

ACADEMIA JOURNALS



OPUS PRO SCIENTIA ET STUDIUM

Humanidades, Ciencia, Tecnología e Innovación en Puebla

ISSN 2644-0903 online

Vol. 4. No. 1, 2022

www.academiajournals.com

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN AUSPICIADO POR EL
CONVENIO CONCYTEP-ACADEMIA JOURNALS



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.



**Secretaría
de Educación**
Gobierno de Puebla

CONCYTEP
Consejo de Ciencia
y Tecnología del Estado
de Puebla

Yaquelin Valera García
Julio Cesar Vallejo Vázquez

Calidad de Vida en Mujeres con Artritis Reumatoide y su Asociación con la Presencia de Signos de Depresión

Universidad Intercultural del Estado de Puebla

Director: Dra. Maylin Almonte Becerril

Co-Director: Dra. María José López Armada



UNIVERSIDAD INTERCULTURAL DEL ESTADO DE PUEBLA

DIVISIÓN DEL ÁREA DE SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON ARTRITIS
REUMATOIDE Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA DE
SIGNOS DE DEPRESIÓN

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Licenciado en Enfermería

P R E S E N T A N

YAQUELIN VALERA GARCÍA
JULIO CESAR VALLEJO VÁZQUEZ

DIRECTOR: DRA. MAYLIN ALMONTE BECERRIL
CO-DIRECTOR: DRA. MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARMADA

LIPUNTAHUACA, HUEHUETLA, PUEBLA. ENERO, 2022

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA DE SIGNOS DE DEPRESIÓN

Yaquelin Valera García

Resumen

Las enfermedades crónicas, constituyen un fuerte problema de salud pública, en el cual, más del 85% de las defunciones ocurren en países de ingresos bajos y medios. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria, autoinmune, caracterizada por dolor, tumefacción y rigidez articular. En ausencia de tratamiento, causa limitaciones físicas severas y en casos extremos la muerte. El trastorno depresivo mayor, es una patología del estado de ánimo, cuyo impacto es cada vez superior y está estrechamente asociado a la incidencia de complicaciones tales como el suicidio. El objetivo de esta investigación, fue indagar la relación entre calidad de vida (CV) en mujeres en edad productiva con AR y la incidencia de signos depresivos. Se utilizaron instrumentos estandarizados para valoración de presencia de signos depresivos (Beck), y para la valoración del nivel de calidad de vida, se usó el cuestionario de discapacidad funcional (HAQ), y ejercicios visuales de goniometría, escala visual analógica EVA, y signo de Godet. El cuestionario se aplicó a mujeres de nacionalidad mexicana y extranjera, a través de autoevaluaciones en línea. Los resultados mostraron que el 36.6% de la población presentó una mala CV. Con respecto a la incidencia de signos depresivos; mostró un 40% de síntomas de moderados a severos; no obstante la totalidad poblacional (100%), dijo haber experimentado sintomatología de leve a severa. Por otro lado, respecto a la asociación entre signos depresivos y CV, se encontró una asociación significativa. Además, los hallazgos de correlación entre la evolución terapéutica, el grado de movilidad y la perspectiva intrínseca de su estado de salud, también arrojaron cifras importantes de asociación. En conclusión, la CV se ve afectada no solo por factores del estado de ánimo; si no también por factores más allá de lo emocional y manifiesta que una terapia holística, la funcionalidad física y la manera en la que afrontan su estado de salud, es fundamental para un goce integral de la CV del individuo con AR.

Palabras clave: Artritis reumatoide, calidad de vida, depresión, asociación.

Abstract

Chronic diseases (CD) currently constitute a strong public health problem. About 80% of deaths from CD occur in low- and middle-income countries. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, inflammatory, autoimmune disease characterized by joint pain, swelling, and stiffness. In the absence of treatment, it causes significant physical limitations and in extreme cases death. Major depressive disorder is a mood disorder, the impact of which is increasing and is closely associated with the incidence of serious complications such as suicide. The objective of this research was to investigate the relationship between quality of life (QoL) in women aged 24 to 65 years with RA and the incidence of depressive signs. Psychometric assessment instruments (Beck), occupational disability (HAQ), mobility (Goniometry), pain (VAS) and inflammation (Godet Scale) will be used. The questionnaire was applied to women of Mexican and foreign nationality, through online self-assessments. The results showed that 36.6% of the presentation presented a poor QoL. Regarding the incidence of depressive signs; showed 40% moderate to severe symptoms; however, the entire population (100%) said they had experienced mild to severe symptoms. On the other hand, regarding the association between depressive signs and CV; no significant association was found. However, the results of correlation between the therapeutic evolution, the degree of mobility and the intrinsic perspective of their state of health, yielded important association figures. In conclusion, QoL is mainly intervened by factors beyond the emotional, this shows that a holistic therapy, physical function and the way in which they face their state of health, is essential for a comprehensive enjoyment of the QoL of the individual with AR.

Key words: Rheumatoid arthritis, quality of life, depression, association.

Tlajkuiloj

Yen kokoxkayotl tlajtoa sime chikahuak nikan tlakayomej, tlakaua 85 % mikistli nin kokolis kicheua echin nochtlakaj. Yen kokoxomilt (AR) nin kokolis posaua, kokoua uan muta echín omilt. Kema amo katke paktle nin kokolis kicheua amo tiuiles timo papakas una amo tiuiles tik nenemis una ti mikis. Okse kokoxkayotl nesi eua arthritis reumatoide, nin kokolis mucheua timo yolopatsmiki uan kicheua timo nomamikilistli. Nin tlajkuiloj sime iuani, eka nemachtia nin tenonotsalistli kenin katke siuamo kema yetoj teletlistli. Otijchejke tepostlatkitl eka tlachia, muta yen kokolis timo yolopatsmiki nin tlakuiloj ne toka (Beck), eka epati, ijyoteotl, isiukayotl, tekipanolistli oti tlamanilistli se amatl ekan tlakokoli ne toka (HAQ), otichejke neyekolistli eua kokoxkochiuayan eka okse amatl ne toka escala de visión análoga (EVA), signo de Godet. Okse amatl, otikejtojke ah siuamo ke nika chanceua eua amo nika chanceua eka se amatl echin Linea. Otijkitajke yen 36.6% altepetl amokuale ne nemilistli. Eka nin tlaixpanyotl euan tlakoyalistli, muta se 40% uan elequía miak uan amo miak, nuhe altepetl (100%), oketoj nin tetlautili kuesiui sekintin ah sime. Okse tlaktoj euan quema timo machelia otinamike sime ololistli melauak. Noiuki momachelia sime kuale tepatlistli eua paktle, kema tik nenemis eua kema timo machelia. Eka nictlamis, yen, kuali nemilistli, muta tlapilchialistli eka kema ti etos uan kema timo momachelia, tlnemiktia se kuali nemilistli (CV) euan (AR).

Kamanalatoli: kokoxomilt, kuali nemilistli, tlakoyalistli, tenonotsalistli

I. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, de tipo inmunopatogénico, se caracteriza por manifestaciones en las articulaciones tales como dolor, deformidad, tumefacción, dificultad para el movimiento, además en etapas avanzadas, puede afectar otras partes del organismo (manifestaciones extraarticulares) como la piel, los vasos sanguíneos, el corazón, los pulmones y los ojos, entre otros órganos, y la presencia de síntomas generales como cansancio, sensación de malestar, fiebre ligera, inapetencia y pérdida de peso (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010). (Gamero García, 2018).

Es una enfermedad crónica, aunque con un tratamiento adecuado se consigue un buen control en la mayoría de los casos (Gamero García, 2018). Sin embargo, en ausencia de tratamiento, la enfermedad puede causar importantes limitaciones físicas y un marcado deterioro de la calidad de vida (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

La AR es una de las 100 enfermedades reumáticas existentes, con pronósticos y tratamientos específicos. No obstante, debido a que es una enfermedad de difícil diagnóstico y manejo en el primer nivel de atención, produce un retardo en el inicio del tratamiento adecuado, y por consiguiente los pacientes presentan un proceso avanzado al momento del diagnóstico. No es una enfermedad propia de la edad avanzada y aunque puede aparecer en ancianos se presenta con mayor incidencia en etapas tempranas, existiendo también una forma muy similar de artritis que puede afectar a los niños (Gamero García, 2018).

A nivel mundial, la AR afecta entre el 0.2% y el 2% de la población, siendo los más afectados el grupo etario con mayor capacidad laboral y reproductiva dentro de la sociedad (Secretaría de Salud, 2010). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se calcula que, en México, más de 1 millón de personas padecen AR y tres de cada cuatro que la presentan son mujeres. La prevalencia en algunas zonas de la república mexicana es muy elevada, incluso superior a otras zonas del mundo (Oliva, Martínez, Zapata, & Sánchez, 2012). Un estudio realizado en 2011, en 5 regiones de México, encontró que alrededor del 14% de la población de estudio padecía de alguna enfermedad reumática (Pelaéz, y otros, 2011). Asimismo, en 2013, el Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología, reportó una prevalencia del 1.6% dentro de la población, lo que colocó a México dentro de los países con alto porcentaje en AR (AMEPAR, 2017).

Por otro lado, es bien sabido que la calidad de vida en los enfermos crónicos genera un bajo nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales (AMEPAR, 2017). En este sentido, a medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, también ha incrementado el interés en profundizar los múltiples factores biopsicosociales que inciden en la calidad de vida del enfermo crónico. De esta manera, cualquiera que sea el derivado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida, ya que permitirá conocer el impacto de la enfermedad y tratamiento; conocer mejor al enfermo, su adaptación y evolución a la enfermedad; los efectos secundarios y tener una mejor visión de las terapias paliativas que existen actualmente (Vinaccia & Orozco, 2005). Además, es importante considerar

esta enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema donde la modificación de una dimensión puede provocar cambios en otra (Leon Mateos, 2020).

II. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades crónicas constituyen una epidemia mundial que abarca desde cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión, enfermedades músculo-esqueléticas, entre otros; lo que a nivel mundial cobran 41 millones de vidas cada año, equivalente al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Así mismo cada año mueren 15 millones de personas entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Estas enfermedades son prolongadas y su pronóstico es incierto; además, algunas son de carácter intermitente o episódico (Montalvo, Cabrera, & Quiñones, 2012).

Por ende, estos padecimientos constituyen un problema de salud en las sociedades contemporáneas (Ledón, 2011). El carácter complejo multifactorial y su impacto sobre poblaciones vulnerables producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen y las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, político, social y personal (Ledón, 2011), creando una espiral descendente de aumento de la pobreza y la enfermedad, donde la detección, el cribado, el tratamiento y los cuidados son componentes fundamentales de la respuesta a las enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021)

De esta manera, las enfermedades reumáticas, afectan al individuo a nivel cognitivo, emocional y conductual desde el momento en el que el paciente recibe su diagnóstico, comienza

con una serie de síntomas clínicos que pueden afectar su movilidad en diferentes grados y, además, llevar a la alteración o pérdida de algunas funciones de la vida diaria, como el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, provocando alteraciones directas o indirectas de la independencia financiera y los roles sociales de la persona (Mateos, 2020). De este modo, y dado que la AR afecta a las articulaciones, iniciaremos hablando sobre la fisiopatología de la AR.

2.1 Artritis Reumatoide (AR)

La AR es una enfermedad autoinmune de las articulaciones sinoviales, caracterizada por una hiperplasia sinovial asociada con la infiltración local de células inmunes e inflamatorias; dicho proceso es mediado por citoquinas, que conducen a la destrucción de las articulaciones. A pesar de los avances recientes en la comprensión de la patogenia de la AR, su etiología sigue siendo difícil de comprender; sin embargo, se sabe que la interacción entre los antecedentes genéticos y ambientales influyen significativamente en la manifestación de la enfermedad (Riveiro, y otros, 2016).

El proceso degenerativo de la AR se asocia con la inflamación articular, mediada por linfocitos T y B; lo que, en conjunto, conduce a la destrucción articular, donde vasos de neoformación, células sinoviales, fibroblastos y macrófagos constituyen el tejido de granulación que destruirá al cartílago y al hueso (Mendoza, y otros, 2013). Asimismo, el proceso inflamatorio está mediado fundamentalmente por la producción de mediadores solubles, en su mayoría citocinas, pero también factores de crecimiento y quimiocinas, cuyo efecto final es la destrucción

del cartílago y el hueso subyacente, así como diversas manifestaciones extra articulares (Mendoza, y otros, 2013).

Inicialmente, en la membrana sinovial que tapiza la superficie articular se produce una infiltración por diversas células inflamatorias, entre las que sobresalen los linfocitos Th17, secretores de la citocina con mayor efecto proinflamatorio, y la interleucina (IL-17); los cuales parecen desempeñar un papel iniciador, interaccionando con células dendríticas (CD), macrófagos y linfocitos B (Sánchez, López, & Carreño, 2010). Posteriormente, se produce una activación e hiperplasia de los mastocitos a nivel articular (Sánchez, López, & Carreño, 2010).

Por orden de frecuencia, las articulaciones más afectadas son la de las manos y pies (90%); seguidas de los tobillos y las rodillas (80%), los hombros y las articulaciones acromio claviculares (60%), las articulaciones de la región cervical de la columna vertebral (40%), las articulaciones temporomandibulares y esternoclaviculares (30%), las caderas (10-30%) y las articulaciones cricoarritendonoideas (10%) (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.1.1 Inflamación de la membrana sinovial

El tejido que protagoniza las alteraciones iniciales de la AR, es la membrana sinovial; la cual tapiza el interior de la cápsula articular. Durante el proceso inflamatorio de la membrana sinovial, se observa una proliferación y acumulación de diversos tipos de células inmunitarias y la producción excesiva de líquido sinovial (Figura 1) (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

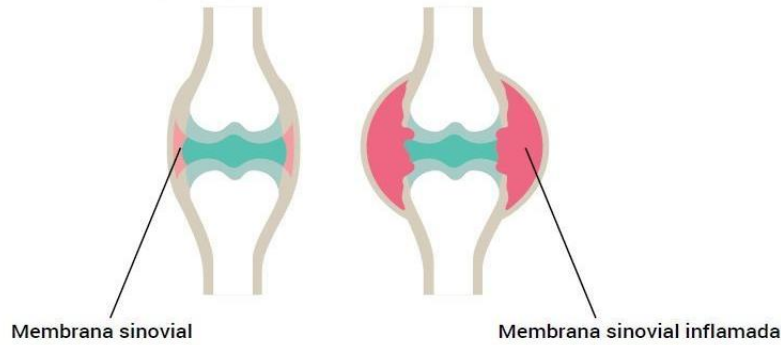


Figura 1. Membrana sinovial. Imagen representativa del incremento de la membrana sinovial que se presenta durante la sinovitis. Tomado de (Cantabrana & Días del Campo, 2017).

La sinovitis aguda es la causante de las manifestaciones típicas de las fases iniciales de la AR. Con el paso del tiempo, la sinovitis se hace crónica, y como consecuencia de ello, la membrana sinovial se engrosa y en su espesor se va formando un nuevo tejido invasor, conocido como *pannus*. El *pannus* va creciendo poco a poco hacia el interior de la articulación hasta afectar al cartílago articular; si la enfermedad no se detiene, al cabo de un tiempo, el *pannus* acaba infiltrándose en el cartílago articular, e incluso puede lesionar los extremos óseos de la articulación provocando erosiones y osteoporosis, es decir, pérdida de densidad del tejido óseo. En estas fases avanzadas de la enfermedad, las lesiones articulares originan rigidez y deformaciones articulares (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.2 Manifestaciones articulares

Las manifestaciones articulares son consecuencia de la inflamación articular y de las lesiones que ésta origina a mediano y largo plazo. Las características más importantes de la AR

son las antes referidas: la tumefacción, el dolor y la rigidez matutina. No obstante, existen algunas manifestaciones clínicas que no siempre están presentes o bien, no suelen resultar tan pronunciadas, como el ligero calentamiento en la piel que recubre las articulaciones afectadas o, más raramente, el enrojecimiento de la zona (Martinez, 2006).

2.2.1 Nódulo.

La primera manifestación de la AR corresponde a la aparición de un «nódulo reumatoide» (Figura 2) (bulto indoloro que se forma bajo la piel, sobre todo en los codos, las rodillas u otras zonas de fricción), una pericarditis (inflamación del manto que recubre el corazón) o una pleuritis (inflamación de la cubierta de los pulmones) (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).



Figura 2. Nódulo reumático. Imagen representativa de la aparición de un nódulo reumatoide en codo y antebrazo. Tomado de (Martinez, 2006).

Por lo general, la AR se localiza en una sola o bien, en unas pocas articulaciones pequeñas (en las manos y/o en los pies) y se van intensificando a lo largo de semanas o meses. Lo más característico es que en las fases iniciales, la inflamación afecte sólo a una o unas pocas

articulaciones de los dedos de las manos o los pies, y que dicha afectación sea simétrica, es decir, que comprometa casi por igual a ambos lados del cuerpo (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.2.2 Tumefacción.

La tumefacción articular, propio reflejo de la inflamación suele advertirse a simple vista, ya que conlleva un incremento del diámetro o volumen de la articulación afectada. Esto es lo que sucede cuando la inflamación asienta en los nudillos, las muñecas, los tobillos o los codos; sin embargo, la tumefacción de las articulaciones profundas, como la cadera, o la de aquellas que están recubiertas por un grueso manto muscular, como los hombros, no se puede apreciar a simple vista (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.2.3 Rigidez matutina.

La rigidez matutina consiste en una notoria dificultad para mover la articulación afectada tras el reposo nocturno. En general, persiste durante unas cuantas horas, con un mínimo de 30 min; a veces es leve y se percibe sólo como una tirantez, mientras que en otras ocasiones puede ser tan pronunciada que impida realizar cualquier tipo de movimiento con la parte del cuerpo correspondiente (por ejemplo, cerrar el puño). Paradójicamente, el movimiento y el ejercicio suelen aliviarla (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.3 Factores de riesgo asociados al desarrollo de AR

Existe un factor de susceptibilidad genética en la AR que contribuye en un 50-60% al desarrollo de la enfermedad. En varios estudios, se ha observado la presencia de una concordancia

de la enfermedad en familiares de primer grado de entre 2 y 4% y en gemelos monocigotos de entre el 12 y 15%. Así, aquellas personas con un familiar de primer grado con AR pueden tener de 2 a 10 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad que la población general. Inicialmente, se comprobó una asociación de la AR con el gen HLADRB1*04 y algunos de sus alelos (*0401, *0404, *0405 o *0408); así como los alelos HLADRB como *0101, *0102 o *010. Actualmente, se sabe que todos estos alelos codifican para una misma secuencia de aminoácidos, una región que es fundamental en el proceso de reconocimiento antigénico y conocida como epítipo compartido (EC). La presencia de estos alelos no solo incrementa el riesgo de padecer AR, especialmente seropositiva (Factor reumatoide (FR) y/o anticuerpos frente a proteínas/péptidos citrulinados (ACPA) positivos); sino que, en numerosos estudios, su presencia se ha asociado a interacciones con factores medioambientales como el tabaco (Ruiz & Sanmartí, 2012). Se estima que, todos los factores genéticos son responsables de al menos el 60% de la causalidad de la AR (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.3.1 Factores de riesgos modificables.

Sexo. En general, las mujeres tienen de dos a tres veces más probabilidades de desarrollar AR que los hombres. De hecho, el riesgo acumulativo de desarrollar AR del adulto ha sido más o menos estimado en 3.6% para las mujeres y 1.7% para los hombres. Asimismo, la multiparidad a menudo aumenta el riesgo de AR; mientras que el embarazo se asocia con la remisión de la enfermedad, aunque brotes de la enfermedad son comunes en el período post-parto. En las mujeres,

la AR se vuelve sintomática alrededor de la mediana edad o en el momento de la menopausia (Smolen S, y otros, 2018).

Infecciones. Varios agentes infecciosos han sido estudiados e implicados en el desarrollo de la AR basándose en una mayor frecuencia de serologías virales positivas o su presencia en líquido sinovial de pacientes con AR (Ruiz & Sanmartí, 2012).

Cambios en la microbiota. La enfermedad periodontal también se asocia con un mayor riesgo de desarrollar AR (Smolen S, y otros, 2018). La *Porphyromonas gingivalis* que es el agente causal principal de la periodontitis, muestra aproximadamente el doble de frecuencia, en sujetos con AR que en la población sana. Es la única bacteria conocida que expresa la enzima peptidilarginina-deiminasa (PAD), responsable del proceso de citrulinación de proteínas, y produce una inflamación crónica (caracterizada por la presencia de citoquinas proinflamatorias y TNF) y erosiva, con destrucción del hueso periodontal. Al igual que la AR, la enfermedad periodontal se ha asociado a los alelos HLA-DRB04 (Ruiz & Sanmartí, 2012).

Tabaco. El consumo de tabaco es el factor de riesgo ambiental para el desarrollo de la AR más ampliamente estudiado y reconocido. Se ha observado que el tabaco afecta la respuesta inmune tanto celular como humoral y podría tener tanto efectos pro inflamatorios como inmunosupresores a través de mecanismos diversos (Ruiz & Sanmartí, 2012). Curiosamente, se cree que los componentes del humo del cigarrillo que no son inhalados con nicotina aumentan el riesgo de la AR, mientras que el componente del tabaco no lo hace (Smolen S, y otros, 2018).

2.4 Diagnóstico

La AR puede confundirse con otras enfermedades reumáticas por lo que no existe una prueba diagnóstica única que nos indique la presencia o no de la enfermedad; no obstante, es indispensable analizar los síntomas del paciente, los datos de la exploración física, análisis de sangre y probablemente alguna radiografía para corroborarlo (Cantabrana & Días del Campo, 2017)..

2.4.1 Factor reumatoide.

El factor reumatoide (FR) es una prueba analítica que es positiva en un 70-80 % de las personas con artritis reumatoide; no obstante, un factor reumatoide negativo no excluye que alguien tenga la enfermedad. Hay otras pruebas analíticas que también ayudan en el diagnóstico de la artritis reumatoide, como los anticuerpos péptido cíclico citrulinado (anti-PCC), la proteína C-reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG); donde la presencia de anticuerpos anti-PCC asegura el diagnóstico de artritis reumatoide en el 95% de los casos (Cantabrana & Días del Campo, 2017).

2.4.2 Criterios de clasificación para diagnóstico.

Con el objetivo de ayudar al diagnóstico y no confundir la AR con otras enfermedades que puedan provocar inflamación de las articulaciones, se emplea una lista con siete parámetros o criterios de clasificación relacionados con los síntomas, los datos de laboratorio y las imágenes radiológicas. Para confirmar el diagnóstico de AR basta con que un paciente reúna cuatro de ellos (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010): rigidez matutina, de más de una hora de duración durante más de seis semanas; artritis en al menos tres áreas articulares, con tumefacción

evidente y derrame articular, durante más de seis semanas; artritis en las articulaciones de las manos (muñeca, bases de los dedos y/o base de la segunda falange) durante más de seis semanas; afectación inflamatoria articular simétrica por más de seis semanas; presencia de nódulos reumatoides (subcutáneos); presencia de cambios radiológicos típicos de la AR (como erosiones u osteoporosis en las muñecas).Factor reumatoide positivo.

2.5 Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica constituye la base del tratamiento de la AR. Su objetivo es aliviar los síntomas, conseguir la interrupción de la actividad inflamatoria, prevenir las lesiones articulares y evitar la pérdida de función articular. Los principales fármacos que se utilizan en el tratamiento de la AR son los analgésicos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), los corticoides, los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), entre otros (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.5.1 Antiinflamatorios.

Los AINE's representan un grupo terapéutico de muy amplia difusión a nivel mundial por sus acciones antiinflamatoria (disminuye la inflamación), antipirética (disminuye la fiebre), analgésica (disminuye el dolor) y plaquetaria (inhibe la agregación de las plaquetas y por lo tanto, la formación de trombos o coágulos en el interior de las arterias y venas) (Hernandez, 2016).

2.5.2 Corticoides.

Entre los corticoides más empleados destacan la prednisona, la metilprednisona y el deflacort; sin embargo, su uso puede originar efectos adversos relevantes, incluyendo retención de

líquidos, aumento de peso corporal, aparición o un empeoramiento de la diabetes, formación de cataratas en los ojos, infecciones y osteoporosis o pérdida de densidad de los huesos (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.5.3 Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME).

Los FAME, se utilizan desde hace tiempo en el tratamiento de la AR, habiéndose constatado que no sólo son eficaces para reducir los síntomas, sino que también pueden retrasar la evolución de la enfermedad. Otro aspecto de los FAME tradicionales es que existe bastante experiencia en su uso, por lo que se conocen bien sus posibles efectos adversos y sus «interacciones», es decir, los efectos que tienen sobre otros tipos de medicamentos y viceversa (Tabla 1) (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Tabla 1. Efectos adversos de los FAME. Muestra a la derecha los principales efectos adversos causados por los FAME.

Fármaco	Forma de administración	Efectos adversos
Metotrexato	Oral/inyectable	Nauseas, diarrea, caída de cabello, neumonía, daño hepático
Sulfasalazina	Oral	Náuseas, vómitos, erupciones cutáneas, molestias oculares.
Leflunomida	Oral	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, llagas en la boca, erupciones cutáneas, daño hepático.
Antipalúdicos	Oral	Toxicidad ocular

Tomado de (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

No obstante, entre sus desventajas hay que mencionar que actúan lentamente (tardan entre uno y seis meses en comenzar a actuar), que su repercusión sobre la calidad de vida es, a veces, limitada, y que el ajuste de dosis requiere evaluaciones periódicas que sólo se pueden llevar a cabo mediante análisis de sangre y orina (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.6 Limitaciones del uso de los fármacos

Muchos de los medicamentos que se emplean en el tratamiento de la AR pueden generar efectos adversos en el tubo digestivo, en particular pesadez estomacal, náuseas, vómitos, irritación e inflamación de la mucosa gástrica (gastritis) y desarrollo de erosiones o úlceras (úlcera gastroduodenal) (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010). Actualmente, las terapias biológicas detienen la progresión y en casos muy avanzados recuperan la funcionalidad casi por completo. Pueden llevar a la remisión y por lo tanto, la reintegración del paciente a la vida productiva e independiente. Sin embargo, solo el 5% de los 2 millones de pacientes con AR en México tiene acceso a estos medicamentos y la gran mayoría presenta efectos secundarios tras su uso prolongado (Sola, 2012).

2.7 Complicaciones de la AR

La AR es una enfermedad crónica, por lo que es común que a lo largo de su evolución se presenten diversos tipos de complicaciones que conllevan un riesgo para la salud. Los trastornos asociados más destacables de la AR son:

Infecciones. Entre los procesos infecciosos que pueden afectar de forma especial a las personas con AR destacan la artritis infecciosa y las infecciones pulmonares (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Osteoporosis y fracturas. Durante la AR, la osteoporosis es propiciada por la propia actividad de la enfermedad, por la inmovilidad o escasa actividad física y, muy en particular, por

el tratamiento con corticoides (la osteoporosis constituye uno de los efectos adversos principales de este tipo de medicamentos) (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Aterosclerosis. La aterosclerosis es un proceso degenerativo que consiste en la formación de placas de ateroma, compuestas básicamente por grasas, en la pared interna de las arterias disminuyendo su diámetro y aporte de sangre a los tejidos, tales factores de riesgo son tan frecuentes e importantes en la población en general como en las personas con AR (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Síndrome de Sjögren. El síndrome de Sjögren es un trastorno autoinmune que se caracteriza por la inflamación persistente de algunas glándulas del cuerpo, en particular las de los ojos y la boca, que van perdiendo la capacidad de secretar lágrimas y saliva, así como la sequedad en la piel, la nariz y la vagina. Afecta al 20-25% de las personas con AR, sobre todo en las fases avanzadas. Aunque el síndrome de Sjögren no reviste gravedad, la sequedad en los órganos y tejidos afectados suele provocar molestias que dificultan algunas funciones y favorecen la aparición de nuevas complicaciones, como por ejemplo infecciones locales (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Alteraciones en otros órganos:

El corazón. La única manifestación cardíaca realmente frecuente en la AR avanzada es la pericarditis (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Los pulmones. Dentro de las manifestaciones pulmonares más relevantes se encuentra el derrame pleural que se presenta en el 40-70% de las personas con AR (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010)

Los ojos. Las personas que padecen AR durante varios años suelen presentar cierto grado de sequedad e irritación ocular, que a menudo se perciben como la sensación de tener arenilla en los ojos (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

La sangre. Se pueden presentar diversas alteraciones en la sangre, las cuales no son exclusiva y necesariamente fruto de la propia enfermedad, sino que también pueden ser provocadas por la medicación (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Anemia. Corresponde a una disminución de la concentración de hemoglobina; y puede presentarse anemia en cerca de la mitad de las personas con AR (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Síndrome de Felty. El síndrome de Felty, afecta en la actualidad a menos del 1% de las personas con AR. Se manifiesta por infecciones repetidas, úlceras y pigmentación oscura en la piel de las extremidades inferiores, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, hepatomegalia o aumento del tamaño del hígado y formación de nódulos reumatoides (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010). Todo ello en conjunto genera una progresión lenta de la calidad de vida.

2.8 Deterioro de la calidad de vida

La calidad de vida, y particularmente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se definen como el grado de satisfacción del individuo respecto a su bienestar físico, emocional y social (Franco Aguirrea, Cardona Tapiasb, & Cardona-Ariasa, 2014). Sin embargo, la calidad de vida (CV) relacionada con enfermedades crónicas, abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. Asimismo, el bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar; mientras que el bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia & Orozco, 2005).

La gran parte de las enfermedades reumáticas, afectan al individuo a nivel cognitivo, emocional y conductual, desde el momento en que recibe un diagnóstico, la gravedad a lo largo del curso de la enfermedad puede conllevar a un aumento de las emociones negativas (ansiedad, rabia, tristeza), dolor, discapacidad y reducción de la capacidad para trabajar, realizar tareas cotidianas y actividades sociales (Mateos, 2020). Es por ello que se estima que los pacientes que padecen depresión y enfermedades físicas crónicas tienen 2.5 veces más probabilidades de presentar discapacidad que aquellos sin sintomatología depresiva (Pascual & Caballo, 2017).

De este modo, el evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente

y complementario al del organismo (Vinaccia & Orozco, 2005); sin embargo, los aspectos conductuales de la enfermedad también son relevantes. Algunos de estos factores que influyen en los resultados de funcionamiento y calidad de vida incluyen las conductas llevadas a cabo por las personas y las estrategias de afrontamiento utilizadas para abordar los síntomas y consecuencias de la enfermedad. Así, por ejemplo, la inactividad física es común en los pacientes crónicos, que debido a sus síntomas tienden a reducir su actividad a veces incluso a niveles mínimos. Las repercusiones de este tipo de conducta tienen efectos contraproducentes, ya que la inactividad empeora el estado de ánimo, la fatiga, la calidad de vida y la salud en general. Se ha comprobado que el modo en que los pacientes afrontan su enfermedad influye más en su calidad de vida que el tipo de EC que tienen. Un afrontamiento activo, basado en la resolución de problemas, está asociado con menores niveles de dolor, menor deterioro en el funcionamiento y autoeficacia percibida más alta que un estilo de afrontamiento más pasivo (Pascual & Caballo, 2017).

2.8.1 Dolor crónico.

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos tisulares y que pueden verse influidos por diversos factores (Puebla, 2005).

En relación con la AR, el dolor, probablemente sea el síntoma más molesto y acusado en las personas con AR; suele acentuarse cuando se mueve o se intenta mover la articulación afectada, pero también cuando se ejerce una presión sobre ésta, como ocurre al tocarla o al apoyarla sobre una superficie dura. En el transcurso de la enfermedad, el dolor sigue una pauta; disminuye o

desaparece en los períodos de calma y se intensifica durante las exacerbaciones sintomáticas y en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90% de dolor (Puebla, 2005). De esta manera, distintos estudios epidemiológicos señalan que los dolores crónicos generan grandes gastos en las economías de los países, dado el aumento de la concurrencia periódica de las personas a los servicios de salud, son dolencias que repercuten en los salarios de las personas, no sólo por las faltas recurrentes a sus lugares de trabajo, sino también porque los gastos destinados a tratamientos, costosos en general, ocupan un lugar importante del presupuesto mensual (Del Monaco, 2013).

2.9 Trastornos psicológicos

Reportes previos han mostrado que las personas con AR están especialmente predisuestas a desarrollar un trastorno depresivo, ya que existen factores que predisponen la aparición de la depresión; como el dolor crónico, el deterioro funcional, las deformaciones esqueléticas, las limitaciones laborales y la pérdida de autonomía. Se estima que alrededor del 25-30% de las personas con AR padecen depresión; mientras que, en la población general, esta cifra se sitúa en el 5%. Asimismo, existe una relación muy estrecha entre el dolor crónico y la depresión, pues por un lado el dolor crónico predispone a la depresión, pero, por otro, ocurre lo contrario: la depresión incrementa la percepción y el valor que se le da al dolor. Tanto es así, que la depresión puede convertir un dolor tolerable en uno intolerable. Y algo similar ocurre con la discapacidad funcional: las personas con AR y depresión, o con un estado de ánimo bajo, tienden a sobredimensionar sus limitaciones. Lógicamente, en el desarrollo de una depresión también influyen otros factores, además del dolor crónico y las limitaciones funcionales, tales como las

carencias afectivas, la falta de apoyo familiar y social, los problemas laborales y la escasez de recursos económicos (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

2.9.1 Depresión y dolor.

Se ha demostrado que, la depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con las enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. También, el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional (Heinze Martin & Camacho Segura, 2010).

La gran parte de las enfermedades reumáticas, afectan al individuo a nivel cognitivo, emocional y conductual, desde el momento en que recibe un diagnóstico, la gravedad a lo largo del curso de la enfermedad puede conllevar a un aumento de las emociones negativas (ansiedad, rabia, tristeza), dolor, discapacidad y reducción de la capacidad para trabajar, realizar tareas cotidianas y actividades sociales (Mateos, 2020). Es por ello que se estima que los pacientes que padecen depresión y enfermedades físicas crónicas tienen 2.5 veces más probabilidades de presentar discapacidad que aquellos sin sintomatología depresiva (Pascual & Caballo, 2017).

De esta manera, se explica la necesidad de brindar atención en salud mental a la población con enfermedades crónicas degenerativas. Sin embargo, la depresión en pacientes con enfermedades crónicas sigue siendo subdiagnosticada y subtratada en el mundo, a pesar de su alta prevalencia y su relación con complicaciones de la salud, deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad (Diez Canseco, y otros, 2014).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la presencia de signos depresivos en mujeres con AR?

IV. JUSTIFICACIÓN

La AR es una enfermedad crónica inflamatoria, de naturaleza autoinmune, que actualmente no tiene cura. Se caracteriza por manifestaciones en las articulaciones como dolor, tumefacción y rigidez y en etapas avanzadas, la enfermedad puede causar importantes limitaciones físicas, un marcado deterioro de la calidad de vida y en casos extremos, la muerte (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010). En México, más de 1 millón de personas padece AR y tres de cada cuatro personas que la presentan son mujeres (INEGI, 2015).

En la actualidad, existen tratamientos que se han encargado de ser una alternativa más contra esta enfermedad, donde la terapia farmacológica constituye la base del tratamiento; sin embargo, solo son tratamientos enfocados en aliviar los síntomas, conseguir la interrupción de la actividad inflamatoria, prevenir las lesiones articulares y evitar la pérdida de función articular (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010). A pesar de ello, solo el 5% de los 2 millones de pacientes con AR en México tiene acceso a estos medicamentos (Sola, 2012). Reportes previos, han mostrado que el costo social que se tiene por una enfermedad crónica como la AR, es incalculable y ha alcanzado múltiples consecuencias para la salud y la vida de las personas, como son: discapacidad, años de vida productiva perdida y, muerte (Montalvo, Cabrera, & Quiñones, 2012).

Por otro lado, estudios anteriores, reportan que las personas con AR están especialmente predisuestas a desarrollar algún tipo de trastorno depresivo ya que existen una relación de los factores predisponentes como son: las limitaciones laborales, la pérdida de autonomía, el deterioro funcional, las deformaciones esqueléticas y en especial, el dolor crónico. En este sentido, el dolor

crónico y la depresión presentan una relación muy estrecha en el proceso degenerativo originado por la AR (Romero, Stajnsznajder, Cassan, & Ignacio, 2010).

Por lo anterior, se generan grandes costos en las economías de los países, dado el aumento de la concurrencia periódica de las personas a los servicios de salud, son dolencias que repercuten en los salarios de las personas, no sólo por las faltas recurrentes a sus lugares de trabajo, sino también porque los gastos destinados a tratamientos, costosos en general, ocupan un lugar importante del presupuesto mensual (Del Monaco, 2013). Asimismo, aproximadamente un 15% de los pacientes que padecen depresión, realizan por lo menos algún intento de suicidio y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 más de un millón y medio de personas murieron por suicidio y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida (Bousoño, et al., 2008). Es por ello el conocer si la calidad de vida de las pacientes con AR se ve afectada por el dolor crónico y la presencia de signos de depresión, permitirá el diseño de modelos de atención integral en los servicios sanitarios más empáticos y que permitan prevenir daños irreversibles.

V. HIPÓTESIS

La baja calidad de vida de las pacientes con AR, está estrechamente relacionada con la aparición de signos de depresión.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Determinar la relación entre calidad de vida y la incidencia de signos de depresión en mujeres con artritis reumatoide de 24 a 65 años de edad.

6.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes mujeres con AR con o sin un tratamiento específico.
2. Evaluar la calidad de vida y signos de depresión en mujeres con diagnóstico de AR
3. Correlacionar la calidad de vida y la presencia de signos de depresión con los factores sociodemográficos, económicos, familiares y de tratamiento en mujeres con diagnóstico de AR

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de estudio

El presente estudio se realizó según el nivel de conocimiento, de tipo descriptivo-correlacional, analizando cómo se manifiesta el fenómeno estudiado, así como los detalles a través de la medición de uno o más de sus atributos y visualizando como se vinculan entre sí. Según el nivel de medición y análisis, de tipo cuantitativo, ya que se explica a partir de descripciones y correlaciones con ayuda de cuestionarios o escalas a través de una aplicación presencial y en línea. Y según su temporalidad de corte transversal analítico, donde se midieron las condiciones de las variables en una temporalidad definida, además de medir simultáneamente distintas variables para establecer una asociación

7.2 Universo y muestra

El universo estuvo conformado por mujeres mayores de 24 a 65 años que hayan sido diagnosticadas previamente con AR, de cualquier parte del mundo. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, con un total de 41 mujeres, provenientes de distintas partes de la república mexicana de los cuales un porcentaje fueron de: “Hospital de Traumatología y Ortopedia Dr. Rafael Moreno Valle”, “Clínica de Especialidades Betania Torre 2” y del consultorio “Apiterapia Beat” en la ciudad de Puebla, así como pacientes encuestados en línea provenientes del extranjero.

7.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Mujeres con un rango de edad de 24 a 65 años de cualquier parte del mundo

Mujeres con un rango de edad de 24 a 65 años con un diagnóstico oficial de AR

Mujeres con o sin algún tratamiento inespecífico

Exclusión:

Mujeres con diagnóstico de otras enfermedades conductuales

Mujeres que no completaron o abandonaron el estudio

7.4 Variables de estudio

Se incluyeron variables cualitativas y de orden nominal

Variables dependientes.

Calidad de vida, signos de depresión.

Variables independientes.

Factores sociodemográficos (edad, sexo, índice de masa corporal, estado civil, nivel de estudios, procedencia, antecedentes heredofamiliares,), comorbilidades, factores diagnósticos (tiempo de diagnóstico, institución de diagnóstico, tiempo con el diagnóstico), características del

tratamiento (tipo de tratamiento, facilidad para conseguirlo, problemas económicos, costo mensual)

7.5 Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

Inicialmente se llevó a cabo el diseño de un instrumento de recolección de datos semiestructurado que está conformado por 46 preguntas categóricas, abiertas y con imágenes; a fin de conocer los datos sociodemográficos, información personal, tiempo de padecimiento, evolución y tratamientos de la enfermedad. Así mismo, se tomaron en cuenta diversas escalas previamente validadas dentro del instrumento.

Para la valoración de la presencia de signos de depresión, se basó en ítems de la escala Beck (Beck, Steer, & Brown, 2009), dicho instrumento de valoración fue adaptado para que cada respuesta arrojara un código de frecuencia similar al del propio instrumento estandarizado (nunca, algunas veces, muchas veces, siempre), posteriormente a cada respuesta, se le dio un puntaje (de 0 a 3 con respecto a las frecuencias) para medir el nivel de severidad de acuerdo a la cantidad de síntomas y la incapacidad que estos síntomas afectan en la realización de sus actividades cotidianas, esto con base a los criterios de gravedad del DSM-V para el trastorno depresivo mayor. Posteriormente, con la finalidad de optimizar las respuestas, dado que el instrumento de recolección de datos contenía un número grande de preguntas y algunas podrían ser mal interpretadas al ser autorespondidas. Se realizó un ajuste en el cuestionario, dejando un total de 48 puntos; donde un puntaje menor a 7 era bajo, de 8 y hasta 17 era leve, de 18 a 25 era moderado y más de 25 puntos simbolizaban severos signos de depresión. En total fueron 16 preguntas con un rango de 0 a 48 puntos.

Para evaluar la calidad de vida, se emplearon diversos instrumentos de valoración entre ellos principalmente preguntas del cuestionario HAQ (Esteve, Batle, & Reig, 1993), que evalúa la discapacidad laboral, también se complementó con ejercicios de funcionalidad por medio de goniometría (Taboadela, 2007), ejercicios visuales para medir el grado de dolor (Escala EVA) y ejercicios visuales para medir la inflamación (Signo de Godet). Una vez conjuntadas las preguntas de las escalas mencionadas, el cuestionario se conformó por un total de 19 preguntas de las que se codificaron de la siguiente manera para evaluar la calidad de vida.

En primer lugar se integraron 7 preguntas sobre discapacidad laboral, donde cada pregunta tenía 5 posibles respuestas (rangos de puntaje: 1-5), por lo que en total serían 35 puntos de las respuestas. Posteriormente para generar al final un código de calidad de vida se generó una codificación donde las respuestas que sumaran <18 puntos=1; >17 puntos= 2; >24 puntos=3.

Posteriormente se integraron otras 6 preguntas para valorar dolor, inflamación y movilidad. Donde para el dolor, cada respuesta tuvo un puntaje de 1 a 10 de acuerdo con la escala EVA, la inflamación tuvo un puntaje de respuesta de 1 a 4 de acuerdo con el signo de Godet y de movilidad de acuerdo al ángulo máximo de movimiento un puntaje de respuestas del 1 a 3, 1 a 4 y 1 a 5 de acuerdo con la articulación que se movilizó.

Finalmente se conjuntaron de igual manera 6 preguntas de limitaciones físicas y funcionales, donde cada pregunta tenía 3 posibles respuestas y se codificaron de 0 a 2 de acuerdo a cada respuesta para dar un código de calidad de vida.

Finalmente, después de codificar cada valoración, se realizó la suma de cada código de respuestas por valoración, donde se realizó la sumatoria de los puntajes de las 19 preguntas, y en total el puntaje máximo fue 45 puntos, donde menos de 17 puntos era mala calidad, de 17 a 24 era regular, de 23 a 30 era buena y más de 30 era excelente.

Esto permitió realizar una re-clasificación de la calidad de vida, enfocándose al grado de dolor que presentaban, la facilidad para realizar actividades, la independencia de la persona sobre su vida diaria, así como el grado de movilidad que presentaba de acuerdo con su padecimiento.

Así mismo, se evaluó la percepción de las personas sobre la severidad de su enfermedad, enfocándose principalmente a las zonas afectadas, las dificultades que presentaban para realizar actividades, el dolor y rigidez; esta sección constó de 9 preguntas que daban un total de 21 puntos, donde más de 14 puntos indicaba una percepción grave de su estado de salud. Como resultado se juntaron en un mismo cuestionario las valoraciones mencionadas y se obtuvo un cuestionario conformado por 77 preguntas de selección múltiple, visuales y cerradas.

7.6 Recolección de datos

Dichas evaluaciones las aplicó el terapeuta de cada paciente por medio del cuestionario y/o mediante un cuestionario en línea que estuvo abierta a pacientes de distintas partes de México y de otros países.

Se llevó a cabo una entrevista a modo de prueba piloto a través de la plataforma de cuestionarios en línea *Survio* (<https://my.survio.com/>), a fin de identificar y corregir las variables necesarias. Una vez realizada la prueba piloto, se realizó de forma abierta la aplicación del cuestionario a los

diferentes grupos de ayuda en Facebook: Artritis (https://www.facebook.com/groups/448244238850934/?ref=share); Artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes (https://www.facebook.com/groups/513424752349465/?ref=share); Guerreros del artritis reumatoide (https://www.facebook.com/groups/162545377599502/?ref=share) y Artritis reumatoide (https://www.facebook.com/groups/1426090217690040/?ref=share) , una vez respondido el cuestionario, la información se capturo automáticamente en la plataforma *Survio*. Así mismo, se realizó la entrega de cuestionarios a los especialistas de los hospitales mencionados para la aplicación del instrumento a sus pacientes. Una vez recolectados los datos de las entrevistas, se realizó la selección de la muestra que cumplía con los criterios de inclusión mencionados.

7.7 Procesamiento y análisis de datos

Una vez contestado los instrumentos, los datos se introdujeron en una base de datos en Excel y se codificaron en el programa IBM SPSS *statistics* versión 25. Teniendo la base de datos, se codificaron las distintas variables para generar escalas de valoración y evaluar la calidad de vida, la existencia de signos de depresión y el nivel de severidad. Con la intención de saber más acerca de la relación que tienen las distintas variables estudiadas con la presencia de signos de depresión, de la calidad de vida y severidad del padecimiento, se realizó una medición no paramétrica de variables, mediante el coeficiente de asociación de Pearson (χ^2), que muestra el nivel de independencia y de Spearman (Rho) el nivel de significancia estadística. Para la interpretación de los resultados se utilizó el valor crítico de la prueba estadística (p-valor) que nos indica que tanta probabilidad hay de que los resultados de la muestra de estudio se deban al azar. Posteriormente

se determinaron los factores personales, sociodemográficos, culturales, económicos y familiares presentes.

7.8 Consideraciones éticas

La presente investigación, respecto a los aspectos éticos, salvaguardar en primer lugar, la propiedad intelectual de los autores citados, respecto a las teorías y conocimientos diversos, citándolos apropiadamente y precisando las fuentes bibliográficas en donde se encuentra referenciado. En segundo lugar, respecto a la reserva de información, por tratarse de información personal, se contó con la autorización de las autoridades universitarias para llevarse a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos, así como la autorización de los participantes mediante su participación de manera voluntaria y anónima, y solo se realizó entrega de un consentimiento informado a 5 participantes que culminaron la encuesta física a través de su terapeuta, para la manipulación y el uso correcto de la información personal confidencial. Sin embargo, debido a las indicaciones sanitarias y de aislamiento social, suscitadas durante el periodo marzo-junio del 2020, los demás participantes concluyeron su participación a través de la plataforma digital Survio de manera voluntaria y anónima.

VIII. RESULTADOS

8.1 Factores sociodemográficos

El análisis incluyó a 41 pacientes de sexo femenino, todas con diagnóstico médico de artritis reumatoide, con una edad promedio de 43 años, mostrando una edad mínima de 24 y máxima de 68 años. El rango de edad que presentó mayor porcentaje fue de 41 a 50 años (Figura 3).

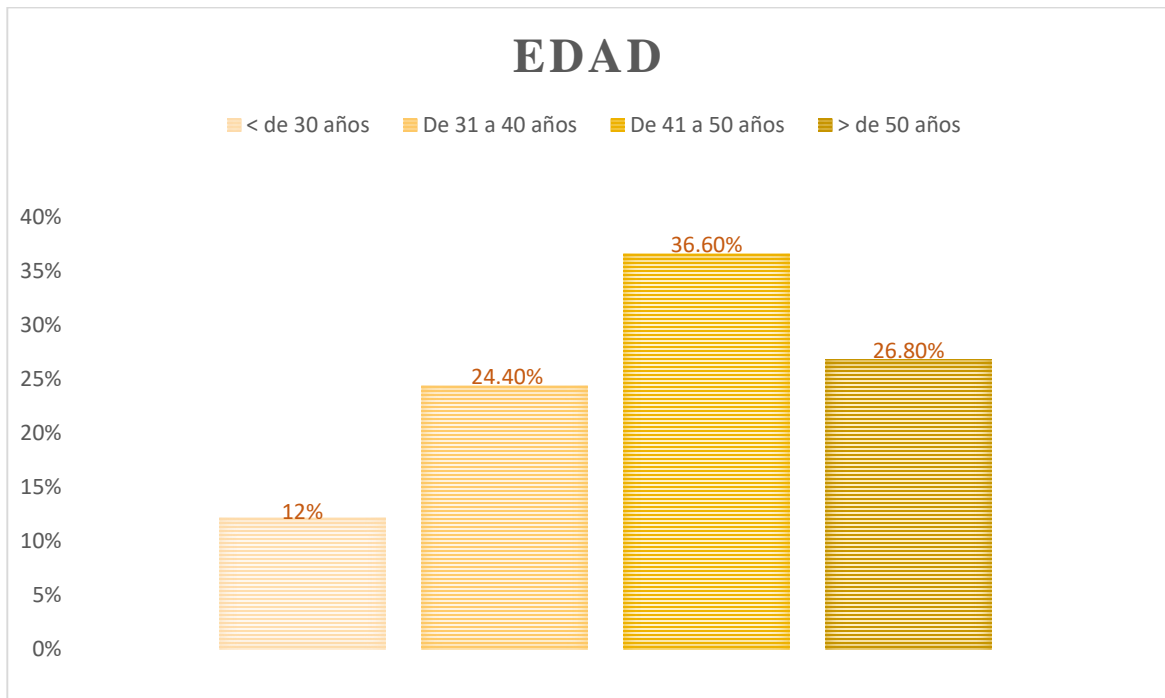


Figura 3. Muestra el rango de edades que presentaron las participantes con AR

Se revisaron las características sociodemográficas de la población, donde se observó un mayor porcentaje en el número de participantes procedentes del centro del país 82.9%, provenientes de (Puebla, Tlaxcala, México, Guanajuato), el nivel de estudios que poseía la mayor parte de la población era de nivel superior 56.1%, el estado civil en el que se encontraban fue mayormente en pareja con 61%, mientras que, en cuestión con el estado nutricional, el sobrepeso

predominó en la población con un 48.8%, y la mayor cantidad de participantes 68.3%, refirió no haber tenido antecedentes familiares de AR (Tabla 2).

Tabla 2. Muestra las variables sociodemográficas de la población con AR.

	Variables	(f)	%
Procedencia	Norte	2	4.9
	Centro	34	82.9
	Sur	2	4.9
	Extranjero	3	7.3
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0.0
	Estudio básico	10	24.4
	Medio superior	8	19.5
	Superior	23	56.1
Estado civil	Soltera	16	39.0
	En pareja	25	61.0
IMC	Bajo peso	0	0.0
	Normopeso	17	41.5
	Sobrepeso	20	48.8
	Obesidad	4	9.8
Antecedentes familiares de AR	No	28	68.3
	Si	13	31.7

8.2 Diagnóstico de AR

Otra de las variables incluidas en el estudio, fueron las características diagnósticas con base a su enfermedad. Los resultados mostraron que en total el 51.2% de las mujeres tendría entre 5 a más de 10 años con AR, así mismo el 70.7% habría tardado menos de un año en recibir un diagnóstico médico, mientras que el 29.2% tardó entre 1 a más de 5 años en poder recibir atención.

Además, el 43.9% recibió atención médica diagnóstica en una institución pública, mientras que el 56.1% recurrió a la atención medica privada (Tabla 3).

Tabla 3. Muestra la frecuencia y el porcentaje de las características del diagnóstico, como el tiempo de diagnóstico, la institución de diagnóstico y el tiempo para recibir un diagnóstico.

<i>Tiempo de diagnóstico</i>			<i>Tiempo para recibir un diagnóstico</i>			<i>Institución de diagnóstico</i>		
<i>Variables</i>	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>Variables</i>	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>Variables</i>	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
Menos de 5 años	20	48.8%	Menos de 1 año	29	70.7%	Privada	23	56.1%
Entre 5 y 10 años	10	24.4%	De 1 a 2 años	8	19.5%	Pública	18	43.9%
Más de 10 años	11	26.8%	De 3 a 5 años	3	7.3%			
			Más de 5 años	1	2.4%			

8.3 Características del tratamiento

La facilidad para conseguir el tratamiento asume un papel importante para el impulso de dificultades en la calidad de vida de los pacientes; por consiguiente, en este estudio el 65.9% de las personas entrevistadas señaló tener facilidad para conseguir su tratamiento, mientras que el 34.1% afirmó tener inconvenientes para obtenerlo (Tabla 4); de los cuales, el 68.3% indicó usar tratamiento farmacológico y un 22% dijo que usaba una combinación de farmacológico con alternativo. Además, el 46.3% indicó que gasta en promedio entre \$1,000 y \$2,000 mensuales; mientras que el 2.4% indicó gastar hasta \$4,000 pesos mensuales (Tabla 4).

Tabla 4. Muestra la frecuencia y el porcentaje de las características del tratamiento, los problemas económicos y el costo del tratamiento. (N=41).

<i>Variables</i>		<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
Facilidad para conseguir su tratamiento	Si	27	65.9%
	No	14	34.1%
Problemas económicos a causa del tratamiento	Si	13	31.7%
	No	11	26.8%
	Algunas veces	17	41.5%
Tipo de tratamiento	Farmacológico	28	68.3%
	Alternativo	4	9.8%
	Ambos	9	22.0%
Costo mensual del tratamiento (pesos)	< de \$1000	14	34.1%
	\$1,000 y \$2,000	19	46.3%
	\$3,000 y \$4,000	1	2.4%
	> de \$ 5,000	7	17.1%

8.4 Signos de depresión

Se evaluaron los signos de depresión presentes en las participantes, donde el 63.4% mostró signos bajos de depresión; no obstante, el 17.1% presentó signos severos. Asimismo, el 18.8% de las participantes indicaron haber tenido pensamientos suicidas algunas veces. Con respecto a episodios de ansiedad e insomnio, más del 80% indicó haberlos presentado (Tabla 5).

Tabla 5. Muestra la frecuencia de los signos depresivos mostrados por las participantes.

<i>Variables</i>		<i>(f)</i>	<i>%</i>
Pensamientos suicidas	Nunca	33	80.5
	Algunas veces	5	12.2
	Todo el tiempo	3	7.3

Signos de ansiedad	Nunca	8	19.5
	Algunas veces	13	31.7
	Muchas veces	20	48.8
Insomnio	Nunca	10	24.4
	Algunas veces	16	39.0
	Muchas veces	15	36.6
Signos de depresión	Bajo	26	63.4
	Moderado	8	19.5
	Severo	7	17.1

8.5 Calidad de vida

Con la finalidad de conocer cómo ha afectado el padecimiento en la calidad de vida de las pacientes, se realizó una serie de cuestionamientos relacionados con el dolor, y las limitaciones que la AR ha generado desde su diagnóstico. Inicialmente se evaluó el estado de salud general de las participantes, que indicaron tener en su mayoría de regular a mala, presentando en más del 90% una severidad alta, asociada principalmente a dolor y rigidez. Asimismo, más del 90% indicó presentar dolor sin tratamiento, donde al menos el 58.5% indicó que era dolor severo. En contraste, el 60% de las participantes siguen presentando dolor de moderado a severo, posterior a su tratamiento. Todo ello desembocó en que el 43.9% de las participantes presentaba una calidad de vida regular y el 36.6% mala; además que poco más del 50% indicó presentar limitaciones en su movilidad (Tabla 6).

Tabla 6. Muestra las limitantes y el grado de la calidad de vida calidad de vida.

Variables		(f)	%
Grado de dolor sin tratamiento	Bajo	4	9.8
	Moderado	13	31.7
	Alto	24	58.5
Grado de dolor posterior al tratamiento	Bajo	16	39.0
	Moderado	22	53.7
	Alto	3	7.3
Limitaciones en la movilidad	No	19	46.3
	Un poco	14	34.1
	Si	8	19.5
Afecciones principales	Inflamación	11	26.8
	Dolor	25	61.0
	Rigidez	5	12.2
Severidad de su enfermedad	Baja	3	7.3
	Moderada	30	73.2
	Alta	8	19.5
Estado de salud	Malo/regular	26	63.4
	Bueno/excelente	15	36.6
Calidad de vida	Mala	15	36.6
	Regular	18	43.9
	Buena	8	19.5

8.6 Correlaciones

Finalmente, se realizó una tabla de correlación, con la intención de identificar la asociación entre variables. Los resultados mostraron que la calidad de la vida presentó una asociación significativa con la evolución del tratamiento, la movilidad, la severidad de la enfermedad, el estado de salud y en especial correlación con la incidencia y grado en el que se presenta síntomas depresivos en la población (Tabla 7).

Tabla 7. Muestra las correlaciones entre calidad de vida con características del tratamiento, movilidad articular, severidad, depresión y estado de salud.

Calidad de vida		Mala	Regular	Buena	Chi	Sig.	Rho	Sig.
		% (f)	% (f)	% (f)				
Tratamiento	Sin cambios	73.3 (11)	44.4 (8)	0	11.33	0.003	0.52	0.001
	Ha mejorado	26.7 (4)	55.6 (10)	100 (8)				
Movilidad	Limitada	93.3 (14)	11.1 (2)	0	29.607	0.001	0.773	0.001
	Buena	6.7 (1)	88.9 (16)	100 (8)				
Severidad	Baja	0	5.6 (1)	25 (2)	28.114	0.001	-0.752	0.001
	Moderada	63.3 (8)	88.9 (16)	75 (6)				
	Severa	46.7 (7)	5.6 (1)	0				
Signos de Depresión	Bajo	19.2 (5)	87.5 (7)	42.9 (3)	12.659	0.013	-0.243	0.126
	Moderado	53.8 (14)	12.5 (1)	42.9 (3)				
	Alto	26.9 (7)	0	14.3 (1)				
Estado de salud	Malo /Regular	93.3 (14)	55.6 (10)	25 (2)	11.355	0.003	0.525	0.001
	Bueno /Excelente	6.7 (1)	44.4 (8)	75 (6)				

Posteriormente se quiso saber la relación de la severidad de la enfermedad (Tabla 8) respecto a los factores estimados. Los resultados mostraron una asociación significancia positiva con la percepción del estado de salud, dificultad para adquirir su tratamiento y el estado de salud movilidad-inflamación.

Tabla 8. Muestra las correlaciones entre severidad, estado de salud, dificultades del tratamiento y el estado de salud movilidad-inflamación.

Severidad		Bajo		Moderado		Grave		Chi	Sig.	Rho	Sig.
		(f)	%	(f)	%	(f)	%				
Percepción estado de salud	Malo/regular	0	0.0	0	0.0	0	0.0	80.189	0.017	-0.438	0.004
	Bueno	9	42.9	14	82.4	3	100				
	Excelente	12	57.1	3	17.6	0	0.0				
Dificultad para su tratamiento	No	18	85.7	5	29.4	3	100	40.116	0.001	0.712	0.001
	Si	3	14.3	12	70.6	0	0.0				
Salud Movilidad-inflamación	Mala	6	28.6	14	82.4	3	100	14.955	0.005	-0,464	0.002
	Regular	7	33.3	0	0.0	0	0.0				
	Buena	8	38.1	3	17.6	0	0.0				

Por último, se evaluó la relación entre la severidad con la que se presentan signos de depresión en la población y los factores estudiados, donde los resultados mostraron una relación significativa entre las variables de severidad, la frecuencia con la que experimentan pensamientos suicidas, ansiedad, insomnio y la movilidad que tienen para realizar sus actividades. Significando de esta manera que el grado en el que presentaron signos depresivos está relacionado directamente con la intensidad de la severidad con la que cursan su enfermedad y que la frecuencia con la que presentan signos depresivos se relaciona con el índice de severidad de los mismos (Tabla 9).

Tabla 9. Muestra las correlaciones entre la presencia de signos de depresión.

Depresión		Bajo	Moderado	Severo	Chi	Sig.
		% (f)	% (f)	% (f)		
Severidad	Baja	7.7 (2)	12.5 (1)	0	13.5	0.009
	Moderada	84.6 (22)	25 (2)	85.7 (6)		
	Severa	7.7 (2)	62.5 (5)	14.3 (1)		
Pensamientos suicidas	Nunca	84.6 (22)	100 (8)	42.9 (3)	9.524	0.049
	Algunas veces	7.7 (2)	0	42.9 (3)		
	Constantemente	7.7 (2)	0	14.3 (1)		
Signos de Ansiedad	Nunca	30.9 (8)	0	0	19.222	0.001
	Algunas veces	46.2 (12)	12.5 (1)	0		
	Constantemente	23.1 (6)	87.5 (7)	100 (7)		
Insomnio	Nunca	34.6 (9)	0	14.3 (1)	10.472	0.033
	Algunas veces	46.2 (12)	25 (2)	28.6 (2)		
	Constantemente	19.2 (5)	75 (6)	57.1 (4)		
Movilidad	No	26.9 (7)	75 (6)	42.9 (3)	5.995	0.05
	Si	73.1 (19)	25 (2)	57.1 (4)		

IX. DISCUSIÓN

La AR como enfermedad crónica, representa uno de los mayores retos que enfrenta la población que la padece, donde la inequidad en salud y la injusticia social son solo un fragmento de las limitaciones por las que atraviesa nuestro país y las ha convertido en un desafío desde lo económico, político, social y personal.

Los resultados en la presente investigación, tienen un significado multidimensional, el objetivo dentro de la rama de enfermería, es conocer el impacto de la salud mental y los factores que se encuentran relacionados con la calidad de vida de las mujeres con AR. Si bien, existen diversos estudios que describen la relación directa, este trabajo fue más allá de presentar cifras o porcentajes, ya que con base a los hallazgos encontrados en el estudio, la asociación de los trastornos conductuales y una mala calidad de vida, no son más que el resultado de una falta de abordaje e inclusión en todos los niveles de atención médica.

De esta manera, dentro de los factores sociodemográficos, la edad promedio fue de 43 años, mientras que el rango de edad que presentó mayor incidencia fue de 41 a 51 años. Existe evidencia de que la edad es un factor limitante. De acuerdo con el estudio realizado por Bordon Yegros en 2012, la AR se presenta en mujeres mayormente en edades reproductivas (15 a 49 años), las cuales se encuentran en una etapa no solo reproductiva, si no también laboral. De la misma forma Smolen y colaboradores en 2018 indicaron que la AR se vuelve comúnmente sintomática cerca de la mediana edad o en el momento de la menopausia. Por lo anterior, a pesar de que en nuestro estudio se presentó un mayor porcentaje de mujeres que padecían AR en períodos cercanos

al límite reproductivo, el 70.7% del universo se encontraba en una edad altamente reproductiva, además de que alrededor del 26.8% padecía aproximadamente más de 10 años con AR.

Por otro lado, en un estudio realizado previamente (Lujan, Ramírez, García, Berrocal, & Calvo, 2003) demostró que, a diferencia de otras investigaciones, el nivel académico no guarda ninguna relación directa con la aparición de AR y trastornos emocionales. Dicha investigación podría ser contraria a los resultados que arroja nuestro trabajo, ya que se demostró que alrededor del 78.1% de las mujeres dependía totalmente de otro individuo (padres, pareja, otro familiar) a pesar de que más del 50% poseía un nivel escolar profesional, dato preocupante, que demuestra el grado de afección emocional y funcional por las que atraviesan las pacientes con AR.

El estado nutricional encontrado, representa un foco rojo que actualmente asume un conflicto latente para la sociedad en el mundo, y principalmente en nuestro país. Si bien, tenemos en cuenta que el sobrepeso y la obesidad han aumentado en los últimos años; en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos a nivel mundial; México es uno de los países con un elevado índice, ocupando el segundo lugar en adultos y el primero en obesidad infantil, lo que significa que los pacientes con AR no están exentos de esta condición, a pesar de que cuentan con una dieta restringida en grasas, azúcares, carnes rojas, lácteos, entre otros. Una publicación realizada en 2018 por Álvarez y colaboradores sobre la asociación entre sobrepeso/obesidad y el estado clínico en mujeres con AR, demostró que los problemas nutricionales en personas con AR se asocian con un significativo número de actividad inflamatoria articular en comparación con pacientes con un IMC adecuado. En contraste, nuestros resultados muestran que alrededor del 58.6 % presentaba elevados índices de sobrepeso y obesidad de grado I y II, y que de manera paralela se considera

un factor de riesgo para la aparición de Diabetes Mellitus Tipo II (DMTII) o alguna otra enfermedad crónica.

Así mismo, las enfermedades crónicas, por su naturaleza multifactorial, se encuentran estrechamente relacionadas con la aparición de comorbilidades, sin embargo en las personas con AR, el índice de desarrollo va aumentando con el tiempo, en este caso, los resultados reportaron que un 40% de pacientes desarrollaron alguna comorbilidad a causa de su enfermedad. Por lo anterior, una de las interrogantes que aún falta por esclarecer, son condiciones o prácticas que llevaron al otro porcentaje de la población a no haber desarrollado una comorbilidad.

Como se mencionaba anteriormente, las limitaciones en el sistema de salud en México en los tres niveles de atención son consideradas un problema latente para el cuidado de las enfermedades con mayor carga de morbilidad y mortalidad; sin embargo, ¿qué pasa con las enfermedades como la AR? La AR actualmente es considerada una enfermedad rara que está presente en la población de nuestro país y según un estudio previo (Novoa & Cabello, 2015) acerca de la equidad en el acceso al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades raras, se consideran hoy por hoy, otro reto más para el sector salud, que aunque se presentan con un número bajo de afectados, puede provocar una serie de problemas estructurales, entre ellos un alto nivel de complejidad clínica que dificulta el dictamen médico y un déficit en el cuidado terapéutico del paciente. Por ende, una atención adecuada no es posible sin un diagnóstico correcto o si este se hace demasiado tarde, además que existen solo unos pocos centros especializados que pueden proporcionar estos servicios.

Además, a diferencia de otros padecimientos crónicos, su poca frecuencia las hace desconocidas no solo para el público en general, sino también para las cuestiones médicas y de investigación, para las cuales es necesario destinar un alto presupuesto económico, que el estado no costeará para beneficiar exclusivamente a un pequeño porcentaje de la población (Novoa & Cabello, 2015).

Por lo anterior, los resultados en cuanto a la capacidad para recibir un diagnóstico médico en una institución del sector público de salud, el 56.9% de la población estudiada optó por buscar un diagnóstico en los servicios del sector salud privado como estrategia para recibir una atención temprana. Conjuntamente, el 29.6% tardó en promedio de 1 a más de 5 años en recibir un diagnóstico médico desde el inicio de las manifestaciones clínicas. Esto significa un daño catastrófico para los pacientes y familiares, ya que un gran porcentaje de las pacientes tuvo un periodo extenso para averiguar la causa de su malestar, y como consecuencia, una rápida progresión de su enfermedad. También, existen diversos hallazgos que apuntan una directa responsabilidad al manejo deficiente en los niveles atención en nuestro sistema de salud. Los niveles de atención, se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. La OMS delimita tres niveles de atención “salud-enfermedad” para la vigilancia sanitaria de la población, dichos niveles se emplean como estrategia para el abordaje integral de las enfermedades y contiene medidas destinadas no solo a prevenir la aparición de la enfermedad, si no a detener su progresión.

El primer nivel (prevención primaria) es el primer contacto y se encarga de atender las necesidades básicas de la población, además, se ocupa de evitar la adquisición de la enfermedad

mediante la educación y promoción de la salud, eliminando los factores ambientales o modificables que propicien el desarrollo temprano del padecimiento, aunque si bien se sabe, la AR es una patología medianamente de factor hereditario, las intervenciones sanitarias para la erradicación de los causantes ambientales potenciales, no se ven percibidas por la población con los riesgos hereditarios presentes, ya que el 56.1% de las mujeres ignora cuál es el origen causal de su padecimiento. El segundo nivel (prevención secundaria) interviene cuando se inicia la enfermedad, el objetivo es buscar un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz, para impedir su progresión, sin embargo, los resultados afirman que cerca del 30% de las participantes tardó de 1 a más de 5 años en recibir un diagnóstico médico desde el inició de las primeras manifestaciones clínicas, lo que significa, una atención tardía y por consiguiente un daño articular grave e irreversible. El tercer nivel (prevención terciaria) se encarga llevar más lento el curso de la enfermedad, cuando ya se ha insaturado, además de atenuar las incapacidades existentes y reinsertar al enfermo a mejores condiciones de vida social y laboral, pero diferencia de ello, los índices de severidad, indican que en total el 63.4% presentaba un grado de severidad de moderado a severo respecto a su padecimiento. Estas cifras muestran que los escenarios en el proceso de tratamiento, no detienen la marcha de la AR, puesto que entre más pasa el tiempo, mayor es la severidad que presentan. Por ello, según la declaración de ALMA ATA en la conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) en septiembre de 1978 “Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacional, con la finalidad de mantener la atención primaria de salud completa en coordinación con otros sectores, en donde

deberán crear políticas para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles”.

En otro contexto, la situación económica de los mexicanos es aún más alarmante, pues el creciente aumento en las tasas de pobreza y de oportunidades económicas en México, no es nada favorable, por su parte, las enfermedades crónicas tienen actualmente un alto costo para los sistemas de salud que los vuelven incipientes y superan en ocasiones su capacidad de respuesta. En comparación con un estudio realizado, por Mould y colaboradores en 2008 sobre el costo de las principales enfermedades reumáticas en México, concluyó que desde la perspectiva del paciente, la principal enfermedad reumática inflamatoria en nuestro país que provoca altos costos en su población es la AR y donde aproximadamente el 15% del gasto familiar se destina a gastos por AR. Nuestros resultados, confirman lo anterior, donde, el 73.2% de la población dijo haber tenido problemas económicos a causa de su enfermedad; además de que el 34.1% no cuenta con facilidad para conseguir su tratamiento y en general el 17.1% de las mujeres dijo que los costos ascendían mensualmente a más de \$5,000 MNM, lo que rebasa el salario mínimo de los trabajadores en nuestro país (\$3,819.82 MNM) (Secretaría de Trabajo y Provisión Social, 2020).

En relación con la salud mental de los pacientes con una enfermedad crónica o aguda, es común encontrar una disminución de la capacidad funcional, los pacientes con AR, reportan mayor dolor articular, discapacidad y deterioro de su salud. (Lujan, Ramírez, García, Berrocal, & Calvo, 2003). Así mismo, se considera una afección bidireccional, puesto que la actividad de la AR favorece la aparición de la depresión, y su vez, la depresión influye en la actividad de la AR. Una publicación de (Ang, Choi, Kroenke, & Wolfe, 2005) acerca de la independencia que tenía la

depresión como comorbilidad en pacientes con AR, dicha investigación, demostró que la depresión aumenta significativamente el riesgo de mortalidad en pacientes con AR.

También, según Romero y colaboradores en 2010, en el desarrollo de depresión también influyen otros factores, además del dolor crónico y las limitaciones funcionales, tales como las carencias afectivas, la falta de apoyo familiar y social, los problemas laborales y la escasez de recursos económicos. En este trabajo dichos factores son los que determinan la calidad de vida de una persona, donde la frecuencia de cuadros depresivos fue de hasta un 40%, a pesar de que no se realizó un diagnóstico médico, el CIE-10 nos señala la definición del TDM y la sintomatología clínica de un trastorno depresivo que puede evaluarse a través de valoraciones estandarizadas basadas en la misma clasificación. Así mismo, según (Lujan, Ramírez, García, Berrocal, & Calvo, 2003), las entrevistas y la depresión clínica formal, producen tasas más bajas de prevalencia que los cuestionarios de autoinforme para la medición de la frecuencia de trastornos depresivos. En este estudio, los resultados mostraron una frecuencia de hasta un 40% de síntomas depresivos de moderados a severos, además, el 100% de la población, dijo haber experimentado cuadros depresivos de leves a severos. Así mismo, en cuanto a la correlación que existe entre los signos depresivos y la calidad de vida, se encontró que existe una asociación directa entre estas 2 variables.

Además, un artículo publicado por (Espinoza Balderas, Hernández Sosa, & Cerdán Galán, 2017), acerca de la calidad de vida y el estado funcional de las personas con AR, los resultados mostraron que los pacientes con AR presentaban una buena calidad de vida, sin embargo, con respecto a la discapacidad funcional, esta se mostró en un grado leve. En relación con la calidad

de vida evaluada en este trabajo, el 80.5 % de las pacientes mostraron calidad de vida regular y mala, sin embargo, las cifras de severidad se encontraban con 39.2% en estado moderado a severo. Así mismo, se pudo observar que los factores que más se asocian con la calidad de vida fue el tiempo que tardaron para recibir un diagnóstico, la presencia de dificultades para conseguir su tratamiento, el tiempo de cronicidad con AR, la percepción del estado de salud y la presencia de cuadros depresivos.

X. CONCLUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se llegó a las siguientes conclusiones. La artritis reumatoide es una enfermedad, crónica, que implica la evaluación de diversos factores que afecten la calidad de vida de las personas. La presente investigación tuvo como objetivo fundamental buscar una asociación directa entre la presencia de signos depresivos que fueran un hallazgo para sospechar la aparición de algún trastorno depresivo como resultado de una mala calidad de vida; sin embargo en el transcurso de la investigación se formularon hipótesis que involucraban otras variables presentes dentro del estudio y que al ser asociadas a las variables principales, donde la calidad de vida y la incidencia de signos depresivos tuvo una correlación negativa. Sin embargo, se pudo determinar que en este estudio, la presencia de signos depresivos se encontró en un 100% de la población, en diferentes grados, por lo que aunque tiene una relación con la baja calidad de vida, existen otros factores que si están afectando de manera directa y significativa la calidad de vida de las mujeres con AR. De esta manera, un resultado importante fue determinar que aunque muchos estudios se basan en asociar directamente la depresión como causa de una calidad de vida deficiente, los verdaderos retos que coadyuvan a desencadenar problemas en el ecosistema vital de una persona con AR, van desde el aspecto económico y la responsabilidad de un sustento financiero que corre a cargo de la familia debido a las limitaciones físicas y psicológicas que le impiden al enfermo ejecutar su profesión u oficio; la severidad que presenta el enfermo por las limitaciones físicas para realizar sus actividades diarias a consecuencia de un diagnóstico tardío y la actitud con la que enfrentan y percibe el avance de su enfermedad

En resumen, si bien la AR es una enfermedad que afecta a un pequeño porcentaje de la población mundial, no quiere decir que sea un problema sanitario de menor relevancia que las demás patologías. El artículo 4º de la constitución señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud los brindará la federación; no obstante, actualmente existe un rezago en la atención de los servicios de salud, donde solo una parte de la población puede gozar de una atención integral respecto a la cobertura de los gastos por AR y que dicho anteriormente, la sociedad no cuenta con las condiciones económicas suficientes para llevar un tratamiento de calidad: oportuno, individualizado, eficaz y controlado.

Es preciso recalcar que se necesitan más estudios que sirvan de apoyo para formar políticas públicas, grupos de apoyo y directrices para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación pertinente de las personas con AR y ser evaluados por autoridades sanitarias para frenar el deterioro vital que ocasionan dichos trastornos.

XI. REFERENCIAS

- AMEPAR. (2017). *Cifras en México*. Obtenido de Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide: <https://amepar.org.mx/cifras-en-mexico/>
- Ang, D., Choi, H., Kroenke, K., & Wolfe, F. (2005). Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 1-7.
- Barton, J., & Yelin, E. (2008). Medicamentos para la artritis reumatoide. *Eisenberg Center* , 1-16.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2009). *Inventario de depresión de Beck* (1 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Berenzon , S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina Mora, M. E. (2012). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública en México*, 1-7.
- Bordon, Y. M. (junio de 2012). Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea. *Eureka*, 1-10.
- Bousoño, M., Baca Baldomero, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., Roca, M., & Urretavizcaya, M. (2008). Complicaciones de la depresión a largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1-10.
- Cantabrana, A. A., & Días del Campo, F. P. (Febrero de 2017). Aprendiendo a vivir con la artritis reumatoide. *Sociedad Española de Reumatología*, 1-51.
- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*.
- Cruzblanca Hernández, H., Lupercio Coronel, P., Collas Aguilar, J., & Castro Rodríguez , E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 29(1), 1-12.
- Del Monaco, R. (2013). Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. *Revista de Saúde Coletiva*, 1-22.
- Díaz Rodríguez, G., Reyes Morales, H., López Caudana, A. E., Caraveo Anduaga, J., & Atrián Salazar, M. L. (Agosto de 2006). Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria. *Ric* , 58(5), 1-9.
- Diez Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benete Galvez, Y., Galán Rodas, E., Medina Verástegui, J. C., . . . Miranda, J. J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la

- integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 1-6.
- Espinoza Balderas, D., Hernández Sosa, M. d., & Cerdán Galán, M. (2017). Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Atención Familiar*, 1-5.
- Esteve, V. J., Batle, G. E., & Reig, A. (1993). Spanish version of the health assessment questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *Journal rheumatology*.
- Franco Aguirrea, J. Q., Cardona Tapiasb, A. A., & Cardona-Arias, J. A. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con artritis reumatoide en Medellín, Colombia. *Elsevier*, 1-9.
- Gamero García, D. (2 de Julio de 2018). Artritis Reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Revista de medicina e investigación Universidad Autonoma del Estado de México*, 6(2), 53-61.
- H. Cardiel, M., Carrillo, S., & Pérez, M. (2018). *Actualización de la guía del Colegio Mexicano de Reumatología para el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide*. México: 9 Elsevier España, SLU y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología.
- Halminton, M. (1960). Halminton Depresión Rating Scale (HDRS). *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1-7.
- Heinze Martin, G., & Camacho Segura, P. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la depresión*. (S. Berenzon, J. del Bosque, J. Alfaro, & M. Medina Mora, Edits.) México.
- Hernandez, M. (2 de julio de 2016). *EyrieSalud*. Recuperado el 9 de Abril de 2019, de ¿Por que los antiinflamatorios hacen daño al estomago?: <http://www.eyriesalud.com/2016/07/02/los-antiinflamatorios-hacen-dano-al-estomago/>
- INEGI. (3 de Julio de 2015). *Radio Formula*. Recuperado el 9 de Marzo de 2019, de Notas: <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=515168&idFC=2015>
- Kreonke, K., Robert, L., Spitzer, Janet, B. W., & Williams. (2001). Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 1-8.
- Ledón, L. L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de salud pública*, 1-12.
- Leon Mateos, L. (2020). Psychosocial aspects of rheumatic and musculoskeletal diseases. *Reumatología Clínica*, 16, 1-2.
- Lujan, W., Ramírez, E., García, J., Berrocal, A., & Calvo, A. (2003). Factores de riesgo asociado a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Revista peruana de reumatología*.

- Martinez, V. J. (2006). Criocirugía en nódulos reumatoides: reportes de un caso clínico. *Perla terapéutica*, 1-4.
- Mateos, L. L. (2020). *Aspectos psicosociales de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas*. Madrid, España : Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología.
- Mendoza, V. G., Rocha Muñoz, A. D., Guerra Soto, A. d., Ramirez Villafana, M., González Sánchez, A. G., Gámez Nava, J. I., & Nava, A. (2013). Artritis reumatoide y dislipidemias. *El residente*, 1-11.
- Montalvo, P. A., Cabrera, N. B., & Quiñones, A. S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de la literatura. *Aquichan*.
- Novoa, S. F., & Cabello, A. J. (2015). Ethics of equity and justice in access to diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with rare diseases. *Revista Médica Clínica Los Cóndes*, 1-6.
- Oliva, G. E., Martinez, G. M., Zapata, Z. M., & Sánchez, R. S. (2012). Artritis reumatoide: prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. *iMedPub Journals*, 8(1:3), 1-7.
- Ordoñez Flores, L. (2017). Proceso de atención de enfermería, caso clínico. Depresión. Perú.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (13 de Abril de 2021). *Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pascual, S. A., & Caballo, E. C. (Abril de 2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería global*, 1-14.
- Pelaéz, B. I., Sanin, L., Moreno Montoya, J., Álvarez Nemegyel, J., Burgos Vargas, R., Garza Elisondo, M., . . . Cardiel, M. (2011). Epidemiología de las enfermedades reumáticas en México. Un estudio de 5 regiones basado en la metodología COPCORD. *El diario de Reumatología*, 1-7.
- Puebla, D. F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 1-5.
- Riveiro, N. R., Valcárcel Ares, M. N., Almonte Becerril, M., Vaamonde García, C., Loureiro, J., Herminda Carballo, L., . . . López Armada, M. J. (June de 2016). Resveratrol lowers

- synovial hyperplasia, inflammatory markers and axidative damage in an acute antigen-induced arthritis model. *Rheumatology*, 55(10), 1-12.
- Romero, J. ., Stajnsznajder, P., Cassan, A., & Ignacio, T. A. (2010). *Artritis reumatoide. Información para pacientes y familiares*. Barcelona: Letramedica SCP.
- Ruiz, E. V., & Sanmartí, R. (2012). Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*, 1-9.
- Sánchez, R. S., López, L. F., & Carreño, L. (Noviembre de 2010). Interleucinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citocinas proinflamatorias. *Reumatología Clínica*, 1-5.
- Secretaria de Salud. (2010). *Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto*. México: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud.
- Secretaría de Trabajo y Provisión Social. (2020). *Aumento de 20% al salario minimo para 2020*. Obtenido de <https://www.gob.mx/stps/prensa/>
- Smolen S, J., Aletaha, D., Barton , A., Burmester R, G., Emery, P., Firestein, G. S., . . . Kazuhiko, Y. (2018). Rheumatoid Arthritis. *Primer*, 1-23.
- Sola, B. (2012). *Cronica*. Recuperado el 9 de Abril de 2019, de Poca atencion en pacientes de artritis reumatoide: <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/638447.html>
- Taboadela, C. H. (2007). *Goniometría. Una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales* (1 ed.). (E. Lafita, Ed.) Buenos Aires.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología*. Editorial Médica Panamericana.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1-13.

ANEXO 1. CUESTIONARIO

La sinceridad con que responda el siguiente cuestionario será de gran utilidad para nuestra investigación, la información que proporcione será totalmente confidencial. Por favor, responde todas las preguntas.

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura _____ Lugar de procedencia: _____

Nivel de estudios: _____ Estado civil: _____

1. ¿Desde hace cuánto tiempo fue diagnosticado con Artritis Reumatoide?

- a) Menos de 5 años
- b) entre 5 y 10 años
- c) Más de 10 años
- d) No tengo diagnóstico oficial

2. ¿Dónde fue diagnosticado?

- a) Institución privada
- b) Pública
- c) No tengo diagnóstico oficial

3. ¿Cuánto tiempo tardó para recibir un diagnóstico médico?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 – 2 años
- c) De 3 – 5 años
- d) Más de 5 años

4. ¿Conoce cómo se origina la enfermedad que padece?

- a) SI
- b) NO

5. ¿Alguien de su familia padece de artritis reumatoide?

- a) SI
- b) NO

6. En caso de que haya respondido sí, ¿Quién?

- a) Padres
- b) Abuelos
- c) Otros _____

7. ¿Usted padece alguna otra enfermedad crónica?

- a) No
- b) Diabetes
- c) Hipertensión
- d) Enfermedad del corazón
- e) Otra: _____

8. ¿Antes de su enfermedad tuvo alguna infección que fuera tratada con antibióticos por un largo tiempo?

- a) SI ¿Cuál?

- b) NO

9. ¿Cómo diría que es su salud actualmente?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

10. ¿Qué articulaciones son las más afectadas?

- e) Dedos de las manos
- f) Muñeca
- g) Codos
- h) Rodillas
- i) Tobillos

- j) Dedos de los pies
- k) Otro: _____

11. ¿Qué síntoma es más frecuente?

- a) Dolor
- b) Inflamación
- c) Rigidez
- d)

12. ¿En qué momento del día siente más dolor?

- a) Al levantarse
- b) En la Tarde
- c) En la Noche
- d) Todo el tiempo

13. ¿Qué fuerte es el dolor?

- a) Muy fuerte
- b) Fuerte pero tolerable
- c) Poco
- d) No tengo dolor

14. ¿Qué tratamiento utiliza además actualmente?

- e) Farmacológico
- f) Tratamiento alternativo
- g) Combino ambos tratamientos

15. ¿Lleva al pie de la letra su tratamiento?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces

16. ¿Cuánto tiempo lleva hasta el día de hoy con su actual tratamiento?

- a) Menos de año
- b) Entre 1 y dos años
- c) Entre 3 y 5 años
- d) Más de 5 años

17. ¿Con que frecuencia asiste a su consulta

- a) solo cuando me siento mal
- b) 1 a 2 veces al año
- c) De 3 a 6 veces al año
- d) Cada mes
- e) 1 a 2 veces al mes

18. Cuando usted se siente mejor, ¿deja algunas veces de tomar su medicamento?

- a) SI
- b) NO

19. ¿Qué procedimientos se realizan durante su asistencia al servicio que la trata?

- a) Revisión física
- b) Seguimiento de tratamiento
- c) Todas las anteriores
- d) Otro _____

20. Cuando se ha sentido muy mal por algún tratamiento (medicamento/terapias) ¿deja de tomarlo?

- a) SI
- b) NO hasta que lo termine

21. ¿Qué acciones realiza durante el día para aliviar el dolor?

- a) Ejercicios
- b) Tomo medicamentos
- c) Nada
- d) Otro: _____

¿Cuál?

22. ¿Es doloroso el uso de su tratamiento?

- a) Nada
- b) Poco
- c) Mucho
- d) Algunas veces

23. ¿Por su enfermedad ha tenido problemas en otras áreas del cuerpo?

- a) Si
- b) No
- c) ¿En _____ qué?

24. ¿Cómo describiría el avance de su enfermedad

- a) No ha avanzado desde el diagnóstico
- b) Ha empeorado
- c) Ha mejorado

25. Si preguntamos, que grado de dolor presenta debido a su enfermedad

- a) Menor que cuando inicie el tratamiento actual
- b) Mayor que cuando inicie mi tratamiento
- c) No se ha modificado el dolor

26. ¿Se realizó análisis de sangre antes de haber iniciado su tratamiento?

- a) SI
- b) No

27. ¿Alguna vez su enfermedad le ha generado problemas para desarrollar su trabajo normalmente?

- a) SI
- b) NO
- c) Algunas veces

28. ¿Quién le ayuda en la realización de la mayor parte de las actividades?

- a) Nadie
- b) Pareja
- c) Hijos
- d) Otro

29. ¿Quién lleva el sustento en su hogar?

- a) Padres
- b) Pareja
- c) Otro

30. ¿Se le facilita conseguir su tratamiento?

- a) SI
- b) NO
- c) ¿Por _____ qué?

31. ¿Cuál es el gasto aproximado que usa para su tratamiento de manera mensual?

32. En los últimos 6 meses ¿Cuántas veces ha visitado al médico? _____ visitas

33. ¿Considera que los gastos por su enfermedad le causan problemas económicos?

- a) SI
- b) NO
- c) Algunas veces

34. ¿Ha notado si algún alimento le genera que aumente el dolor o la rigidez?

- a) NO
- b) SI
- c) ¿Cuál?

Las siguientes preguntas están relacionadas en cómo ha repercutido su enfermedad en las actividades diarias, responda como se siente la mayor parte del tiempo.

35. ¿Durante la última semana, ¿ha sido capaz de...?

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y amarrar sus zapatos.				
Acostarse y levantarse de algún asiento de manera natural, sin esfuerzo.				
Cortar un filete de carne.				
Abrir un cartón de leche nuevo.				
Caminar largas distancias.				
Subir y bajar escalones.				
Abrir y cerrar llaves.				

36. Indique con una **X**, cuál es el nivel de dolor que presenta antes de realizar/ tomar su tratamiento.

37. Indique con una **X**, del 1 al 10 cuál es el nivel de dolor que presenta después de realizar su tratamiento



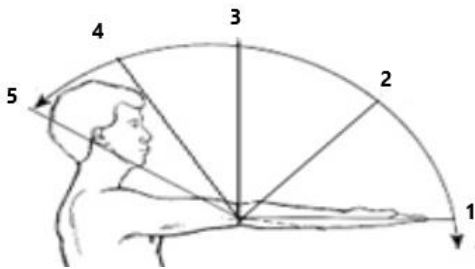
38. Presione durante 5 segundos con su dedo índice sobre la superficie de la piel que presente inflamación. Puede ser el dorso de las manos o pies; codos o rodillas. Elija la imagen que se parezca más a su situación, después de presionar la zona.

Desaparición instantánea			
	Recuperación entre 15 y 30 segundos después	Recuperación en un tiempo entre 40 segundos y 1 minuto	Recuperación del tono normal después de 1 min

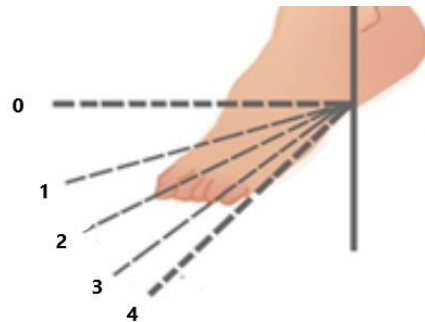
39. ¿Es capaz de cerrar el puño sin problemas? Seleccione con una X la opción de la acción que logre realizar.



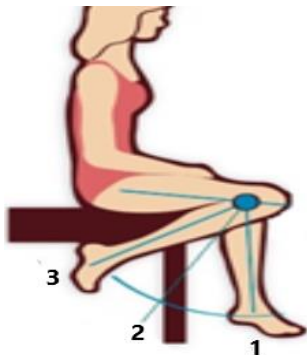
40. De acuerdo con la siguiente imagen, intente realizar la actividad e indique ¿Hasta qué grado puede flexionar su brazo sin presentar dificultad? Indique el número _____



42. De acuerdo con la imagen, ¿Hasta qué puede grado extender su tobillo sin presentar dolor o molestias?



41. De acuerdo con la siguiente imagen, ¿Hasta qué ángulo puede flexionar su rodilla sin presentar dificultad?



43. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido?

	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita nada
Le limita a generar esfuerzos			
Bañarse o vestirse			
Trabajar normalmente			
Realizar quehaceres del hogar			
Salir con amigos, convivir con familia			

44. El uso de su tratamiento actual ha....

	Mucho	Poco	Nada
Ha reducido la fatiga o cansancio.			
Ha reducido el dolor.			
Ha reducido la rigidez.			
Ha mejorado mi estado de salud.			

45. Escribe una X en la respuesta que más se acerque a su situación. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia tu padecimiento ha generado que te sientas así:

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
Desanimado o triste				
Desalentado, sin esperanza				
Fracasado				
Pérdida de placer o interés				
Culpabilidad				
Siente que está siendo castigado				
Decepción				
Me crítico constantemente				
He tenido pensamientos suicidas				
Lloro más de lo normal				
Sentimientos de agitación o ansiedad				
He perdido el interés en cosas que me interesaban				
Dificultad para tomar decisiones				
Siento que no me valoran				
Me siento sin energía				
Me cuesta trabajo dormir o duermo menos de lo habitual				
Me siento irritable				
Mi apetito es mayor o menor del habitual				
Me cuesta trabajo concentrarme				
Me siento cansado o fatigado				

46. Coloque sus niveles de lo siguiente, solo si se ha medido en los últimos 3 meses

Glucosa	
Presión arterial	

47. ¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

- a) NO
- b) SI
- c) ¿Quién?

48. ¿Cuánto tiempo ha tardado en contestar el cuestionario?

ANEXO 2. ESCALAS DE VALORACION BECK

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO 3. CUESTIONARIO HAQ.

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española

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

ANEXO 4. ESCALA VALORACIÓN SIGNO DE GODET

<i>Grado</i>	<i>Símbolo</i>	<i>Magnitud</i>	<i>Extensión</i>
<i>Grado I</i>	+ / +++++	Leve Depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea.
<i>Grado II</i>	++ / +++++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos.
<i>Grado III</i>	+++ / +++++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
<i>Grado IV</i>	++++ / +++++	Depresión Profunda de hasta 1cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

ANEXO 5. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD INTERCULTURAL DEL ESTADO DE PUEBLA Licenciatura en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide y su asociación con la presencia de signos de depresión”

Objetivo de la investigación: Determinar la relación entre calidad de vida y la incidencia de signos de depresión en mujeres con artritis reumatoide de 24 a 65 años de edad.

Tiempo requerido para cada sesión: El tiempo estimado para contestar el cuestionario será de 20 minutos

Participación voluntaria: La participación es estrictamente voluntaria

Confidencialidad: El proceso será estrictamente confidencial y anónimo.

Firmo de consentimiento informado que he leído y comprendido la información que aquí se me presenta para participar en el estudio “Calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide y su asociación con la presencia de signos de depresión”

Firma del participante
