



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA DE BAJA CALIFORNIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
MEXICALI, B. C.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN GENERAL DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título

**Frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con
Artritis Reumatoide en el Hospital General de Zona No. 30 del IMSS en
Mexicali, Baja California**

Trabajo que para obtener el diploma de Especialidad en Medicina familiar.

Investigador principal:

Dra. Nadia Alejandra Barbosa Coronado
Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

Asesor responsable

Dr. Edgar García Duarte

Asesor temático

Dra. Espericueta Arriola Grissel

Investigadores Asociados:

Dra. Vanessa Johanna Caro

Dr. Alberto Barreras Serrano

Mexicali, Baja California, 24 de Junio 2022.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Jueves, 24 de febrero de 2022

M.E. EDGAR GARCÍA DUARTE

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis reumatoide en el Hospital General de Zona No.30 IMSS en Mexicali, Baja California**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-204-026

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

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Tesista: Nadia Alejandra Barbosa Coronado

Adscripción: Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar

Matricula: 98029543

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: (871) 782 4958

Correo electrónico: naadia07@hotmail.com

Investigador responsable: Dr. Edgar García Duarte

Adscripción: Hospital General de Zona (HGZ) No. 30

Matricula: 99190815

Lugar de trabajo: IMSS

Teléfono: (686) 509 9639

Correo electrónico: edgar.garcia@imss.gob.mx

Investigador temático: Dra. Espericueta Arriola Grissel

Adscripción: HGZ No. 30

Matricula: 99022394

Lugar de trabajo: IMSS

Teléfono (686) 276 9712

Correo electrónico: grissel77@hotmail.com

Investigador metodológico: Dra. Vanessa Johanna Caro

Adscripción: UMF No. 28

Matricula: 99264825

Lugar de trabajo: IMSS

Teléfono: (686) 555 5550 extensión 31409

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador estadístico: Dr. Alberto Barreras Serrano

Adscripción: Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias

Lugar de trabajo: UABC Mexicali

Teléfono: 686 225 5342

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

Identificación de investigadores	3
Resumen	5
Marco Teórico	6
Antecedentes	12
Justificación	16
Planteamiento del problema	17
Objetivos	18
Material y métodos	19
• Diseño del estudio	19
• Lugar de realización del estudio	19
• Período de estudio	19
• Marco muestral	19
• Criterios de selección	19
• Procedimientos	21
• Definición y Operacionalización de las variables	22
• Análisis estadísticos	23
Aspectos Éticos y de Bioseguridad	24
Resultados	25
Discusión	38
Conclusiones	40
Referencias bibliográficas	41
Anexos	45

RESUMEN

Frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital General de Zona No.30 del IMSS en Mexicali, Baja California

Dra. Nadia Alejandra Barbosa Coronado, Dr. Edgar García Duarte,
Dra. Grissel Espericueta Arriola, Dra. Vanessa Johana Caro, Dr. Alberto Barreras Serrano

Introducción: Los desórdenes mentales, como la presencia de depresión, están en relación con el proceso inflamatorio crónico que caracteriza a los pacientes con Artritis Reumatoide, esta última, genera discapacidad y afectación del bienestar físico y psicológico del paciente; por lo cual es importante diagnosticarla y tratarla oportunamente bajo un manejo multidisciplinario, incluyendo a la depresión debido a que se considerada un problema de salud mental a nivel mundial. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital General de Zona No. 30 del IMSS en Mexicali, Baja California. **Material y métodos:** Previa autorización por el Comité Local de Ética e Investigación, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la consulta de reumatología del Hospital General de Zona No. 30, en el periodo marzo a mayo 2022. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Artritis Reumatoide, a los cuales se les aplicó la encuesta de depresión *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* y la de actividad inflamatoria de la enfermedad con el cuestionario *RAPID3*. **Análisis estadístico:** utilizo estadística descriptiva, y análisis por medio de tablas de frecuencia. Se estimó la asociación entre actividad y casos positivos a depresión. **Resultados:** Se encontró que 102 de los 116 paciente (87.93%) presentaron actividad infamatoria de la enfermedad, de ellos, 74 pacientes (72.55%) con depresión y 28 pacientes (27.45%) sin depresión a diferencia de los pacientes con remisión de la enfermedad que fueron 14 de los 116 (12.07%), de los cuales, se encontró que 2 pacientes (14.29%) presentaban depresión y 12 pacientes (85.71%) sin depresión. **Conclusión:** La Artritis reumatoide es una enfermedad que dentro de todos sus aspectos genera deterioro al paciente, es una enfermedad que aumenta las emociones negativas en el paciente como lo es la depresión con el 65.5%, ya que se demostró que la mayoría de nuestros pacientes con esta enfermedad articular presentaron síntomas de depresión ya sea, leve, moderado, severo y muy severo.

Palabras claves: depresión, Artritis Reumatoide, actividad inflamatoria.

MARCO TEÓRICO

Depresión y Artritis Reumatoide

Actualmente los trastornos de salud mental se han relacionado con múltiples enfermedades, entre ellas, se encuentra la Artritis Reumatoide (AR), la cual se ve exacerbada ante la presencia de depresión. ¹ La prevalencia de depresión en pacientes con AR es del 14-48%, lo que, a su vez se asocia a un índice mayor de actividad inflamatoria de la enfermedad. ²

La AR y los síntomas depresivos se relacionan a un impacto negativo en la salud pública por la discapacidad que generan, donde la depresión es considerada una enfermedad recurrente con un alto impacto económico y social; la cual deteriora la condición clínica, ocasionado aumento en la severidad del dolor, aumento en la actividad inflamatoria; síntomas que generan un trastorno en el estado de ánimo, asociada a una peor percepción de la enfermedad y efectos negativos en la calidad de vida del paciente. A su vez genera discapacidad tanto mental como física y se asocia a mayor riesgo de muerte. ³

La AR es una enfermedad que afecta a las personas en sus años más productivos de vida, es caracterizada por destrucción progresiva de las articulaciones, deformidad articular que producen discapacidad, disminución en la productividad y pérdida de la mayor parte de las funciones que realiza en su vida diaria. El curso de la enfermedad articular es dolorosa, por lo que predispone al paciente a desarrollar consecuencias secundarias como la depresión. ³

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece a la depresión como un trastorno mental caracterizado frecuentemente por la presencia de pérdida de interés y del placer, tristeza, baja autoestima, culpa, trastornos del sueño, alteración del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. A pesar de la existencia de tratamiento psicológico y farmacológico para depresión moderada y

severa, en países de ingresos bajos y medios entre 76 y 85% de la población que presenta desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento para esta enfermedad, siendo aproximadamente la mitad de los casos de ansiedad o depresión que no se diagnostican y sólo la mitad de los pacientes diagnosticados reciben un tratamiento médico. ⁴

Existe relación entre las enfermedades crónicas y la depresión; entre ellas se encuentra la AR, la cual es una enfermedad autoinmune y crónica degenerativa; por lo que resulta preocupante la influencia de los síntomas depresivos en relación a una tasa menor de remisión de esta enfermedad e impacto negativo en la funcionalidad del paciente. Se ha asociado a una baja adherencia al tratamiento farmacológico y a una mayor discapacidad laboral debido a que se asocia a mayor actividad de la enfermedad. ^{5,6}

Epidemiología

La OMS establece que la depresión es un trastorno mental común, se estima que en 5% de los adultos la padece a nivel mundial; es la principal causa de discapacidad. Afecta más a la mujer que al hombre y puede llevar al suicidio. ⁴

En México la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 muestra una prevalencia del síndrome depresivo en adultos fue del 15.4% y la ENSA 2018-2019 del 13.6%.⁷

Diagnóstico

La Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10) clasifica la depresión como: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos entre otros como, el episodio depresivo no especificada; ⁸ mientras que la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), clasifica como trastornos del estado de ánimo en trastornos depresivos y trastornos bipolares. ⁹

Existen diferentes encuestas para detectar síntomas de depresión, pero pocas están validadas al español e incluyen los criterios del DSM-IV, la encuesta de Depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9) cumple con estos dos criterios, por ello se utilizará en el presente estudio y se describirá a continuación:

Encuesta de Depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Es una versión de 9 ítems del cuestionario de salud del paciente derivado de la Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD, es una herramienta de detección de los síntomas de depresión en la atención primaria basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, se ha traducido a varios idiomas. Fue validado al español en el año 2019 en Colombia, tiene un alfa de Cronbach 0,835, sensibilidad (88 %) y especificidad (92 %). Se contesta en aproximadamente 10 minutos. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a 0= casi nunca, 1= algunos días. 2= más de la mitad de los días, 3= casi todos los días. Según el puntaje total obtenido en la escala, se obtiene la siguiente clasificación. 0-4: Sin depresión, 5-9: depresión leve, 10-14: depresión moderada, 15-19: depresión severa, 20 -27: depresión muy severa. ¹⁰ (Anexo 1)

La Guía de Práctica Clínica menciona que en la depresión leve-moderada se recomienda tratamiento psicológico breve (terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) de seis a ocho sesiones durante 10-12 semanas; y de 16-20 sesiones durante 5 meses en la depresión moderada-grave; en general recomienda dar tratamiento farmacológico y no farmacológico por un tiempo mayor a 8 meses con la finalidad de evitar recaídas y mejorar el pronóstico. ¹¹

Tratamiento

El tratamiento antidepresivo actualmente se encuentra reservado para los pacientes que presentan depresión moderada a grave, y en algunos pacientes con depresión leve. Dentro los principales medicamentos para el trastorno depresivo encontramos a los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) como uno de los principales grupos de tratamiento para esta enfermedad. ¹²

Artritis reumatoide

La AR es una enfermedad de origen autoinmune con inflamación sistémica, de curso progresivo y crónico; la cual genera destrucción articular y puede ocasionar discapacidad funcional. Se caracteriza por dolor y rigidez matutina con un tiempo mayor a una hora, donde hay afectación articular simétrica, y esto genera limitación de los movimientos. Puede acompañarse además de otros síntomas extra articulares como fatiga, anorexia, nódulos reumatoideos y con afectación a otros órganos y sistemas, caracterizado por su daño articular siendo la primera causa de mortalidad en estos pacientes. ¹³⁻¹⁵

Se ha encontrado que la AR genera una afectación al individuo a nivel cognitivo, conductual y emocional desde el momento en que se le informa el diagnóstico de su enfermedad. El paciente inicia con signos y síntomas que van manifestándose con distintos grados de la enfermedad, afectando la movilidad que conllevan a la disminución o pérdida de las funciones y requiere de cuidado personal, todo esto considerado un conjunto de factores que puede producir efectos negativos en la persona como son la presencia de emociones negativas, ansiedad, depresión, tristeza o ira. El control de los síntomas psicológicos, una adecuada información y aceptación de la enfermedad, mejoran la relación médico paciente, apego al tratamiento farmacológico y el curso de la enfermedad. ¹⁵⁻¹⁷

Epidemiología de la AR

La prevalencia de la AR, es variable para países de ingresos bajos o medios fueron 0.40% para el sudeste asiático, Europa 0.37% y América el 1.25%. ¹⁸ En México la prevalencia es de 1.6%. ¹⁹ Las artropatías representan casi el 6% del total de la Carga Global de Enfermedad a nivel mundial, con más de 140 millones de Años de Vida ajustados por Discapacidad y mala salud. ²⁰

En el IMSS, en el año 2018, la artrosis se ubicó entre los diez principales motivos de consulta de medicina familiar y de especialidades, al brindar alrededor de 3 299 503 consultas. ²¹

Diagnóstico de la AR

De acuerdo a los criterios de clasificación de Artritis Reumatoide 2010 del Colegio Americano de Reumatología (ACR) ²² y la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR), ²³ son caracterizados por ser los más útiles para clasificar la AR, donde una puntuación mayor o igual de seis puntos se considera como diagnóstico. Los criterios a evaluar son: cantidad de articulaciones afectadas, serología de factor reumatoide y anti péptido cíclico citrulinado, velocidad de sedimentación globular y tiempo de evolución de los síntomas.

Con el paso de los años se han desarrollado y validado varias escalas clínicas para medir la actividad de la enfermedad inflamatoria articular, entre ellas el índice clínico de actividad inflamatoria de la enfermedad de Artritis reumatoide (CDAI) para ser utilizada por el médico de primer nivel de atención por su facilidad de no requerir parámetros de laboratorio para medir la actividad de la enfermedad, sino solo realizar el recuento de 28 articulaciones dolorosas, infladas y visión análogo del dolor por el paciente y médico. ²⁴

Escala RAPID 3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3), esta escala mide el índice de actividad de la AR, no requiere parámetros de laboratorio; puede ser auto administrada por el paciente; fue desarrollada por Pincus et al., ²⁵ en el año 2008, y validada al idioma español por Maldonado et al., ²⁶ en el año 2011; tiene un alfa de Cronbach de 0,90 y reproductibilidad de 0,96. Es la que se utilizará en el presente estudio. Esta escala incluye tres medidas auto reportadas por el paciente: (Anexo 2)

- a) Función Física, la cual cuenta con 10 ítems, con respuesta con escala de Likert: sin ninguna dificultad (0 puntos), con algo de dificultad (1 punto), con mucha dificultad (2 puntos) e imposible de hacer (3 puntos).

- b) Dolor, es una pregunta con escala del dolor que va desde sin ningún dolor (0 puntos) hasta el peor dolor que se pueda imaginar (10 puntos).
- c) Evaluación global de la enfermedad, es una pregunta con escala que va desde muy bien (0 puntos) hasta muy mal (10 puntos). ^{25,26}

Puede ser contestada por el paciente en aproximadamente de 5 a 10 minutos. El tiempo en calcular el cuestionario por parte del médico es de 11 segundos. Los rangos de puntuación se interpretan de la siguiente manera: De 0 a 3: Remisión de la enfermedad; 3.01 a 6: Baja actividad de la enfermedad; 6.01 a 12: Moderada actividad de la enfermedad y más de 12: Alta actividad de la enfermedad. ^{25,26}

Tratamiento de la AR

El objetivo terapéutico actual es inducir la remisión clínica mantenida, o lograr una baja actividad inflamatoria, esto se logra mediante un abordaje precoz y la instauración de un tratamiento inductor de la remisión en cuanto se realice el diagnóstico. Es recomendado que los pacientes que han sido diagnosticados con AR, se les inicie de manera inmediata la aplicación de los Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FARME) como son: el Metotrexato, Hidroxicloroquina, Leflunomida, Ciclosporina, Penicilamina y Sulfasalazina; ya que se ha demostrado que un tratamiento antes de los 3 meses de haber realizado el diagnóstico beneficia a una menor progresión radiológica de la afectación articular, con una mejor respuesta de tratamiento y pronóstico más favorable. A su vez se recomienda valorar la actividad de la enfermedad cada 1 a 3 meses mediante la medición de biomarcadores. Existen otros fármacos que se pueden utilizar junto con los FARME como son los antiinflamatorios no esteroideos, glucocorticoides, etc. ²⁷

ANTECEDENTES

Kong en el año 2020 en Ecuador, Quito, realizó un estudio transversal en pacientes con AR que acuden a consulta de reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín, para detectar la prevalencia de depresión en esta población por medio de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológico (CES-C) y su relación con la AR. El 48% de la población presentó depresión, y fue más frecuente en las edades de 48 a 65 años; y la depresión estuvo relacionada con los pacientes con AR en un 67%.²⁸

Yun-Hong et al., en el año 2018 realizaron un estudio trasversal para evaluar la prevalencia y factores de riesgo de depresión asociados a pacientes con diagnóstico de AR, donde se incluyeron a 464 pacientes con una edad media de 62.1 años, con una duración promedio de la enfermedad de 7.6 años. La prevalencia de depresión fue del 32.4%, predominó un nivel de educación bajo, viven dolor y tienen una mayor actividad de la enfermedad. Se encontró que la mayor actividad de la enfermedad se relacionó con la depresión.²⁹

Fragoulis et al., en el año 2020 en Escocia, llevaron a cabo un estudio prospectivo, para evaluar el estado de ansiedad y depresión mediante la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión con diferentes factores sociodemográficos y con la actividad de la AR con la escala de DAS 28, se evaluaron al inicio, a los 6 y 12 meses del estudio. Incluyeron 848 pacientes con diagnóstico de AR, al inicio la prevalencia de ansiedad y depresión fue del 19.0% y del 12.2%; a los 12 meses fue de 13.4% y 8.1% respectivamente. Se correlacionaron la ansiedad y depresión con edad, genero, estado civil, tabaquismo e IMC y con la actividad de la enfermedad.³⁰

Katchamartl et al., en el año 2019, en Bangkok Tailandia, realizaron un estudio trasversal, para conocer la prevalencia y factores asociados con la depresión y ansiedad en pacientes con AR. La depresión y ansiedad se evaluaron con la escala

hospitalaria depresión y ansiedad (HADS), donde se incluyeron 464 pacientes con una edad media de 59 años, la duración media de la enfermedad fue de 9.9 años y el 85% de los pacientes eran mujeres. El 12.5 % tenía depresión y el 14.5% ansiedad. En conclusión, la depresión y ansiedad son frecuentes en pacientes con AR por lo que el estado de salud mental especialmente los trastornos del estado de ánimo deben abordarse de manera rutinaria para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.³¹

Morlà et al., en el año 2020 en Barcelona, España, realizaron el estudio comparativo para analizar el uso del Cuestionario de Evaluación de la Salud Multidimensional (MDHAQ) para la detección de depresión, en comparación con el Cuestionario PHQ-9) y el dominio de depresión de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS-D) en pacientes con AR y Espondiloartritis. Incluyeron a 102 pacientes con diagnóstico de AR y 68 pacientes con Espondiloartritis. El cribado de depresión fue positivo según 6 criterios en el 19.6-32.4% de 102 pacientes con AR y el 27.9-44.8% de 68 con Espondiloartritis. Todos los puntajes del MDHAQ, incluidos los ítems de depresión, fueron más altos en pacientes con Espondiloartritis vs con AR. La concordancia porcentual del criterio de detección MDHAQ versus PHQ-9 ≥ 10 fue 83.3% que denominaron MDHAQ-Dep vs la concordancia de MDHAQ-Dep frente a HADS-D ≥ 8 fue del 81.7%. Concluyeron que una respuesta positiva de MDHAQ-Dep arrojó resultados similares a PHQ-9 ≥ 10 o HADS-D ≥ 8 para la detección de la depresión en los pacientes con AR y Espondilitis.³²

Otro estudio realizado por Morlà et al., en el año 2020 en Barcelona, España, para conocer la prevalencia de depresión y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR y la fibromialgia. Utilizaron el Cuestionario MDHAQ (incluye un índice de depresión MDHAQ-DEP) que da resultados similares a las escalas de depresión PHQ-9 y la HADS-D; y los índices RAPID3 para evaluar el estado clínico y el FAST3 (herramienta de detección de evaluación de fibromialgia). Incluyeron a 102 pacientes. El promedio de edad fue de 58.8 años, el nivel educativo medio y el 82%

fueron mujeres. La media de RAPID3 fue 11.6 (gravedad moderada), se observó una gravedad alta o moderada en el 97% de los pacientes con depresión vs 63% de los pacientes sin depresión. Las pruebas de detección de fibromialgia fueron positivas en el 52-64% de los pacientes con depresión vs 15-19% de los pacientes sin depresión. Las puntuaciones en PHQ-9 y HADS-D también difirieron en los 2 grupos. Los pacientes con AR con depresión mostraron índices RAPID3 y FAST medios más altos para la fibromialgia. ³³

Isnardi et al., en el año 2019 en Argentina, realizaron un estudio transversal, para conocer la prevalencia de depresión en pacientes con AR. Incluyeron a 258 pacientes, mayores de 18 años de edad, con un tiempo promedio de la enfermedad de 9 años. Al aplicar la escala PHQ-9 para conocer la prevalencia de depresión, encontraron una prevalencia de depresión fue: el 25.6% presentaron depresión leve, el 16.3% depresión moderada, el 10.5% depresión moderada-severa y el 7% depresión severa. Los pacientes con depresión mayor mostraron menor capacidad funcional, peor calidad de vida, más dolor, mayor actividad de la enfermedad mediante (DAS28-ERS), mayor frecuencia de desempleo, menor frecuencia de actividad física, peor calidad de vida. ³⁴

Pérez-García et al., en el año 2019 realizaron un estudio en la ciudad de México para conocer la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con AR. Incluyeron 413 pacientes, 341 fueron mujeres. Utilizaron la escala PHQ-9 para detectar depresión y la escala Generalizada de Desórdenes de Ansiedad (GAD)-7 para detectar ansiedad. La frecuencia de síntomas de depresión fue del 46.7% y más frecuente en las mujeres. La frecuencia de ansiedad fue del 40.6%. Concluyen que estos trastornos son frecuentes en pacientes con AR, y que dichas herramientas auto administradas y validadas al español son útiles y pueden ser utilizadas por los médicos. ³⁵

Álvarez-Cervantes et al., en el año 2018 en Morelia, realizaron un estudio transversal para evaluar el funcionamiento familiar, la calidad de vida y actividad de la enfermedad en pacientes con AR con tratamiento con etanercept y adalimumab. Incluyeron 31 Pacientes, 13 con tratamiento con Etanercept, de edades de 45.7 ± 9.7 o 18 con Adalimumab de edades de 54.7 ± 7.2 . Los instrumentos utilizados fueron para medir la calidad de vida se usó el SF-36, FF-SIL para funcionamiento familiar y DAS 28 para actividad de la enfermedad. Solo en el dominio de salud mental de la calidad de vida se encontraron diferencias entre pacientes con actividad moderada de la AR vs con actividad baja y remisión. Tuvieron diferentes niveles de funcionamiento familiar. Concluyeron que debe evaluarse la salud mental en los pacientes con AR. ³⁶

A nivel local no hay publicaciones sobre el tema.

JUSTIFICACIÓN

En México, los Trastornos Depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública, donde los pacientes con AR presentan depresión en el 14% a 48%, y es considerada una de las comorbilidades asociadas más frecuente reportadas. ^{2,7}

La AR y los síntomas depresivos impactan negativamente en la salud pública por la discapacidad que generan, deteriora la condición clínica, aumento en la actividad inflamatoria; efectos negativos en la calidad de vida del paciente y se asocia a mayor riesgo de muerte. ^{3,5,6}

Las artropatías representan una carga global de enfermedad a nivel mundial, por la discapacidad y mala salud. ²⁰ En el IMSS, la artrosis se ubicó entre los principales 10 motivos de consulta en el primer y segundo nivel de atención, al brindar alrededor de 3 299 503 consultas en el año 2018. ²¹

Por lo cual es importante diagnosticar la depresión en los pacientes con AR de manera temprana, para lograr una mejor calidad de vida, de lo contrario el paciente no contará con estrategias de afrontamiento para la enfermedad y será mayor la probabilidad de presentar peor manejo del dolor, mala adherencia al tratamiento farmacológico, emociones negativas como: (ansiedad, depresión, ira), mayor discapacidad funcional, codependencia, pérdida de roles sociales y muerte.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, menciona que la depresión es un trastorno mental común, se presenta en el 5% de los adultos a nivel mundial; es la principal causa de discapacidad. ⁴ En México según la ENSA 2018-2019 la depresión se presenta en el 13.6% de los adultos. ⁷

La AR y los síntomas depresivos generan discapacidad, deterioro en la calidad de vida, aumento en la actividad inflamatoria; y se asocia a mayor riesgo de muerte. ^{3,5,6} lo cual representa una carga global de enfermedad a nivel mundial. ²⁰

Por lo que antes mencionado, este estudio pretendió conocer la frecuencia de depresión en pacientes con AR, ya que actualmente en el HGZ No. 30, IMSS en Mexicali, se desconoce si los pacientes con diagnóstico de AR padecen algún grado de depresión.

Por lo que surgió la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis reumatoide en el Hospital General de Zona No.30, IMSS en Mexicali, Baja California?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis reumatoide en el Hospital General de Zona No. 30, IMSS en Mexicali, Baja California.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas en la población de estudio: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, años de evolución de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.
- Identificar las comorbilidades que se encuentran asociadas a pacientes con Artritis reumatoide (diabetes mellitus, hipertensión arterial, otras).
- Determinar la presencia de depresión en la población de estudio mediante la encuesta de Depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9).
- Determinar el grado de actividad inflamatoria mediante el cuestionario RAPID3.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio observacional, descriptivo y trasversal.

Universo del estudio: Derechohabientes con diagnóstico de Artritis reumatoide que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital General de Zona (HGZ) No. 30 IMSS en Mexicali, Baja California.

Lugar de estudio: Hospital General de Zona (HGZ) No. 30, IMSS en Mexicali, Baja California.

Periodo del estudio: marzo a mayo 2022.

Marco muestral:

Población del estudio: Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide que acudieron a la consulta de reumatología del HGZ No. 30, IMSS en Mexicali, Baja California, durante el periodo de estudio de marzo a mayo 2022.

Tamaño de la muestra: Se incluyeron a la totalidad de pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide que acudieron a la consulta de reumatología durante el periodo de estudio establecido.

Criterios de Selección

De inclusión:

- Derechohabientes mayores de 18 años de edad y de ambos sexos, con diagnóstico de Artritis reumatoide establecido en el expediente, que asistieron a la consulta externa de especialidades de Reumatología del HGZ No. 30 IMSS en el periodo de marzo a mayo 2022.
- Pacientes que aceptaron participar, previa firma de consentimiento informado.
- Pacientes que leen y escribir.

De exclusión:

- Pacientes con alguna patología que no les permita responder el cuestionario.
- Pacientes con diagnóstico de depresión.

De eliminación:

- Encuestas incompletas o información incompleta en expediente.

Instrumento de medición:

Hoja de recolección de datos: Se incluyeron las variables de edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, años de evolución de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de AR, comorbilidades, depresión y el grado de actividad inflamatoria mediante el cuestionario. (Anexo 3)

Encuesta de Depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9): Validada al español en el año 2019 en Colombia, tiene un alfa de Cronbach de 0,835, sensibilidad (88 %) y especificidad (92 %). Consta de 9 ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos, correspondientes a los criterios de DSM-IV. Se contesta en aproximadamente 10 minutos. Según el puntaje total, se obtiene la siguiente clasificación. 0-4: Sin depresión, 5-9: depresión leve, 10-14: depresión moderada, 15-19: depresión severa, 20 -27: depresión muy severa. ¹⁰ (Anexo 1)

Escala RAPID 3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3): Validada al idioma español por Maldonado et al., en el año 2011; tiene un alfa de Cronbach de 0,90 y reproductibilidad de 0,96. La cual mide el índice de actividad de la AR, incluye tres medidas auto reportadas por el paciente: Función Física, incluye 10 ítems, sin ninguna dificultad (0 puntos), con algo de dificultad (1 punto), con mucha dificultad (2 puntos) e imposible de hacer (3 puntos). Dolor, es una pregunta con escala del dolor, que va desde sin ningún dolor (0 puntos) hasta el peor dolor (10 puntos) y la Evaluación global de la enfermedad, es una pregunta con escala que va desde muy bien (0 puntos) hasta muy mal (10 puntos). Puede ser contestada de 5 a 10 minutos. Los rangos de puntuación son: De 0 a 3: Remisión de la enfermedad; 3.01 a 6: Baja actividad de la enfermedad; 6.01 a 12: Moderada actividad de la enfermedad y más de 12: Alta actividad de la enfermedad. ^{25,26} (Anexo 2)

Procedimiento

Previa aceptación de Comité Local de Investigación y del Comité de Ética en Investigación y del director del HGZ No. 30 (Anexo 4) se efectuó de la siguiente manera:

a). Se procedió a identificar a los pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide que acudieron a la consulta de reumatología del HGZ No. 30. Los que cumplieron con los criterios de inclusión, se les explico los objetivos del estudio y después se les invito a participar en el estudio.

b). Los pacientes que aceptaron participar, fueron enviados a un consultorio asignado de la unidad para mayor privacidad, donde se les explico nuevamente en que consistía el estudio de investigación y se disiparon dudas; si aún fue su deseo participar, se les pidió autorización con su firma del consentimiento informado. (Anexo 5).

c). Se les realizo interrogatorio sobre: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, años de evolución de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de AR y comorbilidades.

d). Se les aplico la Encuesta de Depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9), para determinar la presencia de depresión. (Anexo 1) y después la Escala RAPID 3 que mide el índice de actividad de la AR (Anexo 2).

En caso de que presentaran depresión moderada a severa, se le envió al servicio de psiquiatría para ser valorados por dichos servicios y se les dé seguimiento.

Si la actividad de la enfermedad es de Moderada a Alta se le informo a la reumatóloga que es su médico tratante para que evaluara el manejo a seguir.

e). Se recabo la información en una hoja de Excel, y posteriormente se analizó por el programa estadístico SPSS v26.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador o unidad medida
VARIABLES DEPENDIENTES					
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y pérdida de interés en las actividades.	Presencia de depresión detectada mediante la escala (PHQ-9) ¹⁰	Cualitativa	Ordinal	Sin depresión: 0-4 puntos Depresión leve: 5-9 puntos Depresión moderada 10 - 14 puntos Depresión severa 15-19 puntos Depresión muy severa: 20-27 puntos.
Actividad inflamatoria en pacientes con AR	Evidencia clínica de actividad inflamatoria de la enfermedad crónica de tipo autoinmune	Evaluación clínica de actividad inflamatoria de enfermedad mediante cuestionario RAPID3. ^{25,26}	Cualitativo	Ordinal	Remisión < 3. Baja actividad: >3,01 - < 6. Moderada de actividad >6,01- <12. Alta actividad > 12.
Variable Sociodemográficas					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento del encuestado	Expresado años de acuerdo con la fecha de nacimiento.	Cuantitativa discreta	Razón	18 años y más
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen el aspecto de humanos como hombre o mujer	Expresado en masculino o femenino de acuerdo con la hoja de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
Comorbilidades asociadas	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Expresado de acuerdo con la presencia o ausencia de enfermedades asociadas identificadas en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1.- Diabetes mellitus 2.- Hipertensión arterial 3.- Otras
Tiempo de evolución de AR	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de artritis reumatoide	Se registra el tiempo expresado en años que ha tenido la persona con el diagnóstico de AR recabado del expediente clínico.	Cuantitativa	Razón	Años

Ocupación	Actividad o trabajo que realiza una persona	Cualquier actividad física o intelectual realizada, ya sea profesión u oficio, teniendo remuneración económica o no, recabada del interrogatorio directo.	Cuantitativa	Nominal	Estudiante Desempleado Ama de Casa Obrero Comerciante Otro
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Es el grado de escolaridad referido por el paciente.	Cualitativa	Ordinal	Sin escolaridad Primaria Secundaria Bachillerato Universidad Posgrado
Estado civil	Situación legal de agrupación con una pareja	Situación legal expresada por el paciente al interrogatorio	Cualitativa	Nominal	Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Unión libre Viudo (a)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información se capturo en una hoja electrónica con el apoyo del paquete Excel de Microsoft. La descripción de los aspectos sociodemográficos de los pacientes en el estudio se realizó con apoyo de tablas de frecuencia, graficas verticales, horizontales y de pastel. Las variables en el estudio, de naturaleza cualitativa se describieron con apoyo de tablas de frecuencia y para los estadísticos descriptivos de centralidad, se utilizaron valores medianos y para los estadísticos de dispersión el intervalo intercuartil. Todo el análisis se desarrolló con apoyo del paquete estadístico SPSS ver 26.

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS.

El presente estudio se apegó a la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; respetando la confidencialidad del paciente, evitando la intromisión de terceras personas y manejándose de manera privada los datos recopilados del paciente.

En apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en el artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y la persona lo autorice. Toda la información fue manejada de manera confidencial por el investigador responsable y Tesista. Sus datos personales no fueron presentados en informes o resultados.

Previa autorización por el Comité Local de Investigación del IMSS, y con apego a la normativa institucional en relación con la investigación en salud y seres humanos se solicitó la autorización a los participantes mediante la firma de la carta de consentimiento informado y la carta de autorización del director del HGZ No. 30.

Riesgo de la investigación

Con base en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud inciso I, el riesgo de la investigación fue sin riesgo, ya que solo se realizó un interrogatorio y se aplicaron dos encuestas.

Beneficio del estudio para los participantes

El paciente conoció si presenta o no depresión y la actividad de la enfermedad de la Artritis reumatoide. En el caso de los pacientes que presentaron depresión moderada a severa, se gestionó una cita al servicio de Psiquiatría del HGZ No. 30, para que fueran valorados y atendidos por un experto. Si la actividad de la enfermedad fue Moderada a Alta se le informo a su médico tratante que en este caso es la reumatóloga del HGZ No. 30 quien evaluó el manejo a seguir.

Aspectos de Bioseguridad

No se manejaron residuos peligrosos biológico-infecciosos para las actividades que se realizaron para el desarrollo del proyecto de investigación en la unidad médica.

RESULTADOS

Características sociodemográficas en la población de estudio.

Del total de pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide (N=116) adscritos al Hospital de especialidades número 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se observó predominio en el género femenino con 98 pacientes equivalente al 84.48% y con menor frecuencia el género masculino con solo 18 pacientes equivalente al 15.52%. De los pacientes se obtuvo una edad media de 53.45 años con una desviación estándar (DE) de 10.62 años (con mínima de 26 años y una edad máxima de 77 años) y se agruparon por clases como se muestra en la figura 1.

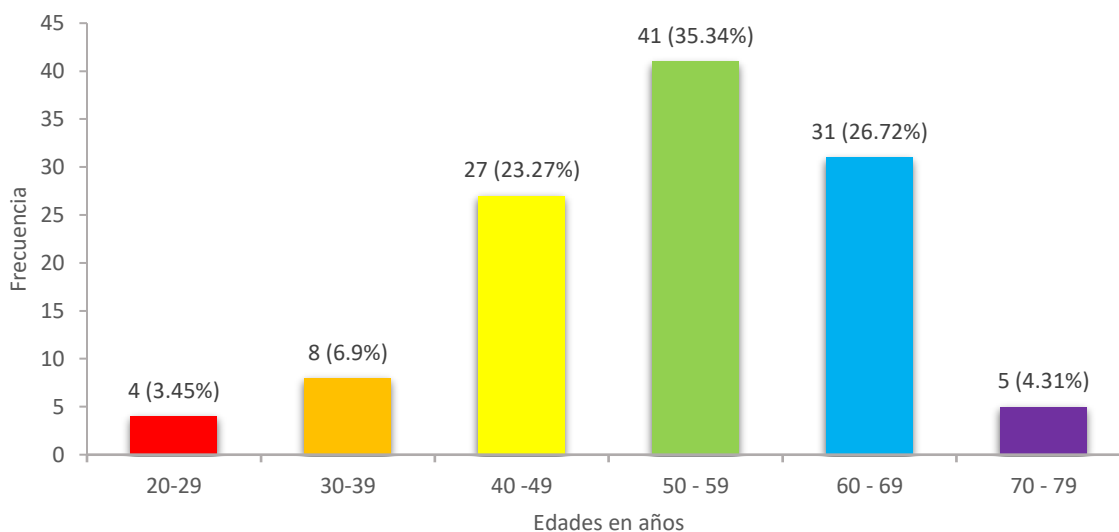


Figura 1: Frecuencia de edad en el total de la población, organizada por clases.

De acuerdo a la frecuencia del grado de escolaridad en la población de estudio, se observa que la mayoría de los pacientes contaban con escolaridad nivel secundaria representado por el 38.79% (45/116), en menor frecuencia se reporta 1.72% (solo 2 pacientes) sin escolaridad, el 18.97% (22/116) con escolaridad nivel primaria, el 24.14% (28/116) de acuerdo al nivel bachillerato y el 16.38% (19/116) con escolaridad nivel universidad, como se observa en la Figura 2.

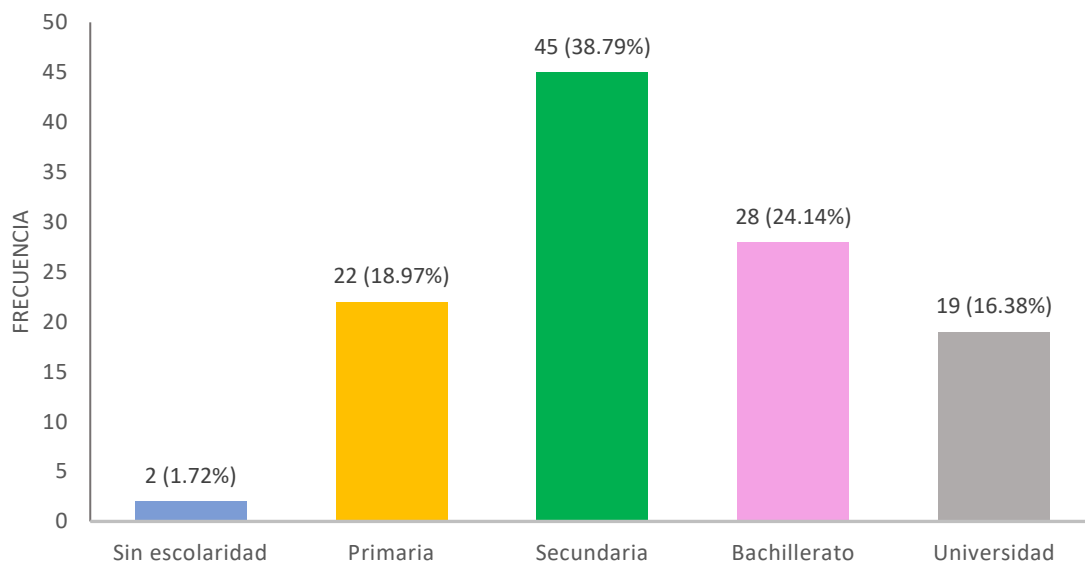


Figura 2: Distribución de los pacientes en el estudio por nivel de escolaridad.

La relación del estado civil encontrado en la población de estudio, se encuentra que la mayoría de los pacientes cuentan con estado civil casado representando el 50% de la población equivalentes a 58 de los 116 pacientes. El 20.69% (24 pacientes) se encuentran en estado soltero(a), en menor frecuencia se encuentra que el 6.9% (8 pacientes) contaban con estado civil divorciado, (Figura 3).

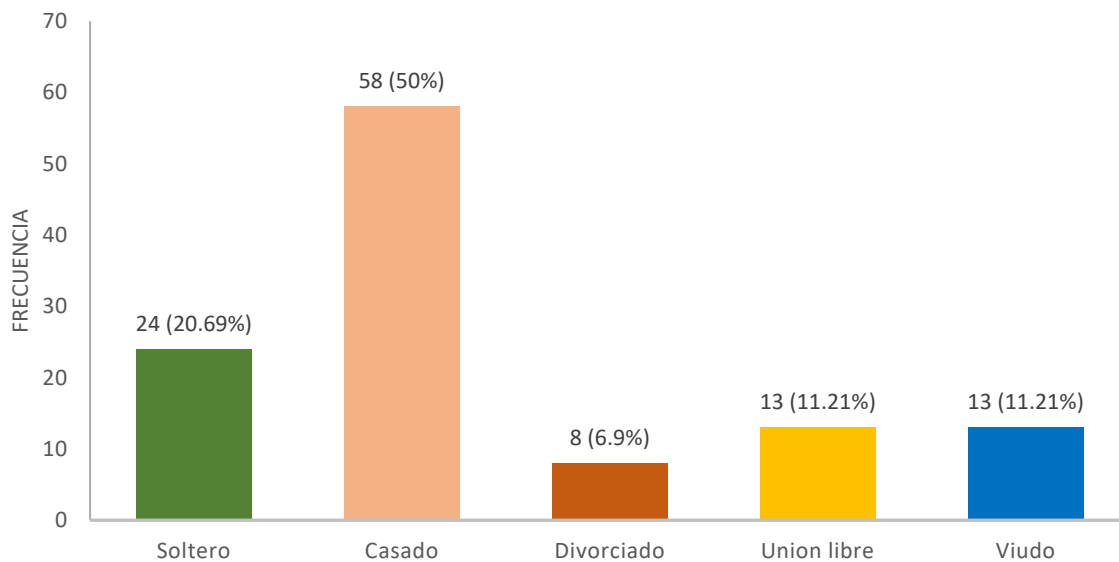


Figura 3: Frecuencia de estado civil en la población total de estudio.

En la figura 4 se muestra la frecuencia de ocupación, con predominio en ama de casa con una frecuencia 48.28% y en menor frecuencia los pacientes con ocupación comerciante, representando al 6.03%. El 23.28% (27 pacientes) son obreros, mientras que el 22.41% (26 pacientes) manifestaron tener otro tipo de ocupación.

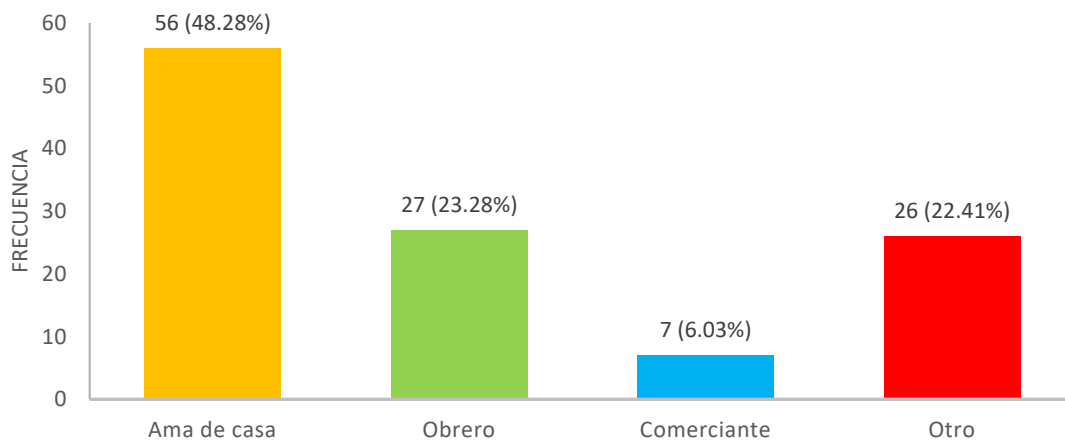


Figura 4: Frecuencia de la ocupación en el número total de la población de estudio.

En la figura 5 se presenta la frecuencia del tiempo de evolución del diagnóstico de Artritis reumatoide encontrada en la población de estudio, con una media de 12.17 años y una desviación estándar de 10.26 años (mínima de 0 años y máxima de 44 años) y en la cual el 31.9% equivalentes a 37 pacientes, manifestaron un tiempo de evolución de 0 a 5 años, mientras que el 23.27% equivalente a 27 pacientes presentaron un tiempo de evolución de 6 a 10 años. También, el 13.79% es decir 16 pacientes expresaron un tiempo de evolución de la enfermedad de 11 a 15 años, seguido del 12.93% (15 pacientes) con un tiempo de evolución de 16 a 20 años. Proporciones menores del 10% corresponden a 8 pacientes (6.89%) con tiempos de evolución de 21 a 25 años, y de 26 a 30 años, seguido de 4 pacientes (3.44%) con tiempo de evolución de 36 a 40 años y solo 1 pacientes (0.86%) con tiempo de evolución de la enfermedad de 41 a 45 años.

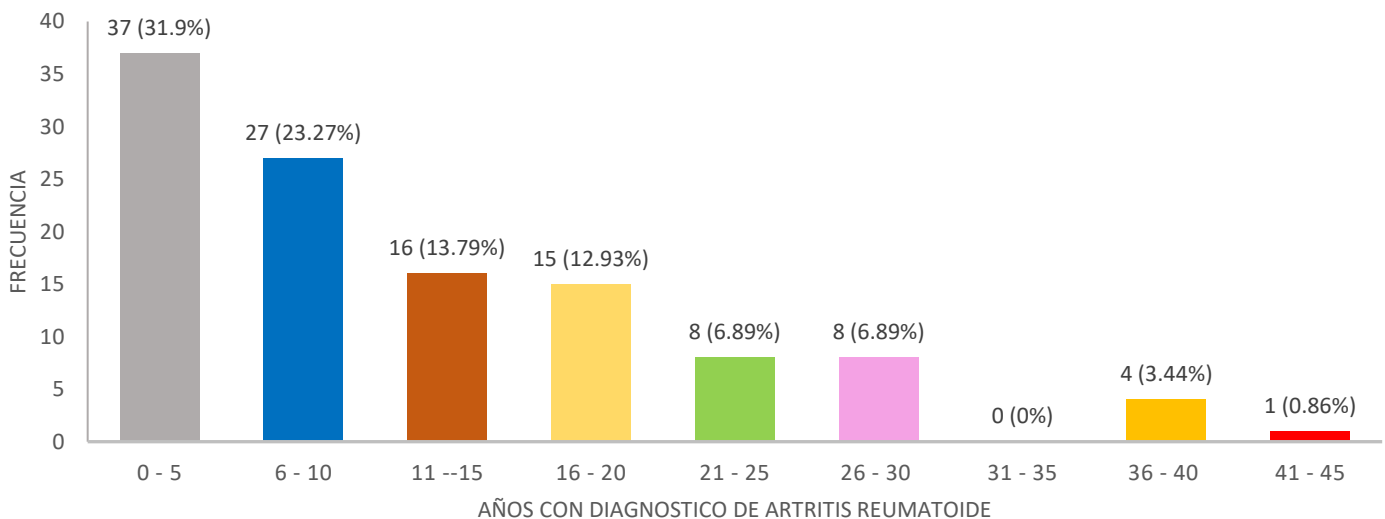


Figura 5: Frecuencia de tiempo de evolución con el diagnóstico de artritis reumatoide en la población de estudio.

Comorbilidades asociadas a pacientes con Artritis reumatoide.

De acuerdo a las enfermedades encontradas en la población con el diagnóstico de Artritis reumatoide, se reporta que 35 pacientes que equivale al 43.3% contaban con diagnóstico de Hipertensión arterial, siendo la enfermedad encontrada con mayor frecuencia. En menor frecuencia se reporta que solo un paciente (1.35%) también se encontraba con diagnóstico de Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y obesidad. El 9.46% (7 pacientes) cuentan, además, solamente con diagnóstico de Diabetes mellitus, mientras que el 22.97% (17 participantes) tienen diabetes mellitus más hipertensión arterial, el 6.76% (5 pacientes) tienen hipertensión arterial y otra patología (2 pacientes con asma, 1 paciente con sinusitis, uno con hipotiroidismo, uno con síndrome Sjögren) el 12.16% (9 pacientes) tienen otra comorbilidad (4 pacientes con asma, 3 pacientes con hipotiroidismo, un paciente con fibrosis pulmonar y un paciente con síndrome de Sjögren). (Figura 6).

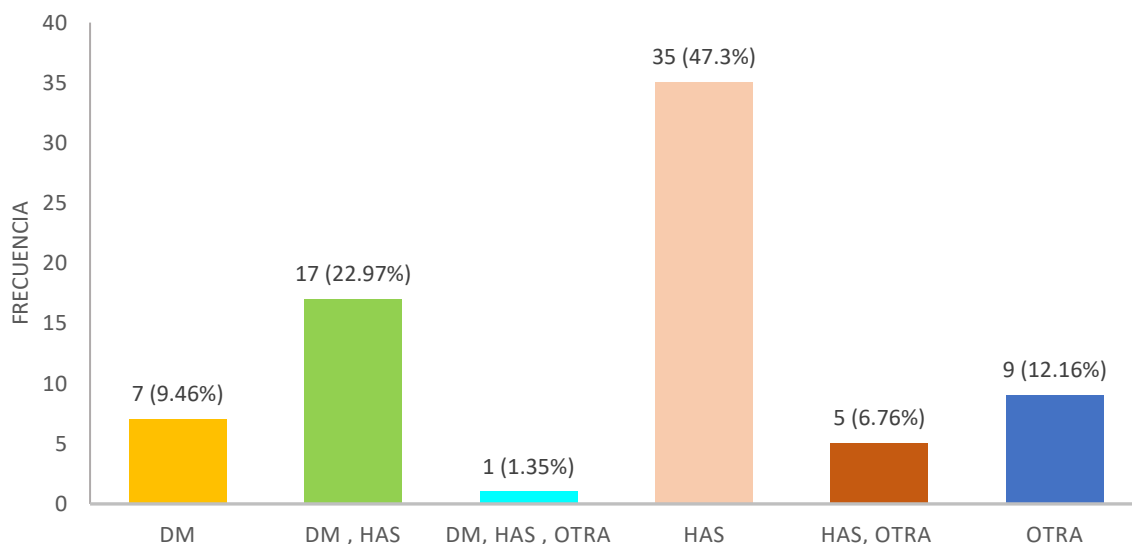


Figura 6: Frecuencia de comorbilidades encontrada en la población de estudio.

Estimación de la presencia de depresión en la población de estudio.

En la figura 7, se presenta la frecuencia del estado depresivo en el número total de la población en estudio con diagnóstico de Artritis reumatoide, en el cual el 65.52% equivalentes a 76 pacientes mostraron presencia de estado depresivo en diferentes grados, desde leve, moderado, severo y muy severo, con una edad media de edad de 53.28 años y DE de 10.06 años (mínima de 28 años y máxima de 75 años) y asociado al tiempo de evolución con la artritis reumatoide con una media de 12.61 años con DE de 10.53 años (mínima de 0 años y máxima de 40 años. El 30.17% (35 pacientes) con estado depresivo leve, el 21.55% (25 pacientes) con estado depresivo moderado, el 10.34% (12 pacientes) con estado depresivo severo y solo el 3.45% (4 pacientes) mostraron estado depresivo muy severo. 40 pacientes de 116 incluidos en el estudio, representando el 34.48%, no mostraron ningún estado depresivo, su edad media fue de 53.77 ± 11.73 años (mínima de 26 años y máxima de 77 años) y por tiempo de evolución de la artritis reumatoide una media de 11.32 ± 9.81 años (mínima de 0 años y una máxima de 44 años).

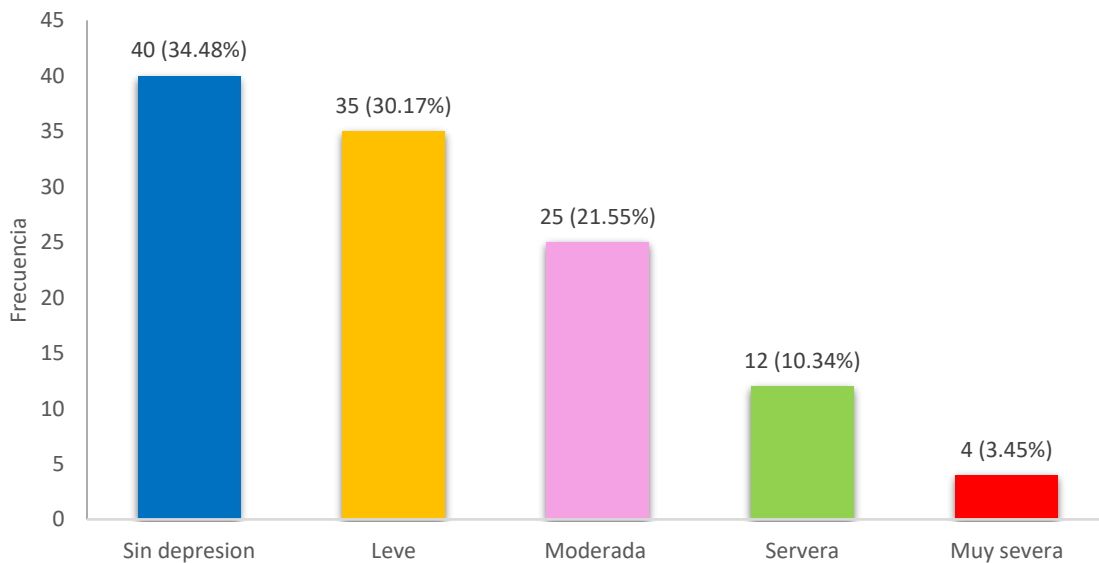


Figura 7: Frecuencia del estado depresivo en el número total de la población de estudio.

Estimación del grado de actividad inflamatoria.

Del número total de pacientes incluidos en el estudio, la mayor frecuencia a presencia de actividad inflamatoria correspondió a la clase Alta en 73 pacientes, representando el 62.93%. La clase Moderada con 22 pacientes representó el 18.97%, mientras que la clase con baja actividad inflamatoria solo fue el 6.03 % (7 pacientes). Entonces se presentó un registro de actividad inflamatoria en 102 pacientes equivalente al 87.93%. Únicamente 14 pacientes, es decir el 12.07% se encontraban en remisión de la actividad inflamatoria. (Figura 8)

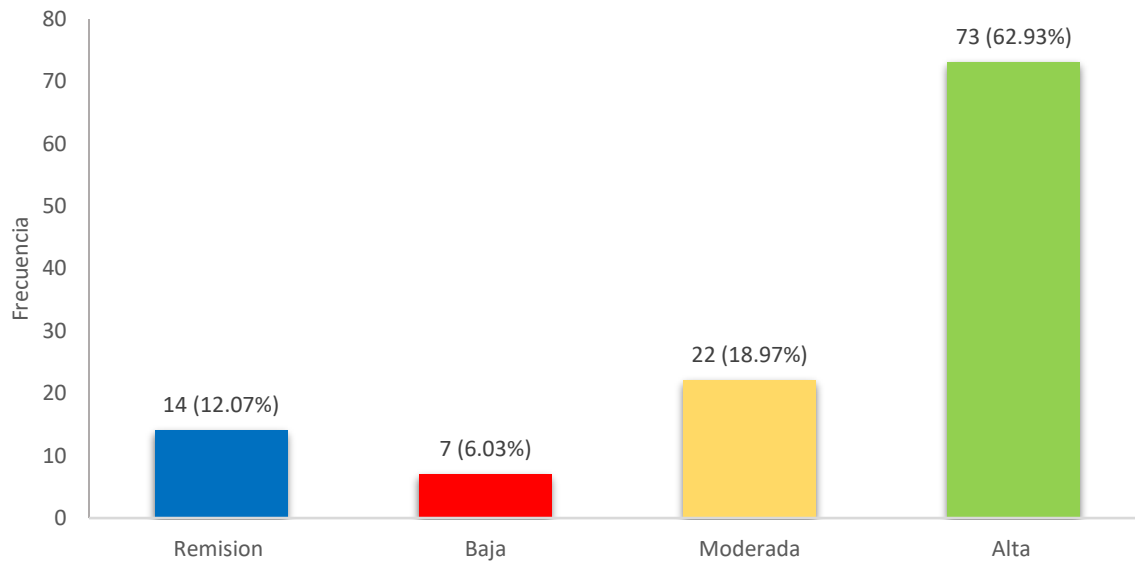


Figura 8: Frecuencia de la actividad inflamatoria de la artritis reumatoide en el número total de la población de estudio.

Asociación de tiempo de evolución de artritis reumatoide con depresión:

Se encontró que 105 pacientes (90.52%) tenían más de un año con la enfermedad, de los cuales 70 pacientes (66.67%) presentaron un estado depresivo y 35 (33.33%) sin depresión a diferencia de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide menor a un año con un total de 11 pacientes (9.48%), de los cuales 6 pacientes (54.55%) presentaron un estado depresivo y 5 pacientes (45.45%) sin depresión, como se muestra en la figura 9. En la evaluación de la asociación entre estos dos criterios, el estadístico Chi-cuadrada 0.6475 indicó no rechazo de independencia ($P > .05$).

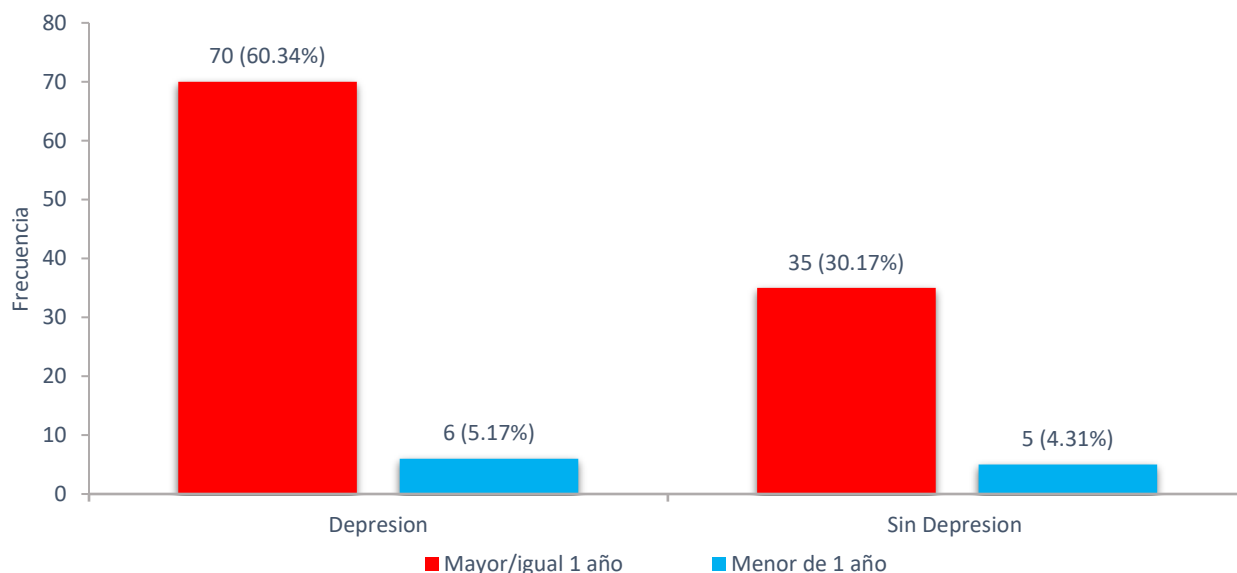


Figura 9: frecuencia del tiempo de evolución con artritis reumatoide con relación al estado depresivo.

Asociación entre actividad inflamatoria de artritis reumatoide con estado depresivo:

Se encontró que 102 de los 116 paciente (87.93%) presentaron actividad infamatoria de la enfermedad, de ellos, 74 pacientes (72.55%) con depresión y 28 pacientes (27.45%) sin depresión a diferencia de los pacientes con remisión de la enfermedad que fueron 14 de los 116 (12.07%), de los cuales, se encontró que 2 pacientes (14.29%) presentaban depresión y 12 pacientes (85.71%) sin depresión, como se muestra en la figura 10. En la evaluación de la asociación entre estos dos criterios, el estadístico Chi-cuadrada produjo un valor de 18.49 indicando rechazo de independencia ($P < .01$). El valor de asociación, medido por odds ratio fue de 15.85 (IC95% 3.34, 75.37), indicando las veces de probabilidad de que un paciente con actividad inflamatoria resulte con estado depresivo.

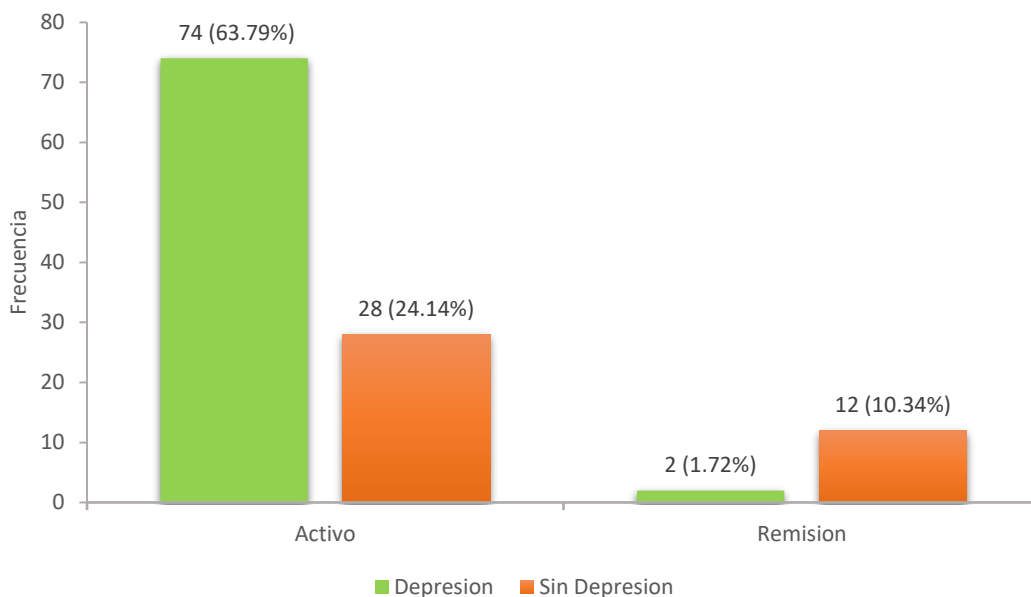


Figura 10: frecuencia de la actividad inflamatoria con relación al estado depresivo.

Al estudiar los grados de actividad inflamatoria con relación a los grados del estado depresivo se encontró, que en estado de remisión y en actividad inflamatoria baja se encontraron bajo porcentaje (< 3%) con algún grado de depresión. En relación con la actividad inflamatoria alta la mayor frecuencia en estadios de depresión fue en el nivel leve con 24 pacientes (31.58%) seguido de la clase de depresión moderada con un valor ligeramente superior al 25% y solo 11 pacientes (14.47%) resultaron con depresión severa. Una depresión muy severa solo se registró en 3 pacientes (3.95%). En la actividad inflamatoria moderada la clase de depresión leve resultó con mayor frecuencia con 8 pacientes (10.53%), las otras clases de depresión resultaron con valores porcentuales por abajo del 3%, como se muestra en la figura 11.

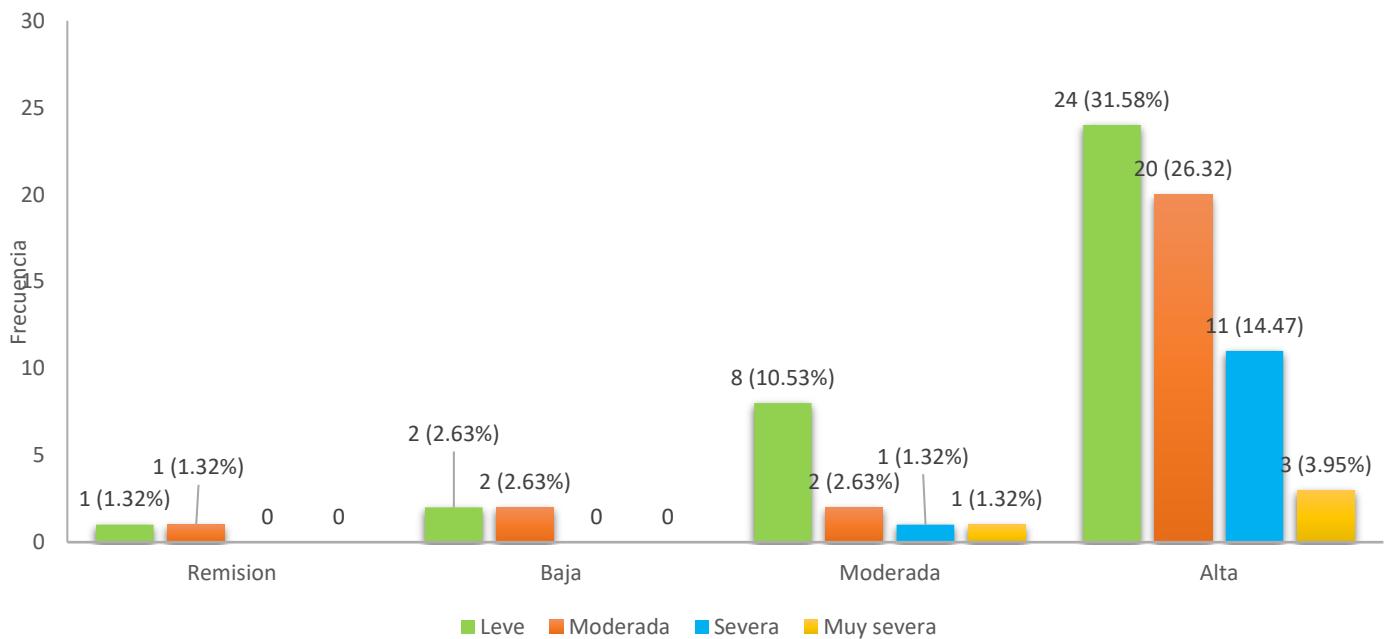


Figura 11: Distribución de los grados del estado depresivo por cada clase de actividad inflamatoria.

La evaluación de la presencia de asociación entre diferentes variables sociodemográficas y clínicas a resultados positivos a depresión se presenta en el Cuadro 1, donde de manera general no se observó asociación entre las variables Estado Civil, Ocupación y Comorbilidades a la presencia de depresión en pacientes con Artritis reumatoide. Para escolaridad en su estudio de asociación con depresión la evaluación de independencia resultó en rechazo de la hipótesis por lo cual es de esperarse un valor de asociación el cual fue estimado a través del coeficiente de asociación Phi con un valor de 34% entre ambos criterios, generado en una tabla de contingencia. Para el caso particular del criterio sexo en su estudio de asociación, particularmente las de sexo femenino a casos positivos a depresión, el análisis indicó rechazo de independencia por lo que por ser una tabla de contingencia 2 x 2 fue factible estimar la asociación entre estos criterios empleando la razón de desigualdad o razón de momios, que en inglés se representa con OR, con un valor de 2.83 el cual nos indica que los pacientes de sexo femenino es el número de veces de ocurrencia de probabilidad a resultar con presencia de depresión, en comparación a los de sexo masculino.

Cuadro 1. Asociación entre diferentes variables sociodemográficas y clínicas a la presencia de depresión.

Criterio	n	Depresión	Sin depresión	^{c/} Pr> χ^2
General	116	76 (65.5%)	40 (34.5%)	
Sexo [/]				0.04
Femenino	98	68	30	
Masculino	18	8	10	
Escolaridad [/]				0.01
Sin escolaridad	2	2	0	
Primarias	22	14	8	
Secundaria	45	34	11	
Bachillerato	28	11	17	
Universidad	19	15	4	
Estado civil				0.84
Soltero	24	17	7	
Casado	58	37	21	
Divorciado	8	4	4	
Unión Libre	13	9	4	
Viudo	13	9	4	
Ocupación				0.21
Ama de casa	56	41	15	
Obrero	27	18	9	
Comerciante	7	4	3	
Otro	26	13	13	
Comorbilidades				0.63
DM	7	5	2	
DM/HAS	17	14	3	
DM/HAS/OTRA	1	1	0	
HAS	35	23	12	
HAS/OTRA	5	4	1	
OTRAS	9	8	1	

^{a/}La asociación de sexo femenino a depresión fue estimado con OR=2.83 (IC95% 1.02, 7.89).

^{b/} La asociación de escolaridad con depresión fue de 0.34, estimado con el coeficiente Phi

^{c/} valores de Pr> χ^2 superiores a 0.05 significan criterios independientes

DISCUSIÓN.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide, así como la presencia de factores sociodemográficos.

En relación al artículo realizado por Yun-Hong y col.²⁹, en el año 2018 donde evaluaron la prevalencia y los factores de riesgo de depresión asociados a pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide quienes encontraron que la prevalencia de depresión fue del 32.4%, encontrando un predominio a nivel de educación bajo, estos pacientes viven dolor y tienen una mayor actividad inflamatoria de la enfermedad, por lo cual comentan que la mayor actividad de la enfermedad se relacionó con la depresión. Este valor fue bajo en comparación con este estudio en el cual se encontró un mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide, con síntomas de depresión representado con un 65.52%. Así mismo se encontró que la mayoría de los pacientes con un nivel de escolaridad secundaria presentaron mayor frecuencia de depresión registrándose de un total de 45 pacientes, 34 con síntomas de depresión, significando el 75.5%.

Kong y col.²⁸ establecieron que el 48% de la población en estudio presentó depresión y fue más frecuente en edades de entre 48 a 65 años. Además, mencionan que la depresión estuvo relacionada con los pacientes con Artritis reumatoide en un 67%. Estos resultados fueron muy similares a este estudio en el que el 65.52% de la totalidad de pacientes encuestados tenían algún estado de depresión equivalente a 76 pacientes de 116, con una edad media de 53.28 años. Isnardi y col.³⁴, en el año 2019 en Argentina, quienes estudiaron la prevalencia de depresión en pacientes con Artritis reumatoide, con una media de tiempo de evolución de 9 años, al aplicárseles la escala PHQ-9, encontraron una prevalencia de depresión leve en un 25.6% de sus pacientes, depresión moderada en el 16.3%, depresión moderada-severa en el 10.5% de los pacientes y en menor porcentaje con el 7% de sus pacientes presentaron depresión severa. Los valores porcentuales para depresión leve y moderada fueron menores a los de este estudio con valores de 30.17% y 21.55%, respectivamente. Los valores para depresión moderada-

severa fueron muy similares entre estudios con 10.5% y 10.34%, respectivamente. Para la categoría muy severo los valores encontrados en este estudio fueron menores de los de Isnardi y col.³⁴, quienes reportan el 7% en comparación con nuestro estudio en el cual al utilizar la misma escala PHQ-9 encontramos que un 3.45% es decir 4/116 pacientes mostraron estado depresivo muy severo. El tiempo medio de evolución de la enfermedad articular en la población de estudio fue de 12.17 años.

También se realizó una comparación con el estudio realizado por Pérez-García y col.³⁵, en el año 2019 en la ciudad de México quienes tenían como objetivo de estudio conocer la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con Artritis reumatoide, de igual forma utilizaron la escala PHQ-9 para detectar depresión. Ellos reportaron en su estudio una frecuencia de síntomas de depresión del 46.7% y mencionan que los síntomas de depresión fueron más frecuentes en género femenino. En este estudio, se encontró un mayor porcentaje (65.52%) de los pacientes con síntomas de depresión y de igual forma se observó que fue más frecuente en el género femenino, ya que se obtuvo que de las 98 pacientes de género femenino 68 mostraron síntomas de depresión (Cuadro 1).

De acuerdo a los resultados de Morlà y col.³³ en el año 2020 en Barcelona, España, quienes realizaron un estudio para conocer la prevalencia de depresión y la actividad de la enfermedad en pacientes con Artritis reumatoide observaron que el promedio de edad fue de 58.8 años, con un nivel educativo medio y en mayor frecuencia los pacientes fueron género femenino en el 82%, también observaron una mayor frecuencia de gravedad alta a moderada en el 97% de los pacientes con depresión en comparación con los pacientes que no presentaban síntomas de depresión representados por el 63%. Al comparar con este estudio se observa una frecuencia de 58 pacientes (76.32%) con actividad alta de inflamación articular relacionada con los síntomas depresivos. De ellos, el 41.38% (24 pacientes) presentaron estado depresivo leve, el 34.48% (20 pacientes) presentaron estado depresivo moderado, el 18.97% (11 pacientes) presentaron estado depresivo severo y el 5.17% (3 pacientes) presentaron estado depresivo muy severo.

CONCLUSIONES.

La Artritis reumatoide es una enfermedad que dentro de todos sus aspectos genera deterioro al paciente, es una enfermedad que aumenta las emociones negativas en el paciente como lo es la depresión con el 65.5%, ya que se demostró que la mayoría de nuestros pacientes con esta enfermedad articular presentaron síntomas de depresión ya sea, leve, moderado, severo y muy severo (46.05, 32.89, 15.79, 5.26%, respectivamente). Siendo el estado leve el de mayor frecuencia. La presencia de depresión en un paciente con Artritis reumatoide, conlleva mayor presencia de dolor articular, negación ante el afrontamiento de la enfermedad, mala adherencia terapéutica, generando peor capacidad funcional, deterioro en el paciente para realizar sus actividades físicas diarias, generando dependencia familiar y mayor riesgo de muerte. Así mismo se obtuvo una asociación entre actividad de la enfermedad inflamatoria de la enfermedad articular y presencia de depresión de 15.86 en su valor de OR, indicando el valor de veces de mayor probabilidad de presencia a depresión ante la actividad de la enfermedad inflamatoria. Por lo tanto, la Artritis reumatoide con un mal control de la actividad puede ser un desencadenante para presentar síntomas depresivos en algún momento de su enfermedad.

Recomendaciones:

Se recomienda que los pacientes con Artritis reumatoide sean manejados bajo un tratamiento multidisciplinario donde se incluya valoraciones por parte de los servicios de psiquiatría y psicología. En algunas de las Unidades de Medicina familiar se cuenta con servicio de Psicología, sin embargo, no se deriva a los pacientes con esta patología con el fin de prevenir síntomas depresivos. Además, como Médicos de familia se cuenta con la opción de derivar a todo paciente con síntomas depresivos a segundo nivel de atención, sin embargo, como antecedente de este estudio ningún paciente contó con una valoración previa por ninguno de estos dos servicios por lo que se encontró con una alta proporción con síntomas depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nerurkar L, Siebert S, McInnes I, Cavanagh J. Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *Lancet Psychiatry* [Internet] 2018 [citado octubre 2021]; 6(2):164-173. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30255-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30255-4)
2. Fakra E, Marotte H. Rheumatoid arthritis and depression. *Joint Bone Spine* 2021;88(5). 105200. doi: 10.1016/j.jbspin.2021.105200.
3. Hernández Pacheco RR. La Depresión asociada a la enfermedad de Artritis reumatoide. *Rev Iberoam Cienc* 2015;2(1):104-110.
4. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 13 de septiembre del 2021. [citado octubre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
5. Erazo R. Depresión e inflamación: ¿Una relación más allá del azar? *Rev Med Clín las Condes* 2020; 31(2):188-196.
6. Fiest KM, Hitchon CA, Bernstein CN, Peschken CA, Walker JR, Lesley A, et al. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with rheumatoid arthritis. *J Clin Reumatol* 2017; 23(8):425-434.
7. Cercero García D, Macías González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública Mex* 2020; 62(6):840-850.
8. Guía de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Española. Depresión-adulto. (citado octubre 2021). Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Actualización 2018. (citado octubre 2021). Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_febrero2020_es-1582293248103.pdf
10. Cassiani Miranda CA, Vargas Hernández MC, Pérez Aníbal E, Herazo-Bustos MA, Hernández-Carrillo M. Confidencialidad y dimensión del cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena. 2014. *Biomédica* [Internet] 2017; [citado octubre 2021] 37(Supl1):112-120. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3221>
11. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. Guías de Práctica Clínica 2015. IMSS-161-09. [citado octubre 2021]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

12. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión; actualidades y futuras direcciones. *Rev Fac Med (Mex)* [Internet] 2017[citado octubre 2021]; 60(5):7-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es
13. Feria Díaz GE, Leyva Proenza CA, Concepción Parra W, Castro Maquilón AG, Larrea Meza IS. Papel de las citoquinas en la fisiología de la Artritis reumatoide. *CCM* 2020; 24(1). [citado octubre 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201t.pdf>
14. Horta Baas G, Pérez Bolde Hernández A, Hernández Cabrera MF, Vergara Sánchez I, Romero Figueroa MS. Evaluación de la actividad de la artritis reumatoide en la atención clínica habitual. Concordancia entre la autoclinimetría y la evaluación clínica con los índices de actividad: DAS28, CDAI y SDAI. *Med Clin (Barc)* 2017;149(7):293-299.
15. Armas Rodríguez WE, Alarcón Medina GA, Ocampo Dávila FD, Arteaga CM, Arteaga Paredes PA. Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Rev Cuba Reumatol* [Internet] 2019 [citado octubre 2021]; 21(3): e114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000300013&lng=es. Epub 01-Dic-2019
16. Ruiz Mejía C, Parada Pérez AM, Urrego Vásquez A, Gallego González D. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet] 2016 [citado octubre 2021]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015&lng=es
17. León Mateos L. Aspectos psicosociales de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. *Reumatol Clin* 2020;16(1):1-2.
18. Rudan I, Sidhu S, Papan A, Meng S-J, Xin-Wei Y, Wang W, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in low-and middle-income countries: A systematic review and analysis. *J Glob Health* 2015;5(1):010409. doi: 10.7189 / jogh.05.010409.
19. Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno Montoya J, Álvarez Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl* 2011; 86:3-8. doi: 10.3899.
20. Evans-Meza R. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. *Rev Hisp Cienc Salud* 2015; 1(2):107-116. [citado octubre 2021]. Disponible en: www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/58

21. Gobierno de México. Atención temprana de artritis reumatoide mejora calidad de vida y reduce probabilidad de daño estructural: IMSS. No.482/2019. [citado octubre 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201911/482>
22. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. Rheumatoid Arthritis Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:1580–1588.
23. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 2569-2581.
24. Mercado U. Evaluación de la actividad de artritis reumatoide en la práctica diaria utilizando el índice clínico de actividad de enfermedad (CDAI). *Med Int Méx* 2016; 32(4):415-419.
25. Pincus T, Bergman MJ, Yazici Y, Hines P, Raghupathi K, Maclean R. An index of only patient-reported outcome measures, routine assessment of patient index data 3 (RAPID3), in two abatacept clinical trials: similar results to disease activity score (DAS28) and other RAPID indices that include physician-reported measures. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47(3):345-349. doi: 10.1093/rheumatology/kem364
26. Maldonado Ficco H, Pérez Alamino RS, Schneeberger EE, Maldonado Cocco JA, Citera G. Validación del cuestionario RAPID3 en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea temprana y establecida, y su correlación con otros índices de actividad. *Rev Arg Reumatol* 2011; 22 (2):31-39.
27. Narváez J. Diagnóstico y tratamiento de Artritis reumatoide. *Med Clin (Barc)* 2016;146(4):176-180.
28. Kong Tapia TK, Ayala Yepiz JG. Prevalencia de depresión relacionada con artritis reumatoide en pacientes que acuden a la consulta externa de reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2019. [Tesis]. Quito: Universidad Central de Ecuador. 2020.
29. Yun-Hong C, Seung-Geun L, Mingyo K, Hyun-Ok K, Young Sun S, Ki-Soo P, et al. The association of disease activity, pro-inflammatory cytokines, and neurotrophic factors with depression in patients with rheumatoid arthritis. *Brain Beha Immun* 2018; 73:274-281.
30. Fragoulis GE, Cavanahg J, Tindell A, Derakhshan M, Paterson C, Duncan Porter D, et al. Depression and anxiety in an early rheumatoid arthritis inception cohort. Associations with demographic, socioeconomic and disease features. *RMD Open* 2020; 6: e001376. doi:10.1136/rmdopen-2020-001376

31. Katchamart W, Narongroeknawin P, Chanapai W, Thaweeratthakul P, Srisomnuek A. Prevalence of and factor associated with depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: A multicenter prospective cross-sectional study. *Int J Rheum Dis* 2020; 23(3): 302-308.
32. Morlà RM, Li T, Castrejón I, Luta G, Theodore Pincus T. Multidimensional Health Assessment Questionnaire as an effective tool to screen for depression in routine rheumatology care. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021; 73 (1): 120-129.
33. Morlà R, Li T, Inciarte-Mundo J, Castrejón Fernández I, Gómez-Puerta J, Sanmartí R, et al. Patients with rheumatoid arthritis and comorbid depression have high levels of RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data) and FAST3 (Fibromyalgia Assessment Screening Index) on a Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) [abstract]. *Arthritis Rheumatol.* 2020 [Internet]; 72 [citado octubre 2021] (Suppl 10). doi.org/10.1002/art.41538.
34. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Bazzarelli M, Barloco L, Blanco E, et al. La depresión es un determinante mayor de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea, independientemente de la actividad de la enfermedad. *Rev Argent Reumatol* 2019;30(2): 5-10.
35. Pérez-García LF, Silveira LH, Moreno-Ramírez M, Loaiza-Félix J, Rivera V, Amezcua-Guerra LA. Frequency of depression and anxiety symptoms in mexican patients with rheumatic diseases determined by self-administered questionnaires adapted to the spanish language. *Rev Invest Clin* 2019; 71:91-97.
36. Álvarez-Cervantes M, Gómez Alonso C, Cortés-Rojo C, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar, actividad de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento con etanercept y adalimumab. Estudio preliminar. *Cad Aten Primaria* 2018; 24(1): 4-10.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA DE DEPRESIÓN PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9).¹⁰

Durante las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia tuvo molestias por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "X")	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo o sentir que uno es un fracaso o que le ha fallado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el diario o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado más lentamente que otras personas lo notaron? O por el contrario — ha estado más inquieto/a e intranquilo/a, moviéndose más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto/a, o de hacerse daño a sí mismo/a de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Sin depresión: 0-4 puntos
 Depresión leve; 5-9 puntos
 Depresión moderada 10 -14 puntos
 Depresión severa 15-19 puntos
 Depresión muy severa: 20-27 puntos.¹⁰

ANEXO.2. ENCUESTA RAPID3 EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD. ^{25,26}

FORMULARIO CLINIMETRÍA RAPID 3 PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)

Por favor responda y marque con una **X** según corresponda. Recuerde que no hay hay respuestas correctas ni incorrectas

1. ¿Cuánto **dolor** ha tenido por su enfermedad **durante la última semana**? Por favor, marque con una **X** en la línea de abajo para indicar cuánto dolor ha tenido:

Sin ningún dolor

El peor dolor que se pueda imaginar

0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10
---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----

2. Nos interesa saber de qué manera su enfermedad afecta sus capacidades y habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Por favor, marque con una **X** la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades habituales. **Durante la semana pasada**

Durante la semana pasada: ¿Pudo usted...	Sin NINGUNA Dificultad (0)	Con ALGO de Dificultad (1)	Con MUCHA Dificultad (2)	IMPOSIBLE de Hacer (3)
¿Vestirse solo(a), incluyendo amarrarse (atarse) los cordones de los zapatos, abotonarse (abrocharse) y desabotonarse (desabrocharse) la ropa?				
¿Acostarse y levantarse de la cama?				
¿Levantar una taza o un vaso lleno para llevárselo a la boca?				
¿Caminar fuera de casa, sobre un terreno plano?				
¿Lavarse y secarse el cuerpo?				
¿Agacharse para recoger ropa o algo del piso o el suelo?				
¿Abrir y cerrar las llaves del agua (grifos, canillas)?				
¿Subir (meterse) y bajar (salir) de un automóvil?				
¿Caminar 3 kilómetros?				
¿Participar en juegos y deportes como Ud. quisiera?				

3. Considerando todas las formas en las que su artritis o enfermedad le afecta, por favor marque con una **X** en la línea de abajo lo que mejor describa cómo se siente en este momento:

Muy bien

Muy mal

0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10
---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----

Remisión < 3.

Baja actividad: >3,01 - < 6.

Moderada de actividad >6,01- <12.

Alta actividad > 12. ^{25,26}

ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Número de Seguro Social: _____

Nivel de Escolaridad

Sin escolaridad	
Primaria	
Secundaria	
Bachillerato	
Universidad	
Posgrado	

Estado civil

Soltero(a)	
Casado(a)	
Divorciado (a)	
Unión libre	
Viudo(a)	

Ocupación

Estudiante	
Desempleado	
Ama de casa	
Obrero	
Comerciante	
Otro	

Comorbilidades

Diabetes mellitus	
Hipertensión arterial	
Otra	Cual:

Tiempo de evolución en (años) con diagnóstico de AR: _____

Grado de depresión: Sin depresión ___depresión leve__

depresión moderada ___depresión severa ___depresión muy severa_____

Grado de actividad inflamatoria: Remisión _____Baja actividad _____

Moderada actividad _____Alta actividad _____

ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENCIA.

24 de septiembre del 2021

CARTA DE NO INCONVENIENCIA

Carta de Anuencia del director de la Unidad para desarrollar el proyecto

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204

PRESENTE:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

"Frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis reumatoide en el Hospital General de Zona No.30 IMSS en Mexicali, Baja California."

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en el Hospital General de Zona No.30 IMSS, para lo cual se designa al Dr. Edgar García Duarte, con Matrícula 99190815 adscrito al Hospital General de Zona No.30 IMSS, como investigador responsable.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

AUTORIZÓ:



Dr. Francisco Javier López Parra
Director H.G.Z. II No. 30
Mexicali, B.C.
Matrícula: 99026823
C.P. : 9653061

Dr. Francisco Javier López Parra.
Director del HGZ No.30 IMSS en Mexicali, Baja California

ANEXO 5. Carta de Consentimiento Informado

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Nombre del estudio:	Frecuencia de depresión y actividad inflamatoria en pacientes con Artritis reumatoide en el Hospital General de Zona No.30 IMSS en Mexicali, Baja California.		
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No.30, IMSS en Mexicali, Baja California, 2022.		
Número de registro:	R- 2022-204-026		
Justificación y objetivo del estudio:	Se le invita a participar en este estudio, cuyo propósito es determinar la frecuencia de depresión en pacientes con Artritis reumatoide ya que la depresión es una enfermedad mental que puede ocasionar un aumento de la actividad inflamatoria de la Artritis reumatoide, lo cual ocasiona discapacidad, deterioro del bienestar físico y del estado psicológico del paciente, por lo cual es importante diagnosticarla y tratarla oportunamente.		
Procedimientos:	Si desea participar, se le enviará a un consultorio para que se sienta cómodo, se le explicará ampliamente el objetivo del estudio de investigación, riesgos y beneficios del mismo, posteriormente se le preguntarán unos datos personales los cuales solo serán utilizados para fines de investigación. Posteriormente se le aplicará la encuesta para determinar la presencia de depresión la cual podrá contestar en máximo 10 minutos, y después se aplicará la encuesta para determinar la presencia de actividad inflamatoria que se contesta en aproximadamente de 5 a 10 minutos. Finalmente, se le informará sobre los resultados de forma personal y se respetará su privacidad como paciente en todo momento.		
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo, ya que solo contestará 2 encuestas.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocerá si presenta depresión y como se encuentra la actividad de la Artritis reumatoide. En caso de presentar depresión moderada o severa se le gestionará una cita con la psicóloga del hospital, para que sea valorado por un experto. En caso de presentar actividad moderada o severa de la artritis reumatoide, su reumatóloga que es su médico tratante, valorara el manejo a seguir.		
Información sobre resultados:	Se le otorgará al paciente información actualizada sobre los beneficios que surjan durante la investigación que pudieran ser de beneficio para usted como paciente.		
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y en caso de que acepte participar y posteriormente desea retirarse del estudio, lo puede hacer en cualquier momento que usted lo decida sin que eso afecte su atención médica en el instituto.		
Privacidad y confidencialidad:	Su información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de mi información		
<p>Declaración de consentimiento para la participación en el estudio:</p> <p>Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas de este estudio:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>No acepto participar en este estudio.</p> <p>Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.</p> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No acepto participar en este estudio.</p> <p>Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No acepto participar en este estudio.</p> <p>Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.</p>		
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigador Responsable: Dr. Edgar García Duarte Edgar.garcia@imss.gob.mx</p> <p>Colaboradores: Dra. Nadia Alejandra Barbosa Coronado naadia07@hotmail.com, Dra. Espericueta Arriola Grissel (grissel77@hotmail.com) Dra. Vanessa Johanna Caro vanessa.caro.@imss.gob.mx Dr. Alberto Barreras Serrano abarreras@uabc.edu.mx</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>			
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>		
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p> <p style="text-align: right;">Clave: 2810-009-013</p>			

ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	Mayo 2020 a diciembre 2021	Enero-feb 2022	Marzo a mayo 2022	Junio 2022
Elaboración del protocolo				
Aprobación del proyecto				
Desarrollo del proyecto				
Capturas de datos y análisis de resultados				
Reporte final				
Entrega a los asesores				