



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA  
HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

**DEPRESIÓN, CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DOLOR E  
INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Reumatología

Tutor: Alfonso González

Clemarck Gudelia Viñoles Martínez

Caracas, mayo 2012



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**VEREDICTO**

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **CLEMARCK GUEDELIA VIÑOLES MARTÍNEZ** Cédula de identidad N° 14855186, bajo el título **“DEPRESIÓN, CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DOLOR E INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA”**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA-HV**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 25 de Mayo de 2012 a las 10:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Servicio de Reumatología del Hospital Vargas de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

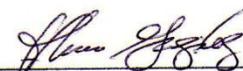
Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 25 días del mes de Mayo del año 2012, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Alfonso González.

El presente trabajo fue realizado bajo la dirección de Alfonso González.

  
\_\_\_\_\_  
Wilfredo Rodríguez / C.I. 5.912.367  
Hospital Clínico Universitario

  
\_\_\_\_\_  
Teresa García / C.I. 4.771.672  
Hospital Vargas

  
\_\_\_\_\_  
Alfonso González / C.I. 4.885.262  
Hospital Vargas  
Tutor

WR/mayo de 2012.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 25 de mayo 2012

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, *Clemarck Gudelia Viñoles Martínez*, autor del trabajo o tesis, **DEPRESIÓN, CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DOLOR E INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

*Presentado para optar: al grado de Especialista en Reumatología*

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

	<i>Si autorizo</i>
	<i>Autorizo después de 1 año</i>
<i>X</i>	<i>No autorizo</i>
	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique:</i>	

*Firma autor*



*C.I. N° 14855186*

*e-mail: cle\_vm@hotmail.com*

*En Caracas, a los 25 días del mes de mayo de 2012*

**Nota:** En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	23
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	30
REFERENCIAS	35
ANEXOS	38

*Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea*

**Clemarck Gudelia Viñoles Martínez**, C.I. 14.855.186. Sexo: Femenino, E-mail: [cle\\_vm@hotmail.com](mailto:cle_vm@hotmail.com). Telf: 0412-0309767. Dirección: Hospital Vargas de Caracas. Especialización en Reumatología

Tutor: **Alfonso González**, C.I. 4.885.262. Sexo: Masculino, E-mail: [algonro@gmail.com](mailto:algonro@gmail.com). Telf: 0416-6384286. Dirección: Hospital Vargas de Caracas. Especialista en Psiquiatría

## **RESUMEN**

Objetivo: conocer la relación existente entre depresión y las características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea (AR); atendidos en la consulta de Reumatología del Hospital Vargas de Caracas, durante el período julio-agosto 2010. Métodos: estudio descriptivo, correlacional y transversal, realizado en el servicio de Reumatología del Hospital Vargas de Caracas. Los datos fueron recopilados; a través, de la aplicación de cuestionarios y entrevistas (HAQ 8, MOS, APGAR familiar, Graffar, PRIME MD), de una muestra conformada por pacientes con AR, alfabetas, sin comorbilidades médicas o psiquiátricas. Los datos de tipo nominal-contínuos fueron analizados por la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y los nominal-nominal, por la prueba de  $\chi^2$  de Pearson. Resultados: de 40 pacientes, 35 eran mujeres con edad promedio de 52 años; en su mayoría, amas de casa, solteras, 40% empleadas, 65% con menos de 10 años de diagnóstico, predominio de estrato socioeconómico IV, buena función familiar, sin discapacidad. Sólo 14 cursaron con depresión. El dolor fue referido entre 10 y 100. Sólo hubo relación significativa entre depresión y funcionalidad familiar. Conclusiones: 1/3 de los pacientes con AR cursan con depresión mayor; sin embargo, en este trabajo, la depresión no constituyó un factor de exacerbación de síntomas orgánicos, como el dolor y la capacidad funcional. La disfunción familiar constituye un factor de riesgo para depresión mayor.

**Palabras clave:** artritis reumatoidea, depresión, características socioeconómicas, dolor, incapacidad funcional.

## **ABSTRACT**

*Depression, socioeconomic characteristics, pain and functional disability in patients with rheumatoid arthritis*

Objective: to determine the relationship between depression and socioeconomic characteristics, pain and functional disability in rheumatoid arthritis (RA) patients, treated in Rheumatology's service, Vargas Hospital, Caracas, during the July-August 2010. Method: a descriptive, correlational and cross study, made in Rheumatology's service, Vargas Hospital of Caracas. The data were collected through the use of questionnaires and interviews (HAQ 8, MOS, Family APGAR, Graffar, PRIME MD) of a sample composed of patients with RA, literate, no medical or psychiatric comorbidities. The nominal data-continuous type were analyzed by nonparametric Mann-Whitney and the nominal-nominal,  $\chi^2$  test of Pearson. Results: 40 patients, 35 were women with mean age 52 years, mostly housewives, unmarried,

40% employed, 65% under 10 years of diagnosis, prevalence of socioeconomic IV, good family function, without disabilities. Only 14 attended with depression. The pain was referred between 10 and 100. There were only significant relationship between depression and family functioning. Conclusions: 1/3 of RA patients present with major depression, but in this study, depression was not a factor for exacerbation of physical symptoms such as pain and functional capacity. Family dysfunction is a risk factor for major depression.

**Key words: rheumatoid arthritis, depression, socioeconomic characteristics, pain, functional disability.**

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica, sistémica, del tejido conectivo, caracterizada por dolor, inflamación, deformidad y destrucción progresiva y simétrica de las articulaciones sinoviales.<sup>(1)</sup> Sin embargo, no sólo afecta el estado físico de los pacientes, sino que repercute en su contexto biopsicosocial,<sup>(2)</sup> expresado en la discapacidad física, dependencia económica, depresión, desesperanza aprendida y alteración de los roles sociales.<sup>(3,4)</sup>

La depresión en pacientes con AR ocurre entre el 15% y el 42%,<sup>(2)</sup> vinculado a exacerbaciones de la clínica, peor estado de salud y discapacidad.<sup>(4)</sup> Además; la naturaleza impredecible de la enfermedad crea en el paciente un estado de indefensión, con reducción de los esfuerzos para desarrollar nuevas estrategias de adaptación.<sup>(4)</sup>

De igual manera, las características socioeconómicas juegan un importante papel en la forma en cómo los pacientes perciben y asumen su enfermedad, y en cómo ésta afecta su calidad de vida, debido a que la interacción social contribuye a la disminución de los síntomas de dolor y depresión;<sup>(4)</sup> no obstante, este dato varía según la cultura y demografía; por lo que los resultados son distintos de acuerdo a la población.

### **Planteamiento y delimitación del problema:**

Debido al régimen de tratamiento y de la discapacidad a consecuencia de la AR, la cotidianidad de los pacientes cambia, haciendo necesario la reevaluación y reacomodación de la rutina diaria, laboral y de la dinámica familiar, por lo que se ve mermada su calidad de vida; convirtiéndolos en individuos dependientes y aislados de su entorno social.<sup>(5)</sup>

Posterior al diagnóstico, el paciente experimenta reacciones emocionales del tipo de la ira, el miedo, desesperanza, depresión, indefensión y negación; resultando en el compromiso, no sólo de las emociones; sino, del humor, cognición y comportamiento.<sup>(5)</sup> Estos síntomas son frecuentes, variables de una persona a otra, dependiendo de la forma en cómo el paciente afronta la enfermedad y se adapta a la misma.<sup>(5)</sup>

La adaptación va a depender de ciertos factores cognitivos como la autoeficacia, la desesperanza aprendida y de su efecto sobre la capacidad funcional. Si el paciente percibe su enfermedad como incontrolable, persistente y recurrente, se genera un círculo vicioso de desesperanza y depresión, con retroalimentación positiva de los síntomas de dolor e

incapacidad funcional ó, por el contrario, la severidad de los síntomas físicos incrementaría la ansiedad, desesperanza y depresión.<sup>(5)</sup>

Otros factores intervinientes son los cambios sociales y ocupacionales que pueden exacerbar el dolor y la incapacidad;<sup>(5)</sup> además de la edad, el género, estatus social, educación, creencias religiosas, patrones de personalidad, inteligencia y habilidades sociales.<sup>(3)</sup>

En relación a lo social, los pacientes pueden ser victimizados, criticados y aislados por familiares y conocidos, al mismo tiempo que; de acuerdo al estado psicológico demostrado, pueden rechazar el apoyo que se les ofrece, tanto desde el punto de vista social como asistencial, adoptando estados de pasividad frente a la enfermedad.<sup>(3)</sup>

El estrés provocado por un sinnúmero de situaciones cotidianas influye en el estado de salud física y psicológica de las personas. El factor gatillo puede variar desde eventos especiales como; el divorcio, el amor; hasta emociones que transcurren a diario: frustración, angustia, irritación.<sup>(6)</sup> En los pacientes con AR, los eventos cotidianos se asocian con estrés psicológico y, de acuerdo a algunas investigaciones, con la actividad de la enfermedad. La respuesta va a depender del soporte social y psicológico del paciente y de su actitud ante el problema.<sup>(6)</sup>

Como consecuencia de lo anterior, se deriva el deterioro de la calidad de vida y su repercusión en el alto costo institucional y personal de la AR.<sup>(3)</sup>

La ampliación del conocimiento sobre el estado psicológico, entorno socioeconómico de los pacientes con AR y su efecto en la evolución de la enfermedad, es de utilidad para conocer si constituyen algún obstáculo en la mejoría de la clínica y, de ésta manera dirigir el tratamiento hacia el manejo integral de dicha patología, desde una perspectiva biopsicosocial; favoreciendo el afrontamiento de la enfermedad y los cambios en el estilo de vida.<sup>(5)</sup>

El uso de estrategias para resaltar los aspectos positivos de la vida de los pacientes con enfermedades crónicas, indican menores niveles de ansiedad y depresión.<sup>(3)</sup>

De esta manera, se hace notoria la necesidad de determinar ¿cuál es el estado psicológico de los pacientes con AR, referido a depresión y, su relación con el entorno socioeconómico, dolor e incapacidad funcional?

### **Justificación e importancia:**

A través del conocimiento de estas variables, se fortalecería el manejo de la AR, adicionando a la terapia farmacológica y de rehabilitación, un esquema de terapéutica psicológica y de apoyo emocional, donde los pacientes y sus familiares sean partícipes activos

de estrategias favorables para su recuperación, afianzando sus conocimientos sobre la enfermedad, la importancia de evitar el aislamiento social, la integración a grupos de trabajo donde puedan adaptarse a los cambios producidos por el daño orgánico; además, del diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión. En vista de la naturaleza modificable de estos factores se esperaría una mejor percepción de la enfermedad, de las esperanzas en el futuro y se detendría el deterioro de la calidad de vida.

Por otra parte, el conocimiento científico haría evidente la importancia de considerar en todo momento el contexto biopsicosocial de la enfermedad, enfatizando en el manejo multidisciplinario de los pacientes, sin depositar toda la confianza en los fármacos modificadores de la enfermedad, sino desde el momento en que se hace el diagnóstico, ofrecerle al paciente todas las alternativas existentes.

#### **Antecedentes:**

Los pacientes con enfermedades médicas poseen mayor prevalencia de depresión que la población general. En estos casos, los síntomas orgánicos derivados de la patología de base pueden ser similares a los referidos por pacientes deprimidos, por lo que se han diseñado instrumentos de evaluación de trastornos psiquiátricos, aplicables en consultas no psiquiátricas y por especialistas en otras áreas; tal es el caso del Cuestionario de Salud General.<sup>(7)</sup>

En este sentido; en el año 1998, Abdel-Nasser y colaboradores afirmaron que los pacientes con AR poseen una mayor frecuencia de depresión, entre un 14% y 46%, resaltando como variables de predicción (22%); la soltería y la discapacidad funcional, evaluada a través del Health Assessment Questionnaire (HAQ).<sup>(8)</sup>

Del mismo modo, Dekkers et al; reportaron que existe una estrecha relación entre las situaciones cotidianas que producen estrés y el distrés psicológico sufrido por los pacientes con AR, quienes poseen el elemento adicional de padecer una enfermedad crónica. Además, las situaciones estresantes, incrementan los niveles de ansiedad experimentada por los pacientes; lo que podría intervenir negativamente en su calidad de vida; así como también, el percibir un bajo soporte social, predeciría cambios en el humor. Sin embargo; no se demostró que el estrés se relacionara con la actividad de la enfermedad.<sup>(6)</sup>

En un trabajo de investigación nacional, la depresión en pacientes con patologías neurológicas fue de 71.3%, reafirmando que la misma concurre con las enfermedades médicas crónicas.<sup>(9)</sup>

Al igual que la artritis, diabetes e hipertensión arterial sistémica; los trastornos emocionales, en especial la depresión, conlleva a incapacidad laboral prolongada, menor calidad de vida y demanda de servicios médicos.<sup>(10)</sup>

No obstante, en un estudio realizado con el objetivo de recolectar datos sobre depresión, incapacidad funcional y soporte social-familiar en AR, no hubo asociación entre los síntomas depresivos, presentes en el 58% y, el estado funcional, la edad ni el tiempo de duración de la enfermedad. Los pacientes presentaron un alto grado de satisfacción con su grupo familiar, resaltando el papel importante de los hermanos como apoyo integral. Este aspecto interviene en la respuesta emocional y psicológica ante la enfermedad y en su calidad de vida. Los pacientes en su mayoría fueron mujeres, con edades comprendidas entre 40-50 años, duración de la AR menor a 10 años, con pareja y dedicadas a trabajos del hogar.<sup>(1)</sup>

Igualmente, los resultados publicados por Caballero et al, teniendo como muestra a pacientes del Caribe colombiano; indicaron que no hubo relación entre la depresión y las variables desesperanza aprendida, estrés moderado, discapacidad física, duración de la enfermedad, ocupación, sexo, hábito tabáquico y alcohólico, estado civil y estrato socioeconómico. En la muestra sujeta a estudio resaltaban el sexo femenino, edad mayor a 40 años en promedio, casadas o con pareja, de estrato socioeconómico bajo, de ocupación amas de casa. La prevalencia de depresión fue variable de acuerdo al test utilizado: Beck: 25%, Zung: 32.5%, Aims: 40%. El inventario de Beck, se correlacionó con el Test de Zung y con la presencia de dolor moderado-severo. El 75% de los pacientes tenían menos de 10 años de evolución de la enfermedad.<sup>(2)</sup>

En el año 2004, otro estudio sobre variables socioeconómicas en AR, denota características sociodemográficas similares al anterior; las pacientes en su mayoría eran mujeres, con una media de edad de 53 años, 50.8% casadas, de estrato socioeconómico bajo y amas de casa. Se aplicaron tests para determinación de dolor, incapacidad funcional y desesperanza aprendida; reportando bajos niveles en las 3 características, debido probablemente al apoyo económico, social y emocional que perciben los pacientes con AR y el uso de estrategias de afrontamiento positivas que intervienen en la adaptación a la enfermedad. En esta investigación, los integrantes pertenecían a la subcultura andina de las montañas colombianas, donde comparten un amplio apoyo social. Posiblemente, el poseer muchos años de diagnóstico de la enfermedad (más de 10 años), implicaría en el paciente un

estado de habituación de su sintomatología, confiriéndole una percepción refractaria de los síntomas y de resignación. De igual manera; el matrimonio es un predictor de bienestar y en estos pacientes quedó excluida la relación patronal de trabajo, que condiciona el cumplimiento de horarios rígidos y que es incompatible con la sintomatología de la AR.<sup>(4)</sup>

Otro aspecto importante en relación a la AR, es la dinámica familiar; debido a que, como sistema, el cambio en uno de sus integrantes modifica al grupo en general, resaltando la dependencia de pacientes con AR de otros miembros de la familia. Del mismo modo, se ve afectado el ámbito social más amplio, caracterizado por aislamiento y/o dificultad para mantener las relaciones ya establecidas. La AR interviene en el estado emocional, cognitivo y comportamental de los pacientes; creando desorientación, negación, miedo, desesperanza, depresión e ira; por lo que es recomendable comprender y reconocer el tipo de reacción particular resultante y, de esta manera, determinar si constituyen un obstáculo o favorecen el tratamiento y la recuperación, en vista de que los factores psicológicos presentes influyen la capacidad funcional y la percepción del dolor por el individuo. De tal manera que, los cambios biológicos atribuidos a la enfermedad inducen cambios psicológicos, como ansiedad y depresión; además, la dificultad para realizar tareas cotidianas u ocupacionales (cambios sociales), pueden incrementar el dolor y la incapacidad funcional. Basándose en estos datos, Vinaccia y cols. demostraron que pacientes con altos niveles de autoeficacia presentaban grados de dolor, desesperanza aprendida e incapacidad funcional reducidos.<sup>(5)</sup>

En otro estudio sobre calidad de vida, se determinó que los pacientes participantes poseían una buena calidad de vida, obteniendo los más altos puntajes en las subescalas del QOL-RA (Quality of Life) de apoyo e interacción social.<sup>(11)</sup>

Al contrario de lo publicado por Vinaccia et al, las variables estilos de afrontamiento, relacionado con la experiencia del dolor y con rasgos de personalidad, no fueron significativas en los resultados de un trabajo de investigación realizado en la población chilena.<sup>(12)</sup>

Yescas-Osorio y cols. en el año 2008, registraron niveles de desesperanza aprendida y depresión bajos; mientras que los niveles de ansiedad van de moderado a elevado; tanto en ansiedad-rasgo, como en ansiedad-estado. Los pacientes reportaron sentirse responsables del control de la enfermedad, pero se limitan a seguir las indicaciones médicas, sin buscar otras alternativas. Sus recursos de afrontamiento, son principalmente pasivos; conformándose con la información que alguien más les proporcione.<sup>(3)</sup>

### **Marco teórico:**

Artritis reumatoidea: es una enfermedad inflamatoria sistémica, de evolución crónica y etiología desconocida, que afecta primariamente al tejido sinovial; acorta la supervivencia e interfiere en la calidad de vida de los pacientes.<sup>(13)</sup>

Su prevalencia a nivel mundial es de 0.8 en adultos, y es de 2 a 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres; la incidencia es aproximadamente 40 por 100000 hab/año en mujeres y, la mitad en los hombres.<sup>(13)</sup>

Algunas características sistémicas que pueden presentarse son: la fatiga, fiebre de bajo grado y elevación de reactantes de fase aguda como velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR).<sup>(13)</sup>

Esta enfermedad se ha asociado con un importante componente genético, que explica por qué es infrecuente en algunas poblaciones; mientras que, en otras el riesgo es mayor. La concordancia en gemelos dicigotos es del 15 al 20% y de 5% en monocigotos. En este sentido; se ha recalcado la participación de los alelos del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH); específicamente HLA-DR4, en el incremento del riesgo y severidad de la AR, gracias al reconocimiento de una secuencia de aminoácidos en la tercera región hipervariable de la cadena DR beta1, el cual se ha denominado epítrope compartido o alelo de riesgo; demostrándose que aquéllos pacientes portadores de este epítrope padecen de AR más severa y mayores manifestaciones extraarticulares.<sup>(13)</sup>

Las proteínas portadoras de restos de arginina que son convertidas a citrulina, poseen mejor avidéz por el epítrope compartido; por lo que fungirían como antígenos gatillo de la respuesta inmune.<sup>(13)</sup>

Sin embargo; cerca de un tercio del riesgo genético puede ser explicado sólo por los genes localizado en la región HLA.<sup>(13)</sup>

El epítrope compartido se encuentra en el 25% de la población caucásica, pero la posibilidad de desarrollo de AR en estos individuos es de 1 en 25. Recientemente se ha descubierto un polimorfismo funcional del gen que codifica a la proteína intracelular no receptora de tirosina fosfatasa 22, la cual se asocia con AR y otras enfermedades autoinmunes como diabetes tipo 1, lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Graves.<sup>(13)</sup>

Otros factores que intervienen en la presentación clínica de la AR son: los estrógenos (efecto protector) y el hábito tabáquico (efecto gatillo y empeora los síntomas).<sup>(13)</sup>

De tal manera que, para el desarrollo de la enfermedad es preciso la interacción de la genética y factores ambientales, con el sistema inmune. Los disparadores de la respuesta son motivo de investigaciones en la actualidad; postulándose hasta el momento antígenos bacterianos y virales como: Micobacterias, Estreptococos, Micoplasma, Escherichia coli y, rubeola, Epstein barr, parvovirus; respectivamente, entre otros.<sup>(13)</sup>

Una vez que la AR es iniciada, el tejido sinovial sufre una compleja interacción de células T, B, macrófagos y sinoviocitos, que resulta en sinovitis, formación de líquido sinovial, pannus y finalmente, destrucción del cartílago, hueso, estrechamiento de la cápsula articular, ruptura de ligamentos y tendones; que conllevan a la deformidad articular y discapacidad.<sup>(13)</sup>

De acuerdo a investigaciones sobre la patogénesis de la enfermedad, un antígeno desconocido, foráneo; inicia la respuesta inmune celular dado por células T CD4 Th1, presentado por macrófagos, células B o sinoviocitos; en el contexto DR y, estimulando la secreción de citoquinas; particularmente la interleuquina-1 (IL-1) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) que inducen la proliferación celular y la destrucción del cartílago. Se cree que para que se perpetúe el proceso inflamatorio, intervienen autoantígenos, aún no definidos.<sup>(13)</sup>

La inmunidad humoral también participa de forma importante, por la presencia del factor reumatoideo (FR) y su asociación con la severidad de la enfermedad y la expresión de manifestaciones extraarticulares; sin embargo, aún no se ha demostrado por qué se produce en exceso y cuál es el rol exacto que juega en la enfermedad. El FR puede activar complemento e inducir la formación de quininas, radicales libres de oxígeno y enzimas lisosomales. Del mismo modo, los anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (anti-CCP) poseen una alta especificidad para AR, entre un 93-98%; aunque su sensibilidad es del 70%, pueden estar presentes en el suero de pacientes con AR años antes de que inicien las manifestaciones clínicas.<sup>(13)</sup>

*Criterios de AR 1987: (Colegio Americano de Reumatología)* <sup>(13)</sup>

Rigidez matinal mayor a 1 hora

Artritis de 3 o más articulaciones

Artritis de pequeñas articulaciones: muñeca, interfalángica proximal (IFP), metacarpofalángica (MCF)

Artritis simétrica

Nódulos subcutáneos

FR

Erosiones u osteopenia yuxtaarticular en manos o muñecas, vista en radiografía

*Curso clínico:*

El inicio es generalmente insidioso y su evolución es variable. Hay pacientes que progresan rápidamente a enfermedad deformante, siendo infrecuente que las manifestaciones extraarticulares preceden a la clínica osteomuscular. Más comúnmente, la enfermedad inicia en las MCF, IFP, metatarsfalángeas, muñecas, rodillas, codos, tobillos, caderas y hombros, también puede incluir la articulación atlantoaxoidea, temporomandibular, cricoaritenoides y esternoclavicular.<sup>(13)</sup>

Dentro de las *manifestaciones extraarticulares* se mencionan:<sup>(13)</sup>

Piel: nódulos, vasculitis, fragilidad, pioderma gangrenoso.

Cardiovascular: pericarditis, aterosclerosis, enfermedad valvular, nódulos en valvas.

Pulmonares: derrame pleural, enfermedad intersticial pulmonar, bronquiolitis obliterante, nódulos reumatoideos, vasculitis.

Ojo: queratoconjuntivitis seca, episcleritis, escleritis, escleromalacia perforans, queratopatía ulcerosa periférica.

Neurológicas: neuropatía por atrapamiento, mielopatía cervical, mononeuritis múltiple, neuropatía periférica.

Hematológicas: anemia, trombocitosis, linfadenopatías, síndrome de Felty.

Renales: vasculitis, amiloidosis.

Hueso: osteopenia.

*Hallazgos de laboratorio:*

Los pacientes cursan con anemia de enfermedades crónicas, trombocitosis, el conteo blanco puede estar elevado o normal (en el síndrome de Felty ocurre leucopenia), eosinofilia, elevación de reactantes de fase aguda, FR, anti-CCP. El análisis de líquido sinovial muestra células entre 5000 y 50000 con predominio de polimorfonucleares.<sup>(13)</sup>

*Tratamiento:*

El objetivo de la terapia es alcanzar la remisión; si la AR es tratada tempranamente, la remisión es posible en un 20-40%.<sup>(13)</sup>

Los glucocorticoides son antiinflamatorios de rápido inicio de acción que alivian los síntomas; mientras se espera el efecto de los fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). La prednisona es el más comúnmente empleado con dosis máximas de 10 mg/día; no obstante, dosis mayores se requieren para el tratamiento de manifestaciones extraarticulares como vasculitis o escleritis.<sup>(13)</sup>

Actualmente los FARME se dividen en biológicos y no biológicos.

Los últimos tienen la capacidad de mejorar los síntomas de la enfermedad y pueden disminuir la progresión radiográfica. El uso de algunos de ellos en particular, dependerá de la severidad, pronóstico, comórbidos y efectos colaterales de los fármacos; no obstante, lo fundamental es iniciarlo oportunamente.<sup>(13)</sup>

Entre ellos se encuentran: el metotrexate, leflunomida, sulfasalazina, hidroxiclороquina, minociclina y sales de oro.<sup>(13)</sup>

El *metotrexate*, se administra de 5 a 25 mg semanal, es el FARME mayormente utilizado por su riesgo-beneficio y por su buena respuesta. Puede ser administrado vía oral o subcutánea. Algunos de sus efectos adversos incluyen, náuseas, epigastralgia, alopecia, elevación de transaminasas, pancitopenia, neumonitis, teratogenicidad, azoospermia, anovulación. Se debe monitorizar las transaminasas, hematología completa, nitrógeno ureico en sangre (BUN) y creatinina cada 4-8 semanas y ajustar la dosis si es necesario. Su inicio de acción ocurre a las 4 semanas. Para evitar su toxicidad se debe indicar ácido fólico o folínico.<sup>(13)</sup>

*Leflunomida*: se debe dar una dosis de carga de 100 mg/día por 3 días y luego 20 mg diarios, posee una vida media larga. Es teratogénico, puede producir igualmente, diarrea, náuseas, alopecia y toxicidad hepática y hematológica. El monitoreo se realiza de igual forma que con el metotrexate.<sup>(13)</sup>

*Hidroxiclороquina* y *cloroquina*: la primera es la más frecuentemente utilizada, se administra de 200 a 400 mg diarios vía oral, requiere evaluación oftalmológica previa y luego anual, posterior a su uso. Se utiliza asociada con otro FARME.<sup>(13)</sup>

La *sulfazalazina* es el FARME más común empleado en Europa. Su dosis es de 1 a 3 gr diarios. Se debe mantener control hematológico.<sup>(13)</sup>

La *minociclina* y las *sales de oro* son raramente utilizadas en la actualidad.<sup>(13)</sup>

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): son indicados en asociación con algún FARME no biológico, tomando en consideración sus efectos adversos. No detienen la evolución de la enfermedad.<sup>(13)</sup>

Biológicos: si existen fallas de los fármacos no biológicos, posterior al tercer mes de tratamiento, se deben iniciar los biológicos; de primera línea los anti TNF (etanecept, adalimumab, infliximab), si estos no mejoran los síntomas se pueden utilizar el abatacept, rituximab o anakinra. Actualmente, se estudia el uso de otros biológicos como el tozilizumab.<sup>(13)</sup>

Los cuidados óptimos de AR requieren el reconocimiento y tratamiento de comórbidos o complicaciones asociadas como; riesgo cardiovascular, osteoporosis, infecciones y cáncer.<sup>(13)</sup>

Trastorno depresivo mayor: es definido por humor deprimido persistente, acompañado de una combinación de síntomas determinados por el DSM-IV, aunque algunas personas manifestarán síntomas atípicos; como incremento del apetito y ganancia de peso.<sup>(14)</sup>

El diagnóstico se basa en la presencia de humor deprimido y/o pérdida del interés o placer más otros 4 síntomas de trastorno depresivo mayor por una duración de al menos 2 semanas. Los otros síntomas depresivos incluyen cambios en el apetito y peso, insomnio o hipersomnias, disminución de la concentración, de la energía, sentimientos de culpa o de poco valor, agitación o retardo psicomotor e ideación suicida.<sup>(14)</sup>

En el trastorno depresivo mayor ocurren uno o más episodios depresivos durante la vida del paciente. Las personas con depresión mayor oscilan dentro y fuera de períodos de depresión; es decir, poseen un patrón periódico o cíclico. No obstante; en algunos casos la clínica puede permanecer crónica. Se diferencia del trastorno bipolar en que la depresión mayor cursa sólo con un polo deprimido; mientras que, el primero varía entre polos de depresión y manía.<sup>(14)</sup>

La prevalencia varía entre 2 y 5%, en los adultos es más frecuente en las mujeres que en los hombres y en los niños la relación es idéntica.<sup>(14)</sup>

Puede afectar a cualquier grupo etario, desde niños hasta ancianos, pero el pico ocurre a los 20 años.<sup>(14)</sup>

El inicio de los síntomas puede ser gradual o insidioso, puede ser desencadenado por eventos estresantes; como la pérdida de un familiar, el divorcio o el trabajo.<sup>(14)</sup>

### *Características clínicas:*

Humor deprimido, fatiga, dificultad en la concentración, la memoria a corto plazo y la toma de decisiones, pérdida del interés en actividades que anteriormente eran placenteras, insomnio y menos comúnmente hipersomnias; anorexia y pérdida de peso, con menor frecuencia, hiperfagia y ganancia de peso; agitación o enlentecimiento psicomotor y actitud pesimista, que se acompaña a menudo de ideas suicidas. Los síntomas pueden tener variaciones diurnas; generalmente, los pacientes se sienten peor durante el día, mejorando durante las tardes y noches.<sup>(14)</sup>

Algunos pacientes desarrollan ataques de pánico, obsesiones o compulsiones, ilusiones o alucinaciones.<sup>(14)</sup>

El curso clínico se caracteriza por recaídas y remisiones; sin embargo, cerca de la mitad de los casos, la remisión puede ser total dentro de 6 o 12 meses.<sup>(14)</sup>

Es difícil predecir cuándo ocurrirá el segundo episodio, en ocasiones, es menor a un año del primero y el promedio son 5 años. Con el tiempo, el intervalo se hace más corto y el ciclo depresivo más prolongado pudiendo convertirse en crónico.<sup>(14)</sup>

Como complicaciones de esta patología resalta la disfunción familiar, los padres pueden ser incapaces de cuidar a sus hijos; además, pueden suscitarse la separación y/o el divorcio, deserción escolar, imposibilidad para completar tareas diarias u ocupacionales. Hay predisposición al abuso de alcohol y dependencia de sustancias como benzodiazepinas.

Los pacientes con otras enfermedades concurrentes pueden perder las esperanzas de recuperación y abandonar el tratamiento médico. La tasa de suicidios es de un 4% aumentando el riesgo a 9% en pacientes hospitalizados.<sup>(14)</sup>

### *Etiología:*

La depresión mayor parece ser heredable, los parientes en primer grado tienen entre 2 y 3 veces el riesgo de padecer la enfermedad. La concordancia en gemelos monocigotos es de 50%. A pesar de esto, los estudios de genética no han identificado la presencia de locus o genes asociados a la depresión mayor, probablemente incluya múltiples genes o modos de heredabilidad.<sup>(14)</sup>

El eje hipotálamo-hipófisis se encuentra alterado y los pacientes no responden adecuadamente al test de supresión con dexametasona. La concentración del factor de liberación de corticotropina (FLC) en los núcleos paraventricular y supraóptico hipotalámico,

se encuentran elevados y la respuesta de la adreocorticotropina a FLC exógeno está disminuida.<sup>(14)</sup>

De igual forma existen alteraciones en la arquitectura del sueño dado por acortamiento de la latencia del sueño REM (Rapid Eyes Movement).<sup>(14)</sup>

Las anomalías neuroanatómicas pueden o no estar presentes, los estudios de resonancia magnética nuclear no son concluyentes.<sup>(14)</sup>

Existe disfunción en la homeostasis de las aminas biogénicas: adrenalina y serotonina. La disminución de la ingesta de triptófano, precursor de serotonina ha desencadenado síntomas depresivos.<sup>(14)</sup>

Además de la herencia, factores ambientales participan en la génesis de la depresión; como la pérdida por divorcio o muerte.<sup>(14)</sup>

De tal manera que, la depresión mayor se caracteriza por la anomalía heredada de la función colinérgica, serotoninérgica o noradrenérgica, de grado variable en el hipotálamo y otras estructuras como el locus ceruleus noradrenérgico, el núcleo del rafe dorsal serotoninérgico y el núcleo pedunculopontino colinérgico. Las experiencias de pérdida en la niñez o en la vida adulta pueden precipitar dicha anomalía o, en algunos casos, causarla y una vez que aparece puede persistir.<sup>(14)</sup>

Es importante diferenciar el trastorno depresivo mayor de la *depresión reactiva*. Todo evento adverso; especialmente las pérdidas humanas, van seguidos de síntomas depresivos. Cuando los síntomas son severos y prolongados, se debe distinguir si una persona está aún en medio de una depresión reactiva o si se ha precipitado un episodio depresivo que podría perpetuarse en el tiempo; incluso después de que el paciente se debiera recuperar. Es necesario considerar: si la severidad de los síntomas está fuera de la proporción del evento, la duración de los síntomas, asumir que el suceso adverso no continúa, estar atentos a síntomas que no son infrecuentes en un episodio depresivo, pero que son inusuales en la depresión reactiva; como la autodepreciación o la culpa severa, cambios psicomotores prolongados y profundos, insomnio o alucinaciones de cualquier tipo. Como complemento de lo anterior, precisar si existen antecedentes familiares de depresión mayor. Finalmente, es importante determinar si los síntomas del paciente, de una forma u otra han adquirido autonomía o vida propia, independiente del factor gatillo.<sup>(14)</sup>

Otros diagnósticos diferenciales son:

*Distimia*: caracterizado por síntomas depresivos crónicos, generalmente leves. Se debe diferenciar del pródromo a un episodio depresivo.<sup>(14)</sup>

*Trastorno bipolar*: presencia del polo maníaco. Es difícil establecer la distinción entre un episodio depresivo por depresión mayor de aquél que ocurre en la enfermedad bipolar.<sup>(14)</sup>

*Depresión postparto*: sólo ocurre después del postparto inmediato.<sup>(14)</sup>

*Trastorno disfórico premenstrual*: los síntomas remiten con la menstruación.<sup>(14)</sup>

*Trastorno obsesivo-compulsivo*: la obsesión y compulsión precede a los síntomas depresivos. Al contrario, los episodios depresivos pueden acompañarse de forma ocasional con obsesión o compulsión aislada; en este caso la síntomas depresivos prominentes inician la clínica.<sup>(14)</sup>

*Otras patologías que cursan con síntomas depresivos*: trastorno de estrés postraumático, síndrome de Briquet, hipocondriasis, dependencia de alcohol y drogas, anorexia nerviosa.<sup>(14)</sup>

El *trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo*, se diferencia de la depresión mayor por la persistencia de síntomas psicóticos.<sup>(14)</sup>

En el *trastorno de ansiedad generalizada* está relativamente ausente los síntomas de fatiga, pérdida del interés, culpa e insomnio.<sup>(14)</sup>

*Depresión atípica*: se pensó originalmente que era una entidad distinta y separada del trastorno depresivo mayor, en la actualidad se considera como una variante de la misma. Sus características son: reactividad del humor y sensibilidad al rechazo, siendo siempre los pacientes vulnerables a la depresión.<sup>(14)</sup>

*Depresión secundaria*: aquella debida a patologías médicas o abuso de sustancias o drogas. Se presenta como humor disfórico, irritable o depresivo, con cambios vegetativos como pérdida del interés, fatiga, dificultad para la concentración y memoria, cambios en el sueño y apetito. El inicio y el curso dependen de la patología de base. Las causas pueden ser: corticoesteroides o ACTH, interferon alfa o beta, propranolol, reserpina, clonidina, alfa-metildopa, anticonceptivos orales, metoclopramida, ranitidina, cimetidina, abuso de alcohol, estimulantes, esteroides anabólicos, síndrome de Cushing, insuficiencia adrenocortical, hipotiroidismo, hipertiroidismo, infarto cerebral, demencia multiinfarto, enfermedad de Binswanger, Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsia, esclerosis múltiple, trauma

cerebral, apnea obstructiva del sueño, cáncer pancreático, lupus eritematoso sistémico, neurosífilis, enfermedad de Lyme; entre otras.<sup>(14)</sup>

Se puede distinguir del trastorno depresivo mayor por su inicio hiperagudo, como ocurre con el uso de fármacos, síntomas atípicos de depresión mayor, algunos sugestivos de patologías de base. En estos casos, los pacientes no responden al tratamiento farmacológico psiquiátrico.<sup>(14)</sup>

Del mismo modo, estas enfermedades o sustancias pueden actuar como factores precipitantes de un episodio depresivo en un paciente con depresión mayor y no ser la causa directa<sup>(14)</sup>.

Se debe tratar la causa de base, si el paciente no mejora se pueden indicar antidepresivos.<sup>(14)</sup>

#### *Tratamiento:*

Se divide en 3 fases: tratamiento agudo, dirigido al episodio actual; tratamiento de continuación, para evitar recaídas dentro del episodio actual y tratamiento profiláctico o de mantenimiento para prevenir futuros episodios.<sup>(14)</sup>

En el tratamiento actual se pueden emplear la psicoterapia de soporte, uso de antidepresivos o métodos psicoterapéuticos específicos; como la terapia cognitiva.<sup>(14)</sup>

Entre los antidepresivos, se cuenta con: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa y, un grupo misceláneo que incluye a venlafaxina, mirtazapina, bupropión, nefazodona y trazodona. Las consideraciones en el momento de la elección dependerán de los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, efectividad, tolerabilidad y letalidad en la sobredosis.<sup>(14)</sup>

#### Soporte psicológico en AR:

La enfermedad reumática interacciona con distintas aspectos de la vida de los pacientes; como, su experiencia de vida, personalidad, ambiente familiar y laboral, estatus social y cultural; reflejándose en la adaptación del individuo ante la misma y condicionando respuestas como el shock, la ira, negación, resignación y aceptación. La reacción ante el diagnóstico, muchas veces queda relegada a la influencia que ejerce el grado de incapacidad y los cambios en el estilo de vida del paciente. Comúnmente, se forjan un escenario que trate de explicar por qué les está sucediendo ésto a ellos, como una forma de adaptación. Las emociones varían de acuerdo a la fase de la enfermedad: resignación y aceptación, cuando ésta

se encuentra estable o inactiva; o la ira, negación, ansiedad y depresión, durante las exacerbaciones.<sup>(15)</sup>

Los cambios que ocurren entonces, engloban tanto el aspecto físico como psicosocial, con el objeto de hacer frente ante la nueva situación y donde juegan un papel fundamental multiplicidad de factores de forma individual e interrelacionados entre sí; como lo son: aspectos sociodemográficos: edad, género, nivel educativo y social y, psicológicos como el apoyo recibido, las creencias religiosas, los autoesquemas, patrones de personalidad, habilidades sociales y estilos de afrontamiento.<sup>(12)</sup>

Los problemas psicológicos comunes asociados a las enfermedades reumáticas sistémicas incluyen, el miedo de convertirse en minusválidos y dependientes, la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, la degradación de sí mismo, la frustración y depresión. La lucha contra la dependencia está en función de la actividad de la enfermedad, del grado de apoyo social y económico y de la capacidad para recibir y pedir ayuda.<sup>(15)</sup>

La reacción de un paciente puede centrarse en una pérdida específica como las limitaciones físicas o pérdidas abstractas como la expectativa para el futuro, la autoimagen y el amor propio. Estas pérdidas pueden conducir a síntomas depresivos.<sup>(15)</sup>

#### *Dolor:*

El dolor crónico también juega un papel importante en el bienestar psicológico de los pacientes, con el tiempo el dolor puede ser desmoralizante y disminuye la tolerancia, irritabilidad y la pérdida de concentración.<sup>(15)</sup>

De igual forma, los eventos estresantes y la respuesta al estrés han sido relacionados con dolor en pacientes con AR. Existen evidencias claras que el estrés incrementa la sensibilidad al dolor. Las situaciones de estrés enfocan la atención sobre estados afectivos negativos e incrementan la conciencia y vigilancia en respuesta a un daño potencial. Por lo tanto, algunas respuestas ante el estrés incluyen sentimientos de desesperanza, catástrofe y comportamientos difíciles, que se sabe, incrementan el distrés psicológico. La reducción del dolor, ha sido demostrada en terapias que se enfocan sobre los efectos secundarios cognitivos del estrés; lo que denota la importancia de este factor psicológico en el estudio del dolor crónico.<sup>(16)</sup>

Se cree que los eventos estresantes cambian la capacidad adaptativa del organismo, pero ciertas características individuales determinan el grado de susceptibilidad ante el estrés.<sup>(16)</sup>

Los síntomas depresivos han sido asociados con ciertos procesos que se piensan incrementan los síntomas de dolor, incluyendo distorsión cognitiva, refuerzo positivo reducido, desesperanza y una relativa carencia de afecto positivo. Uno de los mecanismos por los cuales el dolor puede incrementarse es; a través, de una falla para el soporte de una adecuada defensa psicológica ante el estrés.<sup>(16)</sup>

La sexualidad, además puede alterarse por el dolor, los síntomas constitucionales, la alteración de la propia imagen, o el uso de fármacos como los esteroides. Los síntomas sistémicos perjudican la libido, más aún la pareja puede evitar la intimidad por miedo a producir incomodidades al paciente, quien puede interpretar esta actitud como pérdida de la atracción.<sup>(16)</sup>

#### *Relación familiar:*

A pesar de la pérdida de la autoconfianza y el efecto del dolor, la fatiga y la deformidad, los pacientes poseen la misma tasa de divorcio que la población general; sin embargo, los pacientes con AR divorciados contraen segundas nupcias en menor cuantía.<sup>(17)</sup>

La tasa de progresión a discapacidad es menor en pacientes casados que en solteros. El matrimonio incrementa el soporte social y es una variable psicosocial favorable.<sup>(17)</sup>

Los factores de interacción social pueden ser determinantes del bienestar psicológico futuro de los pacientes; ya que se relacionan con la depresión y el progreso de la incapacidad.<sup>(18)</sup>

#### *Fatiga:*

Es prevalente en pacientes con AR y se correlaciona con la depresión, constituyendo un foco para elaborar estrategias de afrontamiento. No obstante; la fatiga se debe probablemente al efecto que ejercen las citoquinas proinflamatorias en la región periacueductal del cerebro; más que a factores psicológicos.<sup>(17)</sup>

#### *Depresión:*

Las enfermedades psiquiátricas no ocurren con mayor frecuencia en patologías reumáticas que en otras enfermedades crónicas. Existe una relación bidireccional entre la

depresión y las enfermedades médicas, cada una tiene un impacto negativo sobre el pronóstico y el tratamiento de la otra.<sup>(17)</sup>

En 1970, la depresión asociada a enfermedades médicas se consideró secundaria o reactiva, con un curso clínico menos severo; sin embargo algunos investigadores encontraron pocas e inconsistentes diferencias entre la depresión primaria y secundaria. Actualmente; la depresión con enfermedad médica comórbida, no es definida como una entidad diagnóstica diferente, pero sí una parte del continuum de síntomas de patología depresiva.<sup>(19)</sup>

La depresión fue predictiva de pobre resultado de las enfermedades médicas e incremento de la mortalidad.<sup>(19)</sup>

El paciente con AR, tiende a adaptarse psicológicamente con el tiempo y son productivos tanto como su condición orgánica se los permite. El distrés que acompaña al dolor crónico conduce a depresión, clínicamente tratable; en la mayoría de los casos.<sup>(17)</sup>

Los factores asociados con depresión en AR en distintas series son: tener menor edad, sexo femenino, VSG elevada, ausencia de pareja y mayor incapacidad funcional medida por HAQ; además hay factores clínicos y sociales que pueden intervenir en el desarrollo de síntomas depresivos y que son susceptible de modificación; como las presiones de la vida diaria, confianza en la capacidad de enfrentar problemas y el grado de discapacidad física.<sup>(20)</sup>

#### *Desesperanza aprendida:*

Según Seligman; se refiere al estado de pasividad; así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Esta teoría se reformuló posteriormente, dando importancia al tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de la indefensión: interna-externa, global-específica, estable-inestable.<sup>(21)</sup>

Los pacientes predispuestos a depresión atribuyen, más comúnmente, los acontecimientos negativos a factores internos (a uno mismo), estables (irreversibles) y globales (que lo abarcan todo). Así, fue desarrollado el índice de desesperanza de la artritis que mide la percepción de habilidades y deshabilidades en el control de la enfermedad y, se encontraron niveles de correlación significativos con variables psicológicas como la autoestima, la depresión, ansiedad y del estado funcional del paciente: dolor, actividades de la vida diaria. Existe una modificación de este índice, denominada subescala de desesperanza en la artritis.<sup>(21)</sup>

En varias investigaciones se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la disminución del índice de desesperanza y la disminución del dolor y la invalidez.<sup>(21)</sup>

Por los cambios estructurales que ocurren en AR; especialmente, los deformantes en el sistema musculoesquelético, el manejo del dolor crónico y la discapacidad que ello implica; los pacientes con esta enfermedad deben enfrentarse a cambios importantes que modifican su autopercepción y proyecto de vida, forjando, en algunos pacientes, de acuerdo a su adaptación; sentimiento de desesperanza, desconfianza en sí mismo; que merman su autoestima, eficacia y frenan la posibilidad de apoyo en el refuerzo social.<sup>(21)</sup>

#### *Discapacidad y empleo:*

La AR está fuertemente influenciada por los hallazgos radiográficos objetivos: erosiones y estrechamiento articular. La edad, el score del dolor, el humor deprimido; determinan la discapacidad de la enfermedad, desde el punto de vista del paciente. La fatiga; además, juega un rol importante en AR, en vista que se correlaciona con la discapacidad, ansiedad y menos soporte social.<sup>(17)</sup>

Cerca de la mitad de los casos de AR se inician durante la edad laboral y, a los 10 años; entre el 26 y 60% de los enfermos se ven obligados a abandonar sus trabajos.<sup>(22)</sup>

Una vez que un paciente con AR se ha ausentado del trabajo, la probabilidad de retorno, es de 2:1 a 3:1. La edad avanzada y la menor educación, disminuyen igualmente las probabilidades.<sup>(17)</sup>

#### *Calidad de vida:*

Por todo lo anterior, es notorio que la AR dificulta gran número de funciones de la vida diaria; como, el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas; alterando la independencia económica y el rol social de la persona. Los pacientes con AR tienen peor calidad de vida que la población general y que aquéllas que padecen de infarto de miocardio, colitis ulcerativa y lupus eritematoso sistémico.<sup>(18)</sup>

Si existe un alto nivel de satisfacción en cuanto al apoyo social, los pacientes manifiestan un mejor grado de adaptación a la enfermedad.<sup>(18)</sup>

#### *Economía y AR:*

En algunos casos los costes que acarrea la AR son difíciles de valorar, deben de considerarse de 3 tipos: directos, indirectos e intangibles.<sup>(22)</sup>

Los costes directos se subdividen a su vez, en sanitarios, derivados del consumo de recursos asistenciales (consultas, exámenes de laboratorio y radiografías, gastos farmacéuticos, hospitalizaciones, medidas de ortesis, prótesis y rehabilitación) y los parasanitarios como los gastos dirigidos a realizar adaptaciones en el domicilio, entorno laboral y medios de transportes. Estos costes implican variaciones durante la evolución de la AR, siendo mayores durante los primeros 2 años del diagnóstico, también varían de acuerdo a la clínica del paciente, su actividad y discapacidad.<sup>(22)</sup>

Los costes indirectos se refieren a la pérdida de la capacidad laboral y de la ayuda domiciliaria.<sup>(22)</sup>

Los intangibles derivan de las repercusiones sobre la calidad de vida y entorno familiar y social a consecuencia de los cambios físicos y psicológicos de la AR.<sup>(22)</sup>

Independientemente de la metodología que se emplee en los diferentes estudios de investigación, en este ámbito, la AR acarrea una gran repercusión económica e induce un importante consumo de recursos sanitarios y sociales.<sup>(22)</sup>

Para tener una idea, el coste acumulado de un paciente con AR en los Estados Unidos de América, se estima entre 61000 y 122000 dólares. Entre 1992 y 1993, en el Reino Unido, el impacto económico se valoró en 1256 billones de libras esterlinas.<sup>(22)</sup>

#### *Influencia de la lectura y el nivel educativo:*

Generalmente, las personas con bajo nivel educativo tienen problemas de salud. Algunos pacientes presentan dificultades para leer o entender la información que se les ofrece; a través de los medios escritos, es por ello que es importante los programas “cara a cara” con asignación de grupos. La intervención psicosocial va dirigida; preferencialmente, a un grupo reducido o a una persona; para así proveer mayor información y soporte educacional a aquéllas con un mayor déficit.<sup>(17)</sup>

#### *Intervención psicosocial:*

Se basa en la capacidad para modificar un factor psicosocial y es tangible como resultado clínico. Adicionalmente, los factores psicosociales y socioeconómicos ayudan a determinar el resultado biológico, mediado por el cumplimiento de la visita médica, la adherencia, disponibilidad al tratamiento y el conocimiento acerca de la enfermedad y del sistema de salud.<sup>(17)</sup>

#### *Comunicación médico-paciente:*

En un estudio canadiense, se demostró que los pacientes carecían de información sobre áreas específicas de la enfermedad, como la historia natural y el tratamiento convencional y en etapas de investigación. Los pacientes preferían las fuentes escritas y la proporcionada por el médico. Probablemente, el tiempo reducido de la consulta médica hace que el especialista maneje la entrevista, obstaculizando la comunicación médico-paciente.<sup>(17)</sup>

*Psicoterapia y psicofármacos:*

La depresión diagnosticada por especialistas debe ser tratada en conjunto con la patología de base.<sup>(17)</sup>

**Objetivos:**

*Objetivo general:*

Conocer la relación existente entre depresión y las características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea; atendidos en la consulta de Reumatología del Hospital Vargas de Caracas, durante el período julio-agosto 2010.

*Objetivos específicos:*

Indicar el perfil socioeconómico de los pacientes con AR; referido a: sexo, edad, ocupación, estatus laboral, nivel de instrucción, estado civil, estrato socioeconómico, funcionalidad familiar.

Determinar la frecuencia de depresión mayor en pacientes con AR.

Identificar el grado de incapacidad funcional y dolor presentes en pacientes con AR.

Conocer el tiempo de evolución de la AR, en los pacientes sujeto a estudio.

**Aspectos éticos:**

El desarrollo de esta investigación no implicó riesgos para los pacientes, en vista de que no hubo intervenciones por parte de la investigadora sobre la muestra participante del estudio. Asimismo, se asegura la confidencialidad de los datos personales aportados por los pacientes y su participación voluntaria en el trabajo.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudio:**

Estudio descriptivo y correlacional; cuyo tipo de investigación es transversal.<sup>(23)</sup>

### **Población y muestra:**

La población estuvo conformada por pacientes con AR controlados en el servicio de Reumatología del Hospital Vargas; considerando a la muestra de tipo no probabilística,<sup>(23)</sup> en vista de que fueron escogidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; a su vez, de voluntarios, fundamentado en la aprobación de la participación en el estudio por parte del paciente y previo conocimiento de las condiciones necesarias para el mismo; cuyos elementos objeto de estudio lo conforman los perfiles físico y psicológico de los pacientes, de acuerdo a la patología de base y de donde se derivan las variables.

### Criterios de inclusión:

Pacientes alfabetas, mayores de 16 años que cumplan los criterios del Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de AR, con tratamiento específico para la enfermedad; independientemente, del tiempo de evolución.

### Criterios de exclusión:

Patologías concurrentes:

Enfermedades crónicas de cualquier origen; como: metabólicas: diabetes Mellitus, tiroiditis, cardiovascular: cardiopatía isquémica y/o hipertensiva, respiratoria: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, oncológica, psiquiátrica, otras patologías reumáticas o autoinmunes distintas de AR.

Pacientes analfabetas.

### **Procedimientos:**

Los datos se tomaron directamente de los pacientes; por lo que la fuente de recolección es primaria y accesible; ofreciendo información a los pacientes sobre la investigación, su finalidad y propósito, solicitando; a su vez, el consentimiento informado, de acuerdo a los códigos de ética médica. Los datos son fidedignos, completos, oportunos y pertinentes.

Se realizaron cuestionarios concordantes con las variables de estudio, donde se registró información sobre su sexo, edad, ocupación, estatus laboral, nivel de instrucción, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad y se aplicaron tests y escalas para medir cuantitativamente la depresión (Prime MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorder,

versión española), disfunción familiar (APGAR), estrato socioeconómico (Graffar), dolor (MOS, versión en español), incapacidad funcional (HAQ-8, versión en español).

La recolección de los datos se realizó en el servicio de Reumatología, durante julio-agosto del año 2010, acordando previa cita para definir días específicos y recibir a los pacientes en grupos. Los cuestionarios fueron autoaplicados y en el caso del método Graffar y el segundo componente del PRIME MD, se administraron como entrevistas. La investigadora orientó a los pacientes sobre el procedimiento.

El test de APGAR evalúa 5 funciones básicas de la familia: adaptación, participación, ganancia, afectividad y recursos; su confiabilidad es mayor a 0.75, alfa de Cronbach 0.84 y su validez posee un índice de correlación con el Pless-Satterwhite Family Function Index de 0.80. Su escala es unidimensional; es decir, las 5 preguntas miden sólo disfunción familiar.<sup>(24)</sup> El resultado se obtiene sumando el puntaje total, que varía por pregunta de 0 a 4; catalogado de la siguiente manera:<sup>(25)</sup>

Buena función familiar: 18-20

Disfunción familiar leve: 14-17

Disfunción familiar moderada: 10-13

Disfunción familiar severa: 9 ó < 9

Por su parte, el Prime MD (versión en español), diseñado para su uso en cuidados primarios, diagnostica enfermedades específicas basándose en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition (DSM-IV).<sup>(26)</sup>

Evalúa inicialmente; a través, de un cuestionario autoadministrado de 26 ítems con 2 alternativas de respuestas: “sí” o “no”, los signos y síntomas presentes en el último mes, divididos en 5 módulos que comprenden: trastornos somatomorfos, de hábito alimentario, del estado de ánimo, de ansiedad, y consumo de alcohol<sup>(26)</sup> y un segundo componente, que comprende una guía de evaluación clínica o entrevista estructurada que se aplica de acuerdo al resultado del cuestionario.<sup>(27)</sup> Si las preguntas 18 y/o 19 del cuestionario (que corresponden a trastornos del estado de ánimo) son afirmativas, se debe realizar la entrevista para corroborar o descartar el diagnóstico sospechoso de depresión mayor. Si se obtienen 5 respuestas afirmativas de las preguntas 1 a la 9 (una de las cuales es la número 4 o 5), se considera que el paciente cursa con depresión mayor.<sup>(27)</sup>

El cuestionario Graffar modificado, plantea la estratificación social de la población venezolana, tomando en cuenta su perfil social, económico y cultural. Las variables están constituidas por: ocupación del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingresos y condiciones de la vivienda; su valor varía de 1 a 5. Al computar la suma total de los ítems, se agrupan en valores y se determina el estrato socioeconómico.<sup>(28)</sup>

Estrato I: clase alta, 4-6 ptos.

Estrato II: clase media alta, 7-9 ptos.

Estrato III: clase media baja, 10-12 ptos.

Estrato IV: pobreza, 13-16 ptos.

Estrato V: pobreza crítica, 17-20 ptos.

Fiabilidad: cada una de las variables cualitativas explica la clasificación del método Graffar modificado, la correlación inter-ítems es de 0.62 a 0.75.<sup>(28)</sup>

Validez: la correlación intervariables es  $> 0.5$ .<sup>(28)</sup>

Cuestionario de estado de salud modificado de la Universidad de Stanford (HAQ-8, versión en español):

Es una versión corta del HAQ- 20, que evalúa la capacidad física de realizar actividades de la vida diaria. Posee 8 ítems, cada uno de ellos se puntúa de 0 a 3; según lo siguiente: 0: sin dificultad, 1: con alguna dificultad, 2: con mucha dificultad, 3: incapaz de hacerlo. La puntuación final es la media de los 8 ítems; varía de 0: no incapacidad a 3: máxima incapacidad. Validez: 0.89, confiabilidad: 0.87.<sup>(29)</sup>

Escala MOS de severidad de dolor (versión española):

Comprende 5 ítems, los dos primeros se responden a través de una escala visual numérica, y los restantes poseen 6 alternativas de respuestas. Para el cálculo se debe transformar cada uno de los 5 ítems a una escala de 0 a 100. A mayor puntaje, mayor dolor. Validez de 0.89 y confiabilidad de 0.77.<sup>(29)</sup>

#### **Tratamiento estadístico:**

Se realizó el cálculo de la media y desviación estándar para las variables continuas y cálculo de frecuencias y porcentajes para las nominales.

Para los datos de tipo nominal-contínuos, se usó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney; en el caso de los datos nominal-nominal, se aplicó la prueba de  $\chi^2$  de Pearson.

Se consideró un nivel de significancia de 5%. El software empleado para el análisis de datos correspondió al SPSS 18.0.

Se ordenaron y clasificaron los datos, en forma de estrato o clases estadísticas, presentándolos en gráficos y cuadros.

**Recursos humanos y materiales:**

Los recursos humanos están constituidos por la autora, quien actuó como facilitadora para recoger los datos (aplicación de cuestionarios y entrevistas), los pacientes de la muestra, tutor científico y asesor estadístico.

Los recursos materiales corresponderán a los cuestionarios, tests y lo necesario para responderlos; como: lápiz, sillas, mesas, borradores; además del ambiente físico donde se desarrollará la investigación: sala de reunión del Servicio de Reumatología del Hospital Vargas. Computadoras y sistemas utilizados en el procesamiento de los datos.

## RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes en total, de los cuales 34 fueron mujeres y 6 hombres, con una media de edad de 52.4 años, agrupándose los datos preferencialmente entre 51 y 60 años. El nivel de instrucción predominante fue primaria con 47.5%, seguido de secundaria con 42.5%, sólo 4 pacientes habían cursado estudios universitarios.

La mayoría de los pacientes se dedicaban al trabajo del hogar: amas de casa (52.5%). Con la misma frecuencia coincidieron en ocupación: costurera, secretaria, ayudante de cocina, obrera de mantenimiento y comerciante; con 5% cada una y, con menor porcentaje destacan: albañil, jardinero, estudiante, agricultor, carpintero, educadora, abogado, encuadernadora y chofer.

El estatus laboral de los pacientes se dividió en: desempleados (30%), empleado dependiente de patrono (25%), pensionados (17.5%), empleado independiente de patrono (15%), jubilados (7.5%) e incapacitados (5%).

En relación al estado civil, la soltería representó el 45%, casados 27.5%, concubinato 17.5%, 3 pacientes eran viudos y 1 divorciado.

El 65% de los pacientes tenían menos de 10 años de evolución de la enfermedad y el 35%, 10 años o más, con una media de 103,1 meses.

El estrato socioeconómico IV (pobreza) fue el más común con 72.5%, el resto se agrupó en estrato III (17.5%) y II (10%).

La funcionalidad familiar fue catalogada como buena en un 55%, disfunción leve en un 20% y con el 12.5%, tanto disfunción moderada como severa.

La distribución de acuerdo a la capacidad funcional reporta que, el 70% de los pacientes no mostró discapacidad; mientras que el 22.5% cursó con discapacidad leve y el 7.5% discapacidad moderada. Ninguno fue considerado con discapacidad severa.

El valor mínimo de dolor fue 10 y el máximo 100, con una media de 54.7. La distribución de los datos en una escala de 25, muestra que la mayoría tiende a agruparse entre 51 y 75.

El diagnóstico de depresión mayor se reportó en el 35% de los pacientes.

Datos correlacionales tomando en consideración la variable depresión mayor:

La media de edad del grupo con depresión fue de 49.1 años y de 54.1 años para los no deprimidos,  $p=0.347$ .

En referencia al estatus laboral, el desempleo fue la norma para los pacientes deprimidos (42.9%), seguido en frecuencia por pensionado (21.4%); mientras que de los 26 pacientes sin depresión; 14 gozaban de empleo (30.8% dependiente de patrono y 23.1% independientes), con una  $p=0.097$ .

Los resultados al relacionar depresión mayor y estado civil, no fueron estadísticamente significativos:  $p=0.398$ . En ambos grupos predominó la soltería con un 57.1% para los deprimidos y 38.5% para los no deprimidos.

La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue similar en los pacientes con y sin depresión (106.4 meses y 101.4 meses; respectivamente),  $p=0.989$ .

Con respecto al estrato socioeconómico, los datos se agruparon principalmente en el estrato IV, en ambos grupos, sin asociación significativa con depresión,  $p=0.247$ .

De forma porcentual, los pacientes deprimidos manifestaron mayores eventos de disfunción familiar, comparados con el grupo sin depresión. En el primero, 28.6% cursaron tanto con buena función familiar como con disfunción leve y el 21.4% coincidió con disfunción familiar moderada y severa, correspondiendo estos datos a  $\chi^2 = 8,581$  ( $p = 0,035$ ).

De los 14 pacientes con depresión mayor, 57.1% no presentaron discapacidad, 35.7% discapacidad leve y sólo 1 paciente discapacidad moderada,  $p = 0.336$ .

Del mismo modo, la variable dolor no se correlacionó con la depresión mayor, la media para el grupo deprimido fue de 57.9 (escala MOS), y de 53 para los no deprimidos,  $p=0.585$ .

Los datos de estatus laboral, se correlacionaron con los de dolor y con la capacidad funcional, sin arrojar resultados significativos.

En cuanto a la asociación entre función familiar y dolor, los pacientes con disfunción familiar leve, poseían el valor de la escala MOS de dolor más alto; en 68.3 (media) y la buena función familiar, el valor más bajo con una media de 47.4 ( $p=0.224$ ).

Por otro lado, de 22 pacientes con buena función familiar, 17 no poseían discapacidad, 3 discapacidad leve y 2 discapacidad moderada, el resto se distribuyó en 8 pacientes con disfunción familiar leve, de los cuales 5 cursaron sin discapacidad y 3 con discapacidad leve; 5 pacientes con disfunción familiar moderada, 4 sin discapacidad y 1 con discapacidad moderada; e igualmente, 5 pacientes con disfunción familiar severa, 2 sin discapacidad y 3 con discapacidad leve ( $p=0.182$ ).

Los pacientes con discapacidad moderada, reportaron una media de 71 en la escala de dolor; mientras que los de discapacidad leve, cursaron con una media de 66.1 y en aquéllos sin discapacidad, la media fue de 49.3 ( $p=0.142$ ).

## DISCUSIÓN

Las características socioeconómicas de los pacientes con AR en esta investigación, son similares a muestras de poblaciones internacionales; tales como: la AR predomina en mujeres (85%);<sup>(1-2,4,11-12,18)</sup> con edades comprendidas entre 51 y 60 años,<sup>(1-2,4-5,11-12,18,30)</sup> pertenecientes a los estratos socioeconómicos de pobreza, clase media baja y alta;<sup>(2,4-5)</sup> resaltando como grado de instrucción primaria y secundaria,<sup>(3-5,12)</sup> de ocupación oficios del hogar,<sup>(1-5,18)</sup> sin ingresos propios (desempleados), solteros y con menos de 10 años de evolución de la enfermedad.<sup>(1-2)</sup>

2/3 de los pacientes cursaron sin discapacidad y un poco más de la mitad mantenían buena función familiar. La capacidad funcional reportada por Cadena y cols. utilizando el HAQm fue de predominio tipos I y II, con un grado de satisfacción importante con su grupo familiar, en relación a la percepción del apoyo recibido por los pacientes.<sup>(1)</sup> No obstante; los resultados son discordantes con los publicados por Caballero et al., en referencia a la capacidad funcional; ya que el 75% de su muestra manifestó algún grado de incapacidad.<sup>(2)</sup>

El dolor se manifestó con una media del valor de escala MOS de 54.7, similar a lo obtenido por parte de Vinaccia et al, en el año 2004.<sup>(4)</sup> El dolor en grado moderado y el predominio de pacientes sin discapacidad pudiera corresponder al advenimiento de nuevas fármacos para el control de la enfermedad y el énfasis en el contacto oportuno entre el paciente y el reumatólogo.

Con la aplicación del PRIME MD, se diagnosticó depresión mayor en el 35% de los pacientes. Este dato difiere de lo publicado por Cadena y cols., donde la depresión se presentó en un 58%;<sup>(1)</sup> mientras que, en otras publicaciones los resultados varían de acuerdo a la prueba utilizada: 25% por Inventario de Beck, 32.5% por prueba de Zung y 45% por test de Aims.<sup>(2)</sup>

Son múltiples los factores involucrados en el desarrollo de depresión en artritis reumatoidea,<sup>(1)</sup> algunos autores consideran que la enfermedad per se, desencadena un estado depresivo debido a los cambios en la calidad de vida que sufren los pacientes, producto del daño orgánico y; además, de la respuesta emocional derivada del diagnóstico,<sup>(1)</sup> manifestando sentimientos de ira, negación, apatía y, en ocasiones, rechazo hacia la familia, amigos y la terapéutica. En este sentido, los resultados de esta investigación demuestran que sólo hubo asociación entre depresión y función familiar, haciendo evidente la importancia de la participación y soporte emocional, cultural y económico brindado por la familia en el reforzamiento de actitudes positivas para el afrontamiento de la enfermedad.<sup>(1,3,5)</sup> En base a

esto, podría postularse que la AR, al inducir el aislamiento e indiferencia social, desestabilizaría la armonía familiar y; en consecuencia, sería responsable del establecimiento de la depresión.

El impacto que la enfermedad genera en el individuo, incide sobre su estado emocional, y éste; a su vez, actúa como mediador de la relación apoyo social y salud.<sup>(11)</sup> La calidad del soporte social, percibido por el paciente como el sentido de pertenencia a un grupo, las demostraciones de cariño, respeto; entre otras, evitaría el efecto deletéreo del estrés psicológico sobre los recursos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad, mejorando, de esta manera, la calidad de vida,<sup>(5,11,18)</sup> o lo que es lo mismo, la interacción social es determinante del bienestar psicológico de los pacientes, siendo predictor de ansiedad y depresión.<sup>(11,18)</sup>

Otros autores, describiendo un grado de satisfacción importante con el grupo familiar en su muestra estudiada, obtuvieron una alta proporción de pacientes con depresión, considerando este resultado producto, probablemente, de la inconformidad con su entorno laboral y la situación de su país (Colombia).<sup>(1)</sup> En este trabajo, por el contrario no se demostró asociación entre el desempleo y la variable depresión. Si tomamos en cuenta que los pacientes fueron principalmente mujeres, dedicadas al hogar; podría corresponder la cohesión familiar, el nexo clave que impediría reacciones emocionales negativas ante la enfermedad, aportando la estabilidad psicoafectiva y económica necesarias para contrarrestar el estrés, desencadenado por la situación laboral. Del mismo modo, el predominio de pacientes desempleadas, amas de casa, pudiera explicar el bajo grado de incapacidad y la ausencia de correlación con el dolor, debido a que no se encuentran sometidos a horarios rígidos de trabajo, estrés laboral, ni dependencia patronal.

Por otra parte, no existe correlación directa entre la función familiar y la expresión clínica de la artritis reumatoidea representada por la capacidad funcional y el dolor.

Las variables edad, dolor, capacidad funcional y estado civil no constituyeron factores de riesgo para depresión. Esto concuerda con lo publicado por Cadena y cols., quienes aplicaron el test de Zung para detectar a pacientes con síntomas depresivos, los cuales resultaron independientes del grado de incapacidad y de la intensidad de dolor;<sup>(1)</sup> no obstante, en una muestra con características demográficas similares, Caballero et al., reportaron asociación entre el dolor moderado y severo con depresión.<sup>(2)</sup> Se cree que la discapacidad y la

intensidad del dolor percibido por los pacientes constituyen factores disparadores de estrés; que a su vez, incrementa la probabilidad de ansiedad y depresión.<sup>(1)</sup>

Con respecto al estado civil, la comparación de los hallazgos es variable, en vista de que en algunas series los pacientes deprimidos con AR son solteros y en otros son casados.<sup>(1-2)</sup>

Pese a que la mayoría de los pacientes resultaron sin incapacidad y la intensidad del dolor fue moderada, no se encontró asociación entre estas variables, al contrario de lo reseñado por Vinaccia y cols., en su trabajo sobre personalidad y autoeficacia en pacientes con AR, obteniendo una correlación positiva; aunque no establecieron la causalidad de los componentes; es decir, si es el dolor el que interviene sobre la capacidad funcional y el contacto social ó, si son éstos; los que intervienen en la percepción del dolor.<sup>(5)</sup>

### **Conclusiones:**

1. La edad, el estado civil, el estatus laboral, el estrato social y el tiempo de evolución de la AR, no constituyen factores de riesgo para el desarrollo de depresión.
2. La depresión en pacientes con AR se asocia a disfunción familiar, por lo que se hace necesario el manejo integral de estas patologías, trabajando en conjunto con psiquiatras y psicólogos, para así brindar la mejor atención médica.
3. El nivel de dolor y grado de discapacidad de la AR, no se ve influenciada por el factor depresión.
4. El estatus laboral no modifica la percepción del dolor ni la capacidad funcional de los pacientes con AR.
5. Los parámetros de dolor y capacidad funcional no intervienen en la funcionalidad familiar.
6. No existe asociación entre la intensidad del dolor y el grado de capacidad funcional.

### **Recomendaciones:**

El estudio de los factores psicológicos intervinientes en la respuesta del paciente ante la enfermedad puede ampliarse; a través de la inclusión de variables como desesperanza aprendida, autoeficacia y patrones de personalidad.

Creación de una unidad reumatológica-psiquiátrica donde sean atendidos pacientes con AR, ofreciéndoles información sobre la patología, tratamientos, actualizaciones, terapia cognitiva, asesoramiento psicológico, ocupacional; desde el momento del diagnóstico y en controles sucesivos, donde se haga evidente la participación de los familiares.

Aplicar el PRIME MD, como rutina en la consulta de reumatología y de esta manera diagnosticar y tratar oportunamente la depresión.

Programar charlas continuas sobre la patología y su repercusión en el estado emocional, para mantener motivados a los pacientes a formar parte activa en su recuperación.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Alfonso González, por su valiosa colaboración y orientación en el desarrollo de esta investigación.

A todos los pacientes incluidos en el estudio por su noble participación y por hacer posible el avance en el conocimiento científico en tan importante patología.

A la Lic. Noelia Fagundez quien dispuso su tiempo y esfuerzo en la solicitud y entrega de historias médicas para su revisión.

A mis compañeros residentes quienes propiciaron la inclusión de sus pacientes en este estudio.

A la Lic. Sonia Martínez; quien prestó su apoyo para la organización del material necesario para la recolección de la muestra.

Al Servicio de Reumatología por permitirme llevar a cabo este trabajo.

## REFERENCIAS

- 1) Cadena J, Cadavid ME, Ocampo MV, Vélez MC y Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Colomb Reumatol.* 2002; 9: 184-191.
- 2) Caballero-Uribe CV, Venegas C, Padilla A, Paternina P, Peñas R y Peñuela M. Depresión, estrés y desesperanza en pacientes con artritis reumatoidea del Caribe colombiano. *Rev Colomb Reumatol.* 2004; 11: 300-305.
- 3) Yescas EL, Huertas LA, Vargas S, Barbosa RE y Lugo GE. Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicol Salud.* 2008; 18: 81-89.
- 4) Vinaccia S, Juárez F, Contreras F y Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea. *Int J Clin Health Psychol.* 2004; 4: 91-103.
- 5) Vinaccia S, Contreras F, Restrepo LM, Cadena J y Anaya JM. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea. *Int J Clin Health Psychol.* 2005; 5: 129-142.
- 6) Dekkers C, Geenen R, Evers A, Kraaimaat F, Bijlsma J y Godaert G. Biopsychosocial mediators and moderators of stress–health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001; 45: 307-316.
- 7) Lugo Z, Gonzalez A, Chacin LF, Mata S, Celis S y Hernández A. Pesquisa de trastornos psiquiátricos en diabéticos con insulinoterapia. Programa “Beca de Insulina”. Hospital Vargas. *Arch Hosp Vargas.* 1996; 38 (3-4): 121-125.
- 8) Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ y Valkenburg HA. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol.* 1998; 37: 391-397.
- 9) González AV y Mata S. La detección de la patología psiquiátrica menor en una consulta de neurología mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ). *Arch Hosp Vargas.* 2001; 43(3-4): 165-172.
- 10) González AV y Mata S. Validez del Cuestionario de Salud General como instrumento que identifica casos psiquiátricos en una consulta de medicina interna. *Arch Venez Psiq Neurol.* 2001; 47(96): 6-14.
- 11) Vinaccia S, Tobón S, Moreno M, Cadena J y Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Inter Jour Psych Psychol Ther.* 2005; 5: 47-61.

- 12) Gaviria AM, Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez K, Yepes M, Echevarría C, Contreras F y Pineda R. Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Ter Psicol.* 2006; 24: 23-29.
- 13) Goldman. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Estados Unidos: Copyright ©; 2007.
- 14) Moore y Jefferson. *Handbook of Medical Psychiatry*. 4ta ed. Estados Unidos: Copyright ©; 2004.
- 15) Ruddy S, Harris E y Sledge C. *Reumatología de Kelley*. 6ta ed. España: Marbán libros S.L.; 2003.
- 16) Zautra A y Smith B. Depression and Reactivity to Stress in Older Women with Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. *Psychosom Med.* 2001; 63: 687-696.
- 17) Firestein. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 8th ed. Estados Unidos: Copyright ©; 2008.
- 18) Tobón S, Vinaccia S, Cadena J y Anaya JM. Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis (QOL-RA). *Psicol Salud.* 2004; 14: 25-30.
- 19) Iosifescu DV. Treating Depression in the Medically Ill. *Psychiatr Clin North Am.* 2007; 30(1): 77-90.
- 20) Velásquez X, Pizarro C, Pizarro P y Massardo L. La depresión en artritis reumatoidea. *Reumatología.* 2002; 18(2): 49-52.
- 21) Vinaccia S, Ramírez L y Toro F. Desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide: análisis y evaluación de un constructo. *Rev Colomb Reumatol.* 2001; 8(4): 443-447.
- 22) Gómez N. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. *An Med Interna (Madrid).* 2003; 20: 111-113.
- 23) Puertas E, Urbina J, Blank ME, Granadillo D, Blanchard M, García JA, Vargas P y Chiquito A. *Bioestadística. Herramienta de la investigación*. Valencia: Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico; 1998.
- 24) Bellon JA, Delgado A, D Luna JD y Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 1996; 18(6): 289-96.
- 25) Alegre Y y Suárez M. Instrumentos de atención a la familia: el familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA.* 2006; 1(1): 48-57.
- 26) Spitzer RL, Kroenke K y Williams JB. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA.* 1999; 282(18): 1737-1744.

- 27) Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, Verloin deGruy F, Hahn SR, Brody D y Johnson JG. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. The PRIME-MD 1000 Study. JAMA. 1994; 272(22): 1749-1756.
- 28) Mendoza N. Efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural venezolana [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2007.
- 29) González V, Stewart A, Ritter P y Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. Arthritis Rheum. 1995; 38(10): 1429-1446.

## **ANEXOS**

### **Cuadro N° 1**

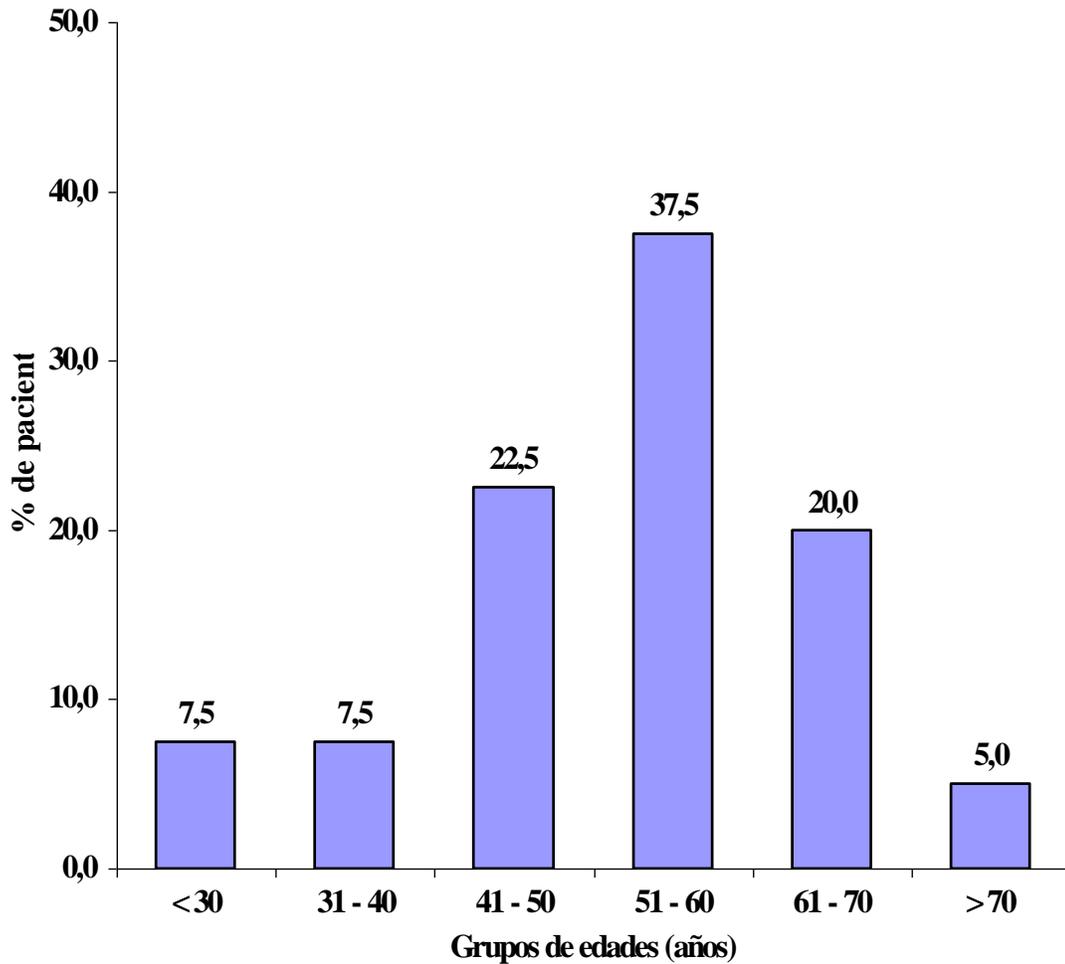
**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según sexo. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femenino	34	85,0
Masculino	6	15

**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### Gráfico N° 1

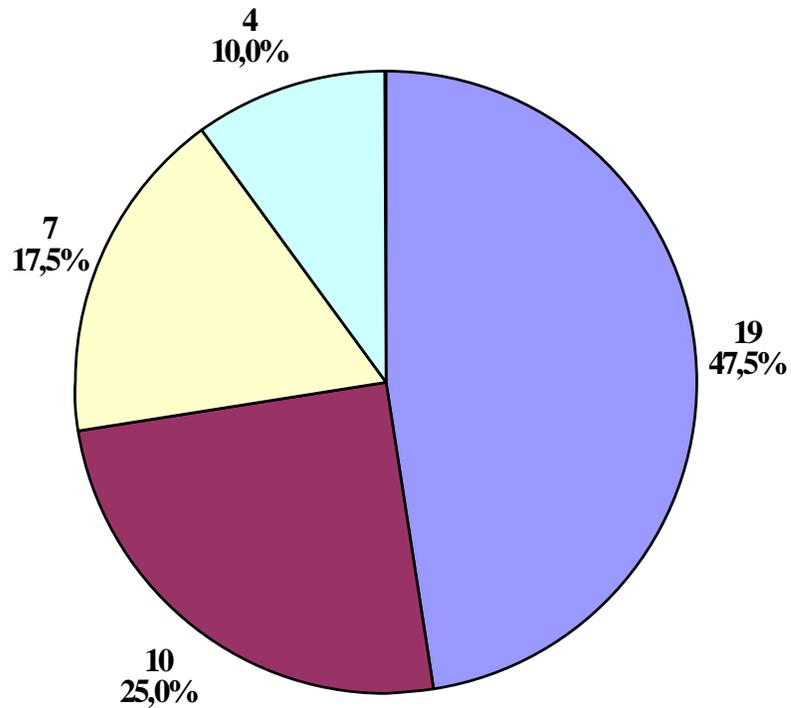
Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según edad. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.



**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Gráfico N° 2**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según nivel de instrucción. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio - agosto 2010.**



■ Primaria ■ Secundaria incompleta ■ Secundaria completa ■ Universitario

**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

## **Cuadro N° 2**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según ocupación. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Ocupación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Amas de casa	21	52,5
Costurera	2	5
Secretaria	2	5
Ayudante de cocina	2	5
Obrera de mantenimiento	2	5
Comerciante	2	5
Albañil	1	2,5
Jardinero	1	2,5
Estudiante	1	2,5
Agricultor	1	2,5
Carpintero	1	2,5
Educadora	1	2,5
Abogado	1	2,5
Encuadernadora	1	2,5
Chofer	1	2,5

**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 3**

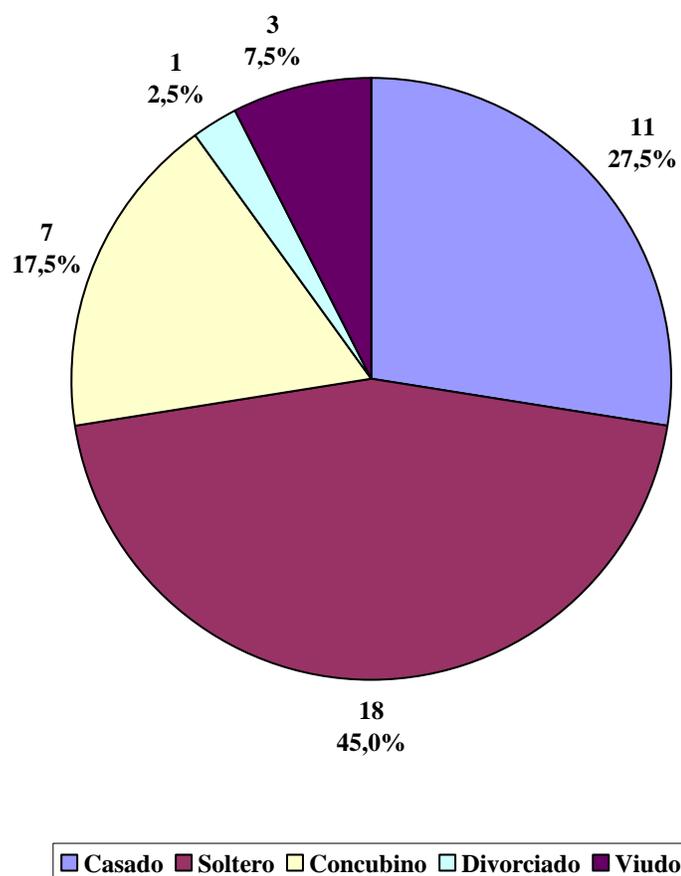
**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según estatus laboral. Hospital Vargas. Caracas, Dto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Estatus laboral</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Desempleados	12	30,0
Empleados dependientes de patrono	10	25
Pensionados	7	17,5
Empleados independientes de patrono	6	15,0
Jubilados	3	7,5
Incapacitados	2	5

**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Gráfico N° 3**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según estado civil. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**



**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 4**

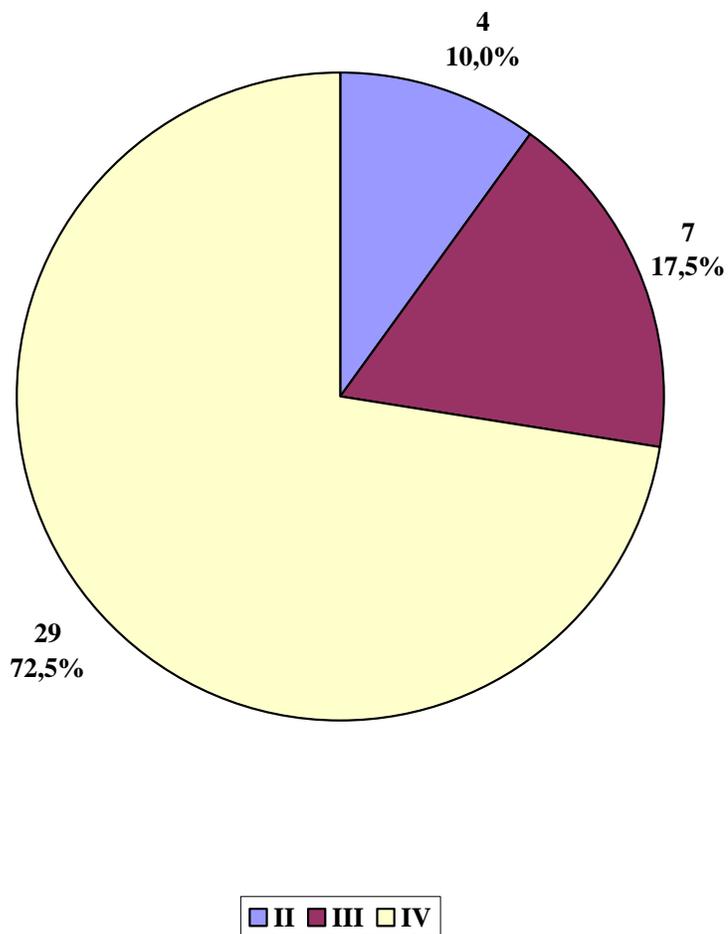
**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según tiempo de evolución de la artritis reumatoidea. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Tiempo de evolución de la AR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de 10 años	26	65
10 años y mas	14	35

**Fuente:** Formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

#### Gráfico N° 4

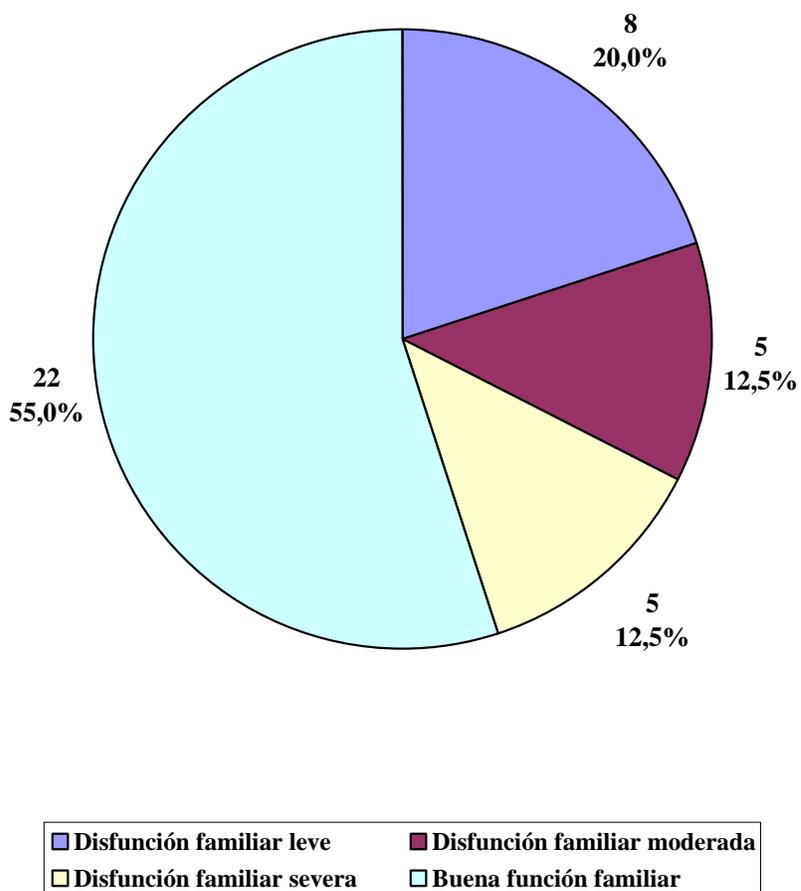
**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según estrato socioeconómico. Hospital Vargas. Caracas, Dto. Capital. Julio-agosto 2010.**



**Fuente:** Test Graffar modificado. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Gráfico N° 5**

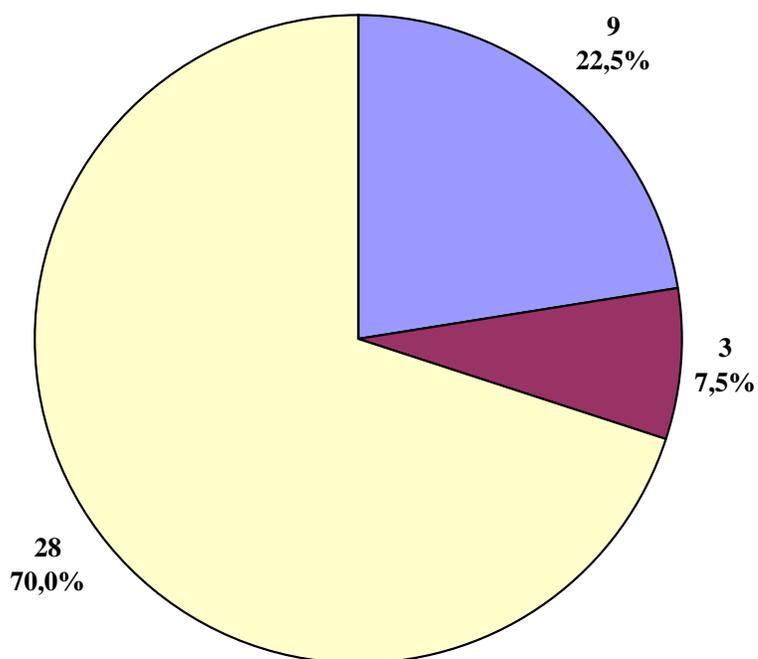
**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según funcionalidad familiar. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**



**Fuente:** Cuestionario APGAR familiar. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Gráfico N° 6**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según capacidad funcional. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**



■ Discapacidad leve ■ Discapacidad moderada □ Sin discapacidad

**Fuente:** Cuestionario HAQ-8. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 5**

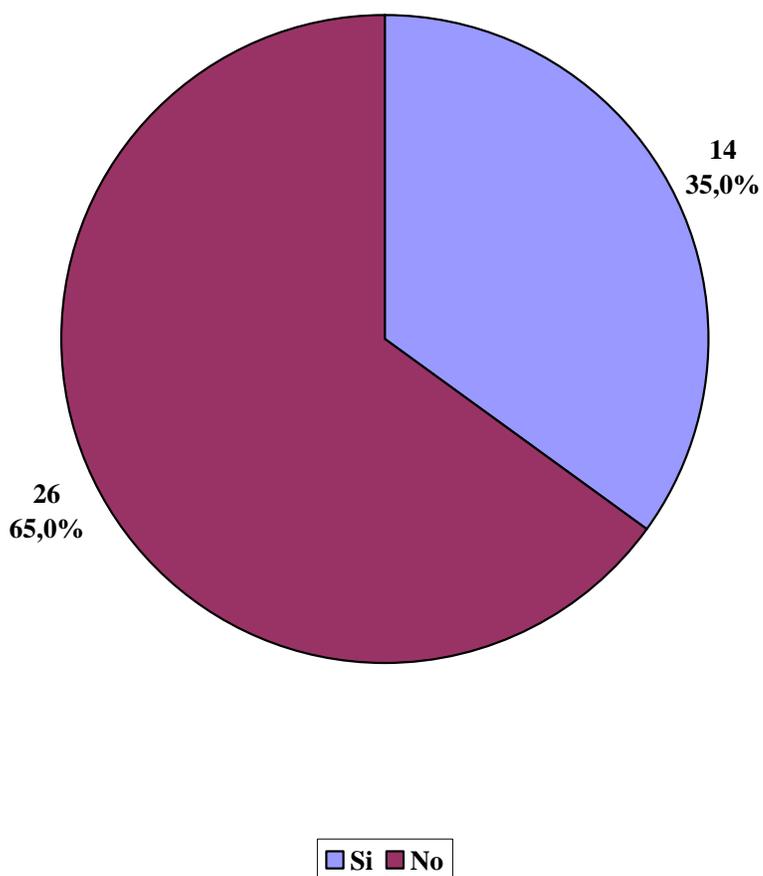
**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según dolor. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Dolor (MOS)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0-25	6	15
26-50	11	27,5
51-75	15	37,5
76-100	8	20

**Fuente:** Cuestionario MOS de dolor. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Gráfico N° 7**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Distribución según depresión mayor. Hospital Vargas. Caracas, Dto. Capital. Julio-agosto 2010.**



**Fuente:** Test PRIME-MD. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 6**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y edad. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Depresión mayor</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
Si	14	26	68	49,1	12,6
No	26	30	81	54,1	11,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>81</b>	<b>52,4</b>	<b>12,0</b>

Z = 0,951 (p = 0,347)

**Fuente:** PRIME-MD y formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### Cuadro N° 7

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y estatus laboral. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

Situación laboral	Depresión mayor			
	Si		No	
	n	%	N	%
Desempleada	6	42,9	6	23,1
Empleado dependiente de patrono	2	14,3	8	30,8
Empleado independiente	0	0,0	6	23,1
Incapacitada	2	14,3	0	0,0
Jubilada	1	7,1	2	7,7
Pensionada	3	21,4	4	15,4
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 9,314$  (p = 0,097)

**Fuente:** PRIME-MD y formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 8**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y estado civil. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

	<b>Depresión mayor</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado	2	14,3	9	34,6
Soltero	8	57,1	10	38,5
Concubino	2	14,3	5	19,2
Divorciado	0	0,0	1	3,8
Viudo	2	14,3	1	3,8
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 4,061$  (p = 0,398)

**Fuente:** PRIME-MD y formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### **Cuadro N° 9**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y tiempo de evolución de la enfermedad. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Depresión mayor</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
Si	14	4	348	106,4	88,9
No	26	4	480	101,4	77,7
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>4</b>	<b>480</b>	<b>103,1</b>	<b>83,3</b>

Z = 0,014 (p = 0,989)

**Fuente:** PRIME-MD y formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 10**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y estrato socioeconómico. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

	<b>Depresión mayor</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Estrato social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
II	0	0,0	4	15,4
III	2	14,3	5	19,2
IV	12	85,7	17	65,4
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,800$  (p = 0,247)

**Fuente:** PRIME-MD y test Graffar modificado. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 11**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y funcionalidad familiar. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

	<b>Depresión mayor</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Disfunción familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Leve	3	21,4	5	19,2
Moderada	3	21,4	2	7,7
Severa	4	28,6	1	3,8
Buena función familiar	4	28,6	18	69,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 8,581$  (p = 0,035)

**Fuente:** PRIME-MD y APGAR familiar. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 12**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y capacidad funcional. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

	<b>Depresión mayor</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Capacidad funcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Discapacidad leve	5	35,7	4	15,4
Discapacidad moderada	1	7,1	2	7,7
Discapacidad severa	0	0,0	0	0,0
Sin discapacidad	8	57,1	20	76,9
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,184$  (p = 0,336)

**Fuente:** PRIME-MD y HAQ-8. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### **Cuadro N° 13**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre depresión y dolor. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Depresión mayor</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
Si	14	24	96	57,9	24,0
No	26	10	100	53,0	26,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>54,7</b>	<b>25,5</b>

Z = 0,553 (p = 0,585)

**Fuente:** PRIME-MD y MOS. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

#### **Cuadro N° 14**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre estatus laboral y dolor. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Condición laboral</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
Empleado	16	10	93	51,4	28,4
Desempleado	12	12	100	53,6	25,1
Incapacitado	2	49	96	72,5	33,2
Jubilado y pensionado	10	14	91	57,8	21,7
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>54,7</b>	<b>25,5</b>

$\chi^2 = 1,230$  (p = 0,746)

**Fuente:** formato de recolección de datos y MOS. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### **Cuadro N° 15**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre capacidad funcional y estatus laboral. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Situación laboral</b>	<b>Capacidad funcional</b>			
	<b>Discapacidad leve</b>	<b>Discapacidad moderada</b>	<b>Discapacidad severa</b>	<b>Sin discapacidad</b>
Desempleada	3	1	0	8
Empleado dependiente de patrono	1	0	0	9
Empleado independiente	0	1	0	5
Incapacitada	1	1	0	0
Jubilada	1	0	0	2
Pensionada	3	0	0	4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>28</b>

$\chi^2 = 13,509$  (p = 0,197)

**Fuente:** HAQ-8 y formato de recolección de datos. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 16**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre función familiar y dolor. Hospital Vargas. Caracas, Dto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Disfunción familiar</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
Leve	8	68,3	14,2
Moderada	5	58,2	21,2
Severa	5	61,6	28,8
Buena función familiar	22	47,4	27,5

$\chi^2= 4,372$  (p = 0,224)

**Fuente:** APGAR familiar y MOS. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

**Cuadro N° 17**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre capacidad funcional y función familiar. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Disfunción familiar</b>	<b>Capacidad funcional</b>			
	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Sin discapacidad</b>
Leve	3	0	0	5
Moderada	0	1	0	4
Severa	3	0	0	2
Buena función familiar	3	2	0	17
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>28</b>

$\chi^2 = 8,854$  (p = 0,182)

**Fuente:** HAQ-8 y APGAR familiar. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### **Cuadro N° 18**

**Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Correlación entre capacidad funcional y dolor. Hospital Vargas. Caracas, Dtto. Capital. Julio-agosto 2010.**

<b>Capacidad funcional</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
Leve	9	66,1	20,6
Moderada	3	71,0	26,2
Severa	-	-	-
Sin discapacidad	28	49,3	25,7

$\chi^2= 3,903$  (p = 0,142)

**Fuente:** HAQ-8 y MOS. Reumatología. Hospital Vargas. Julio-agosto 2010.

### **Consentimiento informado**

Con motivo de la realización del trabajo especial de grado: **Depresión, características socioeconómicas, dolor e incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea**, solicito su consentimiento para la participación en dicho estudio. La misma consiste en responder datos sobre su edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, tiempo de evolución de la artritis reumatoidea y cuestionarios autoaplicados de depresión, dolor, incapacidad funcional y funcionalidad familiar; además de entrevistas estructuradas sobre estrato socioeconómico y depresión. Los cuestionarios y entrevistas se encuentran estandarizados de forma internacional y nacional, desarrollados de igual forma; a través, de preguntas que deben ser contestadas de acuerdo a las distintas alternativas que se ofrecen.

Su participación debe ser voluntaria. Se garantiza la confidencialidad de los datos aportados por usted.

Los resultados que arrojen los datos serán presentados ante la Universidad Central de Venezuela y el servicio de Reumatología del Hospital Vargas, considerándolo como un gran aporte para la atención y el tratamiento de la artritis reumatoidea.

\_\_\_\_\_  
Firma y cédula del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. Clemarck Viñoles  
Residente de postgrado de Reumatología

\_\_\_\_\_  
Testigo

## Formulario para la recolección de datos

*Nombres y apellidos:*

\_\_\_\_\_

*Edad:* \_\_\_\_\_ *Sexo:* F. \_\_\_ M. \_\_\_

*Nivel de instrucción:*

Primaria: \_\_\_ Secundaria: \_\_\_ Bachiller: \_\_\_ Universitario: \_\_\_

*Ocupación:* \_\_\_\_\_

*Estatus laboral:*

Desempleado: \_\_\_ Empleado independiente: \_\_\_ Empleado dependiente de patrono: \_\_\_

Jubilado: \_\_\_ Pensionado: \_\_\_

*Estado civil:*

Casado: \_\_\_ Soltero: \_\_\_ Concubino: \_\_\_ Viudo: \_\_\_ Divorciado: \_\_\_

*Tiempo de evolución de la artritis reumatoidea (años de enfermedad desde su diagnóstico):*

\_\_\_\_\_

## **Graffar modificado**

Encierre en un círculo el número de la alternativa que mejor describa o se asemeje a su condición; en cuánto a:

### Profesión del jefe de la familia:

- 1) Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas
- 2) Profesión técnica superior, medianos comerciantes, o productores
- 3) Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
- 4) Obreros especializados, trabajadores informales con primaria completa
- 5) Obreros no especializados, trabajadores informales con primaria incompleta

### Nivel de instrucción de la madre:

- 1) Enseñanza universitaria o su equivalente
- 2) Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
- 3) Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
- 4) Enseñanza primaria o alfabetada (con algún grado de instrucción primaria)
- 5) Analfabeta

### Principal fuente de ingreso de la familia:

- 1) Fortuna heredada o adquirida
- 2) Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
- 3) Sueldo mensual
- 4) Salario semanal, por día, entrada a destajo
- 5) Donaciones de origen público o privado

### Condiciones de alojamiento:

- 1) Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de gran lujo
- 2) Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambiente con lujo, sin exceso y suficientes espacios
- 3) Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
- 4) Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
- 5) Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

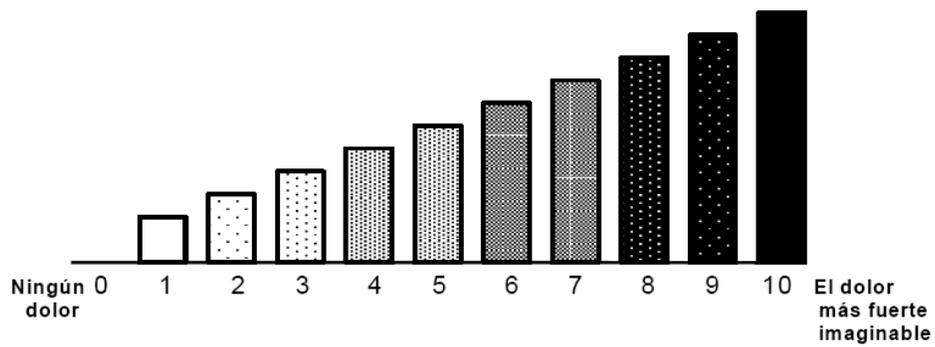
## HAQ 8

Por favor marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales (comunes) durante la semana pasada.

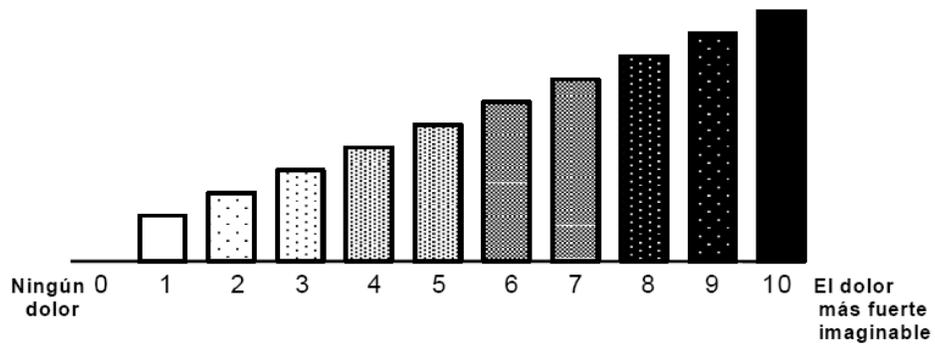
¿Actualmente puede Ud:	Sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
1. Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acostarse y levantarse de la cama? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Caminar al aire libre en terreno plano? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bañarse y secarse todo el cuerpo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agacharse para recoger ropa del piso? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Abrir y cerrar las llaves del agua (los grifos)?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Subir y bajar del auto (carro)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Escala MOS de dolor

1. Por favor marque en la escala el número que mejor describa la intensidad de su dolor en PROMEDIO durante la última semana:



2. Por favor marque en la escala el número que mejor describa la intensidad de su PEOR dolor durante la última semana:



3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia (o qué tan seguido) ha tenido Ud. dolor? (Si ha tenido distintos tipos de dolor, conteste describiendo sus sentimientos de dolor en general.)

- Nunca ..... 1
- Una o dos veces ..... 2
- Pocas veces ..... 3
- Seguido (a menudo) ..... 4
- Muy seguido (muy a menudo) ..... 5
- Todos los días o casi todos los días ..... 6

4. ¿Cómo describiría usted su dolor de cuerpo durante la última semana?

- Ninguno ..... 1
- Muy leve (muy suave, muy ligero) ..... 2
- Leve (suave, ligero) ..... 3
- Moderado ..... 4
- Severo (fuerte) ..... 5
- Muy severo (muy fuerte) ..... 6

5. Cuando tuvo dolor durante la última semana, ¿cuánto tiempo duró normalmente? (Se ha tenido distintos tipos de dolor, conteste describiendo sus sentimientos de dolor en general.)

- No tuve ninguno ..... 1
- Unos pocos minutos ..... 2
- De unos minutos hasta una hora ..... 3
- Varias horas ..... 4
- Un día o dos ..... 5
- Más de dos días ..... 6

## APGAR familiar

Marque con una X la alternativa que mejor describa o se asemeje a la situación actual de relación con su familia:

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Estoy contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Estoy contento con la participación que mi familia brinda y permite					
Estoy contento con cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Estoy contento con como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones; como rabia, tristeza, amor					
Estoy contento con cómo compartimos en familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero					

## GUIA DE EVALUACION CLINICA

Actualizado por DSM-IV™

### INSTRUCCIONES

1. Las instrucciones para Ud. están impresas en negrita. Las preguntas o declaraciones que Ud. le hace al paciente están impresas en letra común.
2. Dentro de cada módulo, proceda en forma sucesiva pregunta por pregunta a menos que sea instruido a que pase a otra pregunta o que se salga del módulo. Recuerde: siempre pase a la siguiente pregunta a menos que sea instruido a ir a otra parte.
3. Los diagnósticos están encuadrados y sombreados en *cursiva*.
4. SALGA significa que se salga del módulo en que está. Luego proceda ya sea al siguiente módulo que necesita ser evaluado o a la Hoja de Resumen en la última página.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### INTRODUCCION AL PACIENTE

Déjeme ver sus respuestas al cuestionario. Yo le estaré haciendo preguntas para entender mejor los síntomas que Ud. marcó. Iré tomando notas a medida que avanzamos.

### PASANDO AL MODULO DE GUIA DE EVALUACION CLINICA

Pase a los módulos en el orden en el cual aparecen en la Guía de Evaluación Clínica (Ej.: Estado de Animo primero, Ansiedad segundo, Somatoforme último).

Pase a los módulos iniciados por el Cuestionario del Paciente de acuerdo a lo siguiente:

Por lo menos tres de los No. 1 al No. 15 Somatoforme	No. 16 Hábito Alimentario	No. 17 ó No. 18 Estado de Animo	No. 19, No. 20 ó No. 21 Ansiedad	Por lo menos uno de los No. 22 al No. 25 Consumo de Alcohol
--	---------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---

**Cualquier módulo no iniciado por el Cuestionario del Paciente puede ser ingresado si hay razón para sospechar un diagnóstico en ese módulo.**

\* PRIME-MD fue creado por Robert L. Spitzer, MD, Janet BW Williams, DSW, y los doctores Kurt Kroenke, Mark Linzer, Frank Verloin deGruy III, Steven R Hahn, y David Brody, y respaldada por una donación educativa sin restricciones de Pfizer Inc. Traducido por Francisco Azocar, PhD, y colegas trabajando bajo la dirección de Jeanne Miranda, MD, Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, Hospital General de San Francisco.

Para información sobre investigadores de PRIME-MD, escriba a Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, Unit 74, New York, NY 10032 (doctores Spitzer y Williams).

## CUESTIONARIO DEL PACIENTE

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

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

Sexo:  Masculino

Femenino

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario ayudará a entender mejor los problemas que Ud. pueda tener. Puede que sea necesario que se le hagan más preguntas sobre algunos de estos problemas. Por favor asegúrese de que ha marcado una casilla por *cada* pregunta.

<i>Durante el MES PASADO, ha sido molestado FRECUENTEMENTE por...</i>			<i>Durante el MES PASADO...</i>					
1. dolor de estómago	SI	NO	12. estreñimiento, malestar de estómago o diarrea	SI	NO	21. ha tenido un ataque de ansiedad (sentir miedo o pánico repentino)	SI	NO
2. dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ha pensado en que debe disminuir su consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. dolor en los brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. sentirse cansado; con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. alguna persona le ha reclamado su consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. dolores o problemas de la regla o la menstruación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. se ha sentido culpable o molesto por su consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. dolores o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. sus hábitos de comida fuera de control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ha habido algún día en el cual Ud. haya tomado cinco tragos o más de cerveza, vino, o licor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En general, diría Ud. que su salud es:		
7. dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. sentirse desanimado, triste, deprimido, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Excelente	<input type="checkbox"/>
8. mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. se siente nervioso, ansioso o "con los nervios de punta"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Muy buena	<input type="checkbox"/>
9. desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. preocupado por muchas cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>	
10. sentir el corazón acelerado o que le palpita fuertemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Más o menos	<input type="checkbox"/>	
11. dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Mala	<input type="checkbox"/>	

## MODULO DE ESTADO DE ANIMO

<b>Trastorno Depresivo Mayor</b>		
<p>En las 2 últimas semanas, ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas casi todos los días?:</p>		
1. ¿Dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o durmiendo en exceso?	SI	NO
2. ¿Se ha sentido cansado o con poca energía?	SI	NO
3. ¿Poco apetito o comiendo en exceso?	SI	NO
4. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?	SI	NO
5. ¿Se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanza?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o que es un fracasado o se ha decepcionado de sí mismo o a su familia?	SI	NO
7. ¿Dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión?	SI	NO
8. ¿Ha estado tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo usual? <b>Si contesta No:</b> Y lo opuesto ¿moviéndose o hablando tan lento que otra gente lo hubiera notado? <b>Considere como SI, si contesta que SI en cualquiera de las dos preguntas, o si observa agitación o retardo psico-motor durante la entrevista.</b>	SI	NO
9. ¿En las últimas 2 semanas, ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de alguna forma, hacerse daño a sí mismo? <b>Si contesta SI:</b> Cuénteme sobre esto.	SI	NO
10. ¿Hay cinco o más respuestas SI de los No. 1 al No. 9 (una de las cuales es el No. 4 ó No. 5)?	SI	NO

*Trastorno Depresivo Mayor*

**Vaya al No. 12**

... Continuación

**REMISION PARCIAL DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

11. ¿Alguna vez ha tenido una época en la que Ud. haya estado mucho más desanimado o deprimido, o haya tenido menos interés o placer en hacer cosas?

**Si contesta SI:** ¿En esa época, tenía Ud. muchos de los problemas sobre los que le acabo de preguntar, como dificultad para dormir, dificultad para concentrarse, sensación de estar cansado, poco apetito, o poco interés en las cosas?

SI — Remisión Parcial de Trastorno Depresivo Mayor — NO

Considere como SI sólo si, en el pasado, el paciente probablemente tuvo cinco de los síntomas de los No. 1 al No. 9 y actualmente reconoce tener el estado de ánimo algo deprimido o tener poco interés o placer.

**DISTIMIA**

12. En los últimos 2 años, ¿Se ha sentido Ud. frecuentemente deprimido o con el estado de ánimo bajo, o ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?

**Considere como SI, sólo si contesta SI a:** ¿Fue así en más de la mitad de los días durante los últimos 2 años?

SI — NO — Vaya al No. 14

13. En los últimos 2 años, ¿Esto ha hecho que frecuentemente sea difícil para Ud. hacer su trabajo, hacer los quehaceres del hogar, o llevarse bien con otra gente?

SI — Distimia — NO  
Vaya al No. 16

**DEPRESION MENOR**

14. ¿Fue el Trastorno Depresivo Mayor (incluyendo remisión parcial) diagnosticado en el No. 10 u 11?

SI — Vaya al No. 16 — NO

15. ¿Hay dos o más respuestas contestadas SI de los No. 1 al No. 9 (una de las cuales es el No. 4 ó 5)?

SI — Trastorno Depresivo Menor — NO — SALGA

**BIPOLAR**

16. ¿Algún doctor le dijo alguna vez que Ud. era maniaco-depresivo o le ha indicado litio?

**Si contesta SI:** ¿Cuándo fue eso? ¿Sabe por qué?

SI — Agregue Excluir Trastorno Bipolar — NO

**DEPRESION DEBIDO A ENFERMEDAD FISICA, MEDICAMENTO U OTRA DROGA**

17. ¿Son los actuales síntomas de depresión probablemente debidos a los efectos biológicos de una enfermedad física, medicamento, u otra droga?

SI — Agregue Excluir Trastorno Depresivo Debido a Trastorno Físico, Medicamento u Otra Droga — NO — SALGA  
 Dudoso — SALGA

## MODULO DE ANSIEDAD

### PANICO

Si en el Cuestionario del Paciente la pregunta No. 21 (ataque de ansiedad) fue marcada NO, vaya al No. 33.

- |  |    |    |                |
|--|----|----|----------------|
| 18. Ud indicó que tuvo un ataque de ansiedad este mes. ¿Le había sucedido esto antes?  | SI | NO | Vaya al No. 33 |
| 19. ¿Algunas veces el ataque viene de repente y de improvisto?<br><b>SI poco claro:</b> ¿En situaciones donde no espera estar nervioso o incómodo? | SI | NO | Vaya al No. 33 |
| 20. ¿Le ha preocupado mucho la idea de tener otro ataque o de que algo serio le esté sucediendo?<br><b>Considere como SI, si esto ha sucedido</b>  | SI | NO | Vaya al No. 33 |

Piense en el último ataque realmente malo que tuvo.

Vaya al No. 32 en cuanto haya marcado cuatro síntomas que ocurrieron durante el último ataque que el paciente tuvo.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 21. <input type="checkbox"/> ¿Le faltaba el aliento al respirar o le costaba respirar?                   | 24. <input type="checkbox"/> ¿Sudó?  | 28. <input type="checkbox"/> ¿Se sintió mareado inestable, o desmayado?               |
| 22. <input type="checkbox"/> ¿Su corazón estaba acelerado, le palpitaba fuertemente o faltaba un latido? | 25. <input type="checkbox"/> ¿Se sintió como que se asfixiaba?   | 29. <input type="checkbox"/> ¿Tuvo hormigueo o adormecimiento en partes de su cuerpo? |
| 23. <input type="checkbox"/> ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?  | 26. <input type="checkbox"/> ¿Tuvo sensaciones de calor o escalofríos?   | 30. <input type="checkbox"/> ¿Se estremeció o tembló?                                 |
|  | 27. <input type="checkbox"/> ¿Tuvo náuseas o malestar de estómago, o la sensación de que le iba a dar diarrea? | 31. <input type="checkbox"/> ¿Tenía miedo de que estaba muriendo?                     |

- |   |    |    |                     |    |                                       |
|---|----|----|---------------------|----|---------------------------------------|
| 32. ¿Están cuatro o más de los No. 21 al No. 31 marcadas? | SI | NO | Trastorno de Pánico | NO | Trastorno de Ansiedad No Especificado |
|---|----|----|---------------------|----|---------------------------------------|

### ANSIEDAD GENERALIZADA

- |  |    |    |                |
|--|----|----|----------------|
| 33. ¿Se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta en más de la mitad de los días en el último mes? | SI | NO | Vaya al No. 44 |
|--|----|----|----------------|

... Continuación

En el último mes, ¿se ha sentido molesto con frecuencia por alguno de estos problemas?	SI	NO	Vaya al No. 44
34. <input type="checkbox"/> ¿Sentirse intranquilo de tal modo que es difícil sentarse quieto?		36. <input type="checkbox"/> ¿Tensión muscular, dolor o molestia muscular?	
35. <input type="checkbox"/> ¿Se cansa muy fácilmente?		37. <input type="checkbox"/> ¿Problemas para quedarse dormido o permanecer dormido?	
		38. <input type="checkbox"/> ¿Problemas para concentrarse en cosas, tales como leer un libro o ver televisión?	
		39. <input type="checkbox"/> ¿Irritarse o molestarse fácilmente?	
40. ¿Están tres o más de los No. 34 al 39 marcadas?	SI	NO	Vaya al No. 44
41. En el último mes, ¿Estos problemas le han dificultado el hacer su trabajo, los quehaceres del hogar, o llevarse bien con la otra gente?	SI	NO	Trastorno de Ansiedad No Especificado Vaya al No. 45
42. En los últimos 6 meses, ¿Se ha estado preocupando <u>mucho</u> por <u>diferentes</u> cosas? Considere como SI, sólo si contesta que SI a: ¿Ha sido esto en más de la mitad de los días en los últimos 6 meses?	SI	NO	Trastorno de Ansiedad No Especificado Vaya al No. 45
43. Cuando se preocupa de esta manera, ¿Encuentra que no puede dejar de hacerlo?	SI	NO	Trastorno de Ansiedad Generalizada Vaya al No. 45 Trastorno de Ansiedad No Especificado Vaya al No. 45
44. ¿Ha sido diagnosticado el Trastorno de Pánico o Trastorno de Ansiedad No Especificado?	SI	NO	SALGA
<b>ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD FISICA, MEDICAMENTO U OTRA DROGA</b>			
45. ¿Son los actuales síntomas de ansiedad probablemente debidos a los efectos biológicos de una enfermedad física, medicamento u otra droga?	SI	NO	SALGA
Dudoso	Agregue Excluir Trastorno de Ansiedad Debido a Trastorno Físico, Medicamento u Otra Droga		SALGA
	SALGA		

## MODULO DE CONSUMO DE ALCOHOL

### ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL

#### Sección A

En el cuestionario Ud. dijo que...

- Si en el Cuestionario del Paciente el No. 22 está marcada SI:** ... pensaba que debería reducir su consumo de alcohol ¿Por qué?
- Si en el Cuestionario del Paciente el No. 23 está marcada SI:** ... alguien le ha reclamado sobre su consumo de alcohol ¿Quién? ¿Por qué?
- Si en el Cuestionario del Paciente el No. 24 está marcada SI:** ... se ha sentido culpable o molesto por su consumo de alcohol ¿Por qué?
- Si en el Cuestionario del Paciente el No. 25 está marcada SI:** ... ha tomado 5 tragos o más en un solo día en el mes pasado. ¿Qué tan seguido ha tomado esa cantidad en los últimos 6 meses? ¿Eso ha causado algún problema?

#### Sección B

Evalúe los No. 46 al No. 50 a través de cualquiera de los siguientes: 1) haciéndole cada pregunta al paciente; 2) considerando las respuestas dadas arriba; o 3) considerando otra información conocida sobre el paciente, tal como información obtenida de un miembro de la familia.

46. ¿Alguna vez un médico le ha sugerido que deje de tomar a causa de un problema con su salud? SI                      NO

**Considere como SI, si ha seguido tomando en los últimos 6 meses después de la sugerencia del médico de que parara.**

¿Algo de lo siguiente le ha sucedido más de una vez en los últimos 6 meses?

47. ¿Estuvo tomando, embriagado, o con resaca (ratón) mientras estaba trabajando, yendo a la escuela o haciéndose cargo de otras responsabilidades? SI                      NO

48. ¿Ha faltado o llegado tarde al trabajo, escuela u otras responsabilidades porque estaba tomando o tenía resaca (ratón)? SI                      NO

49. ¿Ha tenido problemas en llevarse bien con otra gente mientras estaba tomando? SI                      NO

50. ¿Ha conducido su auto después de haber tomado muchos tragos o después de haber tomado demasiado? SI                      NO

51. ¿Es por lo menos una de las preguntas No. 46 al No. 50 SI? o si las respuestas de la Sección A indican que el paciente probablemente ha tenido un problema significativo con el alcohol dentro de los últimos 6 meses?

Probable Abuso de Alcohol/ Dependencia de Alcohol	NO	SALGA
SALGA		

## MODULO DEL HABITO ALIMENTARIO

### BULIMIA NERVIOSA, ALIMENTACION DESCONTROLADA

<p>52. ¿Frecuentemente come, dentro de un período de 2 horas, lo que la mayoría de la gente consideraría una <u>gran</u> cantidad de comida?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SALGA</div>
<p>53. Cuando come de esta forma ¿frecuentemente siente que no puede controlar <u>qué</u> y <u>cuánto</u> come?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SALGA</div>
<p>54. ¿Ha sucedido esto con una frecuencia promedio de dos veces a la semana en los últimos 3 meses?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SALGA</div>
<p>55. ¿Frecuentemente se provoca el vómito o toma más del doble de la dosis recomendada de laxantes, para evitar ganar peso después de comer de esta manera?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Vaya a la No. 57</div>
<p>56. ¿Ha sucedido esto con una frecuencia promedio de dos veces a la semana en los últimos 3 meses?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 100px;"> <i>Bulimia Nerviosa, del tipo con purga</i> </div>
<p>57. ¿Ayuna con frecuencia, o sea no come nada por lo menos por 24 horas, o hace ejercicios por más de una hora, específicamente para evitar ganar peso después de comer de esta manera?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 100px;"> <i>Trastorno de Alimentación Descontrolada</i> </div>
<p>58. ¿Ha sucedido esto con una frecuencia promedio de dos veces a la semana en los últimos 3 meses?</p>	SI	NO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 100px;"> <i>Bulimia Nerviosa, del tipo sin purga</i> </div>

MODULO SOMATOFORME

**Multisomatoforme**

59. De los síntomas físicos marcados SI en el Cuestionario del Paciente (preguntas No. 1 al No. 15), hay tres o más que sean somatoformes; por ejemplo, ¿la falta de una explicación que identifique adecuadamente la severidad e incapacidad presentes, a pesar de los exámenes practicados?

SI

NO

SALGA

Nota: Si está presente un Trastorno Depresivo Mayor o de Pánico, los síntomas físicos que son parte de los criterios diagnósticos de esos trastornos no se consideran somatoformes (por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar con Trastorno de Pánico y fatiga o insomnio con Depresión Mayor).

SI

NO

60. ¿Ha tenido este paciente éstos u otros síntomas físicos vagamente explicados por lo menos durante varios años?

SI

Trastorno  
Multisomatoforme

NO

Trastorno  
Somatoforme  
No Especificado

## HOJA DE RESUMEN

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Archivo: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### RESUMEN DE DIAGNOSTICOS

Marque todos los diagnósticos hechos en cada módulo, códigos del ICD-9-CM aparecen en paréntesis.

Ningún diagnóstico hecho en ningún módulo.

#### Estado de Animo

- Trastorno Depresivo Mayor (296.20)
- Remisión Parcial de Trastorno Depresivo Mayor (296.25)
- Distimia (300.4)
- Trastorno Depresivo Menor (311)
- Excluir Trastorno Bipolar (si está confirmado: 296.50)
- Excluir Trastorno Depresivo debido a Trastorno Físico, Medicamento u Otra Droga  
(Si confirmado y debido a un trastorno físico: 293.83)  
(Si confirmado y debido a un medicamento u otra droga: 292.84)

#### Ansiedad

- Trastorno de Pánico (300.01)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.2)
- Trastorno de Ansiedad No Especificado (300.00)
- Excluir Trastorno de Ansiedad debido a Trastorno Físico, Medicamento u Otra Droga  
(Si confirmado y debido a un trastorno físico: 293.89)  
(Si confirmado y debido a un medicamento u otra droga: 292.89)

#### Alcoholismo

- Probable Abuso/Dependencia de Alcohol  
(Si confirmado como Abuso de Alcohol: 305.00)  
(Si confirmado como Dependencia de Alcohol: 303.89)

#### Hábito Alimentario

- Trastorno de Alimentación Descontrolada (307.50)
- Bulimia Nerviosa Tipo Purga (307.51)
- Bulimia Nerviosa Tipo sin Purga (307.51)

#### Somatoforme

- Trastorno Multisomatoforme (300.7)
- Trastorno Somatoforme NOS(300.7)