

11241
25
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
(GENERACION 1989-1992)

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU RELACION CON EL GRADO DE
INCAPACIDAD FISICA

TESIS PROFESIONAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

QUE PRESENTA:

DR. ALDO ANTONIO SUAREZ MENDOZA

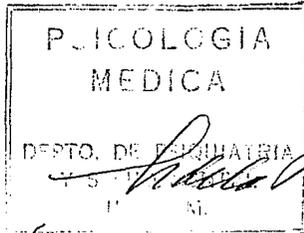
TUTOR:

DR. HECTOR ORTEGA SOTO

SUPERVISOR:

DRA. MIRELLA MARQUEZ MARIN

[Handwritten signatures]
Vo Bo Leo. Luedy



México D.F. Febrero de 1992.

V. G. [Handwritten signature]



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 está 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.

1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica multisistémica cuya etiología se desconoce. El rasgo característico de la enfermedad es una sinovitis persistente que por lo común involucra a las articulaciones de forma simétrica. La inflamación sinovial persistente causa destrucción del cartilago articular y erosión de huesos que posteriormente condicionará la deformidad propia del proceso. El curso de la enfermedad suele ser variable, toda vez que en algunos pacientes la enfermedad sólo se presenta con afección oligoarticular de breve duración con daño articular mínimo, mientras que otros pacientes presentan una poliartritis progresiva implacable con marcada deformidad articular; la mayoría de los enfermos presentan un curso intermedio. La prevalencia de la AR es de aproximadamente 1 % de la población (rango de 0.3 a 2.1 %) y afecta a mujeres tres veces más que a hombres. Dicha prevalencia aumenta con la edad y la diferencia entre los sexos disminuye en el grupo de mayor edad. Inicia con mayor frecuencia entre la cuarta y la quinta décadas de la vida con un 80 % de los pacientes que desarrollan la enfermedad entre los 35 y 50 años (6) (8).

Hallazgos recientes de que los procesos inmunes se relacionan con eventos psicológicos como la depresión (1) (2), han llevado a un interés y evidencia crecientes sobre la función regulatoria del S.N.C. en la modulación de la respuesta inmune (3). Ya desde finales del siglo pasado Sir William Osler al referirse a los factores causales de la AR, mencionó entre otros, al choque emocional, la preocupación y la pena. En este campo de la Psicoimmunología, la AR también ha sido objeto de reconsideraciones al plantearse nuevamente la posibilidad de una etiología psicogénica de la enfermedad (4). Dado que esta enfermedad se ha encontrado asociada con factores emocionales desde hace ya mucho tiempo, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en su primera y segunda ediciones de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I y DSM-II respectivamente), la consideró como un trastorno psicossomático. Sin embargo, una nueva consideración de este padecimiento en la revisión hecha por la APA de este manual (DSM-III-R) (5), incluye a la AR junto con otras enfermedades físicas en las que se presume una etiología emocional, bajo una

nueva y más amplia categoría conocida como "Factores emocionales que afectan al estado físico".

Continúa siendo desconocido de qué forma los eventos cerebrales, tales como las emociones y la cognición se traducen en artritis y en alteración de los mecanismos inmunes. A nivel de la articulación, la síntesis de tejido conectivo y de colágena es modulada por varias hormonas, entre las que se incluyen tiroxina, corticoesteroides, hormona del crecimiento, andrógenos y estrógenos. Estas hormonas también son sensibles a las emociones y es de esta forma como pueden llegar a enlazarse los factores psicológicos con la patología articular (4) (6).

Por otra parte, las enfermedades afectivas han demostrado ser altamente prevalentes en pacientes con enfermedades médicas crónicas (8). Se ha observado que tal desajuste afectivo incide sobre el curso de las enfermedades de varias maneras, a saber: Aumentando la incapacidad funcional y el número de síntomas psicósomáticos reportados; condicionando un pobre apego terapéutico y mal manejo de la enfermedad y, ya sea mediante pobres cuidados o por mecanismos psicofisiológicos, conducen a un aumento de morbilidad y mortalidad (6). Los estudios sobre la epidemiología de los trastornos depresivos han demostrado que de un 2 a 4 % de la población general sufre un trastorno depresivo mayor (12) y al estudiar pacientes ambulatorios de atención primaria, la prevalencia se ha estimado en un 4.8 a 9.2 % de este trastorno (8) (13). Magni y Schifano al estudiar pacientes geriátricos hospitalizados, encontraron que un 8 % presentaban Depresión mayor, 22 % trastorno distímico y 6 % depresión atípica (14). De esta forma puede observarse que la prevalencia de Depresión mayor sigue una línea ascendente cuando se compara en comunidad, atención primaria y población de pacientes hospitalizados.

Cabe mencionar que cuando se habla de sintomatología depresiva, sólo se está refiriendo al conjunto de signos y síntomas de lo que pueden ser varias entidades nosográficas. De esta forma la sintomatología depresiva ante la cual el médico puede encontrarse podrá corresponder a un episodio depresivo mayor, un trastorno distímico, uno adaptativo con estado de ánimo deprimido, o bien, un síndrome afectivo orgánico, entre otros. Por tanto, la naturaleza de dicha sintomatología depresiva debe definirse siempre, y de acuerdo con Rodin y Voshart, esto deberá hacerse en base a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. La evaluación propuesta y el diagnóstico en dichos pacientes puede llevarse a cabo mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas,

las cuales también se basan en los criterios propuestos por dicho manual (8) (13) (15).

En pacientes con AR frecuentemente se ha observado algún tipo de psicopatología hasta en un 60 % de los casos, dos terceras partes de lo cual se debe a depresión. Tales efectos emocionales pueden considerarse entendibles en una condición que es a menudo crónica, inhabilitante y dolorosa, de la misma manera en que esto puede suceder en cualquier otra enfermedad crónica.

Conviene en este punto hacer una consideración sobre los estudios acerca de los aspectos psicológicos en AR que han sido variados a la largo de las últimas décadas y debido a lo cual Meyerowitz (16) dividió estos reportes en tres categorías diferentes:

a) Estudios que postulan un tipo específico de personalidad que predispone al desarrollo de la enfermedad y es identificable antes del inicio de ésta; son designados como "estudios de hipótesis de especificidad".

b) Estudios que postulan una relación entre eventos particulares de la vida o estados emocionales y el inicio de la enfermedad; "estudios de hipótesis de inicio".

c) Estudios que se refieren a las respuestas psicológicas que son causadas por la enfermedad y que influyen su curso de varias maneras; "estudios de hipótesis del curso de la enfermedad".

En los dos primeros grupos de estudios los intentos por demostrar de forma consistente su veracidad han sido poco fructíferos y se han dejado de lado a lo largo de las dos últimas décadas. Esto no ha sucedido con los estudios de hipótesis del curso de la enfermedad, gran parte de ellos se han enfocado a considerar el efecto de la enfermedad sobre el funcionamiento psicológico de los pacientes y hacen especial énfasis en las conductas de apego y los mecanismos de afrontamiento. De esta forma, es cada vez más aceptado el hecho de que la valoración integral de todo paciente con AR, así como su respuesta a los tratamientos prescritos, debe incluir mediciones del estado funcional y del ajuste emocional (17) (18).

Se han desarrollado varios instrumentos autoaplicables que se encargan de valorar el estado de salud actual integral del paciente con AR y que son específicos para este padecimiento. La Escala de Medición del Impacto de la Artritis (AIMS) cuya validación al español ha permitido su utilización en nuestro medio (*), no ha sido del todo útil para relacionar de forma precisa las interacciones entre sintomatología afectiva

y actividad de la enfermedad (22). La adecuación de otras escalas para evaluar depresión y ansiedad incluyen desde el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), con resultados poco confiables (20), hasta escalas más específicas como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (18), la Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital (HAD) (24) y el Inventario de Beck para la Depresión (BDI) (23). Para las dos últimas escalas también se cuenta con las validaciones correspondientes al español (27) aunque nunca se han utilizado en pacientes con enfermedades reumáticas en nuestro medio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se dispone del conocimiento relativo a la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes ambulatorios con artritis reumatoide en nuestro medio.

Ante la importante influencia que el estado afectivo ejerce sobre la evolución de la enfermedad, apego terapéutico y respuesta al tratamiento, la identificación de sintomatología depresiva, permite brindar a los pacientes el tratamiento apropiado y oportuno, lo que a su vez incide sobre el curso general de la enfermedad. La implementación de una escala autoaplicable sensible y específica para estos síntomas, permite al reumatólogo tratante la identificación sucinta de dichos síntomas y la administración del tratamiento adecuado para cada caso.

1.3 OBJETIVOS

A) Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en los pacientes que acuden a la consulta externa del Departamento de Inmunología y Reumatología del INNSZ mediante la utilización de dos escalas autoaplicables.

B) Conocer la relación existente entre los puntajes de depresión y el nivel de incapacidad física mediante la aplicación de la escala HAQ.

C) Identificar aquellos pacientes en los que, habiéndose detectado sintomatología depresiva, requieran intervención por parte del Departamento de Medicina Psicológica.

2. METODOLOGIA GENERAL

2.1 DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO

2.1.1 *Criterios de Inclusión:*

a) Pacientes que acudieron a la consulta externa del Departamento de Inmunología y Reumatología y que cumplieron los criterios especificados según la Asociación Americana de Reumatología (A.R.A.) para:

- Artritis reumatoide. (Pacientes objetivo).
- Lupus eritematoso generalizado. (Pacientes control).

b) Sujetos sanos. Se seleccionaron de acuerdo a edad y sexo con el fin de parear conforme a los pacientes estudiados previamente. Se buscaron sujetos de la población general que no padecieran ninguna enfermedad en la actualidad y que no se encontraran bajo ningún tipo de tratamiento farmacológico o psicológico.

c) Pacientes de ambos sexos entre 20 y 70 años.

d) Pacientes y sujetos sanos que estuvieran de acuerdo en participar de forma voluntaria y que hayan firmado la hoja de Consentimiento Informado (Una para cada grupo de participantes).

e) Pacientes que supieran leer y escribir.

2.1.2 *Criterios de Exclusión:*

a) Pacientes que presentaran un trastorno psiquiátrico mayor en el Eje I del sistema multiaxial de diagnóstico del DSM-III-R.

b) Pacientes que no aceptaron participar.

c) Pacientes involucrados directamente en algún otro proyecto de investigación de cualquiera de los Departamentos participantes.

2.1.3 *Ubicación temporoespacial:*

Aquellos pacientes que acudieron a la consulta externa del Departamento de Inmunología y Reumatología a sus citas periódicas y que al aceptar participar en el estudio, se trasladaron al Departamento de Medicina Psicológica del mismo Instituto. La entrevista psiquiátrica y llenado de escalas se realizó el mismo día en que acudieron a su cita de control.

2.1.4 *Tamaño de la Muestra:*

Proporción de sintomatología depresiva esperada en la muestra: .25 (6) (10) (11).

Prevalencia de sintomatología depresiva en la población general: .05 (6) (7) (9).

Valor de alfa: 0.05

Valor de beta: 0.20

Mediante la utilización de la fórmula de inferencia de proporción binomial, el número de pacientes requerido fué de 24 (veinticuatro) por grupo. Para mayor amplitud de la muestra se incluyeron 35 pacientes por cada grupo.

2.2 ESPECIFICACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

2.2.1 *Variables de Interés Primario*

- a) Sintomatología depresiva (leve, moderada, severa)
- b) Ansiedad
- c) Capacidad funcional.

Estas variables se evaluaron mediante el Inventario para la Depresión de Beck, la Escala H.A.D. y la escala H.A.Q., respectivamente. Se trata de escalas de medición ordinales en las que los valores obtenidos se consideran como grado de intensidad de la propiedad medida.

2.2.2 Variables Auxiliares

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Tiempo de evolución de la enfermedad:
 - De 0 a 1 año
 - De 1.1 a 5 años
 - Más de 5 años
- d) Escolaridad
- e) Clase funcional de la enfermedad:
 - (I-III)

Para estas variables se utilizaron escalas de medición nominales obtenidas de la hoja de registro demográfico. Como puede observarse, las variables c y e estuvieron estratificadas.

2.3 DISEÑO DEL ESTUDIO

Por sus características se trata de un estudio DESCRIPTIVO ya que cuenta con una población de pacientes la cual se pretende describir en función del grupo de variables de interés primario y no se cuenta con una hipótesis central. No obstante lo anterior, se utilizaron dos poblaciones control, una de ellas con pacientes con Lupus eritematoso generalizado, habiéndose escogido a este grupo de pacientes por tratarse de una enfermedad afin de modo general y en la que la prevalencia de síntomas afectivos ha demostrado también ser alta. La otra población control se conformó de sujetos sanos a quienes se solicitó su participación mediante una explicación breve de la necesidad de contar con un grupo control de sujetos sanos. Se excluyeron de este grupo a acompañantes de pacientes con el objeto de no incomodarles, propiciar confusión por el tipo de información requerida y por la posibilidad de alteración emocional entre ellos por convivir con un familiar enfermo. Tampoco se incluyeron empleados del hospital previendo distracciones en su trabajo. Al pretender identificar la presencia actual de sintomatología afectiva y su relación con el grado de incapacidad física se consideró como un estudio OBSERVACIONAL y TRANSVERSAL.

Los pacientes con AR que acudieron a consulta de control al Departamento de Inmunología y Reumatología, fueron captados por el médico residente de este servicio, quien de forma breve explicó sobre la existencia del estudio sin que en esto tuviera que

ver si los pacientes cursaban o no con alguna alteración emocional o mental. Se enviaron al Departamento de Medicina Psicológica donde fueron informados del objetivo del estudio y en caso de aceptación se les realizó la entrevista psiquiátrica conjunta por un psiquiatra adscrito y un residente de Psiquiatría. Posterior a esto se les entregó una de las dos escalas (HAD o BECK) indistintamente y después pasaron con una psicóloga para el llenado de la escala pendiente y la escala HAQ. La psicóloga permaneció con el paciente para cualquier aclaración o duda. Aquellos pacientes en quienes se identificó algún tipo de psicopatología que requiriera intervención por parte de este departamento, fueron nuevamente citados. Los que no, tras haber terminado volvieron a su servicio.

Consulta Externa de Inmunología y Reumatología
Residente

Departamento de Medicina Psicológica
Psiquiatra/Residente
(Entrevista semiestructurada/ Escalas HAD o BECK)

Psicóloga
(Escala HAD o BECK y Escala HAQ)

2.4 PROCESO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

2.4.1 *Hoja de Registro Demográfico.*

Contiene la mayor parte de las variables auxiliares
(Anexo A).

2.4.2 *Entrevista Psiquiatrica Semiestructurada:*

Realizada conjuntamente por el médico adscrito y el residente de psiquiatría, se basó en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y estuvo orientada a descartar la presencia de trastornos psiquiátricos mayores y a identificar el tipo de alteración afectiva, entre las que se consideraron:

- (293.83) Trastorno o síndrome orgánico del estado de ánimo.
- (296.2) Depresión mayor, episodio único.
- (296.3) Depresión mayor, episodio recurrente.
- (300.4) Distimia .
- (309.00) Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.
- () Otros, a especificar.

2.4.3 *Inventario para la Depresión de Beck .*

Esta escala de tipo autoaplicable fue desarrollada por Beck y colaboradores en 1959 y publicada en 1961 (23). Consta de 21 reactivos; los 14 primeros se conocen como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes como vegetativo-somáticos, siendo éstos últimos de gran utilidad cuando se pretende valorar a pacientes médicamente enfermos. Cada uno de los reactivos consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un rubro sintomático, el cual el paciente elige de acuerdo a su condición al momento de la evaluación. Ha sido sometida a proceso de validación en diversas poblaciones de pacientes en los que se ha encontrado como punto de corte más frecuente el 13 con sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.80, aunque con diferencias en algunos de estos estudios. Estas validaciones han sido realizadas por Ramos Brieva en España (27) y por Torres Castillo en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" de México. (Anexo B).

2.4.4 Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital

También es una escala autoaplicable que fue creada en 1982 por Zigmond y Snaitth en el Hospital St. James de Yorkshire, Inglaterra (24), y ha sido diseñada específicamente para evaluar sintomatología afectiva en pacientes médicamente enfermos. En México fué validada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

2.4.5 Cuestionario H.A.Q. (Health Assessment Questionnaire)

Evalúa capacidad física y tiene validez de constructo con fase funcional de la ARA con actividad y gravedad de la enfermedad. Su confiabilidad es de 0.93 y su sensibilidad al cambio de mejoría es de 33 %. Ha sido validada por Cardiel Ríos y cols. en el INNSZ. (Anexo D).

3. ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

De los puntajes totales de las 3 escalas se obtuvieron promedios y desviaciones estándar, las cuales se sometieron a análisis de ANOVA y prueba T. Se realizaron cálculos de correlación entre las 3 escalas y se obtuvo sensibilidad y especificidad para las escalas de Beck y HAD. Se pretende correlacionar los puntajes de sintomatología depresiva con los diversos diagnósticos afectivos, cuando éstos existan. Se consideró valor significativo de p cuando fuera menor de 0.01. Esta información se manejó en computadora con el programa estadístico TADPOLE.

4. TIEMPO DE ESTUDIO

Se calculó un tiempo total de estudio de 4 meses. La recolección de información se inició el 17 de septiembre de 1991 y se finalizó el 14 de diciembre del mismo año. El análisis e interpretación de los datos se llevó a cabo en el mes de febrero de 1992.

5. RECURSOS

5.1 Recursos Humanos

DR. MARIO H. CARDIEL RIOS

Investigador del Departamento de Inmunología y Reumatología.
Funciones de primer asesor, discusión y análisis general.

DRA. MIRELLA MARQUEZ MARIN

Jefe del Departamento de Medicina Psicológica INNSZ.
Función de entrevistador calificado, asesoría, discusión y análisis general.

DR. HECTOR ORTEGA SOTO

División de Auxiliares de Diagnóstico. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
Función de asesor, discusión y análisis general.

DR. CARLO CABALLERO

Residente del Departamento de Inmunología y Reumatología INNSZ.
Captación de pacientes con Artritis reumatoide y Lupus.

PSIC. MA. DEL ROSARIO MENDIETA

Psicóloga del Departamento de Medicina Psicológica INNSZ.
Aplicación de Instrumentos y captación de sujetos sanos.

DR. ALDO ANTONIO SUAREZ MENDOZA

Residente de Psiquiatría adscrito al Departamento de Medicina Psicológica INNSZ.

Función de realizar entrevista psiquiátrica y responsable de la investigación en todos sus niveles.

5.2 Recursos Materiales

Se contó con el espacio físico necesario en ambos departamentos para realizar las entrevistas.

Se necesitaron copias fotostáticas de los instrumentos de medición señalados. Su costo estuvo a cargo del equipo de investigación.

Se utilizó la computadora del Departamento para el manejo de la información. Los implementos como diskettes y papel de impresión fueron aportados por el investigador responsable.

6. ETICA

El presente protocolo de investigación fué puesto a consideración, revisado y aprobado por el Comité de Etica del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", con fecha 12 de agosto de 1991 y es consistente con las leyes y costumbres del lugar.

Atendiendo a la recomendación de la Declaración de Helsinki, respecto a los consentimientos firmados por los pacientes, se contó con la hoja de Consentimiento Informado que hace hincapié en la naturaleza voluntaria de la participación en el estudio, los riesgos y beneficios de éste y la total libertad del paciente para participar o no en el estudio, sin que su negativa afectase en nada su atención habitual. Tanto la información de la entrevista psiquiátrica, como los resultados de los instrumentos de medición, fueron tratados de forma estrictamente confidencial y se utilizaron únicamente con fines de investigación. Los pacientes no recibieron ningún tipo de remuneración económica por su participación y su único beneficio fué el de recibir el tratamiento adecuado en aquellos casos que así lo requirieron.

7. RESULTADOS

De los 105 pacientes de la muestra, el 95% correspondió al sexo femenino con una edad promedio de 37 años para toda la población. Treinta y ocho por ciento de los pacientes se encontraban casados, 37% eran solteros, 10% separados, 57% divorciados, 4% viudos y 5% vivían en unión libre. Los tipos raciales identificados correspondieron a mestizo en el 65% de los casos, blancos de origen español en 12% e indígenas en el 11 %. La escolaridad promedio fue de 11 +/- 4.65 años para toda la muestra.

Los datos anteriormente mencionados no mostraron diferencias significativas entre sí, lo cual permitió considerarlos homogéneos sociodemográficamente.

En los pacientes artríticos (AR) el tiempo promedio en años de padecer la enfermedad fué de 8 +/-4.5 años, mientras que en el grupo de pacientes con lupus eritematoso (LES) éste fue de 7 +/- 4.8 años.

Con respecto a la aplicación, de pruebas, no se encontraron diferencias significativas en el inventario para Depresión de Beck (IDB) para los grupos de pacientes AR y LES ($F[2,102] = 1.2, p > 0.46$), cuyos puntajes fueron de 16.08 +/- 9.04 y 13.05 +/- 7.9 respectivamente. Asimismo, sí se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de los pacientes AR y los sujetos control (CON) , ($F[2,102] 5.84, p < 0.00$) con puntajes de 16.08 +/- 9.04 y 8.40 +/- 3.73, respectivamente. De la misma manera, los valores del IDB entre pacientes LES y CON, mostraron diferencias significativas entre sí, ($F[2,102] = 4.54 p < 0.00$) con los puntajes ya antes mencionados.

La comparación de la escala HAD para Depresión (D-HAD) entre los grupos AR y LES, nuevamente mostró que no había diferencias significativas entre estos grupos ($F[1,102] = 1.6, p > 0.16$) y los puntajes obtenidos para AR fueron de 6.2 +/- 3.7 y para LES fueron de 3.5 +/- 2.6. La comparación entre AR y CON mostró diferencias significativas ($F[2,102] = 1.9, p < 0.48$) con puntajes para CON de 3.4 +/- 2.6; en el caso de LES y CON, no se encontraron diferencias en esta prueba ($F[1,102] = 1.2, p > .54$).

En relación con la escala HAD para Ansiedad (A-HAD) no se encontraron diferencias significativas en los 3 grupos ($F[2,102] = .94, p > .60$) y sus valores fueron de 7.57 +/- 3.8 para AR, 6.74 +/- para LES y 6.42 +/- 3.1 para CON.

El coeficiente de correlación simple entre los puntajes de IDB y D-HAD mostró ser alto en el caso de AR: 0.85 que se traduce en un 72%; en LES fué de 0.70 que

explica 50% y en CON de 0.41 que explica el 17%, teniendo valores significativos en los 3 grupos con $p < 0.001$. Este coeficiente también resultó significativo entre la escala HAQ y el IDB en 0.31 con valor de $p < 0.5$.

8. DISCUSION

Los resultados relativos a la validez y reproducibilidad del Inventario de Beck por Torres-Castillo y cols., muestran una sensibilidad y especificidad satisfactorias con un punto de corte de 14.(28) Los coeficientes de correlación reportados por ellos de entre .77 y .89 son semejantes a los encontrados en el presente estudio. La correlación existente entre el IDB y la escala D-HAD mostró un puntaje muy alto (0.85) en el grupo AR, así como en el grupo LES (0.70) e inclusive en CON (0.41), lo cual apoya los hallazgos previos. Llama la atención que los grupos AR y LES mostraron el mismo comportamiento, es decir, no presentaron diferencias significativas en sus puntajes para el IDB y si hubieron diferencias entre estos dos grupos y el grupo control; sin embargo, con la aplicación de D-HAD la similitud entre AR y LES se mantuvo, así como la diferencia significativa entre AR y CON, no siendo así entre LES y CON. Esto, como puede observarse, no concuerda con los hallazgos del IDB. Con una media en el puntaje en el IDB para el grupo AR de 16.08 +/- 9.04 y tomando como punto de corte 14, diez y ocho (51.%) de nuestros pacientes mostraron puntajes por arriba de 14 y estos mismos concordaron con algún diagnóstico de síntomas depresivos con base en los criterios diagnósticos del DSM-III-R. En el caso del grupo LES 13 de ellos (37.1) presentaron puntajes por arriba del punto de corte y 14 de ellos presentaron alguno de los diagnósticos de depresión mencionados, lo cual apoya la sensibilidad y especificidad antes descrita.

En lo referente a la falta de diferencias significativas al aplicar D-HAD entre LES y CON, desconocemos por el momento el motivo de esto y consideramos que debe ser objeto de un más profundo análisis. En A-HAD, los niveles de ansiedad no muestran diferencias entre los 3 grupos y sus promedios y desviaciones estándar no corresponden en todos los casos a diagnósticos de ansiedad.

9. CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En base a los hallazgos previos de validez del IDB, nuestro grupo de pacientes AR muestra una prevalencia de síntomas depresivos que concuerda con estudios previos. (18) Los altos grados de correlación, pueden hacer de este inventario una herramienta útil en la detección de las alteraciones afectivas dentro del ámbito médico no psiquiátrico, como es el caso de la consulta externa de Reumatología. Es de importancia mencionar la carencia de estudios sobre prevalencia de trastornos por ansiedad en este grupo de pacientes, con lo cual se abren nuevas pautas de investigación. La importancia dada a la atención oportuna a este grupo de alteraciones, podrá brindar alivio a la pesada carga con que vive el paciente reumático.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Hickie I: Is there immune dysfunction in depressive disorders?. *Psychological Medicine*, 1990, 20: 755-761.
- (2) Stein M: Stress, depression and the immune system. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1989, 50: 35-40.
- (3) Andreoli A, Taban Ch., Garone G: Stress, dépression et immunité: Nouvelles perspectives de recherche dans le domaine de la Psichoimmunologie, *Annals of Medical Psychology*, 1989, 147, 1:35-41.
- (4) Solomon GF: Emotional and personal factors in the onset and course of autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis. *Psychoimmunology*, pag 159, Academic Press, Nueva York, 1981.
- (5) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R)*, American Psychiatric Association, Editorial Masson, Barcelona, España, 1988.
- (6) Kaplan HI, Sadock BJ: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Fifth edition, Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, U.S.A., 1989.
- (7) Braunwald A, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, (Editores): *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Twelfth Edition, 1990. Editorial McGraw Hill. E.U.A.
- (8) Schulberg HC, Saul M, McClelland M, Ganuli M, Christy W, Frank R: Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42: 1164-1170.
- (9) Weisman MM, Myers JK: Rates and risks of depressive symptoms in an United States urban community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1978, 57: 219-231.
- (10) Katon W, Sullivan M: Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, (6, Suppl), 1990, 51: 3-11.
- (11) Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JD, Elliot TR, Haut AE, Smith E, Atwood C, Brownlee Duffeck M, Kay DR: Depression un Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 1988, 15: 920-925.
- (12) Robins LN, Heltzer JE, Weissman M: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 949-958.

- (13) Barret JE, Barret JA, Oxman TE: The prevalence of psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45: 1100-1106.
- (14) Magni G, Schifano F, De Leo D: Assessment of depression in elderly medical population. *Journal of Affective Disorders*, 1986, 11:121-124.
- (15) Von Korff M, Shapiro S, Burke JD, et al: Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire and practitioner assessment in medical patients. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44: 152-156.
- (16) Anderson KO, Bradley LA, Young LD, McDaniel LK: Rheumatoid Arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 1985, 98: 358-387.
- (17) Mindham RH, Bagshaw A, James SA, Swannell JA: Factors associated with the appearance of psychiatric symptoms in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1981, 25,5:426-435.
- (18) Peck JR, Smith TW, Ward JR, Milano R: Disability and depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 1989, 32:9 1100-1106.
- (19) Meenan RF, Gertman PM, Mason JH: Measuring Health status in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 1980, 23,2:146-152.
- (20) Pincus T, Callahan LF, Bradley LA, Vaughn WK, Wolfe F: Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression and hysteria, in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis and Rheumatism*, 1986, 29: 1456-1466.
- (21) Blalock SJ, DeVellis RF, Brown GK, Wallston KA: Validity for epidemiological studies of depression scales in arthritis populations. *Arthritis and Rheumatism*, 1988, 32,8:991-998.
- (22) Hawley DJ, Wolfe F: Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: A prospective study of 400 patients. *The Journal of Rheumatology*, 1988, 15: 932-941.
- (23) Beck AT, Ward CH, Mendelsson M: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4: 561-571.
- (24) Zigmond AS, Snaith RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67: 361-370.

- (25) Mac Farlane AC, Kalucy RS, Brooks PM: Psychological predictors of disease course in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1987, 31,6: 757-764.
- (26) Emmons CA, Fetting JH, Zonderman AB: A comparison of the symptoms of medical and psychiatric patients matched on the Beck Depression Inventory. *General Hospital Psychiatry*, 1987, 9: 398-404.
- (27) Ramos Brieva JA: La validez predictiva del inventario para depresión de Beck en castellano. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1986, 14,1 :47-50.
- (28) Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto HA: Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 1991, 14, 2:1-6.
- (29) Kouks J, Hayne C, Smith J: Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, 177, 8: 112-117.
- (30) Von Ammon CS: Depression in the hospitalized inpatient with various medical illnesses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1986, 45:97-104.