



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO



**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92”**

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

PRESENTA

M.C. JORGE ARTURO GUZMÁN FERNÁNDEZ

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN

R-2022-1401-035

ASESORES

**M EN EDUC. OLIVIA REYES JIMÉNEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COORDINADORA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92**

**M. E. EN MF. LUIS ENRIQUE VAZCONCELOS ARZOLA ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

ESTADO DE MÉXICO



2022

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92”**

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

PRESENTA

JORGE ARTURO GUZMÁN FERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES



**DELEG. DEL ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD**

**E. EN EDUCACIÓN PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**

**M. EN MF. RODRIGO RAMÍREZ VALDEZ
DIRECTOR DE LA UMF 92 CIUDAD AZTECA
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**

**M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**

ESTADO DE MÉXICO



2022


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

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92”**

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

**PRESENTA
JORGE ARTURO GUZMÁN FERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES



**E. EN MF. MIREYA PÉREZ PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 92 CIUDAD AZTECA**



**E. EN MF. LUIS ENRIQUE VAZCONCELOS ARZOLA
ASESOR DE TESIS
UMF 92 CIUDAD AZTECA**

**M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 92 CIUDAD AZTECA**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92”**

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

**PRESENTA
JORGE ARTURO GUZMÁN FERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM**



**DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM**





Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401,
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONSOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CET 001 2017022

FECHA Martes, 28 de Junio de 2022

M.E. Luis Enrique Vazconcelos Arzola

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF_92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1401-035

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92”**

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.-RESUMEN ESTRUCTURADO	8
2.-MARCO TEÓRICO	10
3.-JUSTIFICACIÓN	17
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5.-OBJETIVOS.....	21
6.-HIPÓTESIS	22
7.-MATERIAL Y MÉTODOS	23
8.-DISEÑO DE ESTUDIO	23
9.-UNIVERSO DE TRABAJO	24
10.-CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
11.-TAMAÑO DE MUESTRA	25
12.-TÉCNICA DE MUESTREO	25
13.-VARIABLES	26
14.-DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO	27
15.-INSTRUMENTOS	30
16.-ANÁLISIS DE DATOS	32
17.-CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
18.-RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	41
19.-CRONOGRAMA DE GANTT	42
20.-RESULTADOS	43
21.-DISCUSIÓN	53
22.-CONCLUSIÓN	55
23.-RECOMENDACIONES	57
24.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
25.-ANEXO 1	66
26.-ANEXO 2	69
27.-ANEXO 3	70
28.-ANEXO 4	71
29.-ANEXO 5	72

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92

AUTORES: GUZMÁN F.J. VAZCONCELOS A.L.

ANTECEDENTES: En las enfermedades crónico-inflamatorias existe un incremento en marcadores de inflamación (difíciles de medir y de alto costo) y fenómenos autoinmunitarios. Estas sustancias llamadas citocinas, dan como resultado una serie de manifestaciones importantes. Los síntomas de depresión; frecuente en este grupo de población, pueden aumentar la actividad de la enfermedad y como consecuencia modificar la capacidad funcional de derechohabiente.

OBJETIVO: Determinar la capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, donde se incluyeron adultos mayores con diagnóstico de Artritis Reumatoide, durante el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022. Se solicitó carta de consentimiento informado, y se evaluaron a los participantes mediante el cuestionario de Geriatric Depression Scale GDS, herramienta con alta fiabilidad y validez de 0.87 para el diagnóstico de síntomas depresivos. Se hizo correlación con la aplicación del cuestionario Health Assessment Questionnaire, (HAQ-DI), para medir la capacidad funcional en sujetos con artritis reumatoide en la última semana. Se realizó estadística descriptiva con tablas y graficas de frecuencias para variables cualitativas. La información fue capturada en hoja de cálculo y analizada con el programa estadístico SPSS, todas las pruebas de hipótesis se realizaron con una significancia de $P < 0.05$, para finalmente conocer si existe la presencia de síntomas depresivos e identificar su capacidad funcional.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Dos cuestionarios, hoja de recolección de datos, tríptico impreso, tabla sujeta papel, plumas y bolígrafos, careta, gel antibacterial, cubrebocas. Equipo de cómputo portátil, paquetería de Microsoft office. Todos los gastos serán solventados por el investigador.

EXPERIENCIA DE GRUPO: Todos los investigadores tienen amplia experiencia en la práctica clínica y en la investigación médica para realizar la presente investigación con los criterios de ética y bioseguridad.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ARTRITIS REUMATOIDE, CAPACIDAD FUNCIONAL.

STRUCTURED SUMMARY

FUNCTIONAL IMPAIRMENT AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN RIGHT-EMPLOYED PEOPLE OVER 60 YEARS OF AGE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS UMF 92

AUTHORS: GUZMÁN F.J. VAZCONCELOS A.L.

BACKGROUND: In chronic-inflammatory diseases there is an increase in markers of inflammation (difficult to measure and expensive) and autoimmune phenomena. These substances, called cytokines, result in a number of important manifestations. Symptoms of depression; frequent in this population group, they can increase the activity of the disease and as a consequence a variability o functional capacity.

OBJECTIVE: To determine the functional impairment and depressive symptoms in beneficiaries older than 60 years with rheumatoid arthritis of the UMF 92.

MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional, descriptive, observational and prospective study was carried out, which included older adults diagnosed with Rheumatoid Arthritis, during the period from July 1, 2022 to August 30, 2022. A letter of informed consent was requested, and the evaluations were carried out. to the participants through the Geriatric Depression Scale GDS questionnaire, a tool with high reliability and validity of 0.87 for the diagnosis of depressive symptoms. Correlation was made with the application of the Health Assessment Questionnaire (HAQ-DI) to measure functional capacity in subjects with rheumatoid arthritis in the last week. Descriptive statistics were performed with tables and frequency graphs for qualitative variables. The information was captured in a spreadsheet and analyzed with the SPSS statistical program, all the hypothesis tests were carried out with a significance of $P < 0.05$, to finally know if the presence of depressive symptoms exists and identify its functional capacity.

RESOURCES AND INFRASTRUCTURE: Two questionnaires, data collection sheet, printed brochure, clipboard, pens, face mask, antibacterial gel, face mask. Portable computer equipment, Microsoft office package. All expenses will be covered by the researcher.

GROUP EXPERIENCE: All researchers have extensive experience in clinical practice and medical research to carry out this research with ethical and biosafety criteria.

KEY WORDS: DEPRESSION, RHEUMATOID ARTHRITIS, FUNCTIONAL IMPAIRMENT.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CAPACIDAD FUNCIONAL

2.1.1 CONCEPTO

La capacidad funcional suele evaluarse a través del grado de autonomía que se posee para realizar una serie de actividades cotidianas relacionadas con el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria. ⁽¹⁾

Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades, clasificándose en distintos grados, de acuerdo a su limitación en que se esperaría la ejecución de la actividad por una persona sin alteración de la salud. ⁽²⁾

Aunque con el incremento de la edad se produce un declinar del estado funcional y en la salud, las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, presentando una amplia gama de estados de salud y de función. La salud en la vejez es un proceso acumulativo que dependerá también, en gran medida, de su estilo de vida y comportamiento. La edad cronológica es un factor de riesgo no modificable, pero no es sinónimo de enfermedad, ni de discapacidad ni dependencia. Sin embargo, mantener una buena capacidad funcional va a suponer un componente crucial del éxito del envejecimiento y va a estar condicionada por distintos factores. ⁽³⁾

Actualmente, el Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI), es el índice de elección que más se utiliza en México para determinar la capacidad funcional de los derechohabientes con Artritis Reumatoide y su relación con estilo de vida, vivienda, empleo y situación económica. En su versión original consta de cinco dimensiones que evalúan discapacidad, dolor, eventos adversos, costos y mortalidad, constituyendo uno de los cuestionarios más extensos y difíciles de calcular que se ha utilizado sólo en la investigación clínica. En su traducción al español se conforma de 20 preguntas sobre las actividades de la vida diaria que evalúan movimientos finos de miembros superiores e inferiores, divididos en nueve categorías que incluyen vestimenta, alimentación, levantarse, caminar, higiene, alcanzar, agarrar objetos, arreglarse, entre otras actividades de la vida diaria. Éstas son evaluadas con cuatro opciones de respuesta que van desde «sin dificultad» hasta «imposibilidad o incapacidad para realizarlo», obteniendo un valor cuantificado de 0 a 3. Para el cálculo del puntaje global del cuestionario se toma el puntaje mayor como representativo de cada uno de los nueve subgrupos, se suman todos los parciales y se dividen entre nueve para al final obtener estratos o grados de discapacidad funcional como leve (0.1-1.0), moderado (1.1-2.0), severo (> 2.1) o sin discapacidad. ⁽⁴⁾

2.2.1 SÍNTOMAS DEPRESIVOS

La depresión es una enfermedad o trastorno mental frecuente en el mundo, afectando a más de 450 millones de personas, siendo la segunda causa de discapacidad funcional social y laboral en el mundo, después de la lumbociática. ⁽⁵⁾

Los criterios diagnósticos de la Depresión según la última edición DSM 5 se caracteriza por: Cinco (o más) de los siguientes síntomas, presentes durante dos semanas. El estado de ánimo deprimido caracterizado por: tristeza, vacío, desesperanza, irritable. Disminución del interés en sus actividades. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso con cambios en el apetito. Agitación o retraso psicomotor (inquietud o fatiga con pérdida de la energía). Sentimiento de culpa o inutilidad. Dificultad para pensar o concentrarse. Pensamientos de muerte recurrente e ideación suicida. ⁽⁶⁾

En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en los hombres es de 2.5%. ⁽⁷⁾

2.2.2 CUADRO CLÍNICO

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; llegando a la cronicidad y recurrencia. ⁽⁸⁾ Cuando realmente se padece un trastorno depresivo, es frecuente no tener un desempeño normal en las actividades cotidianas. Prevalece baja autoestima, pérdida de la confianza, impotencia, ideación suicida y de autolesión. ⁽⁹⁾

2.1.3 FACTORES PREDISPONENTES

Entre los factores psicosociales de riesgo para la depresión se encuentran: necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar y presencia de ansiedad y hostilidad. ⁽¹⁰⁾

Como factor genético se encuentran 200 genes relacionados con la depresión. Dentro de los factores biológicos, alteraciones a nivel de neurotransmisores, citocinas y hormonas, que inducen modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, inmunológico y endocrino. ⁽¹¹⁾

2.1.4 DEPRESIÓN Y ENVEJECIMIENTO

La asociación entre envejecimiento y depresión ha despertado gran interés en las pasadas décadas. En todo el mundo se han llevado a cabo estudios de prevalencia de tipo poblacional. Sin embargo, ha resultado difícil interpretar los resultados de estas investigaciones debido a la existencia de diferentes metodologías entre los investigadores.

(12)

Calderón et al, en su estudio de revisión de 17 años identifica que “La depresión y la demencia son las enfermedades neuro-psiquiátricas de mayor prevalencia en el adulto mayor. En la depresión de este tipo de población influyen factores biológicos y sociales que son modificables. En una revisión de la bibliografía desde el año 2000 con el objetivo de contribuir al conocimiento de la epidemiología de la depresión del adulto mayor. Se encontró que la prevalencia varía según la localidad, país y también según la herramienta utilizada para el diagnóstico. De la exposición de los factores de riesgo se desprende que la familia, la sociedad y el estado deben emprender acciones específicas para paliar especialmente los factores modificables como el apoyo social y la capacidad funcional de los ancianos”.

(13)

2.1.5 ESCALA YESAVAGE

La Escala de depresión geriátrica (GDS) es una medida de autoinforme de la depresión en adultos mayores. Los usuarios responden en un formato de "Sí/No". El GDS se desarrolló como un instrumento de 30 ítems, teniendo una versión reducida de 15 ítems publicada en el año de 1986. Este formulario se puede completar en aproximadamente 5 a 7 minutos, por lo que es ideal para las personas que se fatigan con facilidad o tienen una capacidad limitada para concentrarse durante períodos de tiempo más prolongados. (14)

2.2 ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento del ser humano forma parte del ciclo biológico natural. Envejecer con calidad es una necesidad cada vez mayor en el entorno familiar y social. Por lo tanto, es prioritaria la investigación enfocada a evaluar el estado de salud biopsicosocial que guardan los adultos mayores. En México, la Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997) considera adulto mayor a la persona de 60 años o más. (15)

El envejecimiento poblacional es reconocido ya como uno de los grandes temas nacionales. Para abordarlo y construir las políticas públicas que exigen tanto el panorama actual como el que se vislumbra para las próximas décadas, la información basal es indispensable. En 15 años, la población de 60 años y más aumentará 50 por ciento en términos relativos, pasando del 10 por ciento en 2015 al 15 por ciento en 2030. El grupo que más crecerá será el de 85 años y más. La vejez dura ya más que la infancia, y en México las personas con 60 y más años de edad son más numerosas que los infantes menores de 5. El cambio demográfico afecta a todos los estratos de la sociedad mexicana ⁽¹⁶⁾

2.3 ARTRITIS REUMATOIDE

2.3.1 CONCEPTO

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune caracterizada por la inflamación crónica de las articulaciones a causa de la hiperplasia de la membrana sinovial, con la presencia de células del sistema autoinmune secretoras de citocinas proinflamatorias que destruyen el cartílago y el hueso circundante. ⁽¹⁷⁾

2.3.2 CUADRO CLINICO

Los derechohabientes presentan dolor constante, discapacidad funcional, fatiga, depresión y la incapacidad de realizar tareas cotidianas. Afecta sobre todo a las articulaciones diartrodiales: con una cavidad sinovial y un amplio rango de movimiento.

2.3.3 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de la artritis reumatoide a nivel mundial varía entre 0.3 y 1%, acaparando 41 de cada 100,000 consultas. ⁽¹⁸⁾

La artritis reumatoide en México afecta aproximadamente el 0.5% de la población, más frecuente en mujeres a razón de 7:1. Ocurriendo a cualquier edad con un pico entre los 30 y 60 años, con una media a los 41.5 años.

Son factores de riesgo: sexo femenino, antecedentes familiares de artritis reumatoide, edad avanzada, exposición a los silicatos y tabaquismo. ⁽¹⁹⁾

2.3.4 FISIOPATOLOGÍA

Es una respuesta inmunitaria anómala que deriva en inflamación sinovial y destrucción articular; por la activación de los linfocitos T CD4, la liberación local de mediadores

inflamatorios y citocinas que destruyen las articulaciones, y la creación de anticuerpos contra autoantígenos específicos de las articulaciones. ⁽²⁰⁾

La sinovial inflamada contiene células T y macrófagos que producen citoquinas proinflamatorias, factor de necrosis tumoral alfa, interleucinas 1, 6, 17, cuyo efecto es la destrucción del cartílago y el hueso subyacente. En la sinovial el factor de necrosis tumoral alfa y la interleucina 1, perpetúan la inflamación en la artritis reumatoide. Los fibroblastos sinoviales producen citocinas, quimiocinas, metaloproteinasas, que median el proceso inflamatorio crónico y catalizan la destrucción articular. ⁽²¹⁾

2.3.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se realiza el diagnóstico de artritis reumatoide con los nuevos criterios del colegio americano contra el reumatismo con puntuación ≥ 6 .: Afectación articular: 1 articulación grande 0 puntos, 2-10 grandes 1 punto, 1-3 pequeñas 2 puntos, 4-10 son 3 puntos, > 10 son 5 puntos. Serología: Factor reumatoide y anticuerpos negativos 0 puntos, positivos bajos (< 3 VN) 2 puntos, positivos alto (> 3 VN) 3 puntos. Reactantes de fase aguda: VSG y PCR normales 0 puntos, elevadas 1 punto. Duración: <6 semanas 0 puntos, ≥ 6 semanas 1 punto. ⁽²²⁾

2.3.6 TRATAMIENTO

En la monoterapia secuencial, se inicia con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, como el metotrexato. Si hay respuesta insuficiente o nula, se cambian a sulfasalazina. Los inhibidores de factor de necrosis tumoral (Infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept) muestran una eficacia sustancial en combinación con el metotrexato, ya que proporcionan beneficios y mejoras rápidas en el derechohabiente. ⁽²³⁾

2.4 DEPRESIÓN Y ARTRITIS REUMATOIDE

La coexistencia de trastornos de salud mental en la artritis es conocida desde hace varios años, apareciendo la depresión con tasas variables que van del 14 al 48%, es decir más depresión en derechohabientes con artritis reumatoide” Para Erazo R (2020)”. ⁽²⁴⁾

La mayoría de los estudios que han analizado la comorbilidad entre la artritis y depresión muestran una relación bidireccional desde la artritis reumatoide a la depresión y viceversa entre ambas, pudiendo la depresión también predecir la aparición de artritis reumatoide. ^(25,26)

Se ha postulado el papel del proceso inflamatorio en la patogenia de la depresión, siendo algunas de la interleucina 1 β y 6, factor de necrosis tumoral alfa encargadas de modular los procesos del sistema nervioso relacionados con alteraciones afectivas, emocionales y sociales en los sujetos con depresión. ⁽²⁷⁾

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria caracterizada por un aumento de las citoquinas. Estas citoquinas se encuentran también aumentadas en sangre en derechohabientes con depresión. ⁽²⁸⁾

Las investigaciones de los últimos años han confirmado que los trastornos depresivos, en ausencia de comorbilidad somática, están relacionados con un aumento de muchas citocinas proinflamatorias, incluyendo principalmente el factor de necrosis tumoral alfa y las interleucinas. ⁽²⁹⁾

Los síntomas de depresión se desarrollaron en derechohabientes tratados con citocinas y el nivel de citocinas inflamatorias disminuyó en derechohabientes deprimidos después del tratamiento antidepresivo. Entre estos estudios, siendo la interleucina 1 β , 6 y el factor de necrosis tumoral alfa las citocinas más encontradas. ^(30,31)

La depresión clínica es frecuente en derechohabientes con dolor crónico persistente, el dolor es el síntoma físico más común en derechohabientes con depresión y un motivo de consulta muy frecuente. El dolor y la depresión se encuentran frecuentemente relacionados y muchos estudios han descrito que comparten mecanismos neuroquímicos comunes ^(32,33)

La comorbilidad entre depresión y artritis es importante, ya que los síntomas depresivos reducen las tasas de remisión sintomática de la artritis reumatoide, la existencia de depresión asociada con artritis conlleva un impacto negativo agregando una mayor discapacidad al derechohabiente. Otro efecto negativo es la reducción en la adherencia al tratamiento de los derechohabientes con artritis con una reducción de éxito terapéutico del 30%. ⁽³⁴⁾

El estudio poblacional y retroactivo obtuvo la información del Proyecto Epidemiológico de Rochester, que es una base de datos con expedientes médicos, y examinó los cuestionarios de 586 derechohabientes con artritis reumatoide y de 531 personas sin la enfermedad. La prevalencia de alteraciones en la capacidad funcional fue más del doble en las personas con artritis reumatoide que en las que no tenían la enfermedad. En la mayoría de los grupos etarios, la prevalencia de alteraciones en la capacidad funcional de los derechohabientes con artritis reumatoide fue de 15% en comparación con las personas sin la enfermedad. ⁽³⁵⁾

2.5 ARTRITIS EN EL ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Se ha descrito que hasta en el 10-20% de derechohabientes con Artritis reumatoide, el inicio de la enfermedad se produce después de los 60 años, con una proporción inversa de prevalencia de mujeres a hombres en comparación con los derechohabientes jóvenes.

⁽³⁶⁾ La enfermedad causa dolor y limita el rendimiento físico. Los derechohabientes con artritis reumatoide experimentan una capacidad funcional modificada y exacerbación de las comorbilidades relacionadas con la AR. Aparte de los síntomas somáticos y las limitaciones físicas, la enfermedad se acompaña de fatiga crónica y bajo estado de ánimo. ⁽³⁷⁾ La capacidad funcional asociada con la artritis puede tener consecuencias psicológicas negativas, desde tristeza, pasando por síntomas depresivos, hasta depresión, incluida la depresión clínica. ⁽³⁸⁾

Petterson y cols refieren que poblaciones con artritis reumatoide con una edad media de 60 años, con patrones consistentes indicaron que una peor percepción de la salud (OR de 1,68 a 18,40), más dolor (OR de 1,38 a 5,04), ansiedad/depresión (OR de 0,85 a 6,19) y limitación de la actividad (OR de 1,43 a 7,39) se asociaron con una fatiga más intensa de los derechohabientes. ⁽³⁹⁾

En la literatura sobre el tema, la duración de la enfermedad artrítica crónica a menudo se considera un determinante significativo de la calidad de vida. Estudios cuyos autores analizan asociaciones entre la duración de la enfermedad y los mecanismos psicosociales que determinan la calidad de vida indican que, a mayor duración de la enfermedad, existe mejoría al respecto, siempre que se implementen mecanismos adecuados de enfrentamiento de la enfermedad. ⁽⁴⁰⁾

Sin embargo, también hay estudios que muestran que una mayor duración de la enfermedad reduce significativamente la calidad de vida. En consecuencia, en el caso de la Artritis reumatoide, una mayor duración de la enfermedad puede estar asociada con un mayor desánimo con la vida y el tratamiento a largo plazo, fatiga relacionada con las visitas frecuentes a las instalaciones médicas o una capacidad funcional modificada en el curso de la inflamación progresiva, lo que a su vez resulta en problemas de salud mental aún mayores en el área de estrés, depresión y desánimo. ⁽⁴¹⁻⁴³⁾

3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónico inflamatorias en reumatología, en especial la artritis reumatoide, se distingue por un fenómeno importante de alteraciones inflamatorias y auto inmunitarias, que dan como resultado un cuadro clínico muy variado de manifestaciones. Una manifestación poco estudiada es la depresión. ⁽²⁴⁾

La depresión dará como resultado afección de las relaciones interpersonales, afección de la funcionalidad y calidad de vida del derechohabiente y pensamientos suicidas, así como en casos graves suicidio. ⁽⁴⁴⁾

La depresión es un problema importante en el derechohabiente con artritis reumatoide porque, según se informa, puede disminuir la respuesta al tratamiento o exacerbar el dolor y la actividad de la enfermedad. Además, la depresión contribuye a tasas de mortalidad más altas y mayores costos de atención médica. ⁽³⁷⁾

Debido a que esta asociación entre depresión y enfermedades crónico-inflamatorias (incluyendo su capacidad funcional alterada) no es un tema ampliamente estudiado, resulta relevante este estudio, para mejorar el entendimiento y el apoyo integral a este tipo de derechohabientes que se presentan de manera frecuente en la consulta en el primer nivel de atención. ⁽³⁴⁾

La importancia en México va enfocada en que la artritis reumatoide constituye un problema de salud pública con una prevalencia del 1.6% de la población, siendo incapacitante al igual que la depresión, afectando a gran porcentaje de la población productiva, lo que tiene como consecuencias el incremento en el uso de los servicios de salud y el presupuesto destinado de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estimando el costo por médico anual a nivel mundial en la atención de artritis de \$5,944 USD y en México es de \$2,334 USD. Con un gasto del derechohabiente en México, de \$610 USD anuales. ⁽¹⁸⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

4.1 TRASCENDENCIA

Los datos obtenidos servirán para formar estrategias para la capacitación y manejo en de derechohabientes, por parte de los médicos de la UMF, delegación oriente y el instituto mexicano del seguro social.

Los derechohabientes adultos mayores son más propensos a estar deprimidos y tienen peores resultados de salud. Los derechohabientes con artritis reumatoide y mayores de 60 años, tienden a sufrir mayor grado capacidad funcional alterada, actividad de la enfermedad, síntomas depresivos, y las tasas de mortalidad más altas. ⁽¹⁸⁾

La relación entre la depresión y la artritis frecuentemente puede convertirse en un círculo vicioso. El aumento de la actividad de la enfermedad, al mismo tiempo aumenta los síntomas depresivos y viceversa, haciendo que la terapia sea más difícil, es por ello que este estudio tendrá una importante trascendencia para nuestros derechohabientes de la UMF 92, pues nos permitirá emplear acciones oportunas al diagnosticar tempranamente la coexistencia de depresión con artritis y así atender los síntomas depresivos, evitando una mayor actividad reumatológica y mejorar la calidad de vida de las personas, disminuyendo su discapacidad física. ⁽³⁴⁾

La presencia de depresión se asocia a mayores costos directos e indirectos y mortalidad, menor probabilidad de alcanzar la remisión y menor sobrevida del tratamiento con agentes biológicos. Por estas razones y con el objetivo de optimizar el control de la enfermedad y mejorar su pronóstico, es sumamente necesario identificar la presencia de síntomas depresivos. ⁽⁴³⁾

El derechohabiente al mejorar su funcionalidad, le permitirá ser más independiente y tener mayor control de su padecimiento, disminuyendo el número de medicamentos tomados por el adulto mayor y logrando una atenuación de los síntomas de la enfermedad. De esta manera la institución ahorrará gastos en medicamentos y atención médica, puesto que disminuirá la demanda de consulta secundaria a dolor y limitación funcional que la artritis reumatoide condiciona. ⁽⁴⁵⁾

4.2 MAGNITUD, FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN

La incidencia de artritis reumatoide es variable siendo más frecuente en mujeres con un 10% y del 6% en varones. ⁽¹⁹⁾

La estimación de la prevalencia de síntomas depresivos en la artritis reumatoide oscila entre 14 al 48%. ⁽²⁴⁾

De acuerdo a Maldonado G. et. al (2017) en un estudio de reumatología realizado en Colombia, se incluía a 184 derechohabientes, donde 42.9% de los derechohabientes presentaron depresión, el 24.5% tenía depresión leve; 9.8% moderada, 7.1% moderada-grave y el 1.6% grave. Se encontró que la asociación entre depresión con HAQ-DI, el 27.0% presentaba algún grado de discapacidad funcional y el 1.6% discapacidad grave. ⁽⁵⁵⁾

La Dra. Medina Mora en su artículo sobre la prevalencia de trastornos mentales, mencionó que 6 de cada 20 mexicanos presentaba un trastorno mental, correspondiendo al 28,6% de la población mexicana ⁽⁴⁵⁾. En 2016 el INEGI registró a la depresión como la tercera causa de morbilidad dentro de los trastornos mentales en derechohabientes adultos mayores de 60 años egresados de instituciones públicas; notando una mayor prevalencia en mujeres (16,8 %) en comparación con 7,5% en hombres. ⁽⁴⁶⁾

Los derechohabientes con este tipo de enfermedades van a tener diferentes tipos de grado de actividad de la enfermedad y ello va a repercutir de manera considerable en su funcionalidad y calidad de vida; si con ello agregamos un estado depresivo los derechohabientes tendrán mayor grado de desapego a tratamiento, trastornos afectivos, que repercuten también en este aspecto. ⁽³⁶⁾

En concreto, los derechohabientes con artritis reumatoide y depresión han aumentado la utilización de servicios de salud, el conocimiento de este estudio ayudará al gremio médico a identificar la capacidad funcional, logrando mayores probabilidades de éxito en la evolución de los derechohabientes. Es por esto que el personal médico y aquellos que inician la atención, valoración y dan tratamiento a los derechohabientes con artritis reumatoide, consideren la posibilidad de depresión y se traten ambas patologías en conjunto. ⁽³³⁾

De igual forma el derechohabiente podrá reconocer la coexistencia de estas dos patologías, reconociendo su sintomatología y acudir de manera oportuna a los servicios de salud, para su atención integral, alcanzando un estado de salud más pleno, sintiéndose funcional y capaz de realizar sus actividades de la vida cotidiana, mejorando su círculo social y familiar.

48)

4.3 VULNERABILIDAD

La percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor persistente causan depresión y ansiedad en los derechohabientes y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del derechohabiente adulto mayor.

Siendo estos derechohabientes considerados como vulnerables, por su condición física o por lo complicado de sus enfermedades, que en ocasiones se tornan complejas por el entorno socioeconómico, donde en múltiples ocasiones el nivel de educación de los mismos es bajo y no cuentan con la información médica adecuada de su padecimiento, volviéndose "derechohabientes frágiles" que no cumplen con un tratamiento integral, mereciendo una atención especial por parte del médico familiar y del equipo de salud de atención primaria. Si tomamos en cuenta los cambios psicológicos que conlleva la enfermedad, el influir en cambios de estilos de vida nos permitirían una mejor adaptación y afrontamiento del derechohabiente con su enfermedad.

Hay determinados factores que limitan la realización del estudio, siendo la principal causa la pandemia mundial en la que nos encontramos, el Estado de México y Ciudad de México se consideran zonas de alerta epidemiológica en semáforo amarillo al momento, sin embargo, un repunte o nueva ola de casos positivos para SARS COV 2, propiciarían un cambio de semaforización, no permitiendo la aplicación de encuestas e instrumentos de evaluación. El aumento en el riesgo de contagio, condiciona que los derechohabientes no acudan de manera mensual a su control mensual de enfermedades crónicas, limitando el número de muestra, lo que disminuye la validez de este estudio.

4.4 FACTIBILIDAD

Enfermedades como la artritis reumatoide presentan un desafío a la salud pública porque originan elevados costos por atención médica, deterioro de la calidad de vida y altas tasas de capacidad funcional alterada. Además de los costos directos que se originan por consulta médica, también se generan elevados costos indirectos por productividad perdida. Es indispensable que la Salud Pública muestre atención a la relación entre la depresión y las enfermedades crónico degenerativas, observar que estas entidades no sólo afectan al derechohabiente y a su familia, sino a la sociedad en su conjunto.

En este grupo de derechohabientes, además del tratamiento farmacológico estrechamente vigilado por el personal de salud, se deben de implementar otras medidas terapéuticas. Teniendo en cuenta su diagnóstico, los médicos familiares deben proporcionar una intervención psicoeducativa como una estrategia de atención integral de salud. En la

atención se debe indagar en que cuenten con una adecuada red de apoyo, donde su círculo familiar sea adecuado para poder lograr un adecuado cumplimiento en el apego terapéutico y crear un entorno psicosocial adecuado para su adecuada estabilidad emocional.

Nuestro estudio es factible de realizar, a pesar de ser prospectivo y adquirir la información directamente del derechohabiente, la unidad cuenta con una gran cantidad de sujetos con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden mensualmente a su control. El tiempo de aplicación de las encuestas, así como la fácil realización de las mismas, nos garantizan una información confiable de lo que se busca estudiar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante esta problemática de salud surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92?

5. OBJETIVO DE ESTUDIO

Objetivo general: Determinar la capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

Objetivos específicos:

- Inferir la capacidad funcional por medio de la escala Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI), Índice de discapacidad, en derechohabientes adultos mayores con artritis reumatoide de la UMF_92.
- Identificar los síntomas depresivos por medio del cuestionario ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA (GDS), en derechohabientes adultos mayores con artritis reumatoide de la UMF 92.
- Describir las variables sociodemográficas (Edad, escolaridad, género, estado civil, ocupación), en derechohabientes adultos mayores con artritis reumatoide de la UMF 92.

6. HIPÓTESIS

H1: La capacidad funcional se verá alterada ante la presencia de síntomas depresivos en un 28.6% ⁽⁵⁵⁾ en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

HO: La capacidad funcional no se verá alterada ante la presencia de síntomas depresivos en un 28.6% ⁽⁵⁵⁾ en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo, donde se incluyeron derechohabientes que cumplieran con criterios del Colegio Americano de Reumatología para artritis reumatoide, durante el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022. Se solicitó carta de consentimiento informado y se realizó la aplicación del cuestionario Health Assessment Questionnaire, (HAQ-DI) en su versión española para medir la capacidad funcional además del cuestionario Geriatric Depression Scale (GDS). Se realizó estadística descriptiva con tablas y graficas de frecuencias para variables cualitativas. Posteriormente toda la información fue capturada en una hoja de cálculo y se analizó con el programa estadístico SPSS, para finalmente conocer si existía diferencias entre síntomas de depresión y su capacidad funcional que presenta el derechohabiente.

8. DISEÑO DEL ESTUDIO.

- Descriptivo: Pues se centra en la recolección de datos, severidad de los síntomas depresivos como factor de riesgo asociado a la alteración de la capacidad funcional en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92.
- Observacional. Ya que no realizaremos intervención que modifique las variables de estudio (síntomas de depresión y discapacidad funcional).
- Prospectivo: Se realizará un estudio prospectivo porque la información se registrará conforme se van aplicando las encuestas para medir las variables de depresión y discapacidad funcional.
- Transversal: Sólo en una ocasión se aplicarán los instrumentos de medición (Cuestionario Health Assessment Questionnaire que evalúa la discapacidad funcional y Geriatric Depression Scale el cual reporta síntomas depresivos) para establecer la relación entre las variables.

LUGAR O SITIO DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la consulta externa y pasillos de la Unidad de Medicina Familiar N. 92, con todas las medidas sanitarias. Es una unidad de atención de primer nivel, localizada en Avenida Central S/N, Laderos del Peñón, Código Postal 55140, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Derechohabientes mayores de 60 años con diagnóstico de Artritis reumatoide de la consulta externa del servicio de la UMF 92 IMSS, Ecatepec, Estado de México. Derechohabientes de la misma unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una población de 217 personas, siendo 183 mujeres y 34 hombres, atendidos y con diagnóstico registrado en Simf, durante el año 2021, de acuerdo a los datos obtenidos del Área de información médica y archivo clínico (ARIMAC).

9. CRITERIOS DEL ESTUDIO

Criterios de Inclusión:

- Con diagnóstico establecido de Artritis reumatoide registrado en expediente electrónico y plataforma Simf, adscritos a la UMF 92.
- De 60 y más años de edad adscritos en la UMF 92.
- Que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- Valorados en su consultorio de la UMF 92 durante el año 2021.

Criterios de exclusión:

- Que padezcan Alzheimer, secuelas por Evento Vascular Cerebral, demencia crónica, u otro padecimiento que comprometa el responder los cuestionarios.
- Con enfermedades en estadios avanzados (insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática, cáncer, entre otros).
- Que ya cuenten con un diagnóstico de depresión y/o estén en tratamiento farmacológico y terapéutico por dicha causa.

Criterios de eliminación:

- Que deseen retirarse del estudio en cualquier momento.
- Que no hayan contestado adecuadamente los instrumentos de medición.

10. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue calculado, utilizando la fórmula de población finita y una proporción, en personas con artritis reumatoide.

La población de derechohabientes con AR adultos mayores en 2021 en la unidad fue de 217 derechohabientes. Se calculó el tamaño de la muestra con una confianza del 95%. Se consideró una prevalencia de síntomas de depresión entre los casos con artritis de 14% según Erazo.

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

N = total de la población	217
p = proporción esperada de prevalencia	14 ⁽²⁴⁾
Z _a = 1.96 ² (seguridad del 95%)	3.84
q = 1 – p	0.86
d = precisión (5% = 0.05)	0.001

217	*	3.84	*	0.14	*	0.86		100
0.001	*	216	+	3.84	*	0.14	*	0.68

Muestra Total 147.9

11. TÉCNICA DE MUESTREO

Para el desarrollo de esta investigación se llevó a cabo un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que el investigador eligió de acuerdo a la lista de citados en cada consultorio, en el cual se entrevistó a los sujetos que decidieron participar, firmando consentimiento informado y que acudían de manera voluntaria a la consulta y atención medica dentro de la UMF 92. Además, debieron de contar con el diagnóstico ya establecido de artritis reumatoide.

12. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
Capacidad funcional	Grado de autonomía que se posee para realizar una serie de actividades cotidianas relacionadas con el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria. ⁽¹⁾	Indice HAQ es un instrumento válido para medir la capacidad funcional en los derechohabientes con artritis reumatoide, cuenta con un alfa de Cronbach de 0 95; evalúa 8 items identificando la dificultad con la que realiza esa actividad. 0-Sin dificultad, 1-con dificultad 2-con mucha dificultad 3-incapaz de hacerlo. 0 capacidad funcional normal. 0.1 a 0.9 leve, 1-1.9 moderada, 2-3 Severa ⁽⁴⁰⁾	Cualitativa	Ordinal	Capacidad funcional 1.- Normal. 2.- Levemente alterada. 3.- Moderadamente alterada. 4.-Severamente alterada.
Síntomas depresivos	Síntomas del Trastorno que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima. ⁽⁴⁾	Cuestionario GDS compuesto por 15 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva; normal, sin síntomas-0-4; depresivos leves- 5-8; depresivos moderados-9-11; depresivos graves- 12-15. ⁽¹⁴⁾	Cualitativa	Ordinal	1.-Sin síntomas de depresión. 2.- síntomas de depresión leve. 3.- síntomas de depresión moderada. 3.-síntomas de depresión grave.
Edad	Tiempo que ha vivido en número de años una persona ⁽⁴⁷⁾	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la	Cuantitativa	Discreta	Años

		persona hasta el momento del estudio			
Escolaridad	f. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ⁽⁴⁷⁾	Máximo nivel educativo alcanzado por la derechohabiente, se anexará en la hoja de recolección de datos.	Cualitativa	Ordinal	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Postgrado
Género	m. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ⁽⁴⁷⁾	conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Cualitativa	Nominal dicotómica	-Masculino -Femenino
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. ⁽⁴⁷⁾	Se interrogará al sujeto su estado civil al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	-Soltero -Unión libre -Casado -Divorciado -Viudo
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio. ⁽⁴⁷⁾	Se interroga directamente al sujeto al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	-Hogar -Empleado -Desempleado -Pensionado/Jubilado

13. DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

13.1 PROCEDIMIENTOS

Se comenzó el estudio realizando búsqueda de información en múltiples referencias bibliográficas actualizadas. Se realizará registro en la plataforma SIRELCIS y se sometió a evaluación por el Comité de Investigación y Bioética 1401-8, una vez aprobado y con la autorización por parte de la dirección de la Unidad de Medicina Familiar número 92, se procedió a identificar en la consulta externa y atención médica continua a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados previamente.

El encuestador informó sobre la finalidad del estudio, además de su participación al aceptar su ingreso en el estudio, se le solicitó su aprobación por escrito en una carta de consentimiento informado, aclarando dudas e indicándose que podrá retirarse en cuanto lo desee, cuidando la privacidad de sus datos en todo momento, los cuales se mantendrán abreviados, sin que se conozca al sujeto de estudio.

Previo a la encuesta, se les brindó gel antibacterial a los sujetos encuestados, así como se mantuvieron las medidas de sana distancia, uso de cubre bocas y careta para su mayor seguridad durante el llenado del consentimiento informado y cuestionarios.

Al aceptar participar en el estudio, se le pidió que en dado caso de que no pudiese leer o se viera incapacitado para responder, se le apoyaría leyendo las preguntas o se podría apoyar de algún familiar para su adecuada evaluación en el llenado de su ficha personal de datos, donde se incluía el nombre con sus iniciales, edad, género, lugar de nacimiento y residencia, escolaridad, estado civil, ocupación. Se hicieron preguntas relacionadas con su diagnóstico de artritis, como los son manifestaciones y exploración física articular actual. Se solicitó responder dos cuestionarios, el primero correspondiente a la escala de depresión geriátrica (GDS) de síntomas de depresión, el cual trata de un instrumento de auto reporte compuesto por 15 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas. El segundo cuestionario cuenta con 20 actividades o situaciones de su vida cotidiana que tiene que relacionar de acuerdo a la dificultad con las que la realiza. Considerando las opciones sin dificultad, con alguna dificultad, con mucha dificultad e incapaz de hacerlo. Todo esto no le tomó más de 20 minutos en responder. El investigador responsable, estuvo pendiente de las incomodidades que pudieron surgir y resolvió las dudas de los sujetos. El investigador responsable recolectó los datos solicitados, en la hoja de recolección de datos.

Se informaron sobre los hallazgos obtenidos al finalizar la entrevista, explicando al sujeto con artritis reumatoide que tendrá información con respecto a si presenta algún grado de

depresión, basándonos en sus estados de ánimo y hábitos de las últimas semanas, con el objetivo de comenzar con acciones para mejorar su calidad de vida y conjuntamente tratar su depresión si así lo requiere. La información que se le proporcionó fue mediante una hoja impresa, donde se determinó la posibilidad de presentar depresión, con acciones que le ayuden en su vida diaria y afecte en menor grado sus actividades cotidianas.

Los resultados obtenidos en este estudio se presentarán en foros de investigación, difundiéndose en revistas y carteles científicos, sin dar a conocer su identidad o sus datos personales. Si el sujeto requiere información de su resultado, se le informará de forma oportuna, clara y precisa, por escrito de manera personalizada y privada.

Se le informó que es libre de responder o de no responder los cuestionarios que se le proporcionen, además es libre también de responder o entregarlos incompletos. Si por alguna razón desea no responder los cuestionarios, no habrá alguna consecuencia a su atención habitual dentro de la Unidad de salud.

La información que el sujeto aportó es confidencial, usándose solamente para reportes científicos en los cuales no se le identificará de ninguna manera y solo la conocerán los investigadores de este estudio, siendo una participación completamente anónima. Todos estos valores se integraron en una base de datos en Excel, que se empleó para el análisis estadístico.

13.2 Descripción, validación y aplicación de los instrumentos

Escala de Depresión Geriátrica; Geriatric Depression Scale GDS. Jerome Yesavage. ⁽¹⁴⁾

Descripción: Se trata de un instrumento de auto reporte que ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Se encuentra compuesto por 30 reactivos su versión original, nosotros revisaremos la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indica la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa.

La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas, con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Interpretación

Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. Se evaluará los ítems con 1 si la respuesta indica un síntoma; o un 0 si no responde a un síntoma, se consideran los 15 reactivos y se determina en cantidad. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 15, en dónde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión.

El puntaje original para la escala identifica un punto para cada una de estas respuestas. Corte: norma sin síntomas depresivos 0-4; con síntomas depresivos leves 5-8; con síntomas depresivos moderados 9-11 y con síntomas depresivos graves 12-15.

Evidencias de confiabilidad.

La escala total presentó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.87 en el estudio piloto original. Las correlaciones ítem-total fueron superiores a 0.30. La muestra de estudios posteriores presentó comportamientos similares con un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.84.

Cuestionario de evaluación de la salud HAQ-DI ^(48,49)

-Descripción: es un instrumento genérico que mide la capacidad funcional del derechohabiente en la última semana. El Health Assessment Questionnaire (HAQ) o Cuestionario de evaluación de la salud, fue desarrollado inicialmente en 1978 por James F. Fires y sus colaboradores en la Universidad de Stanford. Fue una de las primeras mediciones reportadas por el derechohabiente de su capacidad funcional. Se convirtió en un instrumento habitual en varias áreas, incluida la artritis reumatoide. La publicación original, de 1980, se ha convertido en el documento más citado de la literatura reumatológica. La versión española del HAQ fue traducida y adaptada en 1993 por J. Esteve-Vives y colaboradores.

-Aplicación: Es un cuestionario auto aplicado compuesto de 20 preguntas, que se sintetizan en 8 categorías. Las respuestas se califican en una escala ordinal con valores de 0 a 3. La calificación global es el promedio de todas las calificaciones. Se considera que a mayor calificación es mayor la discapacidad. La puntuación del HAQ puede oscilar entre 0 (no incapacidad) y 3 (máxima incapacidad). 0 no incapacidad, 0.1 a 0.9 discapacidad leve, 1-1.9 moderada, 2-3 grave. Un cuestionario con menos de 6 áreas contestadas, carece de validez.

-Validación: Este cuestionario demuestra una validez de confiabilidad alta con un alfa de Cronbach (α) de 0,95 y un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,86.

13.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para recopilar la información de las encuestas aplicadas, al grupo de estudio de los adultos mayores, se utilizó el programa EXCEL con Windows 16, se clasificó y tabuló la información en el programa SPSS.

Estadística descriptiva

Para las variables cualitativas nominales como sexo, estado civil, ocupación y variables cualitativas de tipo ordinal como escolaridad se utilizaron frecuencia y porcentajes, y se representaron con graficas de barras y sectores. Las variables cuantitativas continuas como la edad, en caso de ser de distribución normal, se realizaron media y desviación estándar, en caso de ser de libre distribución se realizaron mediana y percentiles y se representaron mediante graficas de barras. Se elaboraron las tablas y gráficas necesarias que permitieron la inspección de los datos. Se realizó la siguiente síntesis de datos, para las variables cualitativas se calcularon frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y medidas de dispersión; según corresponda cada caso. Todos los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows.

VARIABLE	NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	PRUEBA ESTADISTICA	REPRESENTACIÓN
VARIABLE DESCRIPTIVA	CAPACIDAD FUNCIONAL	CUALITATIVA	ORDINAL	FRECUENCIA Y PORCENTAJES,	GRÁFICA DE BARRAS
VARIABLE DESCRIPTIVA	SÍNTOMAS DEPRESIVOS	CUALITATIVA	ORDINAL	FRECUENCIA Y PORCETANJES,	GRÁFICA DE BARRAS
SOCIODEMOGRAFICA	GÉNERO	CUALITATIVA	NOMINAL	FRECUENCIA Y PORCETANJES,	GRÁFICA DE PASTEL
SOCIODEMOGRAFICA	EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, DISTRIBUCIÓN NORMAL: SE REALIZARÁ MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR. DISTRIBUCIÓN MEDIANA Y PERCENTILES;	GRÁFICA DE BARRAS
SOCIODEMOGRAFICA	ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	FRECUENCIA Y PORCETANJES.	GRÁFICA DE BARRAS
SOCIODEMOGRAFICA	OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	FRECUENCIA Y PORCETANJES.	GRÁFICA DE BARRAS
SOCIODEMOGRAFICA	ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	ORDINAL	FRECUENCIA Y PORCETANJES.	GRÁFICA DE BARRAS

14. ASPECTOS ETICOS

Este tipo de estudio implicó una investigación transversal, y descriptiva que se realizó mediante la aplicación de cuestionarios validados a nivel Internacional, en la cual se interrogaron aspectos sobre la vida cotidiana, así como estados de ánimo de los sujetos que puedan corresponder a la presencia de síntomas de depresión, sin indagar en detalles que no se relacionen con los objetivos de la investigación, ni afectando su sensibilidad con las preguntas. Siempre informando al derechohabiente sobre los procedimientos y otorgando previamente el consentimiento informado.

La propuesta de investigación se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

También se apegó a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987. El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983

CÓDIGO DE NUREMBERG

De acuerdo al Código de Núremberg el investigador garantiza:

1. Que el consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial. Tener como primera instancia la aceptación del sujeto en cuestión, después de haberle explicado los motivos de la investigación y explicando en lo que consiste el proyecto, habiendo firmado nuestro documento para la aceptación de este, nunca intimidándolo para la participación.
2. La investigación, puede aportar a la sociedad el conocer la capacidad funcional alterada y la presencia de síntomas de depresión en sujetos que cuentan con diagnóstico de Artritis Reumatoide, así como en quienes es más frecuente según hombre o mujer, siendo este dato de relevancia, teniendo en cuenta que el sector productivo se vería afectado por la discapacidad funcional que produce esta patología. Se podrá identificar si derechohabiente con artritis cursa con la presencia de depresión. Respecto a la edad podemos ver que mientras más tiempo en años curse la persona con la asociación entre depresión y la artritis reumatoide, podría aumentar las complicaciones de estas enfermedades con llevando a presentar mayor discapacidad funcional, aumentando a su vez el grado depresión al saberse con limitaciones en sus actividades laborales y cotidianas, dependiendo físicamente

de otra persona. Siendo en la actualidad la Artritis Reumatoide una de las principales enfermedades de prevalencia ya no solo en la edad adulta, si no con una prevalencia actualmente en adultos jóvenes, es importante actuar de manera temprana para evitar las grandes complicaciones que se pueden tener no solo en el mismo individuo, si no los gastos que pueden traer al Instituto Mexicano del Seguro Social, por el periodo de incapacidad prolongado que genera.

3. En todo momento tratamos de evitar molestias para el sujeto, sin embargo, es importante mencionar que algunas de las preguntas contempladas dentro de los test podrían generar cambios emocionales momentáneos, mismos que si se consideran podrían alterar el resultado del estudio, se excluiría su participación.
4. Que el estudio fue conducido por personas calificadas. Nuestra investigación evita toda lesión o sufrimiento mental, físico y psicológico, ya que solo se solicitará a nuestro participante la realización de dos cuestionarios, que no le piden realizar alguna actividad que ponga en riesgo su bienestar en todo lo que engloba, por el riesgo mínimo que con lleva. La realización de las encuestas en todo momento fue monitorizada por el investigador Jorge Arturo Guzmán Fernández, quien cuenta con título universitario como Médico cirujano y partero, expedido por la SEP con cédula profesional 11412469 quien apoya para la lectura de las mismas, así como en las dudas que surgieron derivados de ellas, y siempre con la asesoría del especialista en Medicina Familiar quien posee los conocimientos científicos necesarios.
5. Durante el desarrollo de la investigación el sujeto humano tuvo la libertad de retirarse en el momento que a su parecer sea imposible continuar. ⁽⁵⁰⁾

DECLARACIÓN DE HELSINKI

De acuerdo a la declaración de Helsinki el investigador garantiza:

1. Los participantes fueron voluntarios e informados suficientemente sobre los objetivos, métodos, beneficios (ser identificados con diagnóstico oportuno de síntomas de depresión las autoridades de la UMF 92 estuvieron enteradas para de ser necesario realizar su envío a trabajo social, medicina familiar y canalización posterior a segundo nivel para su atención integral), posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría generar, esto resultado de algunos ítems evaluados en el cuestionario que podrían sensibilizar al sujeto de estudio.
2. Los investigadores cumplieron con su obligación ética de mantener la exactitud de los datos y resultados. Se publicaron tanto los resultados negativos como positivos,

así como citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier conflicto de interés.

3. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

En todo momento se respetó el derecho de los participantes de salvaguardar su integridad, adoptando todas las precauciones necesarias para respetar su intimidad y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre la integridad física, mental y su personalidad ⁽⁵¹⁾.

INFORME DE BELMONT

1. Se respetó a las personas, protegiendo su **autonomía**, es decir, ellos decidirán si desean o no participar en el estudio una vez explicados los riesgos, beneficios y complicaciones. Los sujetos de este estudio fueron invitados a participar explicando de forma clara y sencilla el objetivo, el cual es establecer la relación entre calidad de vida y depresión en el sujeto con diagnóstico de Artritis Reumatoide mediante la realización de 2 cuestionarios que miden ambas variables, respetando su decisión de participar o no en la investigación, aceptando su opinión y respetando sus decisiones.
2. **Beneficencia:** se buscó siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos. Los sujetos obtuvieron información con respecto a si presenta algún síntoma de depresión y su capacidad funcional, basándonos en sus estados de ánimo y hábitos de las últimas dos semanas, con el objetivo de comenzar con acciones para mejorar su calidad de vida y conjuntamente tratar su depresión si así lo requiere. A todo sujeto que calificó con síntomas de depresión se le canalizó con su médico familiar para que identifique y otorgue el manejo adecuado (ante la posibilidad de presentar diagnóstico de depresión) y acciones pertinentes, así como envió a trabajo social para su integración a grupos de apoyo. La información que se le proporcionó fue mediante una hoja impresa, donde se determinó la posibilidad de presentar depresión, con acciones que le ayuden en su vida diaria y afecte en menor grado sus actividades cotidianas.

3. **No maleficencia:** Esta investigación no pretendió desencadenar ningún tipo de daño físico o psicológico en ninguno de los sujetos de estudio. Uno de los principales objetivos fue orientar a los sujetos sobre la importancia de atender su depresión de manera temprana para con ello disminuir en cierto grado la actividad de la artritis reumatoide y así tener una menor repercusión en su calidad de vida.
4. **Justicia:** Todos los sujetos de estudio se seleccionaron directamente con el problema que se está estudiando, sin considerar alguna otra característica como su nivel socioeconómico, su nivel de estudios o su apariencia física. En este protocolo todos los sujetos de estudio tuvieron la misma posibilidad de participar, sin sufrir discriminación de algún tipo. ⁽⁵²⁾

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIAL DE INVESTIGACIÓN PARA SALUD, TITULO SEGUNDO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Artículo 13.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.

La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- III. Deberá prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- IV. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.

Durante esta investigación se respetó la dignidad del derechohabiente y la protección de sus derechos y bienestar, ajustando la investigación a los principios éticos, siendo en todo momento mayores los beneficios que los riesgos, contando con el consentimiento

informado por escrito. Fue realizado por profesionales de la salud, ampliamente capacitados para cuidar la integridad y anonimato del derechohabiente, al contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del participante, bajo la supervisión de las autoridades sanitarias correspondientes y con un dictamen aprobatorio de las Comisiones de investigación, Ética y Bioseguridad. Se protegió la privacidad del derechohabiente al asignarle un número de folio, sin mencionar su nombre. No se identificó a ningún sujeto de estudio de forma personal, en ninguna publicación o presentación de la investigación. Los datos fueron manejados exclusivamente por el investigador, ninguna otra persona o institución tendrá acceso a esta información.

-ARTÍCULO 17: La investigación presenta una categoría II con riesgo mínimo; empleando una investigación en documentos (cuestionarios Health Assessment Questionnaire y Geriatric Depression Scale), no se realizó ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, únicamente se realizó una entrevista donde se solicitó el llenado de dos cuestionarios para evaluar si existen síntomas depresivos y dificultad para realizar sus actividades de la vida cotidiana.

-ARTÍCULO 20: El participante tuvo la libertad de retirar su consentimiento en el momento que lo considere necesario y dejar de participar en el estudio, sin que por este motivo se tomarán represarías para continuar su cuidado y tratamiento en la unidad de salud, con la plena seguridad de que no será identificado, manteniendo la confidencialidad de la información.

-ARTÍCULO 21: El sujeto de la investigación recibió una explicación clara y completa respecto a la justificación, objetivos, procedimientos, molestias esperadas, beneficios y asuntos relacionados a la investigación y su tratamiento, de tal manera que pudo comprenderla, con la libertad de retirarse en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se tomen represarías para continuar su atención médica en la unidad; en caso de daños causados directamente por la investigación o gastos adicionales serán cubiertos por la investigación.

-ARTÍCULO 22: El consentimiento informado se formuló por escrito y reunió los siguientes requisitos: elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior, ser revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética 1401-8. Indica los nombres de dos testigos y la relación que esto tengan con el sujeto de investigación y fueron firmados por los mismos, debe llevar la rúbrica del sujeto de estudio, en los casos

donde no sabía firmar utilizamos su huella digital y fueron firmadas por la persona que él designó como testigo. ⁽⁵³⁾

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012

1. De acuerdo con el apartado 6: De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Este proyecto de investigación que lleva por título “CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF_92”, fue sometido a la evaluación por parte del Comité de Ética 1401-8, así como el Comité de investigación 1401 quien dictaminó. Cabe mencionar que se contó con un modelo de consentimiento informado aplicado a esta investigación.
2. Apartado 7: Se entregó de manera semanal el informe y los avances de la investigación al asesor de tesis para sus indicaciones, aportaciones, observaciones y correcciones necesarias para el estudio. Al finalizar la investigación se entregó un informe final que describió los resultados obtenidos.
3. De acuerdo al apartado 8: El estudio se realizó en una institución, la cual cuenta con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente para proporcionar atención médica adecuada, ante la presencia de cualquier efecto adverso derivado de la investigación. La atención medica no se vio condicionada a cambio de otorgar su consentimiento o para continuar participando en el estudio. El investigador principal informó al Comité de Ética en la investigación de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. Así como la periodicidad que la misma establezca, sobre la ausencia de efectos adversos en la investigación.
4. De acuerdo al apartado 10: La carta de consentimiento informado cumple con los requisitos que se indican en el reglamento. El investigador principal informó al sujeto acerca de las implicaciones de cada maniobra y de las características de su padecimiento. Se informará acerca de la conveniencia de tomar una opción terapéutica adecuada a las características de cada participante. El investigador se limitó de obtener consentimiento de sujetos que se encontraron ligados a él por algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación.
5. -Apartado 11: De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. En este protocolo no se desarrolló ninguna maniobra experimental que ponga en riesgo la integridad del sujeto de investigación.

6. De acuerdo al apartado 12: El investigador y los comités en materia de investigación para la salud protegieron la identidad, así como los datos personales de los sujetos de investigación ya sea durante el desarrollo, como en la publicación y divulgación de los resultados. ⁽⁵⁴⁾

LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

ARTÍCULO 7: Los datos personales se recabaron de manera lícita por medio del cuestionario sociodemográfico, no siendo este un medio fraudulento o engañoso, la información será manejada de manera confidencial.

ARTÍCULO 8. El consentimiento informado fue expresado principalmente ya que hubo un acuerdo verbal y posteriormente por escrito.

ARTÍCULO 9. En cuanto a los datos personales se obtuvo el consentimiento expreso y escrito del sujeto de estudio, para su ingreso al estudio de investigación, por medio de su firma, previa explicación de la finalidad o justificación concreta y legítima de las actividades del estudio.

ARTÍCULO 12. Todos los datos personales se limitaron al cumplimiento de lo previsto en el aviso de privacidad, en caso de utilizar los datos para otro fin distinto, que no es compatible con lo establecido anteriormente, se deberá de presentar otro consentimiento del titular.

ARTÍCULO 13. El uso de los datos personales será el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos sensibles, el responsable deberá realizar esfuerzos razonables para limitar el periodo de uso de los mismos a efecto que sea el mínimo indispensable.

ARTÍCULO 14. Como responsable el investigador, velará por el cumplimiento de los principios de la protección de datos personales como marca esta ley, adoptando todas las medidas necesarias, para poder garantizar que el aviso de privacidad, que se dio a conocer al titular en el consentimiento informado sea respetado en todo momento.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Se tomaron las precauciones necesarias para proteger la intimidad de todos los sujetos participantes del estudio, (se procedió a intervenir al sujeto de estudio en un lugar seguro donde no existan interrupciones de terceras personas) tanto en la investigación como en el manejo de su información personal de acuerdo a la normativa internacional y nacional contemplada en Ley federal de protección a los datos personales en posesión de particulares, así como los lineamientos para la protección de los datos personales y la NOM 012 de la SSA.

-Consentimiento informado: De acuerdo a la ley General de salud en materia de investigación título segundo artículo 19, 20 y 21, para la investigación: “CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF_92” se solicitó la participación de manera verbal y voluntaria de los sujetos de estudio, otorgándoles el derecho de participar o no, además del derecho a retirarse en cualquier momento, con la seguridad de que no se presentará ninguna represalia para su atención médica.

15. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS:

Recursos humanos o Investigador principal: Guzmán Fernández Jorge Arturo, con título como médico cirujano y partero, con cédula profesional 11412469.

Coordinadores de tesis: Dr. Luis Enrique Vazconcelos Arzola y Dra. Olivia Reyes Jiménez quienes cuenta con la experiencia de ser especialistas en medicina familiar y la Dra. Olivia Reyes con el cargo de jefe de enseñanza respectivamente, contando con amplio número de tesis asesoradas.

Participantes: Todos aquellos derechohabientes adscritos a la UMF 92 que cumplieran con los criterios de inclusión y accedieran a participar en la investigación, firmando consentimiento informado.

Recursos materiales: Paquete de hojas por participante: Carta de consentimiento informado, ficha de recolección de datos, Cuestionario HAQ DI, Cuestionario GDS, y tríptico informativo impreso, por participante. Además de tabla sujeta papel, plumas y bolígrafos, careta, gel antibacterial, cubrebocas. Equipo de cómputo portátil, paquetería de Microsoft office.

Recursos financieros: Los recursos para la financiación de este estudio, fueron dependientes de la beca otorgada por parte del IMSS para la capacitación de posgrado en especialidad médica.

16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE GANT

CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF_92																		
INVESTIGADOR: GUZMÁN FERNÁNDEZ JORGE ARTURO																		
ACTUALIZACIÓN: FECHA 10 OCTUBRE 2022																		
Actividad	SEGUNDO SEMESTRE						PRIMER SEMESTRE						SEGUNDO SEMESTRE					
	2021						2022						2022					
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1. Revisión bibliográfica	■	■																
2. Elaboración de protocolo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
3.Registro ante comité 1401-8 y 1401											■							
3. Evaluación por comité de ética.1401-8											■							
4. Aprobación del comité 1401-8 y 1401.											■							
5. Recolección de datos.												■	■					
6. Procesamiento y análisis de datos														■				
7. Elaboración de informe final.															■			
8. Divulgación de resultados																	■	■

Acotación:

REALIZADO	EN PROCESO	PENDIENTE
------------------	-------------------	------------------

RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional, y prospectivo, donde se incluyeron derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92 que cumplieron con criterios del Colegio Americano de Reumatología para artritis reumatoide, en el periodo comprendido del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022. Bajo previa autorización de carta de consentimiento informado y se realizó la aplicación del cuestionario Health Assessment Questionnaire, (HAQ-DI) en su versión española para medición de la capacidad funcional además del cuestionario Geriatric Depression Scale (GDS) reconociendo la existencia de diferencias entre síntomas de depresión que presente el derechohabiente y su capacidad funcional.

Con respecto a las variables de estudio de esta investigación se encontraron los siguientes resultados.

CAPACIDAD FUNCIONAL

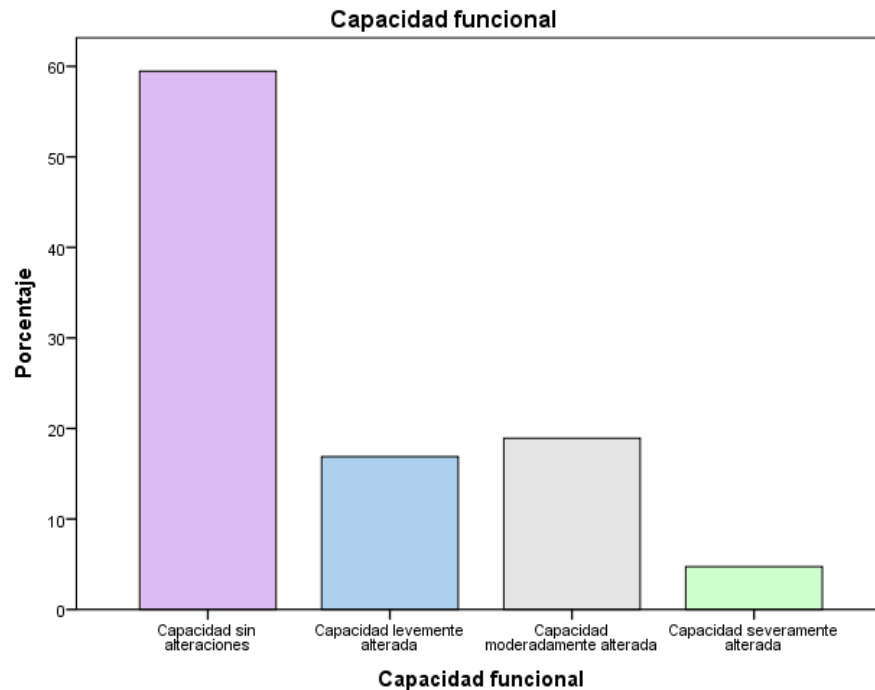
Uno de los objetivos de la investigación fue reconocer la capacidad funcional en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, en los n=148 (100%) derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=88 (59.5%) capacidad sin alteraciones, n=25 (16.9%) capacidad levemente alterada, n=28 (18.9%) capacidad moderadamente alterada, n=7 (4.7%) severamente alterada. (tabla 1 y gráfica 2)

Tabla 1: Análisis estadístico de capacidad funcional en derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92

Capacidad funcional					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Capacidad sin alteraciones	88	59.5	59.5	59.5
	Capacidad levemente alterada	25	16.9	16.9	76.4
	Capacidad moderadamente alterada	28	18.9	18.9	95.3
	Capacidad severamente alterada	7	4.7	4.7	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Gráfica 2: Análisis estadístico de capacidad funcional en derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

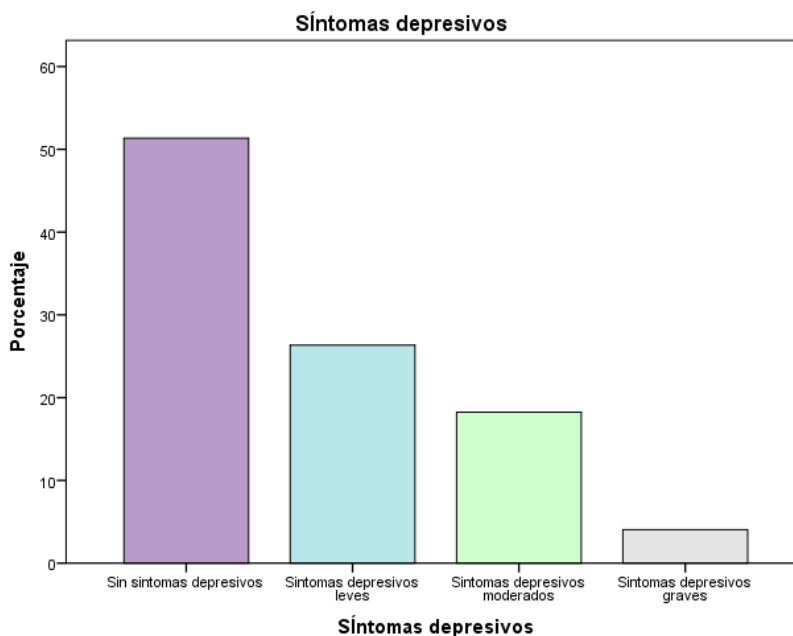
Uno de los objetivos de la investigación fue reconocer la presencia de síntomas de depresión en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, en los n=148 (100%) derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=76 (51.4%) sin síntomas de depresión, n=39 (26.4%) síntomas de depresión leve, n= 27 (18.2%) síntomas de depresión moderada, n= 6 (4.1%) síntomas de depresión grave. (tabla 3 y gráfica 4)

Tabla 3: Análisis estadístico de síntomas depresivos en derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92

Síntomas depresivos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin síntomas depresivos	76	51.4	51.4	51.4
	Síntomas depresivos leves	39	26.4	26.4	77.7
	Síntomas depresivos moderados	27	18.2	18.2	95.9
	Síntomas depresivos graves	6	4.1	4.1	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Gráfica 4: Análisis estadístico de síntomas depresivos en derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

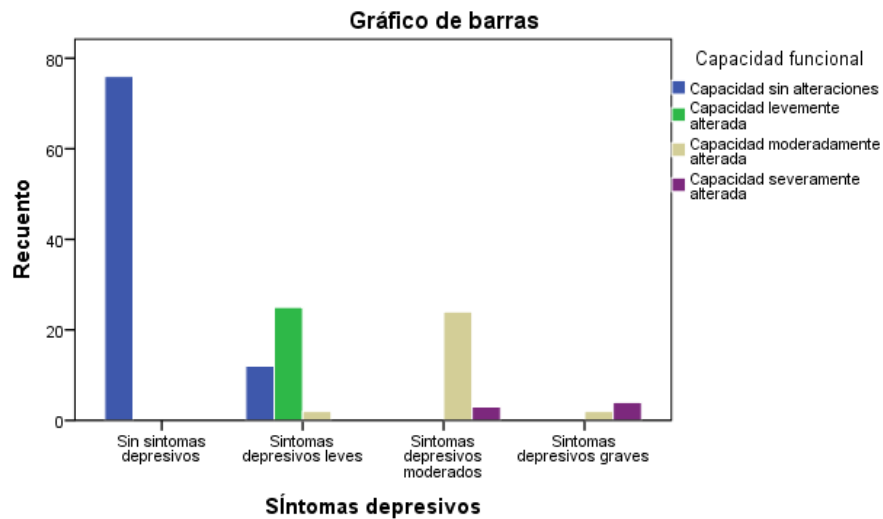
Con base a este estudio observamos que los derechohabientes con artritis reumatoide sin síntomas depresivos (n=76) correspondiente al 51.4%, no presentó alteración de su capacidad funcional con un 0% de alteraciones. Los derechohabientes que se encontraron con síntomas depresivos leves (n=39) que corresponde al 26.4 % de los sujetos, 12 derechohabientes no presentaron alteración de su capacidad funcional, siendo el 8.10 %, 25 sujetos tuvieron capacidad levemente alterada que corresponde al 16.89% de la muestra y 2 sujetos, el 1.35% se encontraron con capacidad moderadamente alterada. Los derechohabientes que presentaron mayores alteraciones en su capacidad funcional fueron los que presentaron síntomas depresivos moderados (n=27) representando un 18.2% de la población de estudio, con 24 sujetos que corresponden al 16.2% con capacidad funcional moderadamente alterada y 2.02% con 3 sujetos severamente alterados. El mayor porcentaje de población con capacidad severamente alterada correspondió al grupo con síntomas depresivos graves (n=6), 2 sujetos presentaron capacidad moderadamente alterada, siendo el 1.35% y 4 pacientes con capacidad funcional severamente alterada que integraron el 8.3% de la población de estudio. (tabla 5 y gráfica 6)

Tabla 5: Análisis estadístico de capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92

		Capacidad funcional				Total
		Capacidad sin alteraciones	Capacidad levemente alterada	Capacidad moderadamente alterada	Capacidad severamente alterada	
Síntomas depresivos	Sin síntomas depresivos	76	0	0	0	76
	Síntomas depresivos leves	12	25	2	0	39
	Síntomas depresivos moderados	0	0	24	3	27
	Síntomas depresivos graves	0	0	2	4	6
Total		88	25	28	7	148

Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Gráfica 6: Análisis estadístico de capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

EDAD

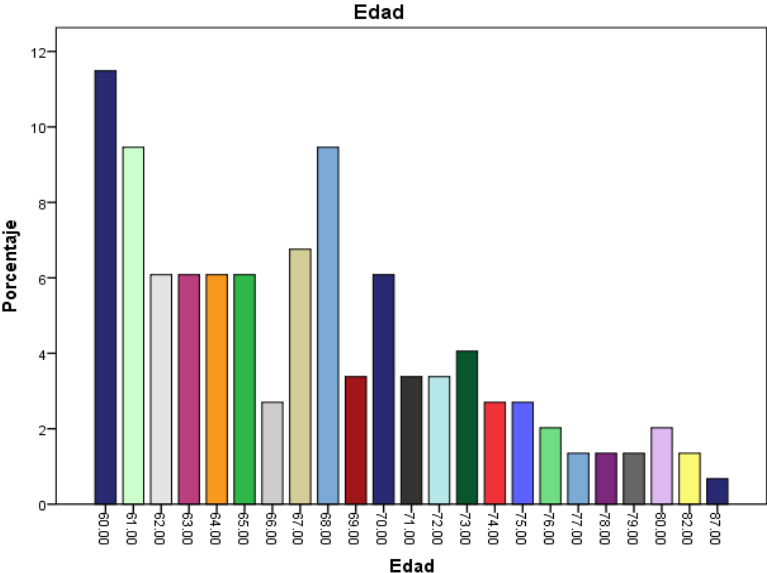
Uno de los objetivos de la investigación fue identificar la edad en la que se presentó la capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=148 (100%) donde se detectó una mediana de 67.000, una moda a los 60 año y con una media de 67.277 con una desviación estándar de 5.91 en derechohabientes con artritis reumatoide. (tabla 7, gráfica 8)

Tabla 7: Análisis estadístico de edad de derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92

Edad		
N	Válido	148
	Perdidos	0
Media		67.2770
Mediana		67.0000
Moda		60.00

Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Grafica 8: Análisis estadístico de edad de derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

GÉNERO

Uno de los objetivos de la investigación fue reconocer el género de los derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, en los n=148 (100%) derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=27 (18.2%) masculinos, n=121 (81.2%) femeninos. (tabla 8 y gráfica 9)

ESTADO CIVIL

Uno de los objetivos de la investigación fue reconocer la variable sociodemográfica de estado civil en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, en los n=148 (100%)

derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=3 (2.0%) soltero, n=6 (4.1%) unión libre, n= 125 (84.5%) casado, n= 5 (3.4%) divorciado, n= 9 (6.1%) viudo. (tabla 8 y gráfica 10)

OCUPACIÓN

Uno de los objetivos de la investigación fue reconocer la variable sociodemográfica de ocupación en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, en los n=148 (100%) derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=86 (58.1%) hogar, n=30 (20.3%) empleado, n=20 (13.5%) desempleado, n=12 (8.1%) pensionado/jubilado. (tabla 8 y gráfica 11)

ESCOLARIDAD

Uno de los objetivos de la investigación fue reconocer la variable sociodemográfica de escolaridad en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, en los n=148 (100%) derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, n=3 (2.0%) sin estudios, n=50 (33.8%) primaria, n= 67 (45.3%) secundaria, n= 25 (16.9%) preparatoria, n= 3 (2.0%) licenciatura. (tabla 8 y gráfica 12)

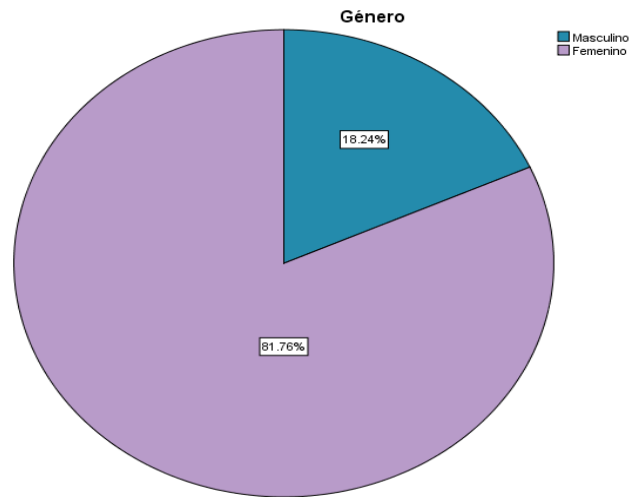
Tabla 8: Concentrado de datos sociodemográficos de la población de estudio (Derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92)

Variable Sociodemográfica	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sexo				
Masculino	27	18.2	18.2	18.2
Femenino	121	81.8	81.8	100.0
Total	148	100.0	100.0	
Estado Civil				
Soltero	3	2.0	2.0	2.0
Unión libre	6	4.1	4.1	6.1
Casado	125	84.5	84.5	90.5

Divorciado	5	3.4	3.4	93.9
Viudo	9	6.1	6.1	100.0
Total	148	100.0	100.0	
Ocupación				
Hogar	86	58.1	58.1	58.1
Empleado	30	20.3	20.3	78.4
Desempleado	20	13.5	13.5	91.9
Pensionado/Jubilado	12	8.1	8.1	100.0
Total	148	100.0	100.0	
Escolaridad				
Sin estudios	3	2.0	2.0	2.0
Primaria	50	33.8	33.8	35.8
Secundaria	67	45.3	45.3	81.1
Preparatoria	25	16.9	16.9	98.0
Licenciatura	3	2.0	2.0	100.0
Total	148	100.0	100.0	

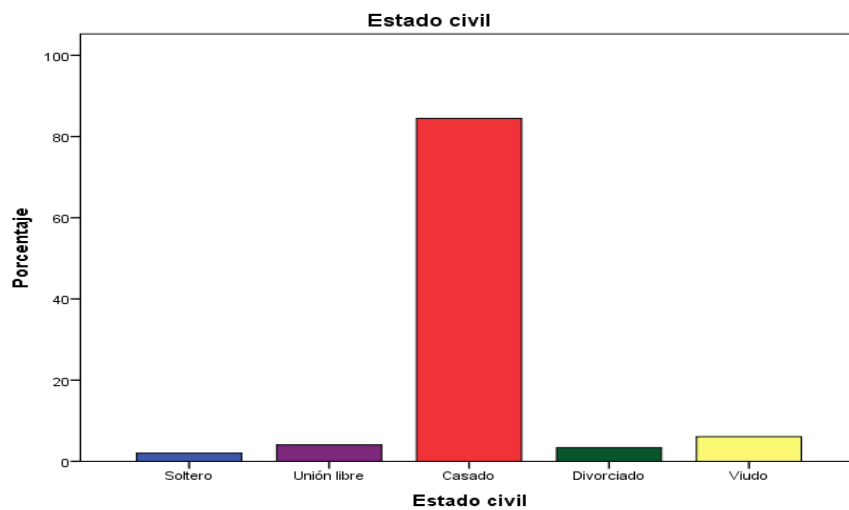
Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Gráfica 9: Análisis estadístico de género de derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



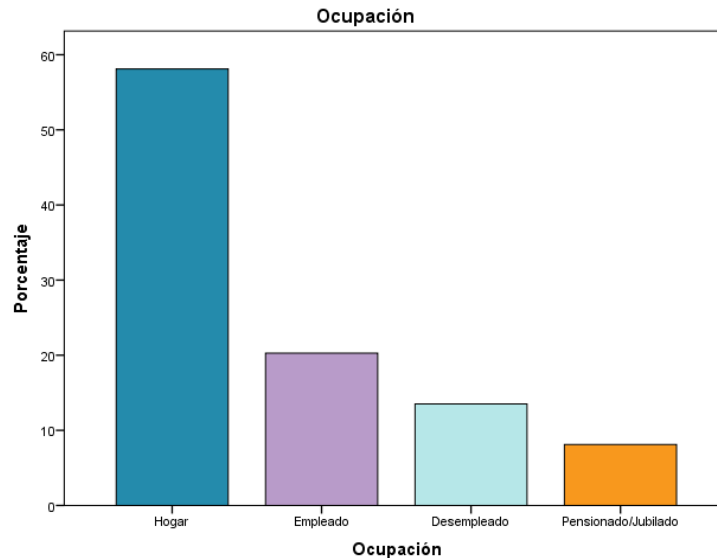
Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Grafica 10: Análisis estadístico de estado civil de derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



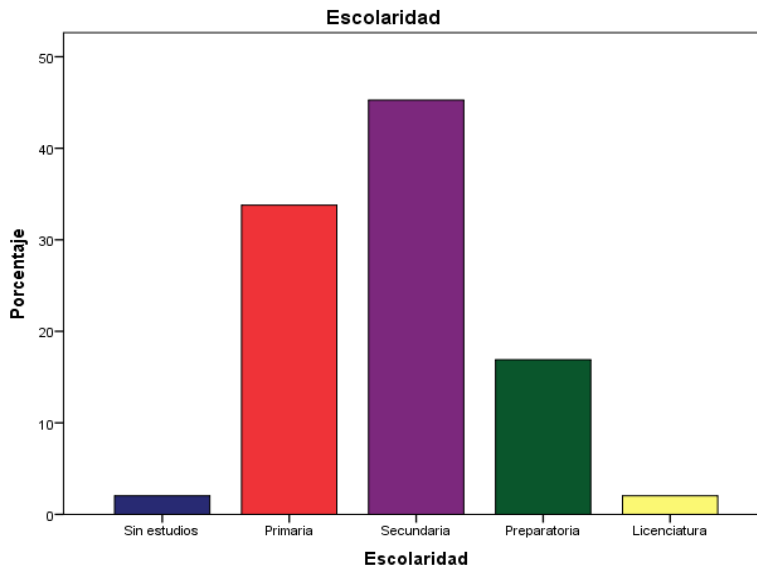
Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Grafica 11: Análisis estadístico de ocupación de derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

Gráfica 12: Análisis estadístico de escolaridad de derechohabientes con artritis reumatoide de la UMF 92



Fuente: Recolección de datos capacidad funcional y síntomas depresivos en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022.

DISCUSIÓN

En derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022 se observó que el 48.7% de los derechohabientes con artritis reumatoide presentan un grado de depresión se encuentra dentro de parámetro esperados como se refiere en el artículo de Erazo R., que nos habla de una prevalencia del 14 a 48%²⁴ de síntomas depresivos en derechohabientes con Artritis reumatoide. Con respecto al grado de síntomas depresivos, se encontró un 26.4% con síntomas de depresión leve, 18.2% síntomas de depresión moderada, 4.1% síntomas de depresión grave, los cuales se reportan dentro de parámetros esperados como se refiere en el artículo de Maldonado G., donde se reportó que el 42.9% presentaron depresión, el 24.5% tenía depresión leve; 9.8% moderada, 7.1% moderada-grave y el 1.6% grave.⁵⁵

En esta investigación se identificó que el 59.5% de capacidad funcional sin alteraciones, 16.9% capacidad funcional levemente alterada, 18.9% capacidad funcional moderadamente alterada, 4.7% capacidad funcional severamente alterada, por lo cual el 40.5 % presentan algún grado de alteración funcional, se encontró mayor a lo esperado, como se reporta en el artículo Maldonado G., el 28.6% presentaba algún grado de discapacidad funcional.⁵⁵

Con respecto a la variable sociodemográfica de genero se encontró que el 18.2% derechohabientes masculinos y 81.2% derechohabientes femeninos con diagnóstico de artritis reumatoide, como se menciona en el artículo Garcia D.G., la incidencia de artritis reumatoide es variable siendo más frecuente en mujeres.¹⁹

Se identifico que los 60 años fue la moda con diagnóstico de artritis reumatoide, una mediana a los 67 años y por último una media de 67.27, parámetros que se encuentran dentro del rango esperado en esta investigación secundario a los criterios de inclusión siendo una población con mayor prevalencia de depresión.⁹

Con respecto al estado civil de los derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, se encontró que el 2.0% soltero, 4.1% unión libre, 84.5% casado, 3.4% divorciado, 6.1% viudo, lo cual es esperado secundario al rango de edad seleccionado. De acuerdo a los datos encontrados en esta investigación con respecto a la ocupación de los derechohabientes con artritis reumatoide el 58.1% hogar, 20.03% empleado, 13.5% desempleado, 8.1% pensionado/jubilado, encontrando de esta forma un mayor índice de sujetos dedicados al hogar, asociado a la pérdida de la funcionalidad.³³

La escolaridad de los derechohabientes de la presente investigación el 2.0% se encontraba sin estudios, 33.8% primaria, 45.3% secundaria, 16.9% preparatoria, 2.0% licenciatura.³³

Al realizar la asociación entre capacidad funcional y síntomas depresivos en los derechohabientes con artritis reumatoide encontramos que existe un 39.19% de alteración funcional cuando se asocia a síntomas depresivos, de esta forma se logró comprobar la hipótesis planeada para este estudio, donde se contemplaba encontrar una asociación por arriba del 28.6% de alteración funcional en sujetos con sintomatología depresiva ⁵⁵, se demuestra que cursar con sintomatología depresiva es un factor de riesgo y pronóstico en la población de estudio, mostrando un aumento en la disfuncionalidad motora y psicosomática, propiciando un mayor deterioro en sujetos con Artritis Reumatoide, de esta forma se comprueba que un abordaje integral debe de considerar al individuo como un ser biopsicosocial para disminuir factores exacerbantes y de esta forma contribuir a un mejor pronóstico del sujeto, mejorando de esta manera su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Al término de esta investigación se logró corroborar nuestra hipótesis, ya que la capacidad funcional se vio alterada ante la presencia de síntomas depresivos con un 39.19% en derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92. Por lo cual, ante la gravedad de la sintomatología depresiva, la capacidad funcional se ve mayormente afectada.

Se encontró un 26.4% con síntomas de depresión leve, 18.2% síntomas de depresión moderada, 4.1% síntomas de depresión grave, por lo que, el 48.7% de los derechohabientes con artritis reumatoide presentan cierto grado de sintomatología depresiva y el 51.4% de los derechohabientes se encontraban sin síntomas depresivos.

Con respecto a las variables sociodemográficas se observó que del 100% de los derechohabientes el 18.2% pertenece al género masculino y el 81.2% al género femenino con diagnóstico de artritis reumatoide, siendo más frecuente en mujeres esta patología, ya que, se ha observado que el factor hormonal participa en el sistema inmunitario, siendo los estrógenos la principal hormona involucrada.

A los 60 años fue la moda con diagnóstico de artritis reumatoide en esta investigación, una mediana a los 67 años. Se encontró que a mayor edad mayor presencia de sintomatología depresiva, porque a mayor evolución de la artritis reumatoide, mayor alteración y afectación de su calidad de vida. También se encontró que, a mayor edad, la capacidad funcional se veía afectada, por la dificultad de realizar sus actividades cotidianas, deciden ya no realizarlas, haciendo que el derechohabiente se sienta no útil dentro del hogar.

El 58.1% de los derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide su ocupación era al hogar, 20.3% empleado, 13.5% desempleado, 8.1% pensionado/jubilado, observándose una mayor ocupación dentro del hogar, debido a que, por la dificultad para realizar actividades laborales, se les dificulta ser contratados.

El 2.0% fueron solteros, 4.1% en unión libre, 84.5% casados, 3.4% divorciados, 6.1% viudos, se encontró que las derechohabientes solteras, divorciadas o viudas presentaban cierto grado de sintomatología depresiva, relacionándose con la falta de red de apoyo conyugal.

Con respecto a la escolaridad el 2.0% se encontraba sin estudios, 33.8% primaria, 45.3% secundaria, 16.9% preparatoria, 2.0% licenciatura, por lo cual, se observó que el 98% no cursaron una licenciatura, siendo derechohabientes con percepciones económicas bajas y dependencia económica, con preocupaciones monetarias, generándoles cierto grado de sintomatología depresiva, por falta de solvencia y carencias en el hogar.

Esta investigación fue basada como un proyecto descriptivo, sin embargo, de acuerdo a los datos recabados en las encuestas y con los resultados, se logra realizar una asociación entre las variables, demostrando una asociación de las mismas en la población dentro de la UMF 92.

RECOMENDACIONES

Derivado de los resultados obtenidos en esta investigación mediante la aplicación del cuestionario Health Assessment Questionnaire, (HAQ-DI) en su versión española para medición de la capacidad funcional además del cuestionario Geriatric Depression Scale (GDS) reconociendo la existencia de diferencias entre síntomas de depresión que presente el derechohabiente y su capacidad funcional, donde se incluyeron derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide de la UMF 92, en el periodo del 01 de julio del 2022 al 30 de agosto del 2022, se realizan las siguientes recomendaciones.

Para el derechohabiente:

- Acudir adecuadamente a su consulta mensual para seguimiento de Artritis Reumatoide.
- Conocer los síntomas asociados a depresión, para acudir a consulta de medicina familiar de manera oportuna y proporcionar el tratamiento adecuado.
- Reconocer si presentan un deterioro en sus actividades de la vida diaria, con el fin de informar a su médico familiar y realizar un abordaje inicial oportuno.
- Lograr una mayor adherencia terapéutica, reflejando una mejor calidad de vida, así como evitando complicaciones.
- Fortalecer las redes de apoyo al preservar la funcionalidad y autonomía, así como un bienestar psicológico.

Para el médico familiar:

- Llevar un adecuado control del derechohabiente para evitar agudizaciones.
- Realizar referencia anual al servicio de Reumatología para valoración integral del derechohabiente.
- Realizar cuestionario Geriatric Depression Scale al inicio del Diagnóstico de Artritis Reumatoide, para determinar sintomatología depresiva y repetir cuestionario cada 6 meses.
- Realizar cuestionario Geriatric Depression Scale en caso de detectar algún tipo de crisis paranormativa.
- Realizar cuestionario Health Assessment Questionnaire al derechohabiente con síntomas depresivos detectados en cuestionario Geriatric Depression Scale.
- Realizar cuestionario Health Assessment Questionnaire cada 6 meses para control y seguimiento de patología reumática.

- Iniciar tratamiento con Inhibidores de la Recaptura de Serotonina en derechohabientes con sintomatología depresiva, siendo los medicamentos de primera elección para depresión, evitando el deterioro de la capacidad funcional del derechohabiente.
- Enviar a trabajo social para integración de grupos de apoyo en GeriatrIMSS y ActivaIMSS a todo derechohabiente con diagnóstico de Artritis reumatoide.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social:

- Integrar clases de Tai Chi para derechohabientes con Artritis Reumatoide en las Unidades de Medicina Familiar.
- Tener el adecuado insumo de medicamentos para tratamiento de artritis reumatoide y depresión.
- Referir oportunamente a segundo nivel de atención a los derechohabientes que presenten agudización de proceso inflamatorio articular.
- Otorgar mayor difusión a grupos de apoyo en GeriatrIMSS y ActivaIMSS.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abizanda P, Romero L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006; 41: 27-35.
2. Romañach J., Lobato M., Diversidad funcional. Nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. ISBN-13 978-84690-4140-6 [citado 2021 Nov 01]. Disponible en: file:///C:/Users/artur/Downloads/Dialnet-DiversidadFuncional-2393402.pdf
3. Seidel D, Brayne C, Jagger C. Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. Age Ageing 2011; 40: 463-9.
4. Pincus T, Sokka T. Complexities in the quantitative assessment of patients with rheumatic diseases in clinical trials and clinical care. Clin Exp Rheumatol. 2005; 23 (5 Suppl 39): S1-S9
5. Corona MB, Bonet GM, García RR, et al. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2016;54(2):18-28. Disponible en:
www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/rt/printerFriendly/94/105
6. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, Actualización 2016. Disponible en:
<https://www.eaap.org/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.
7. Esquinca JL, García A, Platas C, et al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [Internet]. 2015 dic. Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
8. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. [Internet] 2018;392(10161):2299–312. Disponible en: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
9. Díaz B., Gómez I., Ramírez C., et al, Depresión en pacientes con enfermedades autoinmunes más frecuentes en reumatología. Medicina U.P.B [Internet]. 2012;31(1):34-41. Disponible:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159024332006>.
10. Llanes THM, López SY, Vázquez AJL, et al. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas de la Habana.

- [Internet] 2015;21(1):65-74. Disponible en:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/1158>.
11. Pérez EA, Cervantes VM, Hijuelos NA, Pineda JC, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed [Internet]. 2017;28(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>.
 12. Shamah T, Cuevas L, Mundo V, Morales C, Cervantes L, Villalpando S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008; 50(5):383-389. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342008000500011&lng=es,
 13. Calderón M, D Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2018; 29:182-191. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
 14. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17:37-49.
 15. Secretaría de Salud (México). Norma Oficial Mexicana NOM167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [En línea] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
 16. Gutiérrez L, Kershenobich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción / -- 3a. ed. -- México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial ; Academia Nacional de Medicina de México : Academia Mexicana de Cirugía : Instituto Nacional de Geriátría, 2015; 17-29.
 17. Cisneros A, Felgueres M, Vela E, Gómez D. Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide: hacia las terapias biotecnológicas. Investigación en Discapacidad [Internet]. 2017;6(2):69–87. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invd/ir-2017/ir172d.pdf>.
 18. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet [Internet]. 2016;388(10055):2023–38. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30173-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30173-8).
 19. Garcia D.G. Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento Rheu. Revista de Medicina e Investigación UAEMéx [Internet]. 2018;6(2):53–61. Disponible en: <http://r.diauaemex.com/pdf/2018/julio/13>.

20. Crawford A, Harris H. Conozca los efectos de la artritis reumatoide. *Nursing* [Internet]. 2016;33(4):22–7. Disponible en: [10.1016/j.nursi.2016.07.010](https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.07.010).
21. Díaz GEF, Proenza CAL, Parra WC, Maquilón AGC, Meza ISL. Papel de las citoquinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2020;24(1). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3447/1513>.
22. Armas W, Alarcón G, Ocampo G, Arteaga C, Arteaga P. Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. diciembre de 2019;21(3):1–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000300013Urbina
23. Urbina C, Carrera G, Quintana O, Guama L. Actividad y tratamiento de la Artritis Reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. 2020;22(3):1–14. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/856>
24. Erazo R. Depresión e inflamación: ¿Una relación más allá del azar? *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2020;31(2):188–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.02.006>
25. Masood A, Salim B, Nasim A, Khalid Z, Afzal A. Are we missing the diagnosis of depression in patients with rheumatoid arthritis at a tertiary care facility? *Pak J Med Sci Q* [Internet]. 2017;33(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.332.11856>.
26. Vallerand IA, Patten SB, Barnabe C. Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* [Internet]. 2019;31(3):279–84. Disponible en: [10.1097/BOR.0000000000000597](https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000597).
27. Cheon Y-H, Lee S-G, Kim M, Kim H-O, Sun Suh Y, Park K-S, et al. The association of disease activity, pro-inflammatory cytokines, and neurotrophic factors with depression in patients with rheumatoid arthritis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2018;73:274–8. Disponible en: [10.1007/s10067-020-05470-0](https://doi.org/10.1007/s10067-020-05470-0).
28. Nerurkar L, Siebert S, McInnes IB, Cavanagh J. Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019;6(2):164–73. Disponible en: [10.1016/S2215-0366\(18\)30255-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30255-4).
29. Galecki P, Talarowska M. Inflammatory theory of depression. *Psychiatr Pol*. [Internet] 2018;52(3):437–47. Disponible en: [10.12740/PP/76863](https://doi.org/10.12740/PP/76863).


30. Li Y-C, Chou Y-C, Chen H-C, Lu C-C, Chang D-M. Interleukin-6 and interleukin-17 are related to depression in patients with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 2019;22(6):980–5. Disponible en: [10.1111/1756-185X.13529](https://doi.org/10.1111/1756-185X.13529).
31. Aleem D, Tohid H. Pro-inflammatory cytokines, biomarkers, genetics and the immune system: A mechanistic approach of depression and psoriasis. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* [Internet]. 2018;47(3):177–86. Disponible en: [10.1016/j.rcp.2017.03.002](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.03.002).
32. Baerwald C, Manger B, Hueber A. Depression als Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* [Internet]. 2019;78(3):243–8. Disponible en: [10.1007/s00393-018-0568-5](https://doi.org/10.1007/s00393-018-0568-5).
33. Hernández. C, Berrocal. K, Llauca. B, Ramírez. W. Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Rev méd panacea* [Internet]. 2013;3(1):15–8. Disponible en: <file:///C:/Users/ANTONIO/AppData/Local/Temp/84-Articulo%20Original-334-1-10-20190808.pdf>
34. Guerrero JB, Cabrera DM, Lara M, García RO. Evaluation of quality of life and depression in patients with rheumatoid arthritis in a General Hospital. *Rev Colomb Reumatol (Engl Ed)* [Internet]. 2017;24(4):199–204. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232017000400199
35. Theimer S. Los pacientes con artritis reumatoide se ven afectados por discapacidades mucho antes del diagnóstico. *MayClin* 2019. Disponible en <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/los-pacientes-con-artritis-reumatoide-se-ven-afectados-por-discapacidades-mucho-antes-del-diagnostico/>
36. Barbour KE, Helmick CG, Boring MA, Brady TJ. Signos vitales: prevalencia de artritis diagnosticada por un médico y limitación de la actividad atribuible a la artritis: Estados Unidos, 2013—2015. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2017; 66 (9):246–253.
37. Smolen JS, Aletaha D, Barton A, et al. Artritis reumatoide. *Imprimadores Nat Rev Dis*. 2018; 4 :18001. doi:10.1038/nrdp.2018.1
38. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, et al. Prevalencia, inicio y riesgo de trastornos psiquiátricos en hombres con dolor lumbar crónico: un estudio controlado. *dolor* 1991; 45 (2): 111–121.

39. Pettersson S, Demmelmaier I, Nordgren B, Dufour AB, Opava CH. Identification and Prediction of Fatigue Trajectories in People With Rheumatoid Arthritis. *ACR Open Rheumatol*. 2022 Feb;4(2):111-118.
40. Iseselo MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. Los problemas psicosociales de las familias que cuidan a parientes con enfermedades mentales y sus estrategias de afrontamiento: un estudio urbano cualitativo en Dar Es Salaam, Tanzania . *BMC Psiquiatría* . 2016; 16 (1): 146.
41. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud . Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
42. Pezzato S, Bonetto C, Caimmi C, et al. La depresión se asocia con una mayor actividad de la enfermedad y una mayor discapacidad en una gran cohorte italiana de derechohabientes con artritis reumatoide. *Reumatol adv* . 2021; 61 (1):57.
43. Álvarez J, Pacheco-Pantoja E, González-Salazar M, et al. Asociación entre sobrepeso/obesidad y actividad clínica en artritis reumatoide . *Reumatol Clin* . 2020; 16 (6): 462–467
44. Martínez JM, Morales ML, Poma LA, Ghia CA. Complicaciones psicosociales de los derechohabientes con artritis reumatoide juvenil. *Rev Cuba Reumatol [Internet]*. diciembre de 2017;19(3):132–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v19n3/rcur05317.pdf>
45. Medina M. et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;24(4):3-16.
46. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario Estadístico y Geográfico por entidad federativa 2016 México: INEGI, 2016.
47. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2020 [cited 2021 jul 5]. Disponible en: [https://dle.rae.es/\(sexo, edad, comorbilidad, ocupación discapacidad funcional, estado civil\)](https://dle.rae.es/(sexo, edad, comorbilidad, ocupación discapacidad funcional, estado civil)).
48. Alvarez E, Peláez I, Vázquez J, Terán L, Bernard AG, Espinoza J, et al. Validation of the Health Assessment Questionnaire disability index in patients with gout. *Arthritis Rheum [Internet]*. 2008;59(5):665–9. Disponible en: 10.1002/art.23575.
49. Alvarez E, Zamudio JA, Burgos G, Alvarez SE, Pelaez I, Vázquez J. Medición de la calidad de vida asociada a la salud y a la capacidad funcional en pacientes con gota crónica tofácea. *Reumatol Clin [Internet]*. 2009;5(3):103–8. Disponible en: 10.1016/j.reuma.2008.11.011.

50. Garcia YMG. Ética, bioética y legislación en biotecnología. Legislaciones éticas internacionales más allá del código de Nüremberg. Rev Latinoam Bioética. 2007;7(13):80–7
51. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2019;
52. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*.
53. Protección de la Salud I. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 1987;
54. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos - 4 de enero de 2013 - DOF. Diario Oficial de la Federación - Legislación - VLEX 414165983 [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: <https://dof.vlex.com.mx/vid/nom-investigacion-salud-seres-humanos-414165983>
55. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago MJ, Aguirre C, et al. Depresión en artritis reumatoide. Rev Colomb Reumatol. [Internet] 2017;24(2):84–91. Disponible en: 10.1016/j.rcreu.2016.12.001.

ANEXOS

18.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

 IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	<u>“CAPACIDAD FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92”</u>
Patrocinador externo (si aplica):	<u>No aplica</u>
Lugar y fecha:	<u>Delegación Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 92, Ecatepec de Morelos, noviembre 2021.</u>
Número de registro institucional:	<u>Pendiente</u>
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Los síntomas de depresión se pueden relacionar con la artritis reumatoide y no se sabe mucho de este tema. por esta razón le estamos invitando a participar en este estudio, para poder saber más acerca del tema y poder ayudar en su tratamiento. Además, se espera conocer que capacidad tiene para realizar sus actividades de la vida diaria y si presenta alteraciones en su estado de ánimo. Se tratará de identificar síntomas depresivos y que tan funcional es si tiene estas alteraciones en su estado de ánimo.</u>
Procedimientos:	<u>Si usted desea participar en este estudio, se llevará a cabo en un área privada. Si usted autoriza y desea participar en este estudio. El investigador usará en todo momento su cubrebocas y careta, manteniendo sana distancia, higiene de manos al desinfectarlas con gel antibacterial. Se le entregará una tabla previamente sanitizada para recargarse, con 2 cuestionarios que estarán impresos en hojas de papel y una pluma. Usted va a responder varias preguntas relacionadas sus actividades personales y estados de ánimo, colocando una cruz con la que esté más de acuerdo. Son preguntas fáciles de contestar en 10 a 15 minutos, pero si tuviera alguna duda el investigador lo apoyará.</u>
Posibles riesgos y molestias:	<u>Este estudio es considerado como de mínimo riesgo, ya que únicamente se le aplicarán cuestionarios. En el primero de los cuestionarios nos dirá la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas; El segundo cuestionario cuenta con 20 actividades de su vida diaria, nos va a decir con que tanta dificultad las realiza. Ya sea que las haga sin dificultad, con alguna dificultad, con mucha dificultad o no pueda realizarlo. Se le pedirá que, ante la contestación de alguna pregunta, si presenta algún cambio en sus emociones o</u>

	<u>incomodidad se le pedirá que la refiera al investigador para que suspenda la aplicación del instrumento o pausar la entrevista.</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Usted tendrá información sobre si presenta algún grado de depresión, basándonos en sus estados de ánimo y hábitos de las últimas dos semanas, con el propósito de que su médico realice oportunamente las intervenciones y manejo que crea oportuno para evitar complicaciones y afectación de sus actividades diarias. Su médico familiar, realizará su envío oportuno a psiquiatría o psicología si así lo requiere y enviará a trabajo social para su integración a los grupos de apoyo. Se le otorgará al momento de la encuesta un tríptico, con información que le servirá para conocer sobre artritis reumatoide, depresión y la afectación que provoca en sus actividades cotidianas, con el fin de que identifique sus características y acuda de manera oportuna en busca de atención médica.</u>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<u>Los resultados que se obtengan de este estudio se presentarán en carteles, sin dar a conocer su identidad o sus datos personales. Si usted requiere información de su resultado se le informará de forma oportuna, clara y precisa por escrito de manera personal y privada. En caso necesario se le canalizará a la atención con el médico especialista quien determinará si requiere tratamiento. En su caso lo enviaremos a trabajo social para integrarlo a grupos de apoyo, le daremos a conocer recomendaciones como el ejercicio, actividades recreativas de convivencia social que le evitarán grados de depresión altos, sintiéndose una persona útil y capaz, disminuyendo las complicaciones que ocasiona el tener depresión y artritis reumatoide.</u>
Participación o retiro:	<u>Usted es libre de responder o de no responder los cuestionarios que se le proporcionen, además es libre también de responder o entregarlos incompletos. Si por alguna razón usted desea no responder los cuestionarios, no habrá alguna consecuencia a su atención habitual dentro de la Unidad de salud.</u>
Privacidad y confidencialidad:	<u>La información que usted aporte es confidencial, se usará solamente para reportes, en los cuales no se le identificará de ninguna manera y solo la conocerá los investigadores de este estudio, siendo una participación completamente anónima.</u>
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio.	
<input type="checkbox"/> Sí acepto participar en el estudio y acepto responder los cuestionarios para este estudio.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Jorge Arturo Guzmán Fernández. Correo electrónico: arturo_guzman0709@hotmail.com Tel: 4454557691	

Colaboradores: Dr. Luis Enrique Vasconcelos Arzola. Especialista en medicina familiar. Correo electrónico: lenrri.va@gmail.com Tel: 5570100645. Dra. Olivia Reyes Jiménez. Especialista en Medicina Familiar. Coordinadora clínica de educación e Investigación en Salud de la Unidad de medicina Familiar No.92. Matricula 1136676. Correo. olivia.reyesji@imss.gob.mx. Tel.5528498658.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud 1401 -8 ubicado en el HGR 196 Av. Central N/A, Olímpica, Cd y Puerto, 55130 Ecatepec de Morelos, Méx. Tel. 5557559818 Email: comiteeticainvestigacion196@gmail.com

_____	_____
Nombre y firma del participante	Dr. Jorge Arturo Guzmán Fernández
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.

18.2 Hoja de recolección de datos

FOLIO _____



Favor de llenar los datos que a continuación se le solicitan. Comenzando con la fecha y hora del día de hoy. Coloque con número la edad en años cumplidos hasta el día de hoy, si es hombre o mujer, si es soltero, casado, viudo, en unión libre. A que se dedica actualmente y cuál fue el último grado académico, licenciatura, preparatoria, secundaria, primaria o si no estudio.

ANEXO 2.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA y HORA:

I.-DATOS DEL DERECHOHABIENTE:

Edad	
Sexo	
Estado Civil	
Ocupación	
Escolaridad	

ANEXO 3

18.3 Inventario de Depresión GDS

FOLIO _____

Instrucciones: Se trata de un instrumento de auto reporte compuesto por 15 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas;

“Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda **SI** o **NO**”.

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas)

Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

18.4 – ANEXO 4 Cuestionario HAQ-DI Discapacidad funcional FOLIO _____

Marque con una cruz (X) la opción con la que mejor se identifique de acuerdo a la dificultad que presenta para realizar las siguientes actividades de la vida cotidiana.

	Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> .. Vestirse, asearse | <input type="checkbox"/> .. Caminar, pasear | <input type="checkbox"/> .. Abrir y cerrar cosas (prensión) |
| <input type="checkbox"/> .. Levantarse | <input type="checkbox"/> .. Higiene personal | <input type="checkbox"/> .. Recados y tareas de casa |
| <input type="checkbox"/> .. Comer | <input type="checkbox"/> .. Alcanzar | |

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> .. Cubiertos de mango ancho | <input type="checkbox"/> .. Abridor para tarros previamente abiertos |
| <input type="checkbox"/> .. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas | |
| <input type="checkbox"/> .. Asiento o barra especial para el baño | |
| <input type="checkbox"/> .. Asiento alto para el retrete | |

<p>PUNTAJE:</p> <p>_____</p>



QUE ES LA DEPRESIÓN?

La depresión es una enfermedad grave que afecta a la persona tanto mental como físicamente hasta el punto que la lleva a cambiar su modo de pensar y sentir. Algunos de los síntomas depresivos más comunes son:

- Sentimimiento de tristeza.
- Falta de apetito.
- Irritabilidad.
- Dificultad para conciliar el sueño.

QUE ES LA ARTRITIS?

Es una enfermedad articular, autoinmune, multisistémica, inflamatoria y crónica, la cual provoca:

- Dolor e inflamación
- Rigidez
- Incapacidad



¿QUE PUEDO HACER SI CREO QUE PADEZCO ARTRITIS Y DEPRESIÓN?

01

Acude a tu Unidad de Medicina Familiar.

02

Se otorgarán dos cuestionarios..... se Sincero con tus respuestas.

03

En caso de sospecha de depresión secundario a artritis, se iniciará tratamiento, así como se le canalizará con el **especialista** para un manejo conjunto.



EMPECEMOS...

Valoración multidisciplinaria

Medicina interna reumatología, medicina física y rehabilitación, y psicología.

Control del dolor

Acude con tu médico para un tratamiento adecuado.

Una vez controlado el dolor e inflamación...

Terapia física

Compresas frías/calientes, electroterapia, uso de férulas y ortesis de apoyo, etc.

Ejercicio

Ejercicios isométricos

Siempre individualizado!!!!

AYÚDATE...

Apoyo social

Compensación psicológica



EVITA COMPLICACIONES!!!

- Deformación.
- Discapacidad funcional.
- Destrucción articular y progresiva.
- Disminución de la esperanza de vida.
- Complicaciones extra articulares.



Afección pulmonar, vasculitis necrosante, síndrome de Felty), la presencia de amiloidosis secundaria, mayor susceptibilidad a infecciones.

UMF 92

Contra la Depresión y Artritis

podemos

JUNTOS

Elaboró: Dr. Jorge Arturo Guzmán Fernández Médico Residente de 2º de Medicina familiar.

Vallerand IA, Patten SB, Barnabe C. Depression and the risk of rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol.

Hernández C, Barrocal K, Ulaica B, Ramírez W. Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor en derechohabientes con artritis reumatoide. Rev méd panacea

ES UNA LUCHA CONTRA EL TIEMPO

