Estudiantes	1	1,47%
	Empleados	26	38,24%
	Profesionistas	0	0%
	Ama de casa	38	55,88%
	Otros	3	4,41%

El cuadro 3 muestra las puntuaciones obtenidas de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Encontrando que el estado depresión leve es el más frecuente con 38.23 %, principalmente en el grupo de edad 36-45 años (11.76 %), seguido por estados de depresión moderada (23.52 %) presentándose principalmente en el grupo de edad desde los 36 a los 55 años de edad (17.64 %). En tercer lugar, de frecuencia esta la depresión grave (22.05 %) afectando más a las personas de los 46 a los 65 años de edad (14.70 %) y en cuarto lugar está la depresión mínima (16.17 %) siendo más frecuente en las personas de 26 a los 35 años de edad (5.88 %). El estado depresivo leve fue el más frecuente según: a). - sexo: mujeres con un 33.82 %. b). -estado civil: casadas con un 30.88 %. c). - ocupación: amas de casa con 25.00 %. Los estados de depresión moderada se mantuvieron constantes en segundo lugar mientras que el estado de depresión grave quedo en tercer lugar y el estado de depresión mínima en cuarto lugar en frecuencia. Lo que nos demuestra que los pacientes con artritis reumatoide tienen en mayor o menor grado sintomatología depresiva.

<b>CUADRO3</b>					
<b>INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II ( adaptación española )</b>					
		Depresión Mínima	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave
<b>Edad</b>	15-25 años	1 ( 1.47 % )	3 ( 4.41 % )	0	0
	26-35 años	4 ( 5.88 % )	4 ( 5.88 % )	2 ( 2.94 % )	0
	36-45 años	3 ( 4.41 % )	8 ( 11.76 % )	6 ( 8.82 % )	4 ( 5.88 % )
	46-55 años	1 ( 1.47 % )	6 ( 8.82 % )	6 ( 8.82 % )	5 ( 7.35 % )
	56-65 años	2 ( 2.94 % )	4 ( 5.88 % )	2 ( 2.94 % )	5 ( 7.35 % )
	66-75 años	0	1 ( 1.47 % )	0	0
	76-85 años	0	0	0	1 ( 1.47 % )
<b>Sexo</b>	masculino	2 ( 2.94 % )	3 ( 4.41 % )	2 ( 2.94 % )	1 ( 1.47 % )
	femenino	9 ( 13.23 % )	23 ( 33.82 % )	14 ( 20.58 % )	14 ( 20.58 % )
<b>Estado Civil</b>	Soltero	1 ( 1.47 % )	4 ( 5.88 % )	1 ( 1.47 % )	2 ( 2.94 % )
	Casado	10 ( 14.70 % )	21 ( 30.88 % )	14 ( 20.58 % )	13 ( 19.11 % )
	Divorciado	0	1 ( 1.47 % )	1 ( 1.47 % )	0
<b>Ocupación</b>	Estudiantes	0	1 ( 1.47 % )	0	0
	Empleados	7 ( 10.29 % )	7 ( 10.29 % )	10 ( 14.70 % )	2 ( 2.94 % )
	Profesionistas	0	0	0	0
	Ama de casa	4 ( 5.88 % )	17 ( 25.00 % )	5 ( 7.35 % )	12 ( 17.64 % )
	Otros	0	1 ( 1.47 % )	1 ( 1.47 % )	1 ( 1.47 % )

En el cuadro 4 encontramos las subescalas del QOL-RA y nos describe las medias, desviaciones típicas y la media total. Observamos que los grupos de pacientes tienen un nivel de calidad de vida de regular a bueno con una media total de 6.82 siendo el rango de la escala de 1-10. Las subescalas con la media más alta fueron apoyo, interacción social, salud.

<b>CUADRO 4</b>		
<b>PUNTUACIONES EN LAS SUBESCALAS DEL QOL-RA</b>		
	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>
Habilidad física	6,82	1,72
Apoyo	7,58	1,71
Dolor	6,7	1,72
Tensión nerviosa	6,54	1,54
Salud	6,88	1,48
Artritis	6,73	1,32
Interacción	7,02	1,45
Estado de animo	6,35	1,81
Escala total	6,82	

En el cuadro 5 se presentan las correlaciones entre las dimensiones de las subescalas QoL-RA; habilidad física, dolor, interacción, apoyo, ánimo, tensión, artritis y salud en los pacientes del estudio. En esta se puede apreciar que la gran mayoría de las dimensiones tienen correlaciones positivas, las cuales van de 0.05 hasta menores a 0.001. En las únicas subescalas donde no se identificó esta relación fueron en la tensión y el apoyo.

**Cuadro 5.- Correlación entre las dimensiones de las subescalas QoL-RA en los pacientes del estudio.**

	Habilidad física	Dolor	Interacción	Apoyo	Ánimo	Tensión	Artritis	Salud
<b>Habilidad física</b>	1							
<b>Dolor</b>	0.4029**	1						
<b>Interacción</b>	0.379**	0.3744**	1					
<b>Apoyo</b>	0.3076*	0.2528*	0.2744*	1				
<b>Ánimo</b>	0.4483**	0.4494***	0.6091***	0.2986*	1			
<b>Tensión</b>	0.3867**	0.4742***	0.3766**	0.2189	0.5058***	1		
<b>Artritis</b>	0.5184***	0.5325***	0.568***	0.2916*	0.6013***	0.3874**	1	
<b>Salud</b>	0.4169***	0.4951***	0.5811***	0.4873***	0.4932***	0.6064***	0.5951***	1

Correlación de Spearman. Valores de p \* < 0.05, \*\*0.01 \*\*\* < 0.001

## DISCUSIÓN:

En el estudio realizado por Stefano Vinaccia, y cols. en la Universidad de San Buenaventura, Colombia llamado Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en el que se encontró que las personas participantes tuvieron un buen nivel de calidad de vida resultado que es semejante al encontrado en este estudio en el que los grupos de pacientes tienen un nivel de calidad de vida de regular a bueno con un puntaje de 6.82 en escala de 1 al 10. Stefano Vinaccia y col encontró que las subescalas de QOL-AR con mayores puntajes fueron las de apoyo social e interacción social resultado también semejante a este estudio en el que nosotros encontramos que las subescalas con la media más alta fueron apoyo (7.58), interacción social (7.02) y salud (6.88).<sup>(48)</sup>

Laura Escobar y cols. en su estudio Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, en Medellín 2012 encontró que el promedio de la edad de los pacientes fue de 56 años, con predominio de las mujeres en un 91% pacientes de nivel socioeconómico bajo y medio, 96% y la escolaridad promedio fueron estudios de secundaria. En nuestro estudio la edad promedio es menor a la encontrada por Laura Escobar y cols. siendo la edad media en nuestro estudio 45.52 pero los demás datos son muy semejantes en nuestro estudio, también las mujeres fueron las más afectadas por artritis reumatoide con 88.24 %, la ocupación de predominante que encontramos fue ama de casa con 55.88 % y empleados con 38.24 % lo que nos indica nivel socioeconómico bajo y medio. El grado de estudios fue igual en ambas investigaciones, siendo este nivel secundaria<sup>(22)</sup>

Dinorah Marisabel Prada Hernández y cols. en su estudio Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología La Habana Cuba encontró que la calidad de vida de forma general fue buena en los pacientes estudiados, con una media total de 7.03 en la escala QOL-RA. Y las subescalas con más alto puntaje corresponde a ayuda ( 7.81 ) seguida por interacción social (7.72 ) estado de ánimo ( 7.32 ) los puntos más bajos fueron para salud personal ( 6.32 ) y dolor

( 6.12 ) en nuestra investigación se encontró también una calidad de vida regular a buena en nuestros pacientes 6.82 en la escala QOL-RA, también las subescalas con mayor puntaje fueron apoyo 7.58 seguida de interacción social 7.02 habiendo discrepancia en la subescala salud de nuestra investigación siendo esta la tercera de mayor puntaje 6.88 en comparación con el estudio de Dinorah Marisabel Prada Hernández.<sup>(28)</sup>

Nuestro estudio tiene la fortaleza de haber sido realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social donde se atiende a las personas con artritis reumatoide al proporcionarle el tratamiento médico para el control de la enfermedad y la rehabilitación. Otra fortaleza del estudio es que arroja información de la población latina, en la cual el apoyo de la familia y las redes de apoyo son puntos clave para soportar el dolor articular crónico y tratar de llevar una vida independiente. También cuenta con la limitación que faltó clasificar el estadio funcional del paciente ya que un paciente en clase funcional IV es de esperarse mayor grado de depresión en comparación con un paciente en clase funcional I. Tampoco se tomó en cuenta la presencia de factores de riesgo personales familiares sociales y genéticos para desarrollar depresión.

## **CONCLUSIONES:**

Conociendo que el estado depresivo leve es el más frecuente seguido por la depresión moderada y el menos frecuente es la depresión mínima y a la vez que no hubo pacientes sin depresión, podemos decir que todos los pacientes con artritis reumatoide tienen en mayor o menor grado síntomas depresivos, estando estos presentes principalmente en mujeres, casadas, amas de casa, con escolaridad secundaria y una edad media de 45 años de edad. También podemos afirmar que los síntomas depresivos son menos intensos en personas jóvenes ya que la depresión mínima se encontró en pacientes jóvenes de 26 a 35 años de edad. Las subescalas de mayor apoyo, interacción social y salud fueron las de mayor puntaje lo que nos indica la importancia de la función social y estado de ánimo en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

El conocimiento de los grados de depresión que se presentan en los pacientes con artritis reumatoide nos permitirá implementar estrategias específicas en nuestros pacientes tales como: aplicación de escalas de depresión de Beck y la escala de QOL-AR y apoyo psicológico con intervenciones individuales y familiares e inclusive valoración por psiquiatría, además de formación de redes de apoyo para formar un equipo multidisciplinario en el tratamiento de los pacientes y de esta manera mejorar el pronóstico funcional, la calidad de vida y así reducir los costos destinados al tratamiento de las complicaciones de la artritis reumatoide.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Vinaccia Alpi S, Quinceno J. M, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Acta Colombiana de Psicología. 2017;20(1): 49-59.
- 2.- Méndez Perles C, Andreu Sánchez J.L, García-Magallón B. Sangüesa Gómez C. Artritis Reumatoide (II). Medicine-programa de formación médica continuada acreditado. 2013;11(30): 1850-1855.
- 3.- Guía de Práctica Clínica Para Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-195-08.
- 4.- Franco Aguirre JQ, Cardona Aria JA. Impacto de la Artritis Reumatoide sobre la funcionalidad física y la calidad de vida relacionada con la salud: Metaanálisis 2003-2013. Biomedicina. [Online] 2015;1(3):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.3823/5002>.
- 5.- Hernández Ramírez LC, Querol Vinagre J. Artritis Reumatoide su impacto social y económico. Boletín epidemiológico SSA. [Online] 2016;33(12): 1-4. Available from: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>
- 6.- Prada Hernández D, Martell Sardury R, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Fernández Zamora O, Hernández Cuellar MV et, al Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cuba Reumatología. [Online] 2013;15(3): 160-172. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962013000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000300006&lng=es).
- 7.- Mendoza Vázquez G, Rocha-Muñoz AD, Guerra-Soto AJ, Ramírez-Villafañe M, González-Sánchez AG, Gámez Nava JI, et al. Artritis reumatoide y dislipidemias. El Residente. 2013; 8(1): 12-22.
- 8.- OP.CIT...Hernández Ramírez LC. (2016).
- 9.- Berenzon S, Lara M.A, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública México. 2013; 55(1): 74-80. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es).
- 10.- Benjet C, Casanova L, Borges G, Medina-Mora ME. Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. Salud pública México. [Online] 2013;55(3): 248-256.

- 11.- Pévez-Hernández C, Berrocal-Tenorio KF, Llauca-Ramírez BE, Ramírez-Quinte W. Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. Rev méd panacea. [Online] 2013;3(1): 15-18. Available from: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
- 12.- OP.CIT...Prada Hernández D. (2013).
- 13.- Delgado Vega AM, Martín J, Granados J, Anaya, JM. Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿qué esperar de América Latina? Biomédica. [Online] 2006;26(4): 562-584. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84342611>.
- 14.- OP.CIT...Guía de Práctica Clínica. IMSS-195-08
- 15.- Batún Garrido JAJ, Hernández Núñez E, Olán F. Factores de riesgo tradicionales y no tradicionales en una población de pacientes con artritis reumatoide. Revista Cubana de Reumatología. [Online] 2015;17(3): 200-207. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962015000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000400006&lng=es).
- 16.- OP.CIT... Méndez Perales C. (2013).
- 17.-Ballina García F J, Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Revista Española de Reumatología 2002;29(2) :56-64.
- 18.- OP.CIT...Hernández Ramírez L.C. (2016).
- 19.-Hernández Pacheco RR, La depresión asociada a la enfermedad de Artritis Reumatoide. Revista Iberoamericana de Ciencias 2015; 2(1): 103-110.
- 20.- OP.CIT... Mendoza-Vázquez, G. (2013).
- 21.- OP.CIT... Batún Garrido JAJ (2015).
- 22.- Escobar L, Grisales H. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 75-84.
- 23.-Gómez Morales J., Lópiz Morales M., Luaces Martínez A., Blanco Cabrera Y., Viera Rosales M., Solís Cartas U. Comportamiento de las Manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide. Revista Cubana de Reumatología 2015; 17(2): 139-144.
- 24.- OP.CIT...Guía de Práctica Clínica IMSS-195-08.
- 25.- OP.CIT... Prada Hernández D. (2013).

- 26.- Betancur JF., Martínez J P., Tobón GJ. Ochoa CD. El papel de la ultrasonografía para la evaluación subclínica de la artritis reumatoide en remisión. Revisión sistemática de la literatura. Revista Colombiana de Reumatología 2015; 22(1): 31-46.
- 27.- OP.CIT...Guía de Práctica Clínica. IMSS-195-08.
- 28.- Prada Hernández D. M., Hernández Torres C., Gómez Morejón J A., Gil Armenteros R., Reyes Pineda Y., Solís Carta U., et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista cubana de Reumatología 2015; 17(1): 48-60.
- 29.- OP.CIT...Pévez-Hernández, C. (2013).
- 30.- Cadena J., Cadavid ME., Ocampo MV., Velez Angel MC., Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. Revista colombiana de reumatología 2002; 9(3): 184-191.
- 31.-Campos Zamora M, López Mantecón AM, Sotolongo García Y. Morbilidad psiquiátrica en pacientes con artritis reumatoide. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2012;14(19). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451644602004>
- 32.- OP.CIT...Berenzon S (2013).
- 33.- Kojima M., Kojima T., Suzuki S., Oguchi T., Oba M., Tsuchiya H., et al. Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care & Research, 2009; 61(8): 1018-1024.
- 34.- OP.CIT...Escobar L. (2013).
- 35.- OP.CIT...Hernández Pacheco RR (2015).
- 36.- Murillo YA., Almagro M., Campos-González ID. Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Reumatología Clínica 2015; 11(2): 68-72.
- 37.- OP.CIT... Vinaccia Alpi S. (2017).
- 38.- OP.CIT... Hernández Pacheco RR (2015).
- 39.- OP.CIT...Escobar L. (2013).
- 40.- Hernández Martín AD., Puerto Noda I., Falcón Hernández A., Morejón Barros O., González Andreu D. Rehabilitación integral del paciente reumático. Revista Cubana de Reumatología 2014; 16(1): 15-22.

- 41.- OP.CIT...Hernández Ramírez L.C. (2016).
- 42.- OP.CIT...Escobar, L. (2013).
- 43.- OP.CIT... Vinaccia Alpi S, (2017).
- 44.- Uribe Caballero CV. Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. Revista Colombiana de Reumatología 2004;11(3): 225-231.
- 45.- Sanz J., Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema 1998; 10(2):303-318.
- 46.-Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García-Vera MP, Criterios y baremos para interpretar el inventario de depresión de Beck –II (BDI-II). Behavioral Psychology/Psicología Conductual (España) 2014; 22(1):37-59.
- 47.- Vinaccia S., Fernández H., Moreno San Pedro E., V. Padilla G. Spanish Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) tested in Colombia. Revista colombiana de reumatología 2006; 13(4): 264-270.
- 48.- Vinaccia S., Tobón S., Moreno San Pedro E., CadenaJ., Anaya J. M. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of psychology and psychological therapy 2005; 5(1):47-61.

## ANEXOS

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### ANEXO 1

Formato de recolección de la información Datos Sociodemográficos:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

No. de afiliación \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

Sexo: (Seleccione): 1. Masculino ( ) 2. Hombro ( )

Escolaridad: 1. Primaria

Estado Civil: 1. Soltero

Ocupación: 1. Estudiante

2. Secundaria

2. Casado

2. Empleado

3. Bachillerato

3. Divorciado

3. Profesionista.

4. Licenciatura

4. Ama de casa

5. Otro

5. Otro

## **ANEXO II**

### **Inventario de Depresión de Beck.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6).

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7).

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8).

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13).

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto

que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16).

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19).

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos. He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

No he observado ningún cambio reciente en mi interés

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

**Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:**

Puntuación Nivel de depresión\*

0-13 Depresión mínima

14-19 Depresión leve

20-28 Depresión moderada

29-63 Depresión grave

### **ANEXO III**

#### **Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale): Versión española**

1. Si Ud. considera sólo sus habilidades físicas, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

2. Si Ud. sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

3. Si Ud. sólo considera su dolor artrítico, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

4. Si Ud. sólo considera su nivel de tensión nerviosa, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

5. Si Ud. sólo considera su salud, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

6. Si Ud. sólo considera su artritis, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

7. Si Ud. sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

8. Si Ud. sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

# ANEXO IV



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UMF 70 GENERAL ZUAZUA NUEVO LEON
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 70 General Zuazua , NUEVO LEON Junio 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	LA ARTRITIS REUMATOIDE ES UNA ENFERMEDAD CONICA, AUTOINMUNE SISTEMICA QUE AFECTA LAS ARTICULACIONES DEL CUERPO OCASIONANDOLES PERDIDA DE LA MOVILIDAD POR LO CUAL EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON LIMITACION FUNCIONAL E INCAPACIDAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE RUTINA Y LABORALES, DESARROLLANDO UNA DEPRESION CRÓNICA QUE VUELVE AUN MAS INCAPACITANTE AL PACIENTE Y QUE EN MUCHOS CASOS NO ES DIAGNOSTICADA A TIEMPO, LO QUE RETARDA UN ADECUADO TRATAMIENTO, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZARA ESTE PROTOCOLO DE INVESTIGACION PARA DETECTAR LA DEPRESION EN ESTOS PACIENTES Y ASI LOGRAR ENFOQUES PARA MEJORA LA ATENCION Y CALIDAD DE LA CONSULTA EN LOS PACIENTE REUMATICOS , Y ASI OTORGAR UN ADECUADO Y OPORTUNO TRATAMIENTO INTEGRAL .
Procedimientos:	SE APLICARA UNA ENCUESTA PARA OBTENER LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, EVALUARLA PRESENCIA DE DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE..
Posibles riesgos y molestias:	NO APLICA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	INFORMACION DE LA RELACION LA PRESENCIA DE DEPRESION Y EL GRADO DE LA MISMA, ASI COMO SU CALIDAD DE VIDA, QUE PRESENTAN Y QUE EL PACIENTE CONOZCA MAS SOBRE SU ENFERMEDAD Y LOGRE CAMBIAR SUS PERCEPCION DE LA MISMA.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS ESTADISTICAS SERAN INFORMATIVOS PARA APLICAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA QUE EL PACIENTE REUMATICO CONOZCA MAS SOBRE SU ENFERMEDAD PARA QUE PUEDA TENER MEJOR AUTOCUIDADO Y MAYOR APEGO A TRATAMIENTO ESTABLECIDO POR SU MEDICO FAMILIAR. SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACION EN SESIONES ACADEMICAS Y SE PUBLICARA EN CASO DE SER SOLICITADO.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION SE LLEVARA A CABO DE MANERA VOLUNTARIA DE IGUAL MANERA SE PODRA RETIRAR DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE EL PARTICIPANTE ASI LO DECIDA SIN TEMOR A REPRESALIAS.
Privacidad y confidencialidad:	LOS DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN EN EL ESTUDIO SON CONFIDENCIALES Y SOLO SE PUBLICARAN CON FINES ESTADISTICOS RESPALDADOS POR LOS PRINCIPIOS ETICOS EN LA DECLARACION DE HELSINKI
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	CONOCER MAS AL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE SU DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA PARA .PARA LOGRAR UN MEJOR CONTROL MEDICO FISICO Y PSICOLOGICO .

En caso de colección de material biológico (si aplica)

- No autorizo que se tome la muestra.
- Si autorizo que se me tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA. MA DE LOURDES HERNANDEZ LOPEZ  
Colaboradores: DRA. KATIA THAMARA ZUNIGA HERRERA.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

