



## Investigación original

# Evaluación de la calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide en un hospital general

José Benjamín Guerrero-López<sup>a,\*</sup>, Danelia Mendieta Cabrera<sup>b</sup>,  
 María del Carmen Lara-Muñoz<sup>c</sup> y Ricardo Ortiz García<sup>d,✱</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México

<sup>b</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente Muñiz», Ciudad de México, México

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 18 de julio de 2016

Aceptado el 26 de mayo de 2017

On-line el 24 de julio de 2017

#### Palabras clave:

Artritis reumatoide

Calidad de vida

Depresión

### R E S U M E N

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que afecta la calidad de vida de quienes la padecen y se asocia a sintomatología depresiva.

**Objetivos:** Evaluar la calidad de vida, el estado global de salud y depresión en pacientes con AR.

**Pacientes y métodos:** Se trata de un estudio transversal y comparativo. Se incluyeron 43 adultos mayores,  $\geq$  de 18 años, con diagnóstico de AR según los criterios de la *American Rheumatism Association* de 1987, que acudían al servicio de consulta externa de Reumatología de un hospital general en la ciudad de México. Se determinaron características clínicas y sociodemográficas. Se les aplicaron 4 índices: Escala de Medición del Impacto de la Artritis (AIMS), Cuestionario de Dunbar, Escala Análoga Visual y el Inventario de Depresión de Beck. **Resultados:** Se evaluaron 43 pacientes mayores de 18 años, en su mayoría del sexo femenino. Para la AIMS, las puntuaciones más altas fueron en actividad social ( $6, 49 \pm 1, 93$ ), dolor ( $4,70 \pm 2,04$ ), depresión ( $4,70 \pm 2,23$ ) y actividad física ( $4,03 \pm 2,10$ ). Para el cuestionario de Dunbar la puntuación promedio fue de  $6, 48 \pm 1, 87$ , en la escala análoga visual la puntuación media fue de  $69,41 \pm 24,67$ , finalmente, en el inventario de Beck el promedio fue de  $15,74 \pm 9,85$ .

**Conclusiones:** La presencia de ansiedad y depresión se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con AR mas no con la presencia de comorbilidad o actividad de la enfermedad. Los síntomas depresivos son comunes en pacientes con AR por lo que deben considerarse al evaluar esta enfermedad reumatológica.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jbengl@yahoo.com.mx](mailto:jbengl@yahoo.com.mx) (J.B. Guerrero-López).

✱ QEPD.

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.05.008>

0121-8123/© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Evaluation of quality of life and depression in patients with rheumatoid arthritis in a General Hospital

### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Rheumatoid arthritis  
Quality of life  
Depression

**Introduction:** Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, inflammatory, and multisystemic disease that has an impact on the quality of life and is associated with depressive symptoms. **Objectives:** To evaluate the quality of life, overall health status, and depression in patients with RA.

**Patients and methods:** A cross-sectional study was conducted in the outpatient Rheumatology Outpatient Department of a General Hospital in Mexico City. All patients met the criteria for rheumatoid arthritis according to the American Rheumatism Association, 1987. Clinical and sociodemographic characteristics were recorded. Four measurement tools were used: Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), Dunbar Questionnaire, a Visual Analogue Scale, and the Beck Depression Inventory.

**Results:** A total of 43 patients aged  $\geq 18$  years were evaluated. The highest AIMS scores were in social activity ( $6.49 \pm 1.93$ ), pain ( $4.70 \pm 2.04$ ), depression ( $4.70 \pm 2.23$ ), and physical activity ( $4.03 \pm 2.10$ ). The mean score with the Dunbar questionnaire was  $6.48 \pm 1.87$ , the mean Visual Analogue Scale score was  $69.41 \pm 24.67$ , and the mean of the Beck inventory was  $15.74 \pm 9.85$ .

**Conclusions:** The presence of anxiety and depression has an impact on the quality of life of patients with RA, but not on the presence of comorbidity or disease activity. Depressive symptoms are common in patients with RA, and should therefore be considered when evaluating this rheumatological disease.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, inflamatoria, multisistémica y autoinmune, que se caracteriza por una sinovitis inflamatoria persistente, provocando diferentes grados de discapacidad, pérdida de calidad de vida y aumento de comorbilidades en quienes no se ha logrado un control de la patología. El signo clave de la enfermedad es el potencial de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago, con erosiones óseas y deformidades articulares. En el 2010, se estimó que la prevalencia de AR en el mundo era de 0,5-1% en países desarrollados, siendo 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres<sup>1</sup>. En el 2011, se realizó un estudio transversal en México para estimar la prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas, incluyendo 5 regiones distintas del país. La prevalencia de AR en la Ciudad de México fue de 1,6%<sup>2</sup>. La presencia de síntomas depresivos pueden estar condicionados por temor a la invalidez, renunciando a ambiciones con modificación en la funcionalidad social, por un sentimiento de poco control de su enfermedad y una percepción alterada de un sentimiento de pérdida de funciones<sup>3</sup>. El dolor crónico grave acompañado de destrucción progresiva de las articulaciones, discapacidad y desfiguración, aumenta el riesgo de sufrir trastornos emocionales<sup>4</sup>. La depresión es una comorbilidad común en pacientes con AR, siendo en ocasiones no diagnosticada por parte del personal médico<sup>5</sup>, con una prevalencia de 16,8% en la población con AR<sup>6</sup>. Se estima que la prevalencia, a lo largo de la vida, de depresión, reportada por reumatólogos, es de 12,9%<sup>5</sup>. Hay evidencia de que los

síntomas depresivos influyen temporalmente en la evolución de la actividad de la AR, desconociéndose el mecanismo, sin embargo, se han reportado tasas más lentas de disminución de la actividad de la enfermedad. La sintomatología depresiva al parecer no tiene relación con las articulaciones afectadas y los reactantes de fase aguda<sup>7</sup>. La gran afectación articular lleva a los pacientes a tener diversos grados de incapacidad, además de presentar dolor y rigidez articular, más acentuados durante la fase activa de la enfermedad, lo cual tiene un papel importante en la discapacidad funcional<sup>8</sup>. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto relacionado con el impacto individual de la enfermedad y su tratamiento, la capacidad funcional y la percepción del paciente en los roles sociales, físicos y mentales<sup>9,10</sup>. La necesidad de evaluar la calidad de vida, surge del aumento de la esperanza de vida en nuestro país, ya que gran parte de la población llegará a la vejez con las consecuencias de un sistema fisiológico en declive, incrementando la vulnerabilidad a enfermedades crónico-degenerativas y resultados adversos de salud, por ejemplo, caídas y sus consecuencias<sup>11</sup>. Los instrumentos para medir la calidad de vida pueden ser genéricos y específicos<sup>10</sup>. Dentro de los genéricos se encuentran el cuestionario SF-36, el *Sickness Impact Profile*, el *Nothingham Health Profile*, el Cuestionario de Dunbar y específicos como la *Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)*, el *Rheumatoid Arthritis of Quality of Life*, el *Rapid Assessment of Disease Activity*<sup>12</sup>. El objetivo del presente estudio es evaluar la presencia de depresión y la calidad de vida en pacientes que padecen AR por medio de distintos instrumentos, ya que esta última se encuentra disminuida en enfermedades reumáticas.

## Pacientes y métodos

Estudio transversal y comparativo en el cual se incluyeron pacientes del servicio de consulta externa de Reumatología de un hospital general en la Ciudad de México, con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios de la *American Rheumatism Association* de 1987<sup>13</sup>, realizado por su reumatólogo. En total participaron 43 sujetos mayores de edad, de sexo femenino o masculino, alfabetizados, con tratamiento farmacológico indicado por su médico tratante, entre los cuales se incluyeron antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides y metotrexate, principalmente. No se registró de manera sistemática el tratamiento indicado a cada paciente ni se obtuvieron datos en relación con el apego al tratamiento. No se incluyeron pacientes que padecían artritis reumatoide juvenil, que sufrieran de alguna enfermedad médica grave y con deterioro cognitivo evaluado clínicamente. El estudio fue aprobado por el comité de ética local y se les entregó consentimiento informado a los pacientes que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria. Las escalas e índices utilizadas en el estudio se describen a continuación.

### Mediciones

El AIMS se utiliza para evaluar el estado global de salud de los pacientes con artritis y otras enfermedades crónicas, abarcando las áreas de bienestar físico, social y emocional. Está compuesto por 45 reactivos y se evalúan 9 dimensiones de la salud y la capacidad funcional<sup>14</sup>. El rango de puntuación va de 0 a 7 para cada dimensión y reactivo. La menor puntuación equivale a «nunca» y la mayor puntuación al «siempre» de acuerdo con la dirección positiva o negativa de la respuesta. Se utilizó el Cuestionario de Dunbar para proporcionar un método de valoración de la calidad de vida en los pacientes con trastornos afectivos (constituido por 46 reactivos, elaborados en escalas análogas visuales para su calificación del 1 al 10, en donde la mayor calificación corresponde a un completo bienestar)<sup>15</sup>, una Escala Análoga Visual para estimar la satisfacción que el paciente tiene de su vida y el Inventario de Depresión de Beck (consta de 21 reactivos, cada categoría del cuestionario describe una manifestación conductual específica de la depresión), indicando una medida de severidad (no un diagnóstico) de la depresión bajo las siguientes categorías: normal de 0-9, leve 10-15, leve-moderado 16-19, moderado-grave 20-29 y grave >29<sup>16</sup>. Para catalogar a los pacientes en 2 grupos (con o sin enfermedad activa) se utilizaron los criterios de la puntuación de actividad de la enfermedad (Disease Activity Score [DAS]) en su versión modificada que incluye 28 articulaciones (DAS-28)<sup>17</sup>. Esta versión del DAS evalúa las articulaciones inflamadas, la velocidad de sedimentación globular y la valoración de la actividad del paciente<sup>18</sup>. El DAS-28 ha demostrado ser una medición confiable y válida para la valoración de la actividad de la AR<sup>19</sup>.

### Análisis estadístico

Se evaluaron medidas de tendencia central y de dispersión para cada uno de los índices y características

**Tabla 1 – Características sociodemográficas de los pacientes**

<b>Género</b>	
Mujer	41 (95,3%)
Hombre	2 (4,7%)
<b>Estado civil</b>	
Casado	21 (48,8%)
Soltero	13 (30,2%)
Separado	3 (7%)
Viudo	6 (14%)
<b>Ocupación</b>	
Hogar	29 (67,4%)
Ventas	2 (4,7%)
Otras (actividades remuneradas)	12 (27,9%)
<b>Edad</b>	
Media	48,32
DE	15,90
<b>Escolaridad</b>	
Media	6,80
DE	4,14

sociodemográficas. Posteriormente, se evaluó la correlación de cada uno de los índices con la escala de AIMS, mediante el coeficiente de correlación *r* de Pearson. Se compararon medias mediante la prueba *T* para cada una de las subescalas del AIMS, el inventario de Beck, el cuestionario de Dunbar y la escala visual análoga entre los siguientes grupos: los que presentaban actividad de la enfermedad y los que no, aquellos que tenían comorbilidades y quienes no, y con respecto a los que se dedicaban al hogar y los de otras ocupaciones.

## Resultados

Se incluyeron 43 pacientes, en su mayoría del sexo femenino 95,3% (*n* = 41) y 4,7% del sexo masculino (*n* = 2), con una edad promedio de 48,3 ± 15,90 años y un promedio de escolaridad de 6,8 ± 4,22 años. De acuerdo con la distribución del estado civil de los pacientes, los casados fueron la mayoría representando un 48,8% (*n* = 21). El 67,4% se dedicaban al hogar y el 32,6% a otras ocupaciones remuneradas. Las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes se encuentran en las [tablas 1 y 2](#) y las comorbilidades se enlistan en la [tabla 3](#).

Las puntuaciones de los índices se encuentran en la [tabla 4](#). En el AIMS, las puntuaciones más altas fueron en actividad social con un valor promedio de 6,49 ± 1,93, seguido de la subescala del dolor 4,70 ± 2,04, después la depresión con valores de 4,70 ± 2,23 y la actividad física cuya puntuación

**Tabla 2 – Características clínicas de los pacientes del estudio**

	$\bar{x}$	DE	Mín.	Máx.
Tiempo de diagnóstico de AR (años)	10,81	9,98	1	40
Tiempo de tratamiento de AR (meses)	105,88	106,55	1	360
	<i>n</i>			%
Enfermedad activa	6			14
Enfermedad inactiva	37			68

**Tabla 3 – Comorbilidades de los pacientes del estudio**

	n	%
Ninguna	25	58,1
Hipertensión arterial sistémica	6	14
Enfermedad acidopéptica	3	7
Diabetes mellitus	1	2,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	2,3
Vitiligo	1	2,3
Hipertiroidismo	1	2,3
Hipotiroidismo	1	2,3
Insuficiencia venosa	1	2,3
Epilepsia	1	2,3
Miopía	1	2,3
Enfermedad articular degenerativa	1	2,3

promedio fue de  $4,03 \pm 2,10$ . Para el cuestionario de Dunbar la puntuación promedio fue de  $6,48 \pm 1,87$ . En la escala análoga visual la puntuación media fue de  $69,41 \pm 24,67$  y finalmente en el Inventario de Beck el promedio fue de  $15,74 \pm 9,85$ .

Las correlaciones entre el AIMS y los índices utilizados en el estudio se muestran en la tabla 5. Entre el cuestionario de Dunbar y el AIMS se obtuvieron correlaciones negativas por arriba de 0,3 en los siguientes subítems: destreza ( $r = -0,36$ ,  $p = 0,01$ ), depresión ( $r = -0,61$ ,  $p = 0,0001$ ) y ansiedad ( $r = 0,64$ ,  $p = 0,0001$ ). Entre el inventario de Beck y AIMS, se observaron correlaciones directas y significativas en los subítems de la escala de AIMS: destreza ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,02$ ), depresión ( $r = 0,69$ ,  $p = 0,0001$ ) y ansiedad ( $r = 0,70$ ,  $p = 0,001$ ). En relación con la escala análoga visual hubo correlaciones inversas con los siguientes subítems del AIMS: depresión ( $r = -0,56$ ,  $p = 0,0001$ ) y ansiedad ( $r = -0,60$ ,  $p = 0,0001$ ).

Al comparar a los sujetos que tenían o no actividad de la enfermedad, solo hubo diferencias en la subescala de dolor del AIMS, con una puntuación promedio de  $7,61 \pm 0,86$  vs.  $6,00 \pm 2,09$  ( $t = -1,84$ ,  $gl = 36,5$ ,  $p = 0,05$ ). Si los pacientes tenían una comorbilidad, mostraron diferencias significativas en la escala de AIMS en las subescalas de destreza  $3,73 \pm 2,28$  vs.  $2,86 \pm 1,42$  ( $t = -1,52$ ,  $gl = 17,24$ ,  $p = 0,03$ ) y en la

**Tabla 4 – Puntuaciones de los índices utilizados en el estudio**

	$\bar{x}$	DE	Mín.	Máx.
<b>AIMS</b>				
Movilidad	3,36	2,91	1,42	10
Actividad física	4,03	2,10	1,42	9,14
Destreza	3,22	1,86	1,42	8,57
Desempeño social	2,62	1,43	1,42	8,33
Actividad social	6,49	1,93	1,42	10
Actividades cotidianas	2,4	1,51	1,42	9,28
Dolor	6,22	2,04	1,42	9,76
Depresión	4,70	2,23	1,42	9,76
Ansiedad	2,24	0,95	0,70	4,20
<b>Cuestionario de Dunbar</b>				
Calidad de vida subjetiva actual	6,48	1,87	2,60	9,47
<b>Escala Análoga Visual</b>				
Calidad de vida global (subjetiva)	69,41	24,67	5,0	100
<b>Inventario de Beck</b>				
Severidad de los síntomas depresivos	15,74	9,85	0	40

de desempeño social con valores de  $3,01 \pm 1,95$  vs.  $2,34 \pm 0,85$  ( $t = -1,52$ ,  $gl = 17,24$ ,  $p = 0,0003$ ). Cuando se comparó la ocupación, en las que solo se incluyeron a las pacientes del sexo femenino ( $n = 41$ ), aquellas que se dedicaban al hogar con las que tenían otra ocupación remunerada, se encontraron diferencias en la escala de AIMS en las subescalas de desempeño social  $2,84 \pm 1,61$  vs.  $2,28 \pm 0,88$  ( $t = -1,14$ ,  $gl = 28,11$ ,  $p = 0,04$ ) y la de actividades cotidianas  $2,29 \pm 1,18$  vs.  $2,82 \pm 2,19$  ( $t = 1,01$ ,  $gl = 11,28$ ,  $p = 0,007$ ). No se encontraron correlaciones entre el inventario de Beck, el cuestionario de Dunbar y la escala análoga visual con la actividad de la enfermedad, la presencia o no de comorbilidades y la ocupación de las pacientes.

## Discusión

Los resultados clínico-demográficos de nuestro estudio difieren discretamente con respecto a otros estudios. Con relación a la edad, nuestros pacientes tuvieron un promedio de 48 años, en la mayoría de los estudios el promedio de edad está entre 51 y 59 años<sup>10,12,20,21</sup>. En relación al sexo, en nuestro estudio predominó el sexo femenino (95%) coincidiendo con los mismos estudios previamente citados. El promedio de escolaridad de nuestra muestra es de 6,8 años, siendo discretamente mayor que en el estudio de Ambriz et al.<sup>10</sup>, en población mexicana con un promedio de 5,88 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 11 años en promedio, solamente coincidiendo con el estudio de Vinaccia et al.<sup>12</sup>.

Los pacientes reclutados en este estudio presentaron una mayor repercusión en las actividades sociales por la AR con una puntuación en el AIMS de 6,49 (DE 1,93), seguidas de las subescalas: dolor 6,22 (DE 2,04), actividad física 4,03 (DE 2,10), depresión 4,70 (DE 2,23) y ansiedad 2,24 (DE 0,95). Ndosí et al.<sup>22</sup>, aplicaron la escala AIMS2-SF (versión corta del AIMS 2 con una alta consistencia interna<sup>23</sup>), reportando una mayor puntuación en la subescala social, seguida de dolor y en tercer lugar el afecto. Robles-García et al.<sup>24</sup>, aplicaron la escala de AIMS-2 en mujeres mexicanas con osteoartritis reportando resultados similares. La subescala que tuvo mayor puntaje fue la de dolor, seguida de las subescalas de actividad social, nivel de tensión y caminar y flexionarse. A pesar de ser diferentes versiones del AIMS las que se aplicaron por los autores previamente mencionados, los pacientes que padecen AR reportan una mayor repercusión en sus actividades sociales, seguida de un alto puntaje en la subescala de dolor, pudiendo ser este mismo un factor que afecte la interacción social de las personas con su entorno. El dolor crónico que presentan los pacientes que tienen AR, influye en el estado de ánimo, por lo que es de esperarse que este se manifieste con cambios negativos. La tercera subescala con una alta puntuación, corresponde a lo afectivo (nivel de tensión, ansiedad y depresión). Es probable que estas 3 subescalas se encuentren relacionadas entre sí, porque el presentar dolor crónico hace que la persona, quien está acostumbrada a relacionarse de cierta manera con su entorno, se vea limitada en sus actividades sociales e influya de manera negativa en su afecto.

La puntuación promedio de los síntomas depresivos mediante el Inventario de Beck fue de 15,74 (DE 9,85), siendo similar a la reportada por Kojima et al.<sup>25</sup>, con 12,9 (DE 9,6) y

**Tabla 5 – Correlaciones entre el AIMS y los índices utilizados en el estudio**

	Cuestionario de Dunbar		Inventario de Beck		Escala Visual Análoga	
	r	p	r	p	r	p
Movilidad	-0,21	0,15	0,15	0,32	0,09	0,53
Actividad física	-0,20	0,19	0,22	0,15	0,05	0,72
Destreza	-0,36*	0,01	0,33*	0,02	-0,14	0,36
Desempeño social	-0,21	0,17	0,20	0,19	0,09	0,54
Actividades sociales	-0,16	0,31	0,35*	0,02	-0,004	0,97
Actividades cotidianas	-0,11	0,48	0,09	0,55	-0,05	0,72
Dolor	-0,09	0,55	0,19	0,20	-0,04	0,81
Depresión	-0,61*	0,0001	0,69*	0,0001	-0,56*	0,0001
Ansiedad	-0,31*	0,0001	0,71*	0,0001	-0,60*	0,0001

\* Correlaciones significativas.

casi el doble de la puntuación reportada por Heimans et al.<sup>26</sup>, de 8,5 (DE 7,7). Isik et al.<sup>27</sup>, aplicaron la escala de Hamilton de depresión a aquellos pacientes que ya contaban con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, obteniendo una puntuación de 17,48 (DE 1,86); los pacientes de este estudio presentaban una depresión moderada (categorizando cuantitativamente la gravedad de los síntomas). En nuestro estudio no se dividieron los resultados de acuerdo con los rangos de severidad de los síntomas depresivos, pero se puede afirmar que la mayor parte de los pacientes con AR presentan síntomas depresivos, coincidiendo con lo reportado por los autores previamente mencionados.

En el cuestionario de Dunbar la puntuación media fue de 6,48 (DE 1,87), no existen reportes de estudios previos en los que se haya utilizado esta escala en pacientes con AR, sin embargo, si consideramos que estar muy satisfecho es 10, los sujetos con AR mostraron un deterioro en la calidad de vida, aunque pudiera estar relacionado con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos. Se encontró una correlación negativa entre destreza y calidad de vida. También en la escala visual análoga se obtuvieron resultados similares con correlaciones negativas entre depresión y ansiedad, esto es a mayor puntuación de síntomas depresivos o ansiosos menor satisfacción con la vida.

Se observó que en relación con la comparación de la enfermedad activa o inactiva, la única diferencia significativa es la mayor presencia de dolor durante la fase activa, esto es esperado por la presencia de inflamación articular durante esta fase. Aunque las puntuaciones de los instrumentos utilizados no alcanzaron niveles significativos, sí son mayores cuando la enfermedad se encuentra activa. La falta de significación puede deberse al tamaño de la muestra, siendo que solo 6 pacientes presentaban la fase de actividad de AR. El presentar alguna comorbilidad repercute en el desempeño social y la destreza de los pacientes con valores significativos, sin embargo, no hubo diferencias con respecto a la severidad de la depresión ni peor calidad de vida.

Se observó que las pacientes que tienen una ocupación remunerada tienen un mejor desempeño social, sin embargo, las mujeres que se dedican al hogar realizan mejor las actividades cotidianas. Este resultado llama la atención pues las puntuaciones de estas subescalas de movilidad, actividad física y dolor fueron mayores, aunque no tuvieron significación estadística.

La presencia de ansiedad y depresión se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con AR, mas no la presencia de comorbilidad o actividad de la enfermedad. El AIMS es un instrumento que nos ayuda a evaluar el estado de salud de los pacientes con AR, sin embargo, no evalúa la satisfacción con la vida, pues las correlaciones de un instrumento específico para medirla (como el cuestionario de Dunbar) fueron bajas, correlacionando solo con ansiedad y depresión.

En México existe solamente un estudio, el de Ambriz et al.<sup>10</sup>, donde se evaluó la calidad de vida en AR y otras 3 enfermedades crónicas. Es necesario diseñar en el futuro más estudios encaminados a evaluar la calidad de vida de los pacientes y no solo la medición del impacto que tiene la enfermedad en la salud.

En nuestro estudio la mayoría de los pacientes presentaban síntomas depresivos, por lo que consideramos que es importante identificar la sintomatología depresiva al evaluar a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, en este caso la AR, ya que son síntomas que pueden pasar desapercibidos durante la consulta e influyen de manera negativa en la calidad de vida.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo debemos mencionar que no se realizó un registro sistemático de los fármacos utilizados por cada paciente, ni se evaluó de manera sistemática el apego al tratamiento farmacológico.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al Hospital General «Dr. Manuel Gea González» y al Servicio de Consulta Externa de Reumatología del mismo hospital por permitir llevar a cabo la investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010;376:1094-108.
2. Peláez-Ballestas I, Luz HS, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al. Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. *J Rheumatol*. 2011;86:3-8.
3. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *1999;46:155-64*.
4. Cohen S, Rodriguez MS. Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychol*. 1995;14:374-80.
5. Rathbun A, Harrold L, Reed G. A description of patient- and rheumatologist-reported depression symptoms in an American rheumatoid arthritis registry population. *Clin Exp Rheumatol*. 2014;32:523-32.
6. Matchman F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis [letter]. *Rheumatol*. 2014;53:578-9.
7. Rathbun A, Harrold L, Reed G. Temporal effect of depressive symptoms on the longitudinal evolution of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67:765-75.
8. Saucedo-Valenzuela AL, Durán-Arenas L, Hernández B. Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. *Salud Pública Mex*. 2000;42:422-30.
9. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37:336-42.
10. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-González ID, Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. *Experiencia de un Hospital General en México. Reumatol Clínica*. 2015;11:68-72.
11. Romero-Cabrera A. Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. *Med Int Mex*. 2011;27:455-62.
12. Vinaccia S, Tobón S, Moreno E, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Psychol Psychological Ther*. 2005;5:47-61.
13. Arnett F, Edworthy S, Bloch D, McShane D, Fries J, Cooper N, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988;31:315-24.
14. Kornblit A. Pasos hacia la enseñanza del modelo eco-sistémico en medicina. *Salud Ment*. 1987;10:9-21.
15. Dunbar G, Stroker M, Hodges T, Beaumont G. The development of SBQOL - a unique scale for measuring quality of life. *Br J Med Econ*. 1992;2:65-74.
16. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
17. Strand V, Sharp V, Koenig AS, Park G, Shi Y, Wang B, et al. Comparison of health-related quality of life in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of etanercept treatment. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:1143-50.
18. Prevoo ML, Van't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen M, van de Putte L, van Riel P. Modified disease activity scores that include twenty eight joint counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38:44-8.
19. Smolen J, Breedveld F, Eberl G, Jones I, Leeming M, Wylie G, et al. Validity and reliability of the twenty eight joint count for the assessment of rheumatoid arthritis activity. *Arthritis Rheum*. 1995;38:38-43.
20. Peck JR, Smith TW, Ward JR, Roseann MILAN. Disability and depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1989;32:1100-6.
21. Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2016;55:268-78.
22. Ndosi M, Johnson D, Young T, Hardware D, Hill J, Hale C, et al. Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2015;0:1-7.
23. Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghézail M, Bregeon C, Sany J. The AIMS2-SF: a short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. French Quality of Life in Rheumatology Group. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1267-74.
24. Robles-García R, Aceves Ávila J, Madera M, Páez Agraz F. Evaluación de la calidad de vida en mujeres con osteoartritis: propiedades psicométricas de la versión en español de las escalas AIMS-2. *Eurythmie*. 2014;1:14-22.
25. Kojima M, Kojima T, Suzuki S, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, et al. Depression, Inflammation, and Pain in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum*. 2009;61:1018-24.
26. Heimans L, Boer KVCW, Koudijs KKM, Visser K, Goekoop-Ruiterman Y, Harbers J, et al. Health-related quality of life and functional ability in patients with early arthritis during remission steered treatment: results of the IMPROVED study. *Arthritis Res Ther*. 2013;15:1-10.
27. Isik A, Koca SS. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *2007:872-8*.