



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 UMF No. 33
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN HGZ NO. 16 DE CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. GREGORIO PASCUAL HERNANDEZ QUIROZ

CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

2013



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL
Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN HGZ NO. 16 DE
CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

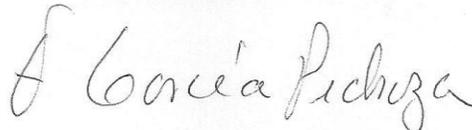
PRESENTA

DR. GREGORIO PASCUAL HERNANDEZ QUIROZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL
Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN HGZ NO. 16 DE
CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. GREGORIO PASCUAL HERNANDEZ QUIROZ

AUTORIZACIONES



DRA. PAOLA ISABEL ROSADO YEPEZ

PROFESORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE UMF PLUS 33 CHIHUAHA CHIH



DRA. ROSA EMMA CONTRERAS SOLIS

ASESOR DE TESIS
ASESOR METODOLOGICO
MEDICO FAMILIAR
JEFATURA CLINICA UMF PLUS 33
CHIHUAHUA CHIH



DR. PABLO RAMIREZ OLIVAS

ASESOR DE TEMA
MEDICO INTERNISTA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 16
CUAUHTEMOC CHIHUAHUA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL
Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN HGZ NO. 16 DE
CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. GREGORIO PASCUAL HERNANDEZ QUIROZ

AUTORIZACIONES


DRA. MARTHA EDITH TUFIÑO OLIVARES

COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION ESTATAL
CHIHUAHUA CHIH


DR. RENE ALBERTO GAMEROS

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION ESTATAL
CHIHUAHUA CHIH


DRA. ANA MARLENE RIVAS GÓMEZ

ENCARGADA DE LA COORDINACION DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
UMF PLUS 33
CHIHUAHUA CHIH.

1.-Titulo

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN HGZ No. 16 DE CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA.

2.-índice

| | |
|---|----|
| 1.-Titulo | 5 |
| 2.-índice..... | 6 |
| 3.- Marco teórico..... | 7 |
| 3.1 Introducción | 7 |
| 3.2 Epidemiología | 13 |
| 3.3 Artritis Reumatoide..... | 19 |
| 3.3.1 Depresión en artritis reumatoide..... | 20 |
| 3.3.2 Criterios, instrumentos o herramientas para medir depresión en AR..... | 22 |
| 3.3.3 Test de Zung..... | 23 |
| 3.3.4. Factores que influyen en la depresión en el paciente con artritis reumatoide... 24 | |
| 3.4 Capacidad funcional en paciente en AR y su relación con la depresión..... | 26 |
| 3.4.1 Escala de Stanford Healt Assessment Questionnaire simplificado..... | 31 |
| 3.5 Funcionalidad familiar..... | 32 |
| 3.5.1 Relación de la funcionalidad familiar con la depresión..... | 36 |
| 3.6 Instrumentos para medir funcionalidad familiar..... | 37 |
| 3.6.1 Apgar familiar..... | 40 |
| 4.-Justificación..... | 42 |
| 5.-Planteamiento del problema..... | 44 |
| 6.-Hipótesis..... | 46 |
| 7.- Objetivos..... | 46 |
| 7.1.-General..... | 46 |
| 7.2.- Específicos..... | 46 |
| 8.-Material y métodos..... | 47 |
| 8.1.-Tipo de estudio..... | 47 |
| 8.2.- Población, lugar y tiempo de estudio..... | 47 |
| 8.3.- Criterios de selección..... | 47 |
| 8.3.1.-Criterios de inclusión..... | 47 |
| 8.3.2.-Criterios de exclusión..... | 48 |
| 8.3.3.-Criterios de eliminación..... | 48 |
| 8.4.- Variables..... | 48 |

| | |
|---|----|
| 8.4.1.-Variable dependiente..... | 48 |
| 8.4.2.-Variables independientes..... | 49 |
| 8.4.3.-Variables universales. | 51 |
| 8.5.- Tipo y tamaño de muestra. | 54 |
| 8.5.1.-Tipo de muestra..... | 54 |
| 8.5.2.-Tamaño de muestra..... | 54 |
| 8.6.-Análisis estadístico..... | 54 |
| 8.7.-Técnicas y procedimientos. | 55 |
| 8.8.- Consideraciones éticas. | 55 |
| 9.- Resultados..... | 56 |
| 9.1.- Descripción de resultados..... | 56 |
| 9.2. Tablas y figuras..... | 58 |
| 10.- Discusión. | 64 |
| 11.- Conclusiones..... | 69 |
| 12.-Recomendaciones..... | 69 |
| 13.-Referencias bibliográficas..... | 70 |
| 14.- Anexos. | 73 |
| 14.1.-consentimiento informado..... | 73 |
| 14.2.- Hoja de recolección de datos..... | 74 |
| 14.3.- Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS). | 76 |
| 14.4.- Instrumento de funcionalidad familiar: APGAR..... | 79 |
| 14.5.- Escala de Stanford Health assessment questionnaire simplificado..... | 80 |

3.- Marco teórico

3.1 Introducción

Ante los crecientes retos de la medicina familiar por la amplia gama de padecimientos en contacto con el primer nivel que representa al especialista en

medicina familiar, y que ética y profesionalmente, tiene la obligación de estar actualizado y conocer de los padecimientos en su historia natural, para poder incidir en la prevención y en el curso de dicha enfermedad, por lo que los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y ofrecer un mayor compromiso, y respeto a la dignidad de los pacientes. De esta manera las actividades cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades, convirtiéndose el profesional de la salud como el confidente del paciente, tomando decisiones informadas, de competencia y veracidad, así por ende el médico familiar se convierte en investigador desde el inicio de indagar al paciente y su familia. Los médicos familiares actuamos de manera preventiva y anticipada ante las enfermedades que atendemos en el consultorio, desde la creación de la medicina familiar con enfoque de riesgo y preventivo ese ha sido la función del médico familiar. Uno de los padecimientos frecuentes que dejan secuelas deformantes e incapacitantes en nuestra localidad es la artritis reumatoide, asociado a otras enfermedades crónicas como la depresión en si con incapacidad psicosocial de los pacientes lo que disminuye la calidad de vida, considerado como un problema de salud pública. En nuestro país la artritis reumatoide causa una repercusión económico importante relacionados en tres aspectos; costos directos sanitarios en cuanto a consumo de recursos asistenciales, costos indirectos con perdida en la capacidad laboral y costos intangibles en deterioro en la calidad de vida y su repercusión en el entorno familiar, generando una cadena de desajustes sociales, emocionales tanto para el paciente como a los familiares y el círculo social del paciente, por otra parte la depresión y otras enfermedades crónicas que se asocian a la artritis reumatoide

influyen de manera negativa modificando el curso de la artritis reumatoide, de ahí la importancia de saber la prevalencia de la depresión asociado a la artritis reumatoide. También es importante conocer cada uno de los pacientes en su entorno familiar funcional o disfuncional para obtener armas suficientes para la prevención, seguimiento, limitación del daño, rehabilitación e integración nuevamente a la sociedad de estos pacientes con artritis reumatoide asociados con depresión, disfuncionalidad familiar y algún grado de discapacidad, hacer partícipe a la familia y al médico familiar en el seguimiento de este padecimiento y saber con qué redes de apoyo tiene disponible el paciente para poder actuar en la detección, diagnóstico y para su referencia y tratamiento temprano ya que se ha demostrado que el tratamiento al diagnóstico del padecimiento es uno de los indicadores que se relaciona con la limitación de los daños articulares, las complicaciones más comunes, las discapacidades y las incapacidades laborales que esto provoca repercute de manera negativa en la vida tanto económica, social y de salud de quien la padece. Los afectados tienen un índice de mortalidad que duplica al de la población sana con acortamiento de años de vida entre 3 a 13 años según los autores, en las formas más activas de la enfermedad, la mortalidad alcanza valores similares a la de los pacientes con linfomas Hodgkin en estadio IV o de las enfermedades coronarias de 3 vasos. La calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide se considera deteriorada llegando a situarse por debajo de la apreciada por quienes padecen otras enfermedades como: el lupus eritematoso sistémico, infarto agudo al miocardio, o la colitis ulcerosa, a esta disminución de la calidad de vida lo contribuyen el dolor articular, la frustración derivada de la pérdida de habilidades manuales, la incapacidad laboral,

dificultades para el desempeño de actividades diarias, problemas de movilidad, restricciones en la esfera de las relaciones sociales y la dependencia de otras personas, siendo la depresión la enfermedad frecuentemente asociado como consecuencia psicológica más relevante lo que hace más propenso al paciente en el uso de psicofármacos, y un círculo social-laboral deteriorado hasta el punto de abandono del trabajo transcurridos 10 años de evolución, en un 26 y el 60 %. ¹

Varios estudios en estados unidos de Norteamérica y en nuestro país, mencionan a la artritis reumatoide como una de las principales enfermedades reumáticas de naturaleza inflamatorias, que provocan un alto costo institucional, así como de la economía familiar con un mayor costo en la terapia farmacológica, y el uso de terapias alternativas. La importancia de la función social del médico familiar en el paciente y su familia es lograr impactar en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con diferentes enfermedades crónicas degenerativas como la; artritis reumatoide, enfermedades depresivas y con algún grado de discapacidad, integrando al paciente en su círculo social, familiar, laboral, estableciéndose lo siguiente como una red social cuando el paciente logra obtener ayuda para afrontar factores estresantes, ya que a la ausencia de esta red de apoyo se refleja en el aumento del dolor, de limitación de la movilidad, en la depresión y en la progresión de su incapacidad. ²

Los trastornos depresivos afectan el curso de muchas enfermedades crónicas incluyendo la AR, varios estudios han encontrado que el riesgo de padecer síntomas depresivos se incrementa en presencia de entidades de larga evolución, algunos estudios muestran que entre el 25 al 32.4 % de los pacientes con dolor

crónico presentan síntomas depresivos, la prevalencia de síntomas depresivos varía en las diferentes poblaciones y se estima que puede presentarse del 23 % al 80%. La depresión como problema de salud pública y muy frecuente en la consulta de medicina familiar, con la característica de ser la primera causa de atención psiquiátrica en nuestro país con una prevalencia en el hombre de 2.5 % y 5.8 % en la mujer, incrementándose con la edad y con un aumento al doble o triple dependiendo de las áreas donde se lleva a cabo la investigación, lo que merma la salud ya deteriorada de los pacientes con enfermedad crónica incapacitante como lo es la artritis reumatoide, es importante para el médico familiar, conocer esta estadística para tenerlo en cuenta cada vez que trata a un paciente con artritis reumatoide, ya que además de su cuadro clínico característico, tendrá asociado a la depresión que deteriorará más su salud afectando su calidad de vida y debe de tener los conocimientos precisos para referir y buscar red de apoyo de manera anticipada a las complicaciones y secuelas de la enfermedad. La depresión causa una incapacidad laboral media de 7 días al mes superior a cualquier otra enfermedad crónica, como la artritis reumatoide. En nuestro país los días perdidos de actividad laboral por depresión fueron de 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedad crónica. Por todo lo expuesto es importante para el médico familiar conocer estos tips para su actuar en la consulta médica con fines preventivos y el enfoque de riesgo que caracteriza a este profesional de la salud, quien en la actualidad es el primer contacto con el paciente y quien mayor contacto directo y afectuoso tiene con el paciente y su familia de quien le confía su salud. Por lo que tiene no solo la

responsabilidad si no la obligación de guiar y preservar la salud de sus pacientes lo que diferencia con las demás especialidades.³

La familia no solo es una agrupación social sino que es además la encargada de proporcionar los roles a cada individuo del núcleo que debe asumir, en nuestro medio la familia es la fuente de intercambios, donde se cimienta el desarrollo emocional del individuo, una identidad propia y el sentido de pertenencia a la sociedad. Los acontecimientos positivos y negativos de cada uno de los integrantes hace temblar o modifica la estructura familiar, haciendo que la familia se vea afectado, la artritis reumatoide, provoca cambios en la estructura familiar, por ser un padecimiento crónico, que limita a actividades, sobre todo en aquellas familias donde el que padece la enfermedad está en edad productiva y laboral o es el único sustento familiar, llevando a un círculo discapacidad-falta de cumplimiento del rol familiar-depresión. De ahí la importancia de orientar a la familia en busca de una red social como factor de protección para los pacientes con artritis reumatoide, ya que disminuye la incapacidad física y el riesgo de caer en la depresión, así como la capacitación al paciente para adaptarse a su enfermedad afrontando los efectos negativos que acompañan a la enfermedad que no se compara con fármaco alguno para el paciente. La discapacidad ocasionado una parte por la artritis reumatoide y por otra la depresión, desencadenado por el dolor crónico, la inmovilidad, la disminución de la destreza de realizar actividades diarias, así como la dependencia y en ocasiones el abandono laboral, repercute negativamente en la salud del paciente y predispone a otras enfermedades no solo a la progresión de la depresión y al mayor deterioro sino que, corre el riesgo

de agregarse otros padecimientos como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, insuficiencia renal; que acaba con la vida del paciente. Todo el esfuerzo del médico familiar se debe centrar en hacer un diagnóstico temprano en forma oportuna y eficaz, dar seguimiento en el tratamiento y corroborar la adherencia terapéutica, en lograr la remisión de la enfermedad con ayuda de un equipo multidisciplinario y así minimizar el deterioro, alcanzar una disminución de la inflamación articular con la consiguiente limitación de la discapacidad, tomar en cuenta las comorbilidades, la polifarmacia, y la función de ciertos órganos como el hepático y renal, ya que de esto depende el pronóstico y la calidad de vida, integrando a los pacientes con sus familias en una integridad orgánica y emocional, y así disminuir los costos efectivos de las instituciones y el sobrecupo de los pacientes con complicaciones crónicas irreversibles en las diferentes instituciones de salud. ⁴

3.2 Epidemiología

La artritis reumatoide presenta una prevalencia de 0.2 al 2 % de la población en general, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 años \pm 10 años, más frecuentemente en mujeres que en hombres con una relación de 3:1, relación que con el aumento de la edad disminuye. De esta población 5-20 % tiene un curso monocíclico o autolimitado y el resto de los pacientes presenta con curso policíclico con exacerbaciones y remisiones parciales o completas o de un curso

rápidamente progresivo. Tan impactante las consecuencias y los gastos públicos y familiares que esta devastadora enfermedad ocasiona tan solo en Estados Unidos de Norteamérica genera aproximado 9 millones de visitas médicas y 2,500,000 hospitalizaciones anuales, con una pérdida de 17.6 billones en salarios y una invalidez permanente de 2.5 % por un año, con una tasa estandarizada de 2.26, demostrándose una reducción en su expectativa de vida.⁵

La prevalencia de la depresión en nuestro país en el 2001, oscila entre 6-15 % de la población en general y en países industrializados de 6 a 12 %, los factores de riesgo para que se presente la depresión son referidos a variables como la edad, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, expectativas de vida, realización de metas a largo plazo, religión, tipo de trabajo que desempeña la persona, enfermedades crónicas asociadas.⁶

Los trastornos depresivos afectan el curso de muchas enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, encontrando que el riesgo de padecer síntomas depresivos se incrementa con enfermedades de larga evolución crónicas que cursan con dolor incrementándose la prevalencia de sufrir trastorno depresivo de un 25 % a 58 %, variando en diferentes poblaciones y diferentes países según su desarrollo y factores asociados de la población estudiado. Cadena y cols. en un estudio transversal con 107 pacientes en Medellín Colombia; mostró una prevalencia de 58 % de depresión en pacientes con artritis reumatoide utilizando la escala de Zung, encontrando también asociación con factores como el apoyo familiar y la relación médico paciente, un 88 % de apoyo de su médico, la distribución por nivel de depresión fue 25 % de depresión leve, 26 % con

depresión moderada y un 7 % con depresión mayor, lo que indica que la red de soporte social fue importante para el paciente con enfermedad crónica.⁷

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México en el 2003, refiere al estado depresivo dentro del primer lugar, con un alto nivel de discapacidad a nivel mundial, con una prevalencia del 6.4 % en la población en general. El programa Nacional de Salud 2007-2012 describe que la depresión es la principal causa de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte” en mujeres, superando incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas, y las enfermedades isquémicas del corazón. Los factores de riesgo biológicos para la depresión, son: género femenino pero con mayor riesgo de suicidio en los varones, enfermedades medicas actuales, como padecimientos discapacitantes (ej AR), padecimientos dolorosos (cáncer, enfermedades reumáticas inflamatorias etc), padecimientos terminales (irc, cáncer etc.).⁸

La guía clínica de evidencias y recomendaciones del diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención del 2011 menciona la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor es fue del 10 % en el 2000, con una proyección del 21 % para el 2050, según (UNDESAPD,2008), en el año de 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad, y la proyección al 2020 la ubican como la segunda causa, solo detrás de las enfermedades isquémicas. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónicas-

degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36 % en la valoración de la consulta externa y se incrementa al 40 % en el egreso del paciente hospitalizado, quedando de la siguiente manera: afecta el 10 % de los ancianos de la comunidad, 20-40 % de los hospitalizados, 15-35 % de los que viven en asilos y el 40 % de los que presentan múltiples enfermedades o comorbidos (enfermedades cerebrovascular, enfermedad de Párkinson, enfermedad de Alzheimer, Infarto agudo al miocardio, diabetes mellitus, hipotiroidismo, cáncer), con una recurrencia de la enfermedad extremadamente alta.⁹

La magnitud de la depresión en México y los factores asociados, encontrados por la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, también conocida como la encuesta nacional de comorbilidad en México, realizada en el 2001 y 2002, en el grupo de 18 a 65 años de edad, de la zona urbana que incluyó 5,782 participantes. La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8 % entre la población de 18 a 65 años de edad, (IC95 %=4.0-6.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad con una prevalencia anual de 6.8 %(IC95 %=5.6-7.9). En México como el resto del mundo al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. El estudio de la OMS comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces más mayores que la de los hombres. La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar factores de riesgo y

protección, así como factores que puedan incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos ante los servicios de salud. Los resultados encontrados fueron tasas más bajas en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, China y Sudáfrica, mientras que las tasas más altas se observaron en países de ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, nueva Zelanda, y los Estados Unidos de América. Esta diferencia no significa que hay mayor depresión en los países de más alto ingreso, sino que existen diferencia en cuanto a los estudios realizados (sesgo) de información, en diagnósticos, precisión y validez de las mediciones o diferencias culturales que pudiesen afectar el diagnóstico. Por otra parte el estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudos tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres $p < 0.001$. Finalmente se encontró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la india tiene mayor riesgo de depresión. Un estudio internacional encontró que la mayoría de los países, entre 40 y 50 % de las personas que alguna vez tuvieron algún trastorno depresivo presentaron uno en el último año, y que entre el 45 % y 65 % de quienes tuvieron un trastorno depresivo en el último año sufrieron el padecimiento en el último mes.¹⁰

Mould-Quevedo j y cols. Realizaron un estudio en el año 2005 con 694 pacientes con diagnósticos de artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y gota, (53 % de

sexo masculino con una edad promedio de 46 \pm 14.7,) 262 con AR ,226 con espondilitis anquilosante, y 206 con gota, y determinaron los gastos de la siguiente manera: los gastos se determinaron en dólares según el tipo de cambio al año 2005. El gasto de bolsillo por paciente por año fue mayor en el grupo con artritis reumatoide con una mediana de 498.6 dólares con (IC 95 %=50-23,098.5), para espondilitis anquilosante fue de 452.9 (IC 95 %=15.2-1, 722.2), para gota 176.8 (IC 95 %=15.2-1.134.6) con una $p < 0.01$, en la AR los gastos en mayor proporción fueron los medicamentos, siguiéndole los gastos en laboratorio y gabinetes , siendo menor el gasto a cirugía y aparatos de ayuda comparados con la EA y la gota. El gasto institucional directo por paciente por año con ar fue de 1742.2 y para espondilitis anquilosante fue de 1710.8 y en gota fue de 760.7 pesos, siendo los componentes más costosos las visitas al reumatólogo y los medicamentos, tomando en cuenta el gasto de bolsillo por paciente e institucional que da de esta manera para AR 2334.3 dólares, para EA 2289.4 dólares, para gota 1006.1 dólares. Por lo que representa un gasto total del 26 % de todas la enfermedades reumáticas inflamatorias en nuestro país. El sistema de salud mexicano comprende algunas modalidades que van desde los servicio médicos dependientes de la seguridad social hasta la atención medica privada, con un gasto total en el producto interno bruto de 5.8 del total de los gastos en salud, y de esta cifra el 58 % corresponde a gastos de bolsillo hasta el 2005. Encontrándose que el 15 % del ingreso familiar se destina a gastos por la AR, por lo que el impacto sobre la economía familiar puede clasificarse como gastos catastróficos, sobre todo en pacientes con AR y EA, variando este gasto con los subrogados en otros países a nivel institucional que casi es el total. Cabe mencionar que de los

pacientes que estos autores estudiaron, llama la atención que dentro del total de los pacientes con AR, solo 39 % de los pacientes tuvo apoyo institucional directo y completo para ello. Cabe mencionar que estos autores, estudiaron pacientes la mayoría con algún servicio médico, por lo que la limitante de este estudio, no refleja la otra población no derechohabiente de alguna otra institución, por lo tanto los gastos de bolsillo varían. ¹¹

3.3 Artritis Reumatoide.

La artritis reumatoide es una enfermedad articular, autoinmune, multisistémica, inflamatoria crónica, cuyo órgano blanco principal es la membrana sinovial, afecta más a mujeres que a hombre en una proporción de 3 a 1 a nivel mundial. La prevalencia aumenta con la edad y las diferencias entre géneros disminuye con la edad avanzada siendo más frecuente entre los 40 a 50 años de edad, con etiología aún desconocida, se han identificado factores asociados como los factores endocrinos, ambientales, genéticos, como la raza blanca y mestiza los cuales varían de una población a otra. Existen factores que modulan sobre el pronóstico como; la educación, estatus marital, nivel socioeconómico, inicio del tratamiento al inicio de los síntomas, las adicciones al tabaco y la dieta, los pacientes que tiene anticuerpos anticitrulina y con marcador genético HLA-DRB1 desarrollan la enfermedad a más temprana edad y mayor deterioro articular a los que no la tienen.¹²

3.3.1 Depresión en artritis reumatoide.

La evidencia clínica sugiere que el trastorno depresivo multiplica el riesgo de padecer mayores niveles de dolor en los pacientes con artritis reumatoide y la discapacidad física que provoca el dolor genera malestar psicológico y disminuye la calidad de vida. Es necesario tener presente que la actividad física en personas con artritis reumatoide es inversamente proporcional a la severidad de los síntomas depresivos y directamente proporcional a la calidad de vida.¹³

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar, millones de personas en el mundo sin importar su raza, nacionalidad o cultura sufren esta enfermedad con una prevalencia del 15 % de morbilidad y la 4ª causa de discapacidad en el mundo, una relación de 20 % de prevalencia en las mujeres contra un 12 % en los hombres, con un incremento exponencial con la edad, por lo que representa un problema de salud pública. Existen dos formas básicas de depresión; la forma exógena o reactiva como en las enfermedades crónicas incapacitantes y la endógena o biológica que no tiene causa externa manifiesta, con diferentes factores etiológicos; genéticos, químicos y psicosociales, aunque puede ser multifactorial, para este fin del trabajo de investigación nos referimos a la depresión exógena.¹⁴

La depresión es un problema de salud pública debido a la magnitud y trascendencia que representa, sobre todo asociado a otros padecimientos crónicos, por lo que es importante seguir midiendo su ocurrencia y buscando los factores de riesgo asociado para la población mexicana, particularmente en

nuestro estado, ya que algunos factores de riesgo se modifican en determinadas regiones geográficas así como su prevalencia, para tomar acciones específicas para incidir en ella.¹⁵

Quienes se consideran que están en alto riesgo de trastorno depresivo y que se le debe dar un enfoque de riesgo son los pacientes con: padecimientos crónicos, insomnio crónico, dolor crónico como en la artritis reumatoide, síntomas somáticos múltiples inexplicables, enfermedades médicas crónicas, eventos cardiovasculares agudos, trauma físico o psicológico reciente.⁸

La correlación de los niveles de depresión con otros parámetros no es sencilla, con frecuencia una enfermedad más grave o un mayor grado de dolor no significa necesariamente un mayor grado de depresión. También es necesario considerar los factores psicológicos, si el nivel de depresión es elevado puede influir negativamente en la auto percepción de la función física, la función social y la calidad de vida en su conjunto comparativamente con los pacientes no deprimidos. Los pacientes activos frente a su enfermedad y que buscan adaptarse a la nueva situación, refieren tener menos síntomas, estar menos incapacitados y tener menor grado de depresión.²

Los trastornos depresivos afectan el curso de muchas enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, encontrando que el riesgo de padecer síntomas depresivos se incrementa con enfermedades de larga evolución crónicas que cursan con dolor incrementándose la prevalencia de sufrir trastorno depresivo de

un 25 % a 58 %, variando en diferentes poblaciones y diferentes países según su desarrollo y factores asociados de la población estudiado.⁷

3.3.2 Criterios, instrumentos o herramientas para medir depresión en AR.

Los criterios de la depresión según la DSM-IV-R (APA, 2000)

A.- al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe estar presente e interferir en la vida de la persona

1.-ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas.

2.-perdida de todo interés y de placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas

3.-si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas

B.- al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas

1.-ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños o ancianos), como se define en A1.

2.-marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2

3.-alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso(sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.

4.-alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.

5.-alteraciones en la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros)

6.-fatiga o pérdida de energía.

7.- autoreproche o culpabilidad inapropiada.

8.- pobre concentración o indecisión.

9.-pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo a morir) o de suicidio.

C.-los síntomas no son debido a psicosis.

D.-nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.

E.-los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.

F.-los síntomas no son por una pérdida normal.⁹

Las variaciones en las cifras de ocurrencia de depresión en México pueden ser debidos al instrumento utilizado, ya que existen diferentes escalas, las cuales presentan en su validación cifras aceptables un poco mayor de 70 %, tanto en validez como de confiabilidad. De los inventarios que evalúan la psicopatología el más conocido es el inventario multifásico de la personalidad, que agrupa algo más de 500 reactivos evaluando además de la depresión otras alteraciones mentales, la escala de Zung, inventario de Beck y la Escala de Hamilton.¹⁵

3.3.3 Test de Zung.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W. W. Zung (1965), para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo, es una encuesta corta que se autoadministra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 preguntas en la escala que indican 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay 10 preguntas elaboradas de forma positiva, y 10 preguntas de

forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo. No hace diferencia entre distimia y depresión mayor y no se basa en criterios DSMIV para el diagnóstico de depresión. La prueba de Zung es una escala autoaplicada usada como tamizaje para evaluar la depresión. Consiste de 20 preguntas que evalúan múltiples aspectos del individuo describiendo la frecuencia de los síntomas como “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” o “casi siempre”, asignándole un valor a la misma de 1 a 4 dependiendo de la pregunta. El resultado final se convierte a un número porcentual (puntaje total/ 80 x 100). Resultados inferiores al 50 excluyen depresión, resultados entre 50-59 indican depresión “leve”, entre 60-69 moderada y resultados superiores a 70 indican depresión severa, con hasta un 95 % de sensibilidad de acuerdo con los criterios del DSM IV.^{16,17}

3.3.4. Factores que influyen en la depresión en el paciente con artritis reumatoide.

Cuatro predictores independientes fueron encontrados asociados con trastornos depresivos actuales. Estos son: 1) limitada interacción social (OR: 1,94 [IC: 1,14-3,31]), 2) falta de apoyo social percibido (OR: 0,96 [IC:0,92 hasta0,99]), 3) alta intensidad de dolor en la artritis reumatoide (OR: 1,05 [IC:1,1 a 1,10]), y 4) antecedentes familiares de trastornos depresivos (OR: 19,93 [IC:1,84-215,47]). La comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad se asocia con un aumento en la gravedad y la persistencia de deterioro funcional y los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de recurrencia de depresión. Por lo tanto es

importante identificar trastornos depresivos y de ansiedad en los pacientes con AR temprana, ya que al agravar la depresión o ansiedad agrava el cuadro de artritis reumatoide.¹⁸

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social, sentimiento asociado al dolor crónico orgánico, al dolor de tipo emocional, con manifestaciones de tipo neurovegetativos y otros componentes de tipo psicológico y social, con base familiar, del cual parte de la cual puede ser genética y otra parte puede ser aprendida durante la crianza. Boschetti-Fentanes B en el 2004, hace un análisis de la depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, mencionando que el 50 % de los pacientes con depresión no son detectados en la atención primaria, ya sea por escasez de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes o por la falta de medicamentos adecuados para este padecimiento y con una estimación para el año 2020 el trastorno depresivo será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral, por lo que en asociación con la artritis reumatoide representaran un problema de salud pública. Es importante entonces en primer lugar detectar los casos y categorizarlos para una terapia adecuada y disminuir la discapacidad por estas dos enfermedades asociadas.¹⁹

Redondo MM y cols. 2008 España en su ensayo, hace una revisión del dolor en los pacientes con artritis reumatoide y las variables psicológicas relacionadas dando importancia al dolor como síntoma incapacitante en los pacientes con artritis reumatoide por encima del trastorno depresivo aunque algunos estudios apuntan a que el predictor más relevante del dolor es la depresión actuando para;

disminuir el umbral del dolor, la tolerancia o la amplificación somato sensorial en dichos pacientes. La intervención psicológica en el dolor en pacientes con artritis reumatoide, dicha intervención va a tener como uno de los objetivos prioritarios que el paciente sea capaz de manejar su experiencia del dolor en algunos casos de forma directa a través del aprendizaje de determinadas técnicas, y en otros de manera indirecta a partir del manejo de otras variables psicológicas como las emociones negativas, que ejercen un efecto claro sobre el dolor.²⁰

La depresión en enfermos con artritis reumatoide puede pasar inadvertida fácilmente en la atención clínica habitual y el desconocimiento de sobre la influencia que puede tener los problemas psiquiátricos como la depresión sobre estos enfermos crónicos constituye una limitación para seleccionar la mejor aproximación terapéutica.²¹

3.4 Capacidad funcional en paciente en AR y su relación con la depresión.

La evaluación de la capacidad funcional es una variable esencial para el desenlace de la enfermedad en HAQ (Health Assessment Questionnaire) cuestionario de evaluación de la salud, es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la valoración de la capacidad funcional de la artritis reumatoide. Hay una relación importante en los síntomas de la depresión como la fatiga y la relación con mayor dolor que se relaciona con mayor discapacidad al medirlo con el cuestionario de la HAQ. La pérdida precoz del espacio articular se relaciona con la futura discapacidad en pacientes con AR más que las erosiones. El cuestionario HAQ (health assessment questionnaire) instrumento de

autoevaluación, de respuesta fácil y rápida, con Buena reproducibilidad y consistencia interna, es efectivo para predecir deterioro funcional, discapacidad laboral, cirugía articular y mortalidad prematura. En un estudio realizado por Ivorra J y cols (España 2009) analizaron la relación entre discapacidad con las distintas lesiones radiográficas y la influencia del tiempo de evolución se incluyeron 96 pacientes con artritis reumatoide (67 mujeres y 29 hombres), donde la puntuación de HAQ mostro una correlación estadísticamente significativa con todas las puntuaciones de las lesiones radiográficos sobre todo en los pacientes con mayor de 7 años de padecimiento de la AR. Los datos del presente estudio indican que las lesiones radiográficas en las manos se relacionan con algunas categorías del HAQ referentes a la función de las extremidades superiores en pacientes con AR tardía.²²

El cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire) es un instrumento de autoevaluación, de respuesta fácil y rápida, con buena reproducibilidad y consistencia interna. Es efectivo para predecir deterioro funcional, discapacidad laboral, cirugía articular y mortalidad prematura.²³

Criterios por el colegio americano de reumatología para la clasificación del estado funcional en la artritis reumatoide

| Clase funcional | Definición |
|-----------------|--|
| I | Capacidad completa para realizar las actividades usuales |

| | |
|-----|---|
| | de la vida diaria, que incluyen actividades del autocuidado, avocacionales y vocacionales |
| II | Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales. |
| III | Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales |
| IV | Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, avocacionales y vocacionales. |

Fuente: grupo de revisiones de la sociedad española de reumatología: actualización de la guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España (GUIPCAR 2007).⁵

Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la encuesta mundial de salud mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar. Se realizaron encuestas en 17 países donde muestran que las personas que cursa con un trastorno de ansiedad o depresión tienen

consistentemente 4 veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa como la artritis reumatoide (OR=4,0: IC 95 %=3.5-4.4), que quienes cursan con algún otro trastorno comorbido.²⁴

Morales Villanueva y cols. realizaron un estudio con 73 pacientes con artritis reumatoide para determinar la neuropatía en relación con la clase; funcional 6 masculino y 67 femeninos, donde se le realizó estudios de velocidad de conducción nerviosa de los nervios motores mediano, cubital, peroné, tibial y sensitivo cubital, mediano, y sural, encontrando que se presentó neuropatía en el 34.2 % de los pacientes. 27 % de los pacientes tenían más de 10 años de evolución de la enfermedad, 6.8 % menos de 10 años de duración, presentando neuropatía los pacientes de clase funcional I en un 11.8 %, clase funcional II en el 28.2 %, clase funcional III el 42.1 %, y el 100 % de la clase funcional IV. Por lo que llegaron a la conclusión de que la neuropatía periférica en la artritis reumatoide es más frecuentemente conforme se deteriora la clase funcional y en mayores de 10 años de duración de la enfermedad.²⁵

Existen factores que pueden ser pronósticos para la evolución de los pacientes con artritis reumatoide en relación a la funcionalidad:

1.-Factores pronósticos actuales de la artritis reumatoide

-género femenino

-enfermedad poliarticular

-artritis simétrica

-elevación persistente de reactantes de fase aguda

-Factor reumatoide y anticuerpos anti CCP

-Manifestaciones extraarticulares

-estatus socioeconómico

-no respuesta a metotrexate

2.-Factores pronósticos futuros

-factores serológicos

-biopsia sinovial

-resonancia magnética nuclear

-factores genéticos

Considerando que la mayoría de los pacientes con artritis reumatoide se encuentran dentro del grupo con actividad moderada, el lograr la remisión de la enfermedad no es posible en la mayoría de los pacientes con la terapia tradicional con FARME por lo que se tiene que tener una estrecha vigilancia con el paciente para detectar la poca mejoría y enviar a su médico reumatólogo, para considerar terapia biológica. Aunque no se encuentra siempre disponible, pero debería considerarse como posible. Los pacientes con artritis reumatoide que reciben etanecet en combinación con metotrexate presentan tasas de remisión más alta e

inhibición de la progresión de la enfermedad reflejado en signos radiológica de la enfermedad y en los cuestionarios de la HAQ.²⁶

3.4.1 Escala de Stanford Health Assessment Questionnaire simplificado.

La escala de Stanford Health assessment questionnaire simplificado, Se trata de un cuestionario desarrollado para valorar la discapacidad y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide evaluación, introducido en 1980, El HAQ se basa en cinco dimensiones centrados en el paciente: la discapacidad, el dolor, los efectos de los medicamentos, los costos de la atención, y la mortalidad. Es un instrumento fiable y se ha correlacionado significativamente con otros instrumentos. Por lo general, una de las dos versiones HAQ se utiliza: el HAQ completa, que evalúa las cinco dimensiones, y el HAQ corto ó 2 páginas, que contiene sólo el índice de discapacidad HAQ (HAQ-DI) y el paciente del HAQ global y el dolor visual analógica escalas (VAS). El HAQ-DI y la EVA mundiales y dolor (es decir, el corto HAQ) se han mantenido esencialmente su contenido original desde su creación, mientras que el HAQ completo sufre revisión periódica para tratar temas de interés científico contemporáneo. El HAQ-DI se ha traducido o adaptado a la cultura en más de 60 idiomas o dialectos diferentes y se ha convertido en parte de los Institutos Nacionales de la Salud como uno de los cuestionarios más utilizados para medir la discapacidad y la actividad en la artritis reumatoide.²⁷

3.5 Funcionalidad familiar.

La familia: definido etimológicamente como fámulus que significa “sirviente o esclavo doméstico” por el marqués de Morantes. La organización mundial de la salud la define como: “los miembros del hogar emparentados entres, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Minuchin (1984) la define como: “grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembros de una familiar, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares”. El consenso académico, México 2005, la define como: “ un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un numero variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique. Y constituye la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad en nuestra sociedad”. Unidad dinámica y sus características estarán determinadas por el tipo de sociedad en la que se desarrolla y por el momento histórico en que vive, estableciéndose como un vínculo entre la sociedad y el individuo, destinado a preservar y transmitir rasgos, aptitudes y pautas de vida. Funciones de la familia: debe incluir los enfoques psicológicos, biológicos, sociológicos, culturales, religiosos, educativos, en su contexto intercultural y de convivencia armónica y equilibrada. Considerando los 3 factores: biológicos, psicológicos y social, llegando actualmente a la familia

moderna con las siguientes funciones: Cuidado; significa cubrir las necesidades físicas, materiales y de salud de cada uno de los miembros; esto implica proporcionar casa, alimento, vestido, del que se evalúa por clínica como “hábitus exterior”, en relación con su vestido, higiene, estado nutricional, tipos de accidentes domiciliarios, callejeros, características de la vivienda, accesibilidad a los servicios de salud. Afecto: relacionado con los aspectos psicológicos de los integrantes; amor, cariño, ternura, comprensión, preocupación. En nuestra sociedad aun es frecuente el mayor aporte de este punto por la madre quien la desarrolla mejor el rol, de ahí la importancia de la integración de los diferentes miembros de una familia para el desarrollo pleno de esta función dentro del contexto familiar; se evalúa con diferentes manifestaciones física de afecto (besos, abrazos, caricias) la comunicación verbal y no verbal durante la entrevista, y el sentido de pertenencia al grupo de cada uno de los miembros de la familia. Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: proceso en que la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural y familiar, y género además condiciones que le permitan a sus integrantes poder regular la fecundidad según sus intereses. Se ha considerado a la familia como un filtro por medio del cual sus elementos aprenden, expresan e interpretan los componentes de la sexualidad. En esta función en la que los factores biológicos, psicológicos y sociales convergen para dar cabida a un ser no solo biológico, sino integral en todos sus aspectos. Así también para la provisión de nuevos miembros a la sociedad. Los principales cambios actuales que permiten tener una visión diferente de la tradicional función reproductiva son:

- Disminución de las tasas de fecundidad por incremento en los programas de planificación familiar.
- Aumento de los índices de separación y divorcio
- Mayor participación de la mujer en el campo laboral y cultural
- Cambios en los tipos de unión familiar, con un incremento de la tasa de unión libre
- Ampliación de la esperanza de vida

Socialización: en este aspecto tan importante de la transmisión de la capacidad de actuar ante la sociedad y la manera de relacionarse con las habilidades sociales, de inteligencia, de personalidad, cultural, religiosa. Se sabe que la madre es quien inicia con este aspecto, incluyendo a los demás miembros de la familia para dicha actividad, cuando este aspecto no se logra en la familia hay instituciones que pueden ayudar a ciertas personas para su integración y socialización.

Estatus o nivel social: la familia socializa al niño dentro de un nivel o clase social, la cual le permite transmitir aspiraciones, anhelos, tradiciones, su herencia sociocultural, además de sus expectativas según este nivel o clase social.²⁸

Por lo que la funcionalidad familiar se define como: la integración de los factores biológicos, psicológicos, sociales, en un grupo de personas definidos como familia, con una regla de interacción entre los diferentes subsistemas suficientemente claras propiciando el óptimo desarrollo individual y grupal, la autoridad compartida y adaptable a cada una de las fases del ciclo vital. Del cual se cumple de manera total o parcial las funciones de cuidado, afecto, expresión de la sexualidad y

regulación de la fecundidad, socialización y estatus, dentro de la expectativa de cada familia en sus diferentes culturas, y según su percepción de la totalidad de las funciones, con una estructura familiar que soporta las diferentes crisis normativas y paranormativas dentro de su desarrollo. Obteniendo así a cada uno de sus integrantes una capacidad individual y de grupo de resolución, como una personalidad y una integración a la sociedad de manera productiva y responsable.

Tiene las siguientes características:

1.-Límites y fronteras externas; claros y permeables, lo cual permite que la familia y sus miembros puedan intercambiar información con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrollan su sentido de pertenencia.

2.-límites y fronteras entre subsistemas; claros de modo que se puedan llevar las funciones específicas de cada subsistema, al mismo tiempo que se fortalece la jerarquía y se transmiten la reglas de socialización.

3.-límites o fronteras individuales; bien definidas, de tal manera que cada uno de los miembros de la familia llegue a desarrollar un sentido propio de individuación y autonomía, para que al desenvolverse en el mundo exterior, al mismo tiempo que perciban a los demás como fuentes de apoyo y aceptación. Donde no se limite la independencia ni haya una excesiva individualidad. Cabe mencionar que las características que se requiere para ser una familia funcional, es un factor protector para las enfermedades que aquejan a los miembros de una familia, las enfermedades que no se pueden prevenir como la artritis reumatoide, la asimilación de los integrantes afectados, toma su apoyo en la familia, y se

enfrenta a la enfermedad con mayor soporte biopsicosocial. Familia disfuncional: se percibe como la familia donde se interrumpe algunos de los roles de función hacia algún miembro de la familia, y se considera un factor de riesgo al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. El nexo entre los miembros de una familia son tan estrechos que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia de toda la familia (ej, descompensando una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis reumatoide y la aparición de la depresión asociado a estos padecimientos crónicos.²⁹

3.5.1 Relación de la funcionalidad familiar con la depresión.

La familia es fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionado con la salud, las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales pueden repercutir en la salud de sus miembros, sufriendo los déficit y la sobrecarga de la convivencia con los enfermos o ser un miembro enfermo en la familia, tener la vivencia de que la familia no ejerce adecuadamente el apoyo material y afectivo, puede ayudar a la aparición de un cuadro depresivo. La depresión afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres, de acuerdo a las actividades que realiza la mujer en el seno familiar, es importante conocer que efectos produce sobre el funcionamiento familiar, afrontándose con mayor capacidad resolutiva y buscando apoyo cuando la familia es funcional, se acepta las enfermedades sin desequilibrio de sus miembros, solo se readaptan a la enfermedad.³⁰

Los enfermos que tienen una enfermedad crónica y viven con un dolor crónico, o cursan con alguna etapa de discapacidad viven frecuentemente en la incertidumbre con respecto a su evolución, diagnósticos y estrategias terapéuticas, incluidas las biomédicas, tales incertidumbres y la falta de comprensión y educación en sus padecimientos, llevan algunos pacientes a la depresión o a la ansiedad.³¹

La familia con algún tipo de enfermedad crónica como la artritis reumatoide en algún miembro de la familia condiciona situaciones especiales llegando incluso a la depresión del enfermo y de los familiares o cuidadores siendo más frecuente la depresión en mayor porcentaje en los cuidadores como el estudio de Dueñas E y cols. 2006, con una muestra de 102 cuidadores entre hermanos, hijos y esposa, con una prevalencia de 81.3 % de depresión, por la falta de una red de apoyo y un sistema familiar bien estructurado para el relevo de los cuidadores.³²

El hecho de que el padre o la madre de familia hasta entonces, apoyo y pilar del grupo reciba un diagnóstico y más curse con alguna discapacidad funcional, impactando sus ingresos económicos, el sustento de la familia, lo que puede generar sentimientos de minusvalía o depresión, en el que el apoyo familiar es invaluable para lograr habituarse a su nueva situación y lograr una adaptación a las nuevas condiciones.²⁹

3.6 Instrumentos para medir funcionalidad familiar.

Existen algunos instrumentos validados para medir la funcionalidad familiar y nos sirven para identificar en qué medida se cumplen las funciones básicas de la

familia y cuál es su rol en el proceso salud enfermedad, desde la perspectiva del médico familiar. Podemos mencionar algunos de los más utilizados en la medicina familiar. Los instrumentos de autoaplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio del cual podemos obtener información individual de cada uno de los integrantes de cada familia, desde la percepción sobre sí mismo, de los demás miembros de la familia, roles, actitudes, hasta valores etc. Otro punto que debe considerarse en el estudio de la funcionalidad familiar es la selección de los instrumentos, los cuales deben cumplir con algunos criterios específicos que les permitan su correcta y válida aplicación como: 1.- validez (relacionada con la disponibilidad en las publicaciones), 2.- autoaplicación, 3.-brevedad del instrumento, 4.-evaluacion de poblaciones a las que se aplica, 5.-modelo teórico que lo fundamente.

1.-Índice de Función Familiar

16.-Escala de Holmes

2.-Escala de Evaluación Familiar

17.-SIMFAM

3.-clasificación Triaxial de la Familia

18.-Inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA1989,1992,1996)

4.-Escala de Eventos Críticos

19.-Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS V 2.0)

5.- Escala de Funcionamiento Familiar 20.-Inventario Familiar de Olson

6.-APGAR Familiar 21.-The Family Functioning Index (FFI)

7.-Círculo Familiar 22.-Escala de Efectividad en el
Funcionamiento Familiar (E-EFF),
original de Chavez, Friedemann y
Alcorta

8.-FACES 23.-Escala de Evaluación de
Funcionamiento Familiar de Joaquina
Palomar

9.-Evaluacion del Sistema Conyugal 24.-The Family Functioning
Questionarie(FFQ)

10.-Modelo Mc Master 25.-Cuestionario de Area de Cambio

11.-Evaluacion o Test de Virginia Satir 26.-Cuestionario de Evaluación de
Necesidades de Camberwell

12.-F-COPES Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar 27.-Escala de Ajuste Didáctico

en Situaciones de Crisis

13.-FF-SIL prueba de evaluación de 28.-escala de interacción familiar
las relaciones intrafamiliares

14.-EFES Escala Familiar Estructural 29.-Escala de Funcionamiento Familiar
Sistémica

15.-FES Escala de Clima Social
Familiar

Cuadro de Instrumentos para valorar la funcionalidad familiar.²⁸

3.6.1 Apgar familiar.

Introducido en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkestein, cuyo objetivo es medir la satisfacción de los miembros de la familia. Diseñado para su uso potencial en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales, se ha usado como instrumento, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y enfermedades crónicas como la AR y en estudios de promoción de la salud con seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración y en la consulta de medicina familiar. Las características de importancia estriban en que el cuestionario tiene una explicación

rápida, clara y sencilla, se aplica a los mayores de 15 años y lo más importante de todo es conocer la red de apoyo familiar con que cuenta el individuo, para su apoyo. El apgar familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Los siguientes son los componentes del cuestionario:

Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver situaciones de crisis.

Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

Crecimiento: capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.

Afecto: capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.

Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.²⁸

4.-Justificacion.

La artritis reumatoide, una enfermedad reumática inflamatoria con un alto costo para el paciente que la padece con su familia, ocasiona cambios en la estructura familiar, se asociación a la depresión sobre todo en los pacientes con una familia disfuncional y con una pérdida del rol dentro de los diferentes subsistemas familiares, llegando fácilmente a la depresión mayor y agravando su cuadro reumático, así como aumento de dolor articular. Se considera una de las enfermedades que ocasionan un alto gasto institucional. El identificar la capacidad funcional y la depresión en los pacientes con artritis reumatoide permite al médico familiar limitar el daño y referir de manera oportuna a los pacientes gastos para su atención integral y rehabilitación, así como formar parte del equipo interdisciplinario que asiste a este tipo de paciente mediante la consulta médica integral en medicina familiar. El identificar la funcionalidad familiar permite al médico familiar incidir en la prevención de la depresión, ya que los trastornos depresivos en los enfermos con artritis reumatoide con una familia disfuncional,

pueden pasar inadvertido fácilmente en la atención clínica habitual, exacerbando la sintomatología sin un tratamiento adecuado y a tiempo.

La artritis reumatoide induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí, por un lado la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad produce discapacidad y por otro lado la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor manera el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas.

El trastorno depresivo representa una elevada prevalencia en las enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, disminuyendo la capacidad funcional del paciente con artritis reumatoide, su entorno laboral, familiar y el deterioro de la enfermedad, así como la falta de apego al tratamiento médico establecido, aunado a un diagnóstico no acertado, por lo que es importante realizar estudios para el diagnóstico y un apego terapéutico adecuado acciones dirigidas a los factores asociados de la enfermedad y limitar los daños incapacitantes, integrando al paciente a sus actividades diarias y su relación familiar.

5.-Planteamiento del problema.

los trastornos depresivos en pacientes con artritis reumatoide tiene una alta prevalencia en comparación con la población en general y varía de acuerdo a la población estudiada, y los factores asociados; como la edad que a mayor edad en los pacientes mayor prevalencia de la depresión, el sexo que predomina en las mujeres con una relación de 3:1, el nivel socio económico con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo, el tiempo de evolución de la artritis reumatoide a mayor tiempo de evolución, mayor deformidad y lesión de las articulaciones y mayor dolor, el entorno familiar con una familia funcional disminuye la incidencia en depresión. En nuestro país es la segunda causa de consulta de especialidad reumatológica y la cuarta causa a nivel mundial en discapacidad, lo que ocasiona

disfuncionalidad personal, familiar, laboral, social, económico, aun en un entorno familiar favorable. La evidencia clínica sugiere que el trastorno depresivo multiplica el riesgo de padecer mayores niveles de dolor en los pacientes con artritis reumatoide y la discapacidad física que provoca el dolor genera malestar psicológico y disminuye la calidad de vida. Es necesario tener presente que la actividad física en personas con artritis reumatoide es inversamente proporcional a la severidad de los síntomas depresivos y directamente proporcional a la calidad de vida. La correlación de los niveles de depresión con otros parámetros no es sencilla, con frecuencia una enfermedad más grave o un mayor grado de dolor no significa necesariamente un mayor grado de depresión. También es necesario considerar los factores psicológicos, si el nivel de depresión es elevado puede influir negativamente en la autopercepción de la función física, la función social y la calidad de vida en su conjunto comparativamente con los pacientes no deprimidos. Los pacientes activos frente a su enfermedad y que buscan adaptarse a la nueva situación, refieren tener menos síntomas, estar menos incapacitados y tener menor grado de depresión. El dolor es más incapacitante en los pacientes con artritis reumatoide encima del trastorno depresivo aunque algunos estudios apuntan a que el predictor más relevante del dolor es la depresión actuando de la siguiente manera: disminuyendo el umbral del dolor, la tolerancia o la amplificación somato sensorial en dichos pacientes. La intervención psicológica en el dolor en pacientes con artritis reumatoide como uno de los objetivos prioritarios es que el paciente sea capaz de manejar su experiencia del dolor en algunos casos de forma directa a través del aprendizaje de determinadas técnicas, y en otros de manera indirecta a partir del manejo de otras variables psicológicas como las

emociones negativas, mejorando con esto la relación dolor-trastorno depresivo y en mejoría de la calidad de vida y las actividades diarias del paciente, integrándolo a la sociedad. Atraves de este planteamiento surgió nuestra pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y su relación con la capacidad funcional y la funcionalidad familiar en HGZ/MF 16?

6.-Hipótesis.

NO APLICA

7.- Objetivos.

7.1.-General.

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y la relación con la capacidad funcional y la funcionalidad familiar en el HGZ No. 16 Cuauhtémoc, Chihuahua.

7.2.- Específicos.

- 1.-Identificar la funcionalidad familiar de acuerdo al APGAR familiar en los pacientes en estudio
- 2.-Estimar el grado de capacidad funcional en pacientes en estudio

8.-Material y métodos.

8.1.-Tipo de estudio.

Estudio transversal descriptivo observacional

8.2.- Población, lugar y tiempo de estudio.

Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide de acuerdo a los criterios del colegio americano de reumatología (1998), derechohabientes del IMSS que acudieron a la consulta de Medicina Familiar y de Especialidad del HGZ/MF No.16 Cuauhtémoc, chihuahua. Durante el periodo de marzo a diciembre del 2012.

8.3.- Criterios de selección.

8.3.1.-Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios del colegio americano de reumatología (1998), y previamente valorados por reumatología.

- Derechohabientes del IMSS que acudieron a la consulta de Medicina Familiar y de especialidad del HGZ/MF No.16 Cuauhtémoc Chih.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio

8.3.2.-Criterios de exclusión.

Se descartaron los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide con alguna enfermedad terminal, inmunodeprimidos, (leucemias, hiv, linfomas),

Trastornos psiquiátricos como esquizofrenia/paranoia

Pacientes con diagnóstico previo de depresión

8.3.3.-Criterios de eliminación.

Pacientes que no aceptaron participar o contestar

Cuestionarios llenados de manera incompleta

8.4.- Variables.

Variable dependiente: Depresión

Variable independiente: Capacidad funcional, Funcionalidad familiar,

Variables universales: Edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico. Tiempo de evolución con artritis reumatoide.

8.4.1.-Variable dependiente.

Depresión:

Definición conceptual: según la DSM IV-TR, cinco o más de los siguientes síntomas; en un periodo de 2 semanas o más: humor deprimido o pérdida en el interés o placer, marcada disminución en el interés en casi todos los días o todos

los días, pérdida significativa de peso sin dieta o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotriz casi todos los días, fatiga o falta de energía casi todos los días, excesiva preocupación o culpa inapropiada y excesiva, no solo en auto reproche de estar enfermo, disminución en la habilidad para concentrarse, indecisión y fallas de memoria, pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas, los síntomas causan impedimento significativo en la vida social, laboral o en el funcionamiento

Definición operacional: Para fines del estudio se consideró depresión cuando de acuerdo a la escala de zung, los puntajes fueron:

25-49=sin depresión

50 a mas puntos= con depresión

Indicador:

sin depresión

con depresión

Escala de medición: nominal

8.4.2.-Variables independientes.

Capacidad funcional:

Definición conceptual: se caracteriza por la capacidad del paciente de realizar sus actividades diarias y dentro de estos tres ámbitos: Capacidad biológica: capacidad funcional de los sistemas orgánicos del cuerpo humano. Capacidad psicológica: capacidad de adaptación a las exigencias ambientales cambiantes en comparación con sus pares y capacidad social: capacidad de adaptación a las actividades de la sociedad, recreación, deporte, convivencia.

Definición operacional: Para fines del estudio se consideró la capacidad funcional de acuerdo a las instrucciones para calificar las respuestas del cuestionario simplificado versión español de; Heath Assesment Questionnaire, los puntajes son:

Ninguna discapacidad=0

Ligeramente discapacitado=0.1-1

Moderadamente discapacitado=1.1-2

Severamente discapacitado=2

Indicador:

Sin discapacidad

Discapacidad leve

Discapacidad moderada

Discapacidad severa

Escala de medición: nominal

Funcionalidad familiar:

Definición conceptual: son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable, donde los roles de todos los miembros están establecidos, sin querer ser críticos de debilidades asumidas, y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida por ninguno de los miembros, todos laboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo. Aquí se promueve el desarrollo integral de sus miembros para lograr el mantenimiento del estado de salud favorable tomando en cuenta el modo de vida, sus condiciones y su estilo de vida.

Definición operacional: Para fines del estudio se consideró la funcionalidad familiar de acuerdo a los resultados de la aplicación del cuestionario APGAR FAMILIAR, donde de acuerdo a los puntajes son:

18 - 20 puntos: Funcionalidad familiar

14 o menos puntos: Disfunción familiar

Indicador:

Sin disfunción familiar

Con disfunción familiar

Escala de medición: Nominal

Tiempo de evolución con artritis reumatoide:

Definición conceptual: tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad que se considera el día 0, hasta el tiempo actual de la entrevista.

Definición operacional: tiempo de evolución con la artritis reumatoide referido por el paciente al momento de la entrevista

Indicador: años

Escala de medición: cuantitativa o de razón

8.4.3.-Variables universales.

Edad:

Definición conceptual: número de años, que ha vivido una persona

Definición operacional: tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente referida por el paciente al momento de la entrevista

Indicador: años

Escala de medición: cuantitativa o de razón

Género:

Definición conceptual: género biológico que permite diferenciar la identidad en femenino y masculino

Definición operacional: lo referido por el paciente al momento de la entrevista

Indicador:

Masculino

Femenino

Escala de medición: nominal

Escolaridad:

Definición conceptual: Años de instrucción o preparación académica

Definición operacional: Para fines del estudio se consideraran los años de instrucción o preparación referidos por el paciente

Indicador: Años estudiados

Escala de medición: De razón

Estado civil:

Definición conceptual: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio civil o religioso parentesco que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: se considerara el estado civil o religioso que manifiestes los entrevistados al momento de estudio.

Indicador: nombres propios

No unidos (solteros, viudos, separados)

Unidos (casados, unión libre)

Escala de medición: nominal

Ocupación:

Definición conceptual: es la actividad que el paciente acostumbra a realizar de manera diaria, respecto a un empleo, profesión, vocación, o terapia ocupacional

Definición operacional: actividad que se encuentre actualmente en función el paciente al momento del diagnostico

Indicador: nombres propios

Ninguna, desempleado, hogar

Pensionado, jubilado,

Empleado, obrero, comerciante

Agricultura, ganadería, pesca

Profesionista

Escala de medición: Nominal

Nivel socioeconómico:

Definición conceptual: de acuerdo al número de salarios mínimos como ingreso familiar

Definición operacional: se tomaran en cuenta el nivel socioeconómico de acuerdo a salarios mínimos que refiera el paciente al momento de la entrevista y se clasificara: Bajo: 2 o menos salarios mínimos, medio: 3 a 5 salarios mínimos y alto: 6 o más salarios mínimos

Indicador:

Bajo

Medio

Alto

Escala de medición: Nominal

8.5.- Tipo y tamaño de muestra.

8.5.1.-Tipo de muestra.

No probabilística por conveniencia

8.5.2.-Tamaño de muestra.

Se calculó con apoyo del programa estadístico STATA (STATA 11 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 11 CollegeStation, Tx:stata), con las siguientes consideraciones, se tomó como variable de referencia la prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide informado por Suarez y cols., en el año 1993 (1), en donde se determinó una prevalencia de depresión en pacientes con AR en México de 37%.Con un nivel de confianza del 95% y un poder de prueba del 80%, se estimó una muestra mínima de n=187 pacientes

8.6.-Análisis estadístico.

Los datos fueron analizados usando el programa estadístico STATA 11 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 11 College Station, TX: stata). Se realizó un análisis exploratorio para evaluar la calidad de los registros, se llevó a cabo un análisis univariado para explorar normalidad y revisar datos fuera de rango, se calculó la prevalencia de depresión y en IC (IC 95 %). En las variables cuantitativa se informó en promedio y la desviación estándar y en las cualitativas el número y la proporción, al comparar los grupos con o sin depresión, las variables cuantitativas se evaluaron con las pruebas de Chi² o T de student y

las cualitativas con la exacta de Fisher. Se consideró una diferencia significativa cuanto el valor de ($p < 0.05$)

8.7.-Técnicas y procedimientos.

Se identificaron los pacientes con artritis reumatoide que reunían los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, en el área de consulta externa y de especialidad a través de las hojas de registro, durante el periodo de marzo a diciembre del 2012 en el HGZ No. 16 ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua. Se les informó sobre el estudio, a los que aceptaron previa firma de consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario de datos generales, la escala de Zung, el APGAR familiar y la escala de Stanford Health Assessment Questionnaire. Posteriormente se realizó una base de datos y el análisis estadístico con el programa STATA 11 y se aceptó como significancia estadística cuando el valor de $p < 0.05$.

8.8.- Consideraciones éticas.

Para el siguiente estudio se tomó en cuenta: la declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964). Con estricto apego al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

El estudio fue autorizado por el comité local de investigación en salud No.802 con número de registro R-2012-802-6

El presente estudio no representó ningún riesgo para los pacientes ni atentó sobre la salud de los pacientes que se estudiaron.

Se solicitó firma de consentimiento informado a todos los pacientes participantes.

9.- Resultados.

9.1.- Descripción de resultados.

El estudio se realizó en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, derechohabientes al IMSS en Hospital General de Zona No 16 de Cuauhtémoc Chihuahua.

Se estudiaron n= 202 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide durante el periodo comprendido de marzo a diciembre del 2012 a quienes se les aplicó la Escala o Test de Zung para identificar depresión, encontrando una prevalencia de 26 % (IC 20.1-32.3) figura 1.

Una vez realizado el estudio, para su análisis, los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide se estratificaron de acuerdo a la presencia o no de depresión.

La proporción de los pacientes con artritis reumatoide sin depresión fue mayor n= 149 (74 %) en relación a n= 53 (26 %) con depresión.

Las características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la tabla 1, observando que la edad, género, estado civil, nivel socioeconómico y ocupación no mostraron diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos.

En la tabla 2. Se describen las características clínicas de los pacientes, el tiempo de evolución con la artritis reumatoide y la presencia de otras enfermedades crónicas asociadas si mostraron diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos ($p < 0.05$).

En relación al grado funcional de acuerdo al cuestionario simplificado Heath Assessment Questionnaire, se observó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$) entre ambos grupos (tabla 2), identificando un mayor grado de discapacidad en pacientes con depresión como se observa en la figura 2.

La funcionalidad familiar se mide a través del instrumento APGAR familiar figura 3. No se observa diferencia significativa entre los grupos con y sin depresión (0.05) como se muestra en la tabla 3.

9.2. Tablas y figuras

Figura 1.

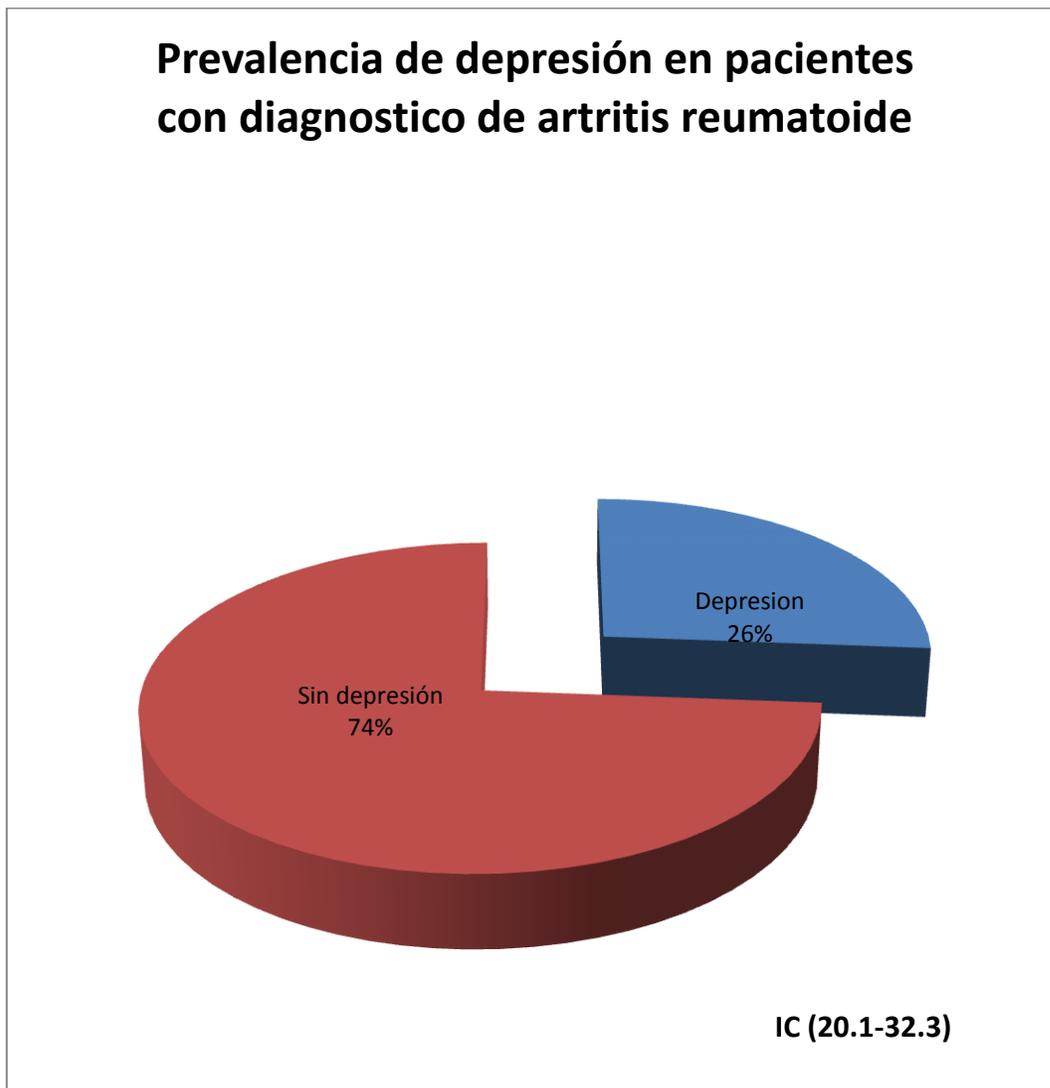


Tabla 1.

Características socio demográficas de los pacientes con artritis reumatoide

| Variable | Sin depresión n=149 X±DE/n (%) | Con depresión n=53 X±DE /n(%) | Valor de p |
|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Edad Años | 58.17±13.52 | 62.09±12.84 | 0.06 |
| Genero | | | |
| Masculino | 33(22) | 8(15) | 0.27 |
| Femenino | 116(78) | 45(85) | |
| Escolaridad Años | 6.57±3.70 | 6.26±3.23 | 0.59 |
| Estado civil | | | |
| No unido | 42(28) | 20(38) | 0.19 |
| Unido | 107(72) | 33(62) | |
| Nivel socioeconómico | | | |
| Bajo | 45(30) | 22(42) | 0.32 |
| Medio | 79(53) | 24(45) | |
| Alto | 25(17) | 7(13) | |
| Ocupación | | | |
| Ninguna/hogar | 92(62) | 41(77) | 0.35 |
| Pensionado/jubilado | 14(9) | 4(8) | |
| Empleado/comerciante | 31(21) | 7(13) | |
| Agricultura/ganadería | 8(5) | 1(2) | |
| profesionista | 4(3) | | |

X±DE =promedio ± desviación estándar, n= número de casos (%)=proporción
p=<0.05

Tabla 2

Características clínicas de los pacientes con artritis reumatoide

| Variable | Sin depresión | Con depresión | Valor de p |
|-----------------------------|---------------|---------------|------------|
| | n=149 | n=53 | |
| | X±DE/n (%) | X±DE /n(%) | |
| Tiempo de evolución Años | 9±8 | 12±11 | 0.03 |
| Enfermedades asociadas | | | 0.004 |
| Ninguna | 71(48) | 17(32) | |
| Crónico degenerativas | 67(45) | 23(43) | |
| Cáncer | | | |
| Otros | 11(7) | 13(25) | |
| Grado funcional | | | 0.000 |
| Sin discapacidad | 46(31) | 3(6) | |
| Leve discapacidad | 82(55) | 22(41) | |
| Moderada discapacidad | 20(13) | 24(45) | |
| Severa discapacidad | 1(1) | 4(8) | |

X±DE =promedio ± desviación estándar, n= número de casos (%)=proporción
p=<0.05

Figura 2.

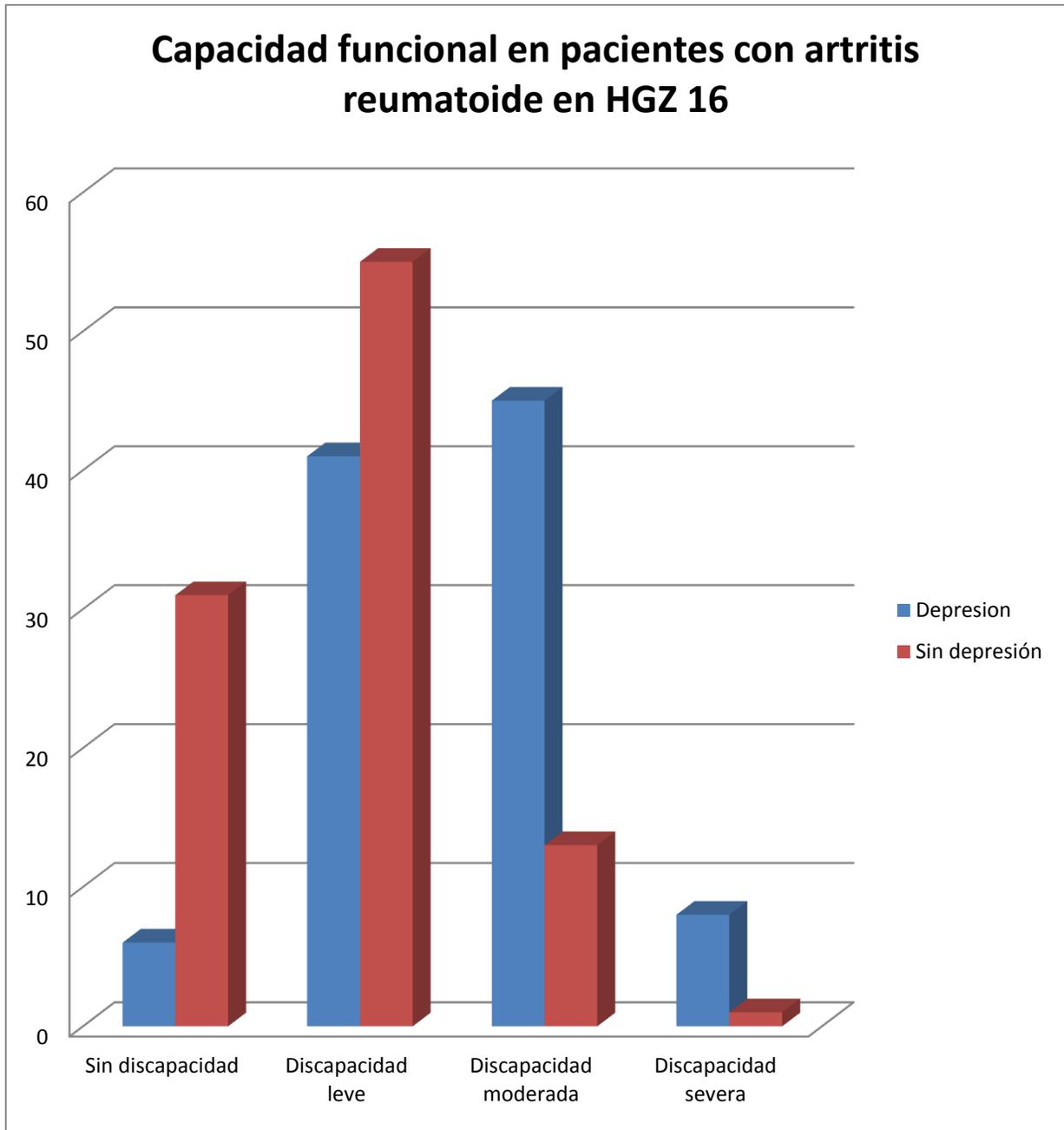


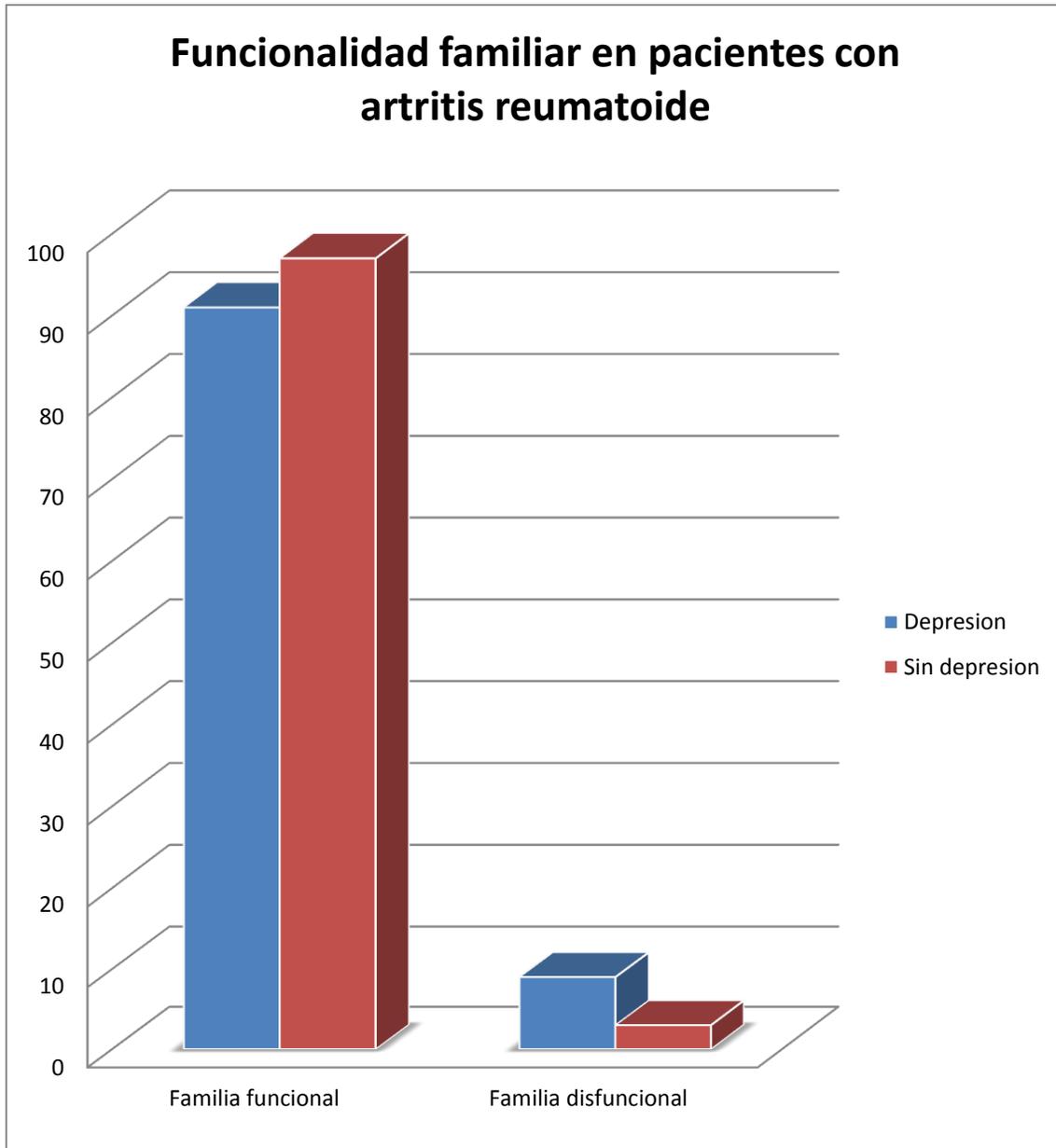
Tabla 3

Funcionalidad familiar de los pacientes con Artritis Reumatoide

| variable | Sin depresión | Con depresión | Valor de p |
|-------------------------------|---------------|---------------|------------|
| | n=149 | n=53 | |
| | X±DE/n (%) | X±DE/n (%) | |
| Funcionalidad familiar | | | |
| Familia funcional | 145(97) | 48(91) | 0.05 |
| Familia disfuncional | 4(3) | 5(9) | |

X±DE =promedio ± desviación estándar, n= número de casos (%)=proporción
 p=<0.05

Figura 3.



10.- Discusión.

Nuestro estudio muestra una depresión del 26 % con un IC ^{95%} (20.1 - 32.3). Prevalencia similar a lo reportado en otros países de 25 a 40 % según la prueba diagnóstica utilizada.

Resultados similares a los informados por Salazar JC y cols., en un estudio descriptivo y analítico de corte transversal, en que incluyeron 80 pacientes con artritis reumatoide en la unidad de reumatología del hospital Julio Criollo de Ciudad Bolívar, Venezuela, encontrando una prevalencia de depresión del 33.3 % aplicando la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG). Ellos encontraron una relación de la depresión con el nivel socioeconómico obrero (clase media). En nuestro estudio también predominó la depresión en el nivel socioeconómico medio aun cuando no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. El tiempo de evolución con artritis reumatoide no mostro asociación estadísticamente significativa en el estudio de Salazar JC y cols., ($p>0.05$), en nuestro estudio se observó que un mayor tiempo de evolución con artritis reumatoide tiene relación con la depresión ($p=0.03$). En cuanto a capacidad funcional su estudio demostró que el estar incapacitado como consecuencia de la artritis reumatoide predisponía a cursar con ansiedad y depresión, resultados similares a los nuestros donde se encontró una mayor proporción de depresión en los pacientes con mayor discapacidad ($p<0.01$).³³

Otro estudio realizado en Medellín Colombia por Caballero Uribe y cols.2004, con 40 pacientes con artritis reumatoide, observo una prevalencia de depresión del 25 % utilizando la prueba de Beck, 40 % según el AIMS y un 32.5 % utilizando el test de Zung; al igual que nuestros resultados la discapacidad física se relacionaba con

depresión. En cuanto a la funcionalidad familiar Caballero y cols., encontró inadecuado funcionamiento familiar en el 17.5 % de los pacientes con depresión, en nuestro estudio solo el 9 % de los pacientes con depresión tuvieron disfuncionalidad familiar. En ambos estudios se utilizó el Apgar familiar y en ambos estudios no hubo correlación entre la depresión y la funcionalidad familiar.³⁴

Rebelo LA y cols., en un estudio de casos y controles realizado en 180 mujeres portuguesas, encontraron una prevalencia del 21 % de depresión en el grupo de mujeres con artritis reumatoide, con una prueba portuguesa de sintomatología depresiva (IACLIDE). En nuestro estudio el género no mostró diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la depresión sin embargo si se observa un mayor porcentaje de mujeres con artritis reumatoide 78 % sin depresión y 85 % con depresión.³⁵

Algunos autores han reportado una prevalencia menor, como Ching log y cols. 2010, en China quienes utilizaron entrevistas estandarizadas semi estructuradas encontrando una prevalencia de 14.5 % de depresión en pacientes con artritis reumatoide, la población en estudio fue similar a la nuestra (200 pacientes). Ellos concluyeron que la depresión y la ansiedad se relacionaban con el deterioro de la capacidad funcional. Al igual que la comorbilidad de pacientes con hipertensión y diabetes. Resultados similares observados en nuestro estudio donde la presencia de enfermedades asociadas, mostraron diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con y sin depresión ($p=0.04$).¹⁸

Otros estudios difieren de nuestros resultados como el de Margaret M y cols., en un estudio de cohorte multiétnico, quienes estudiaron 172 pacientes con artritis

reumatoide reportaron una prevalencia de depresión de 40 %, utilizando una escala para medir depresión PHQ-9 (patients Health Questionnaire). Se determinó la capacidad funcional con la escala de Stanford al igual que nuestro estudio y la escala DAS28, encontrando que a mayor depresión mayor discapacidad funcional resultados similares a lo nuestro donde se observa relación de la depresión con el grado de discapacidad funcional ($p < 0.01$). Ellos concluyeron además que la depresión fue más frecuente en la etnia hispana. Al igual que nuestro estudio predominó el género femenino.³⁶

En nuestro país Suarez Mendoza y cols; en un estudio realizado para validar la escala de Beck en pacientes mexicanos, encontraron una prevalencia de depresión 37 % en pacientes con artritis reumatoide, estudiaron 35 pacientes con artritis reumatoide.³⁷

En cuanto a la relación de la capacidad funcional con la depresión un estudio Plata Muñoz y cols. 2004, estudiaron 70 pacientes con dolor crónico entre ellos pacientes con artritis reumatoide, observando relación entre la depresión y la capacidad funcional ($p = 0.01$), resultados similar a nuestro estudio ($p < 0.01$). A diferencia de nuestros resultados ellos encontraron que a mayor depresión y dolor se veía afectada la vida familiar. En nuestro estudio no se encontró relación entre la depresión y la funcionalidad familiar, sin embargo no se comparó la relación entre el grado funcional con la disfunción familiar.³⁸

Un estudio en la Habana Cuba realizado por Chico Capote y cols. 2006-2008, en pacientes con artritis reumatoide, evaluó el índice de actividad, capacidad funcional con el cuestionario HAQ y bienestar psicológico, encontrando, que la capacidad funcional se correlacionó de forma negativa con las variables de

bienestar psicológico. Ellos encontraron que el bienestar psicológico en pacientes con artritis reumatoide se encuentra afectado y se asocia de forma significativa con el grado de discapacidad funcional. Resultado similar al nuestro donde la depresión se asocia a mayor grado de discapacidad.³⁹

En nuestro estudio la funcionalidad familiar no mostro diferencia estadística entre los grupos con y sin depresión, algunos estudios como el de Márquez Cardoso y cols., 2005, quienes analizaron la relación entre la depresión en el adulto mayor y la funcionalidad familiar utilizando el cuestionario de apgar familiar, tampoco observaron asociación con esta variable.⁴⁰

Dentro de la limitantes de este estudio tenemos que el grupo de edad de los pacientes incluidos fue muy dispersos no se clasifico en grupos.

Los cuestionarios aplicados, han sido validados; el test de Zung aunque no es el estándar de oro para la medición de depresión para los pacientes con artritis reumatoide, es un instrumento validado altamente específico, sensible, de aplicación rápida y fácil interpretación.

En este estudio se determinó el grado de capacidad funcional aplicando la escala de Stanford siendo este instrumento el que se relaciona más para estudiar el daño articular midiendo el grado de capacidad funcional.

La funcionalidad familiar se estudió aplicando el cuestionario de Apgar familiar el cual es subjetivo a interpretación de cada paciente de acuerdo a la percepción de su familia.

Se completó la muestra mínima estimada, la proporción de pacientes sin depresión fue mayor que la con depresión, nuevos estudios multicentricos de casos y controles, se hacen necesarios en nuestro país, para estudiar la

prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide, factores de riesgo asociado a esta patología, y sobre la relación de la funcionalidad familiar con el grado de discapacidad en pacientes con artritis reumatoide.

11.- Conclusiones.

La prevalencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide en nuestra comunidad es similar a la reportada por otros autores en otros países, la depresión en el paciente con artritis reumatoide se relaciona con la discapacidad, no se encontró relación entre la depresión y la disfuncionalidad familiar. La presencia de enfermedades asociadas aumenta el riesgo de depresión.

12.-Recomendaciones.

El médico familiar puede evaluar pacientes con artritis reumatoide utilizando instrumentos validados de rápida aplicación, fácil calificación y reproducibles, para detectar la depresión en este grupo de pacientes, así como la confiabilidad de la escala de Stanford que aporta una calificación rápida y se acerca más al daño articular midiendo así el grado de capacidad funcional.

La identificación del tipo de familia, grado de funcionalidad de la misma es muy importante porque la familia representa un recurso o un riesgo para la salud en el caso de pacientes con depresión asociada a la artritis reumatoide la familia representa una importante red de apoyo para adherencia terapéutica para la mejoría o la limitación de daño articular mejorando así su capacidad funcional.

13.-Referencias bibliográficas.

1. Rodríguez N G. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. *Anales de Medicina Interna*. 2003; 20: 111-113.
2. Ballina García FJ. Medición de la Calidad de Vida en la Artritis Reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29 (2): 56-64.
3. guía de práctica clínica. Guía de referencia rápida. Catalogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS 161-09. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. Secretaria de Salud 2011.
4. Revenson TA. The rol of social support with Rheumatic disease. *Baillere's Clin Rheumatol* 1993; 7; 377-396.
5. Guía de práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones. Catalogo maestro de guías clínicas IMSS 195-08, Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. México: Secretaria de Salud, 2010
6. Bautista Sánchez A, Rodríguez García R, Rodríguez Guzmán LM. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiologia*. 2001; 39 (18): 1-3.
7. Cadena J, Cadavid ME, Ocampo MV, Vélez ME, Anaya JM. Depresión y Familia con Artritis Reumatoide. *Rev Col Reumatol* 2002; 9 (3): 184-191.
8. Heinze Martin G, Camacho Segura P. Guía Clínica Para el Manejo de la Depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, 2010: 5-37.
9. Guía de práctica clínica. Evidencias y Recomendaciones. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-08. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: secretaria de Salud, 2011.
10. Wagner FA, Gonzalez-Forteza C, Sánchez García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud en México. *Salud Mental* 2012; 35 (1):3-11.
11. Mould-Quevedo J, Peláez-Ballestas I, Vázquez-Mellado J, Terán-Estrada L, Esquivel-Valerio J, Ventura-Ríos I y Cols. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Méd Mex*. 2008; 144 (3): 225-231.
12. Quiceno JM, Vinaccia. Artritis Reumatoide: consideraciones Psicobiologicas. *Divers. perspect. psicol* 2011; 7(1): 27-41.
13. Lozano JG, Hernández BM, Artritis Reumatoide y Trastorno depresivo Mayor. *Med Unab* 2003; 6: 164-167.
14. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L, Bases Neuroquímicas y Neuroanatomicas de la Depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2006; 49 (2): 66-71.
15. Bautista Sánchez A, Rodríguez García R, Rodríguez Guzmán LM. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiologia*. 2001; 39 (18): 1-3
16. Aragonés Benaiges E, Masdáu Montalá RM, Cando Guasch G, Coll Borrás C. Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de

- Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatri* 2001; 29: 310-316.
17. Hospital Mental de Antioquia: Taller sobre la aplicación de instrumentos clínico investigativos. Bello, 1992.
 18. Ching Lok EY, Mok CC, Cheng CW, Chi EF. Prevalence and Determinants of Psychiatric Disorders in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics* 2010; 51(4): 338e0-338e8.
 19. Boschetti-fentanes B. la depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*.2004; 6(3): 61-63.
 20. Redondo MM, León L, Pérez MA, Jover JA, Abasolo L. El Dolor en los Pacientes con Artritis Reumatoide: Variables Psicológicas Relacionadas e Intervención. *Clin y Sal* 2008; 19 (3) 359-378.
 21. Velázquez X, Pizarro C, Pizarro P, Massardo L. La depresión en artritis reumatoide. *Reumatología* 2002; 18(2): 49-52.
 22. Ivorra J, Batlle-Gualda E, López C, Grupo para la adaptación del HAQ a la población Española. Relación entre las distintas lesiones Radiográficas y la discapacidad en la Artritis Reumatoide. *Reumatol Clin*. 2009; 5 (3): 98-102.
 23. guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. México, Secretaria de Salud 2009.
 24. Wagner FA, Gonzalez-Forteza C, Sánchez García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud en México. *Salud Mental* 2012; 35 (1):3-11.
 25. Morales Villanueva CE, Santos Montero R, García Barrera V, Flores Galicia JG, Martínez Rueda O. Neuropatía en pacientes con Artritis Reumatoide. *Aexh Neurocien*.2009: 15 (1); 22-26.
 26. Durez P. Importancia de preservar la funcionalidad en la artritis reumatoide (AR). *Anual European Congress of Rheumatology-EULAR*. 2011: 11-13.
 27. Bruce B, Fries JF. The Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*.2005;23 (39): S14- S18.
 28. Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. Definiciones y conceptos de familia. *Familia Introducción al estudio de sus elementos*. México; 2008: 37-50,73-85, 241-278.
 29. Anzures Carro R, Chávez Aguilar V, García Peña MC, Pons Álvarez ON. La familia Disfuncional. *Medicina Familiar*. 1ª Ed. 2008: 253-255. 333-337, 411-435.
 30. De la Revilla L. curso de atención a la familia en la práctica clínica. *FMC*. 2000; 7: 9.
 31. Barragán Solís A. El dolor crónico una visión antropológica de acuerdo a los familiares y pacientes. *Archivos de Medicina Familiar*.2006; 8(2): 109-117.
 32. Dueñas E, Marinez MA, Morales B, Muñoz C, Viafara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Med*. 2006;37 (1): 31-38.
 33. Salazar G, Wehbe W, Vaccaro Y. Frecuencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Artritis reumatoide. *Reumatoide*. *Arch. Ven* 2002:1-12.

Referido

en:

<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/55/1/TESIS-Medicina-MHySM.pdf>.

34. Caballero-Uribe CV, Venegas C, Padilla A, Paternina P, Peña R, Peñuela M. Depresión, Estrés y Desesperanza en Pacientes con Artritis Reumatoide del Caribe Colombiano. *Rev Col Reumatol* 2004;11(4):300-305.
35. Rebelo Maia LAC. Ansiedad, depresión y neuropsicología en artritis reumatoide en 180 mujeres portuguesas. Un estudio caso control. *Revista electrónica de psicología Iztacala*.2013; 16(1): 148-160.
36. Margaretten M, Yelin E, Imboden J, Graf J, Barton J, Katz P y cols. Predictors of Depression en a Multiethnic Cohort of Patients with Rheumatoid Arthritis. *Am Col of Reumatol* 2009; 61 (11): 1586-1591.
37. Suarez-Mendoza AA, Cardiel MH, Caballero-Uribe CV, Ortega-Soto HA, Marquez-Marin M. Medición de Depresión en Pacientes Mexicanos con Artritis Reumatoide. *Clin Exp Rheumatol* 1993; 11 (3):194-199.
38. Plata-Muñoz ME, Castillo-Olivares ME, Guevara-López UM. Evaluación de Afrontamiento, Depresión, Ansiedad e Incapacidad Funcional en Pacientes con Dolor Crónico. *Rev Mex Anest* 2004; 27 (1): 16-23.
39. Chico Capote A, Carballar Alberteries L, Estévez del Toro M, García-Viniegras CRV, Pernas González A. Factores que influyen en el Bienestar Psicológico de Pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista Cubana de Medicina*. 2012; 51(1):48-60.
40. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández, Falcón García MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociado. *Atención Primaria*. 2005; 36 (6):345-346.

14.- Anexos.

14.1.-consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL CHIHUAHUA

HGZ MF No. 16

CD. CUAUHTÉMOC, CHIH.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cauhtémoc, Chih., a ____ de _____ del 2012.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide y su relación con el grado de capacidad funcional y funcionalidad familiar en el HGZ No. 16 de Cd. Cauhtémoc, Chihuahua**, cuyo objetivo de estudio es: determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y su relación con la capacidad funcional y la funcionalidad familiar, identificar la funcionalidad familiar y estimar el grado de discapacidad funcional.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar tres cuestionarios, permitir que se me interrogue y la revisión de mi expediente clínico.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno para mi salud.

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio, y acepta mi decisión de retirarme del estudio en el momento en que yo lo desee. **Los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.**

Nombre y firma del
Participante

Dr. Gregorio P Hernández Quiroz
Investigador

Testigo Nombre y Firma

Testigo Nombre y firma

14.2.- Hoja de recolección de datos.

Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide y su relación con la capacidad funcional y la funcionalidad familiar en HGZ No. 16 de Ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua.

No. De Folio _____

Fecha _____

1.-Nombre del paciente _____

2.-Numero de afiliación _____

3. Clínica de Adscripción _____ Cons _____ Turno _____

4. Domicilio _____

5. Teléfono _____

6. Edad _____

7. Genero 1) Masculino 2) Femenino

8.-Escolaridad _____

9.- Estado civil _____

10.-ocupacion _____

11.-nivel socioeconómico _____

13.-Tiempo de evolución con artritis reumatoide _____

Funcionalidad familiar (de acuerdo al Apgar familiar)

- 0) Funcional _____
- 1) Disfuncional _____

Depresión (De acuerdo al Test de Zung)

- 0) Sin depresión _____
- 1) Con depresión _____

Discapacidad (Escala de Stanford Health)

- 0) Ninguna discapacidad
- 1) Ligera discapacidad
- 2) Moderada discapacidad
- 3) Severa discapacidad

Nombre y firma de encuestador

Nombre y firma del Investigador responsable

14.3.- Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS).

| Marque con una X la columna adecuada (respuesta correcta) | Poco tiempo | Algo de tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo |
|---|-------------|----------------|----------------------------|---------------------------|
| 1.-me siendo decaído y triste | | | | |
| 2.-por la mañana es cuando me siendo mejor | | | | |
| 3.-siento ganas de llorar o irrumpo en llanto | | | | |
| 4.-tengo problemas para dormir por la noche | | | | |
| 5.-como la misma cantidad de siempre | | | | |
| 6.- todavía disfruto del sexo | | | | |
| 7.-he notado que estoy perdiendo peso | | | | |
| 8.-tengo problemas de estreñimiento | | | | |
| 9.-micorazon late más rápido que lo normal | | | | |
| 10.-me canso sin razón alguna | | | | |
| 11.-mi mente esta tan clara como siempre | | | | |
| 12.-me es fácil hacer lo que siempre hacia | | | | |
| 13.-me siendo agitado y no puedo estar quieto | | | | |
| 14.-siendoesperanza en el futuro | | | | |
| 15.-estoy más irritable de lo normal | | | | |
| 16.-me es fácil tomar decisiones | | | | |
| 17.-siendo que soy útil y me necesitan | | | | |
| 18.-mi vida es bastante plena | | | | |
| 19.-siendo que los demás estarían mejor si yo muriera | | | | |
| 20.-todavia disfruto de las cosas que disfrutaba antes | | | | |

Plantilla de evaluación

| Marque con una X la columna adecuada (respuesta correcta) | Poco tiempo | Algo de tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo |
|--|--------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1.-me siendo decaído y triste | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.-por la mañana es cuando me siendo mejor | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3.-siento ganas de llorar o irrumpo en llanto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.-tengo problemas para dormir por la noche | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.-como la misma cantidad de siempre | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6.- todavía disfruto del sexo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7.-he notado que estoy perdiendo peso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.-tengo problemas de estreñimiento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.-micorazon late más rápido que lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.-me canso sin razón alguna | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.-mi mente esta tan clara como siempre | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12.-me es fácil hacer lo que siempre hacia | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13.-me siendo agitado y no puedo estar quieto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14.-siendoesperanza en el futuro | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15.-estoy más irritable de lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.-me es fácil tomar decisiones | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17.-siendo que soy útil y me necesitan | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18.-mi vida es bastante plena | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19.-siendo que los demás estarían mejor si yo muriera | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.-todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes | 4 | 3 | 2 | 1 |

Puntajes:

25-49=rango normal, sin depresión

50-59=ligeramente deprimido

60-69=moderadamente deprimido

14.4.- Instrumento de funcionalidad familiar: APGAR.

Nombre Completo

| Función | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as) | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Buena función familiar: 18 - 20 puntos

Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos

Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos

Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos

14.5.- Escala de Stanford Health assessment questionnaire simplificado.

| Marque con una X la columna adecuada | Sin dificultad =0 | Con dificultad =1 | Con mucha dificultad = 2 | Incapaz de hacerlo =3 |
|--|---------------------------|---------------------------|--|--|
| 1.-vestirse y arreglarse | | | | |
| 2.-levantarse | | | | |
| 3.-comer | | | | |
| 4.-caminar | | | | |
| 5.-higiene | | | | |
| 6.-alcance | | | | |
| 7.-agarre | | | | |
| Manejar un auto o coser en máquina de pedales | Sin dificultad = 0 | Con dificultad = 1 | Con ayuda de otro = 2 | Incapaz de hacerlo= 3 |
| 8.-actividad | | | | |
| Solo si tiene pareja | Sin dificultad = 0 | Algo molesto = 1 | Muy incómodo o limitado solo a algunas posiciones = 2 | Me es imposible por la artritis = 3 |
| 9.-sexo | | | | |

Luego de finalizada la encuesta, se califican las preguntas individualmente y se suman; el resultado total se divide entre el número de preguntas realizadas.

Si el resultado es:

- 0 = Ninguna discapacidad,
- 0,1 - 1 = Ligeramente discapacitado,
- 1,1 - 2 = Moderadamente discapacitado,
- Más de 2 = Severamente discapacitado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 12/03/2012

DRA. ROSA EMMA CONTRERAS SOLÍS

P R E S E N T E

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

Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide y su relación con la capacidad funcional y la funcionalidad familiar en HGZ No. 16 de Cuauhtémoc, Chihuahua.

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

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2012-802-6 |

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMÍN HINOJOSA HERNANDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 802

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Tesis Vinculada al Alumno: Gregorio Pascual Hernandez Quiroz,
Alumno del Curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del imss.

http://sirelcis/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2011-5993&idCli=802&monitor=1&tipo... 12/03/2012