

Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide

José Cadena¹, Martha E. Cadavid², María Victoria Ocampo³,
María Clara Vélez Ángel⁴, Juan-Manuel Anaya⁵

Resumen

Objetivos: Estudiar la prevalencia de depresión y las características de las relaciones familiares en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio transversal y descriptivo. La depresión fue evaluada mediante la escala de Zung. El estado de salud de los pacientes y las características familiares fueron evaluados por encuesta dirigida.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes. Se observó una alta tasa de depresión (58%), y una baja proporción de satisfacción con el entorno laboral (40%) y con la situación del país (7%). La relación con el núcleo familiar fue considerada buena en la mayoría de los casos, con una proporción importante de satisfacción (60%). Dentro del núcleo familiar, quienes más colaboran con el paciente son la pareja (53%) y los hijos (63%), quienes, a través de una actitud de escucha, logran que el paciente con AR se sienta apoyado.

Conclusión: La depresión es frecuente en los pacientes con AR, a pesar de tener un buen entorno familiar, el cual parece actuar ejerciendo un efecto

amortiguador en el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida.

Palabras clave: Artritis reumatoide, depresión, relaciones familiares.

Summary

Objective: To evaluate the prevalence of depression and the characteristics of family behaviour in patients with rheumatoid arthritis (RA).

Methods: This was a cross-sectional study. The Zung test was applied to evaluate depression. The health status and the family support in patients were evaluated by specific questionnaires.

Results: 107 patients with RA were included. We found a high incidence of depression (58%), a low satisfaction attitude towards the working conditions (40%) and the country's socio-political situation (7%). The relation with the family group was good in most of the patients leading to an important percentage of satisfaction (60%). Among the family group, the couple (53%) and the offspring (63%) were the most important support givers. This support was perceived by the patients mostly when family listen to them.

Conclusion: There was a higher rate of depression in patients with RA, although the family support was still adequate in spite of an unsatisfactory socio-political environment. The adequate and supporting family environment may play a buffering effect in quality of life of patients with RA.

Key Words: Rheumatoid arthritis, depression, family relationship.

1. Médico Investigador, Unidad de Reumatología, Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
2. Enfermera Epidemióloga, Unidad de Reumatología CIB.
3. Psiquiatra del Área Hospitalaria, Clínica Universitaria Bolivariana (CUB), Medellín; Coordinadora de la Unidad de Cuidados Médicos Especiales, Hospital Mental de Antioquia, Bello.
4. Trabajadora Social, Terapeuta de familia, Coordinadora del Programa de Atención a la Familia, CUB.
5. Jefe, Unidad de Reumatología, CIB; Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica inflamatoria que se caracteriza por el compromiso de articulaciones diartrodiales, causando deformidad y destrucción progresiva de las mismas¹. Ha sido asociada con trastornos psicológicos secundarios al estrés continuo de que son objeto los pacientes debido al dolor crónico, alteraciones funcionales, deformidad y pérdida de la independencia². Los síntomas de base en pacientes con AR pueden enmascarar episodios depresivos mayores, que aparecen hasta en un 17% de los casos²⁻³. La verdadera causa de esto no ha sido dilucidada y, aunque es común que se atribuya a la asociación entre dolor y depresión, los estudios realizados son contradictorios³.

La familia no sólo es una agrupación social, sino que es además la encargada de proporcionar los roles que cada individuo debe asumir⁴. En nuestro medio, la familia es fuente de intercambios, donde se cimienta el desarrollo emocional del individuo, una identidad propia y el sentido de pertenencia a la sociedad⁵. Cualquier acontecimiento positivo o negativo de uno de los individuos que la conforma afecta necesariamente al resto de la institución familiar.

Por su carácter crónico y oscilante, con períodos de remisión y exacerbación, la AR puede actuar negativamente afectando la estructura y funcionamiento de la familia. La convivencia con la persona que sufre AR implica estar sometido a altas cargas de estrés, debido a sus crisis de dolor severo e impredecible, discapacidad, progresión incierta de la enfermedad y continuos cuidados médicos. La AR tiene un impacto importante, pues el paciente requiere progresivamente no sólo cariño y afecto sino también ayuda física para llevar a cabo actividades de la vida diaria cuando la capacidad funcional declina⁶.

Los efectos en la relación de pareja de los pacientes con AR varían dependiendo del estudio que se revise, pero parece haber consistencia al señalar que las parejas de estos pacientes deben renunciar parcialmente a su bienestar, padeciendo de depresión y ansiedad en una proporción mayor que la población general⁶.

El soporte social es el mecanismo por el cual las relaciones con quienes rodean al paciente promueven el bienestar psicológico y previenen alteraciones negativas

en la salud, principalmente al enfrentarse a situaciones de estrés. Se ha establecido que las personas que cuentan con una buena red de apoyo social son algo más proclives a adaptarse bien a la enfermedad crónica, con incremento en su calidad de vida⁶. Una red de soporte social amplia es un factor protector para los pacientes con enfermedades reumáticas, ya que disminuye la incapacidad física y el riesgo de padecer depresión⁷. Además, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas y a crear un estado mental positivo⁶. Sin embargo, en la AR este recurso se ve reducido y, en los casos de relaciones de interacciones sociales negativas, podría ser perjudicial: por un lado, los pacientes pueden ser victimizados por sus familiares, criticados y aislados; por otro, los propios pacientes pueden rechazar los intentos de apoyo por parte de sus familiares, aumentando los niveles de depresión.

El presente estudio es el resultado de la aplicación de una encuesta que tuvo como objetivo la recolección de datos relacionados con el apoyo social y familiar de los pacientes con AR, así como la evaluación de la depresión en estos pacientes. Este trabajo constituye una primera mirada hacia la familia y su respuesta ante el paciente con AR.

Materiales y métodos

Pacientes

Previo consentimiento informado, 107 pacientes con diagnóstico de AR que cumplían criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología⁸, fueron incluidos, de manera consecutiva y al azar, en el estudio.

Pruebas aplicadas

El instrumento aplicado evaluó el apoyo social y familiar, e incluyó datos sociodemográficos y tiempo de duración de la enfermedad. Se incluyó el mHAQ (modified Health Assessment Questionnaire) como medida de discapacidad⁹, y como medida de depresión se utilizó la prueba de Zung¹⁰.

El mHAQ es una versión corta del HAQ, una escala autoadministrada que evalúa la habilidad para realizar actividades básicas de la vida diaria en 8 dimensiones de la función física. La tabulación de éste genera un

índice funcional dividido en 5 categorías (de I a V), con mayor número asociado a mayor discapacidad⁹.

La prueba de Zung es una escala autoaplicada usada como tamizaje para evaluar la depresión. Consiste de 20 preguntas que evalúan múltiples aspectos del individuo describiendo la frecuencia de los síntomas como “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” o “casi siempre”, asignándole un valor a la misma de 1 a 4 dependiendo de la pregunta. El resultado final se convierte a un número porcentual (puntaje total/ 80 x 100). Resultados inferiores al 50% excluyen depresión, resultados entre 50-59 indican depresión “leve”, entre 60-69 moderada y resultados superiores a 70 indican depresión severa, con hasta un 95 % de sensibilidad de acuerdo con los criterios del DSM IV¹⁰⁻¹¹.

Análisis estadístico

Los resultados individuales fueron colectados en un banco de datos y analizados con el paquete WinSTAT 1.0¹². Se realizó un análisis descriptivo de las variables y una regresión lineal de la prueba de Zung (indicador de depresión) como variable dependiente con las variables edad, tiempo de evolución de la enfermedad y mHAQ. El nivel de significancia fue del 5%.

Resultados

Características demográficas

La población evaluada estuvo conformada por 107 pacientes, 15 (14%) hombres y 92 (86%) mujeres. La mayor proporción de pacientes (37%) perteneció al grupo de edad de 41 a 50 años; en segundo lugar estuvo el grupo de 51 a 60 que representó el 26% del total, seguido por el grupo de 31-40 años (13%) y de 61-70 (12,2%).

El 55% de los pacientes reportó un tiempo de duración de la enfermedad menor de 10 años. Este dato se complementa con el anterior y explica la distribución de los grupos por edad. El 32% reportó de 11 a 20 años de evolución y el 13% reportó más de 20 años de evolución.

El 60% de los pacientes tuvo pareja estable. El 6,5% fueron pacientes solteros y el 10,3% viudos. El 43% de los pacientes fueron amas de casa, y el 29% trabajaban tiempo completo; el 8% de los pacientes fueron jubilados; y el 5% de los pacientes presentaba incapacidad permanente.

El 9% de los pacientes vivía solo. En cuanto a la convivencia permanente con diferentes familiares se encontró que el 66% de los pacientes prefirió vivir con los hijos y un porcentaje importante (18%) convivía con hermanos (Tabla 1).

Se interrogó a los pacientes respecto a si su familia les respetaba, les tenía confianza y les apoyaba. Al respecto, el 91% de los pacientes afirmó que confiaban en sus familias y a su vez sentían que su familia confiaba en ellos. El 87% de los pacientes pensaba que su familia les respeta mucho y el 9% que los respeta poco. El 81% de los pacientes sentía que su familia los apoyaba mucho y el 19% que los apoyaba poco.

Cuando se interrogó a los pacientes acerca de qué tanto compartían sus pensamientos y sentimientos con sus familiares, se encontró que el 57% compartía mucho con sus hijos, el 43% lo hacía con su pareja y el 62% con sus hermanos y/o hermanas. Estos porcentajes se correlacionan con lo observado al indagar por los familiares con los cuales convivía el paciente: un 60%

Tabla 1. Distribución de frecuencia de la convivencia de pacientes con AR

FAMILIAR	PERMANENTEMENTE	OCASIONALMENTE
Papá	7,5%	2,8%
Mamá	16,8%	9,3%
Hijos	61,7%	3,7%
Hermanos	17,8%	11,2%
Esposos	44%	-
Compañero	8,4%	4,7%
Abuelo	2,8%	-
Otros	11,2%	4,7%

tenía pareja e hijos; y éstos resultaron ser aquellos a los que recurría el paciente más frecuentemente. El 74% y el 59% de los pacientes manifestaron no tener padre o madre respectivamente. En nuestro grupo primó la rama femenina como soporte porque el 42% de los pacientes compartía mucho sus sentimientos y pensamientos con sus hermanas, en contraste con el 20% que lo hacía con sus hermanos (Tabla 2).

Al evaluar la satisfacción de los pacientes frente a diferentes situaciones vivenciales, el 62% se sentía muy satisfecho de su familia, por encima de la satisfacción con sus logros personales (38%) y su estudio o trabajo (14%), lo cual podría ser un indicador del respaldo que recibieron los pacientes de su familia (Tabla 3). De otra parte, se observó que sólo el 7% de

los pacientes manifestó algún grado de satisfacción con la situación actual del país y el 50% estuvo muy insatisfecho con la misma, lo que indica que la situación socioeconómica del país podría influenciar adversamente en el estado de ánimo de estos pacientes.

Al evaluar qué tanto apoyo habían recibido los pacientes de sus familiares desde el inicio de la artritis, se encontró, una vez más, que los hijos (63%), la pareja (53%) y las hermanas (47%) fueron los que más apoyo ofrecieron, resaltando el papel importante de la familia.

Al interrogar por el tipo de apoyo que recibían los pacientes, encontramos que, en la mayoría de los casos, se consideró que éste es brindado al escucharlos y, por parte de los médicos, es el tipo de ayuda que más se reconoce (88%). Ésta es seguida por la información, la

Tabla 2. Compartir de pacientes con AR*

FAMILIAR	MUCHO	POCO	NADA	NA	NR
Papá	6,5	12,1	22,4	45,8	13,1
Mamá	26,2	15,0	14,0	36,4	8,4
Pareja	43,0	16,8	10,3	16,8	13,1
Hijos	57,0	15,9	9,3	12,1	5,6
Hermanos	19,6	29,0	30,8	12,1	8,4
Hermanas	42,1	24,3	21,5	4,7	7,5
Amigos	23,4	36,4	29,9	4,7	5,6
Jefes	11,2	15,0	27,1	32,7	14,0
Vecinos	18,7	26,2	39,3	8,4	7,5

* Qué tanto comparten sus pensamientos y sentimientos con sus familiares pacientes con AR en Medellín. NR = No responde. NA= No aplica. Los resultados están en porcentajes.

Tabla 3. Apoyo del grupo familiar y del grupo de amigos en pacientes con AR*

FAMILIAR	MUCHO	POCO	NADA	NA	NR
Papá	18	6	18	47	12
Mamá	35	7	13	37	8,4
Pareja	53	8	9	18	11
Hijos	63	15	7	11	5
Hermanos	35	22	25	10	8
Hermanas	47	21	23	6	4
Amigos	36	22	31	3	8
Jefes	20	9	23	31	17
Vecinos	18	28	39	9	6

* Percepción del apoyo recibido por parte del paciente. NR = No responde. NA= No aplica. Los resultados están en porcentajes.

cual, para el 79% de los pacientes, fue brindada de manera sobresaliente por el médico tratante.

Después de los médicos en los dos aspectos evaluados previamente, fueron los hijos y la pareja los familiares que aparecieron en una mayor proporción brindándoles ayuda de diferente forma; la principal escuchándolos, después acompañándolos y animándolos.

Estado de ánimo y depresión: El 51,4% de los pacientes se sintió deprimido, el 16% preocupado, el 20,6% angustiado, el 10,3% irritable y el 20,6% manifestó, sentirse tranquilo. Esta parte del cuestionario es subjetiva y poco específica, sujeta a error debido a que el estado de ánimo es cambiante y depende de múltiples factores externos e internos, por lo cual no se puede evaluar con una sola pregunta sino que requiere la integración del examen psiquiátrico¹³. Por ello, sólo será tomada como la percepción del estado de ánimo en los pacientes al momento de diligenciar el cuestionario.

Los resultados de la prueba de Zung son mostrados en la figura 1. El 42% de los pacientes no presentó signos de depresión, el 25% presentó depresión leve, mientras que el 26% depresión moderada y el 7% depresión severa.

Evaluación del estado funcional: Se encontró un valor medio de mHAQ de 1.60 ± 0.55 . El 53% de los pacientes estuvo en clase funcional I y II. Solamente el 1% de los pacientes estuvo en clase funcional V. En la medida en que el estado de ánimo es producto de la interacción de múltiples factores, se evaluó la asociación entre la prueba de Zung y la edad, el nivel funcional (medido por medio de mHAQ) y tiempo de duración de la enfermedad. No se observó asociación significativa entre estas variables.

Discusión

Nuestro estudio representa una descripción de las características clínicas de un grupo de pacientes con AR, evaluados en función de la discapacidad, de la depresión y la relación con la red de soporte social. Encontramos que los pacientes, que fueron incluidos al azar y de manera consecutiva, presentaron una alta prevalencia de depresión, a pesar de referir un buen soporte familiar y una clase funcional relativamente buena. Estudios previos en nuestro medio demostraron una alta

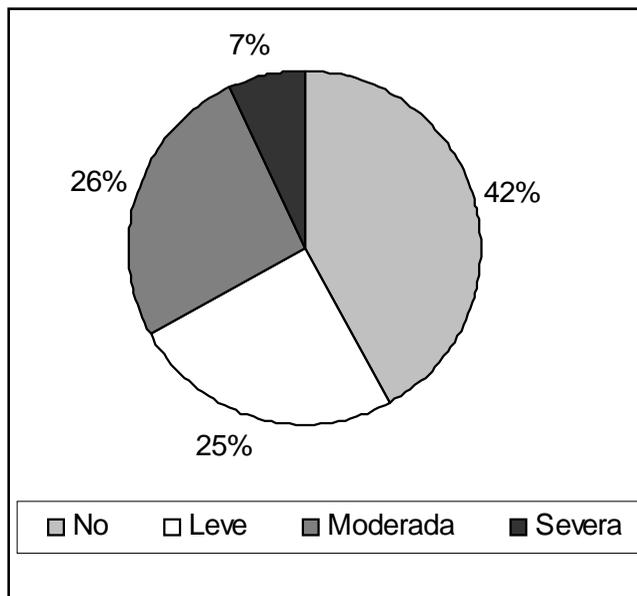


Figura 1. Prevalencia de depresión en pacientes con AR.

incidencia de síntomas depresivos con una tendencia a la depresión en el 45% de los pacientes con AR, con alteraciones importantes respecto a su actividad sexual y una disminución de su función económica¹⁴.

En nuestro estudio, los pacientes presentaron un grado de satisfacción importante con su entorno familiar, coincidiendo con los datos obtenidos por Whitley et al¹⁵ quienes encontraron, en un trabajo en el cual participaron 15 familias, que la mayoría de sus miembros tenía una percepción positiva acerca de la cohesión y organización de éstas. Esto es importante porque sus datos coinciden con los expuestos en nuestro trabajo a pesar de que el estudio fue realizado en otro grupo sociocultural¹⁵. Llama la atención que los hermanos tengan una representación tan importante como receptores de los pensamientos y sentimientos del paciente, lo que está acorde con lo encontrado por Gutiérrez, quien observó que los hermanos, especialmente de la rama materna, juegan un papel importante como apoyo a las familias colombianas⁴. En ese estudio aparecen la madre y el padre como quienes ayudan a la familia en una mayor proporción, seguidos de los hermanos⁴. En nuestro grupo, el 74 y 59% de los encuestados reportaron no tener padre o madre respectivamente, lo que explicaría el lugar predominante de los hermanos en los afectos de los pacientes. La rama femenina primó, en nuestro estu-

dio, como soporte, ya que el 42% de los pacientes compartía mucho sus sentimientos y pensamientos con sus hermanas, en contraste con un 20% que lo hizo con la misma intensidad con sus hermanos.

En nuestro país la familia acostumbra a ayudar a los hijos no sólo desde el punto de vista emocional sino también económico, una ayuda que tiende a ser continua⁴. La colaboración en casos de enfermedad tiende a ser prodigada por los parientes de mayor edad, quienes debido a su experiencia suelen decidir la gravedad de las enfermedades, sobre todo en los ámbitos rurales de bajos recursos o tradicionalistas⁴.

La relación con el núcleo familiar fue buena en un número importante de los casos (60%). Igualmente, se observó que los pacientes confían y consideraron al médico tratante un pilar importante en su manejo al escucharlos y apoyarlos. Si la mayoría de los pacientes percibe que sus familiares le respetan, le tienen confianza, comparten sus sentimientos y pensamientos con su pareja y hermanos (as) y se sienten apoyados, pudiera pensarse que las interacciones que dichas familias han construido favorecen una dinámica interna enfocada hacia un soporte adecuado. Éste ocupa un lugar importante en la manera como el paciente afronta la enfermedad y su tratamiento. Cabe recalcar que la percepción del soporte social puede ser definitiva en su influencia en los pacientes con AR, pues se ha descrito que la calidad del soporte es más importante que la verdadera extensión del mismo⁶. En estudios previos se ha encontrado que el peso de la enfermedad crónica no sólo recae sobre los pacientes, sino también sobre los hijos y compañero (a) de los mismos¹⁶. Algunos estudios demuestran que las esposas (o personas a cargo de sexo femenino) y los niños en familias de pacientes con enfermedades crónicas tienden a tener peor salud y más síntomas somáticos¹⁶.

Aun cuando el papel que la familia y el soporte social desempeñan en la calidad de vida de los pacientes con AR se considera importante, Fyrand et al¹⁷ no encontraron diferencias significativas con respecto al tamaño de la red de la familia, de los amigos, y de los vecinos de los pacientes con AR. Sin embargo, los pacientes con un estado funcional muy precario y/o evolución de la enfermedad >15 años vieron su vida social especialmente afectada¹⁷. La mayoría de los pacientes con AR parece mantener el contacto con los miembros de la red familiar, a pesar de los desafíos asociados con la enfermedad crónica¹⁷.

La depresión ha sido observada con mayor prevalencia en pacientes con enfermedades crónicas y reumatólogicas, siendo de dos a tres veces más común que en la población general²⁻³. Se ha encontrado que hasta un 17% de los pacientes con AR puede tener depresión mayor en un momento dado y su incidencia es mucho mayor en múltiples estudios comparativos con controles sanos. En ellos, la depresión fue siempre mayor en pacientes con AR que en controles, independientemente de variables como edad, evolución de la enfermedad y diferencias socioeconómicas y demográficas. El incremento de la incidencia de la depresión parece estar relacionado directamente con la AR. Comparando la AR y la osteoartritis se encontró que los pacientes con AR padecen de depresión con mayor frecuencia independiente del dolor³.

Por otro lado, la depresión suele ser subdiagnosticada y puede llevar a un incremento en la pérdida de la función, aumentando los días de incapacidad de manera importante¹⁸. La AR afecta el estado de ánimo de los pacientes y éste es un aspecto que no sólo debe recordarse en el momento de atender al paciente, sino tenerse en cuenta para planear la prestación de servicios.

La prevalencia de depresión en nuestros pacientes fue considerable (58%) y mayor a la reportada en pacientes con AR en Santiago, Chile, en donde se observó una tasa del 40%¹⁹. Es importante recalcar la necesidad de diagnosticar la depresión en pacientes con AR debido a que puede afectar la función de los mismos y empeorar su calidad de vida⁷. La alta frecuencia de depresión en nuestro estudio podría estar relacionada con la baja proporción de los pacientes que se encuentran satisfechos con su entorno laboral (40%) y con la situación del país (7%). Sin embargo, valdría la pena orientar estudios futuros hacia esta área, pues nuestros datos no son suficientes para apoyar esta hipótesis.

La verdadera causa de depresión sigue siendo oscura, aunque en algunos estudios se ha encontrado una relación estrecha entre los niveles de depresión y la intensidad del dolor. Por otro lado, la depresión puede retroalimentarse del dolor y hacer que la percepción del mismo varíe aumentándose²⁰. La discapacidad también ha sido asociada a un incremento en los niveles de depresión. Se ha postulado que, asociada al dolor, podría actuar como desencadenante de estrés aumentando la probabilidad de que el paciente con AR padezca ansiedad y depresión²⁰. El estrés percibido en

pacientes con AR juega un elemento importante en la interacción entre enfermedad, dolor y depresión, pues puede relacionarse con el nivel de dolor y, por ende, con la depresión²¹.

En el estudio realizado por Escalante et al²² se categorizaron las causas del 59% de la discapacidad en pacientes con AR. Ellos se basaron en el modelo según el cual la patología lleva al impedimento, a la incapacidad funcional y, finalmente, a la discapacidad. Se encontró que la discapacidad en los pacientes con AR podía atribuirse en un 26 % a alteraciones psicológicas, a síntomas depresivos y a otros modificadores externos, mientras que el 33% podía atribuirse directamente a la enfermedad²². Previamente, Krug et al²³ sugirieron un modelo según el cual la depresión por sí misma es causal de discapacidad y ésta se suma a las limitaciones causadas por la AR que llevan un aumento significativo de la carga producida por la enfermedad. Esto enfatiza la importancia de la expansión de nuestra concepción del modelo biomédico hacia una visión integral del paciente con AR que permita abarcar las demás dimensiones de su naturaleza humana.

El soporte social de los pacientes con AR de larga evolución ha sido descrito como sistema amortiguador para enfrentar los desafíos de la vida diaria, pero parece que esto no se cumple en los casos de AR recién diagnosticados^{6,24}. Según Dekkers et al²⁴ podría deberse a que, al menos inicialmente, la adaptación psicológica a la enfermedad es independiente del soporte social. En nuestro estudio, una proporción importante de los pacientes tuvo más de 10 años de duración de la AR, lo cual, sumado a la buena percepción, conduce a pensar que la calidad de vida de los pacientes con AR podría ser influenciada positivamente por sus relaciones sociales y familiares. Como se mencionó previamente, el soporte social y una buena red de apoyo son factores protectores para evitar la depresión y decremento en la calidad de vida^{6,7}. En un estudio realizado por Zung et al²⁵ en 75.858 pacientes asistiendo a la práctica de médicos de atención primaria en los Estados Unidos, se encontró que, en el caso de las mujeres, el hecho de estar casadas era un factor protector para el desarrollo de la depresión.

Se debe sospechar el diagnóstico de depresión en pacientes con AR cuando hay un cambio en el estado de ánimo que no se acompaña de alteraciones o empeo-

ramiento en la actividad de la enfermedad, independientemente del estado de fatiga²³⁻²⁶. En la práctica diaria sospechamos depresión en un paciente cuyo número de articulaciones dolorosas excede por encima del doble a las articulaciones inflamadas, o en aquel cuya impresión de su enfermedad es superior al doble de la impresión del médico. En este caso la depresión debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial junto con el hipotiroidismo.

Las escalas usadas para la evaluación de la depresión en la práctica clínica son aceptables cuando su sensibilidad y especificidad son adecuadas, pero debe recordarse que son elementos de tamizaje y que tan sólo son el primer paso para una posterior evaluación del paciente. Esto permite que los pacientes con depresión sean detectados eficientemente y que sean manejados de manera subsecuente o referidos oportunamente²⁷. En el caso de la prueba de Zung se debe tener en cuenta que detecta síntomas depresivos importantes, pero no puede distinguir la depresión mayor de una depresión subclínica que, posiblemente, requiere un seguimiento estricto para detectar el momento en que se convierte en depresión mayor e iniciar tratamiento de manera oportuna²⁵.

En conclusión, los pacientes con AR tienen una tasa de depresión alta. Sin embargo, la relación y el apoyo que reciben de su entorno, en particular familiar, hace que sus vidas sean más llevaderas y, posiblemente en los casos de larga evolución, su calidad de vida mejor. El manejo integral de estos pacientes no es sólo una necesidad sino un deber de parte de los médicos encargados de su atención, para garantizar la preservación del bienestar físico y psicológico²⁸.

Referencias

1. Ramírez Gómez LA, Anaya Cabrera JM (eds). *Artritis Reumatoide*, Medellín: Editorial Médica Colombiana; 1998.
2. Stoltz CM, Baime MJ, Yaffe K. Depression in the patient with rheumatologic disease. *Rheum Dis Clin North Am*. 1999; 25: 687-702.
3. Dicckens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med*. 2002; 64: 52-60.
4. Gutiérrez de Pineda V. Familia extensa. En: *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Editorial U. de A. Segunda edición; 1999. Pp. 338-359.
5. López Díaz Y. La familia una realidad en permanente transformación: algunas reflexiones sobre el tema. *Revista de Trabajo Social* No. 1, 1998. Pp. 25-38.

6. Revenson TA. The role of social support with rheumatic disease. *Baillere's Clin Rheumatol* 1993; 7: 377-396.
7. Keefe FJ, Bonks V. Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am.* 1999; 25: 81-103.
8. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315- 324.
9. Pincus T, Summey JA, Soraci SA Jr, Wallston KA, Hummon NP. Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1346-1353.
10. Aragonés Benaiges E, Masdeu Montalá RM, Cando Guasch G, Coll Borrás C. Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatri* 2001; 29: 310-316.
11. Hospital Mental de Antioquia: Taller sobre la aplicación de instrumentos clínico investigativos. Bello, 1992.
12. Fitch RF. WinSTAT. Version 3. 0. Reference Manual. Cambridge, MA, Kalmia Company, Inc., 1994.
13. Kohn R, Keller MB. Emotions. En: Goldfinger SM, Keith SJ, Mrazek DA, Nemeroff CB, Pincus HA, Skoldol AE, Ursano RJ, eds. *Tasman Psychiatry* 1st edition. Filadelfia: WB Saunders Company 1997. Pp. 529-530.
14. Ospina de González B, Vélez Peláez MM, Uribe Uribe O. La sexualidad de la persona adulta con artritis reumatoidea en la consulta de reumatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, 1998. *Rev Colomb Reumatol* 1999; 6: 333-340.
15. Whitley DM, Beck E, Rutkowski R. Cohesion and organization patterns among family members coping with rheumatoid arthritis. *Soc Work Health Care* 1999; 29: 79-95.
16. Kriegsman DMW, Penninx BWJH, van Eijk JTM. Chronic disease in the elderly and its impact on the family: a review of the literature. *Fam Syst Med* 1994; 12: 247-267.
17. Fyrand L, Moum T, Wichstrom L, Finset A, Glennas A. Social network size of female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. *Scand J Rheumatol* 2000; 29: 38-43.
18. Devellis BM. Depression in rheumatological diseases. *Baillere's Clin Rheumatol* 1993; 7: 241-255.
19. Massardo L, Velásquez X, Pizarro P et al: Depression and anxiety in Chilean patients with rheumatoid arthritis (Abstract). *Arthritis Rheum* 2001; 45 (suppl): S14.
20. Dickens C, Creed F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2001; 40: 1327-1333.
21. Zautra AJ, Smith BW. Depression and reactivity to stress in older woman with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosom Med* 2001; 63: 687-696.
22. A Escalante, I Del Rincón. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 1712-1721.
23. Krug HE, Woods SR, Mahowald ML. Tests that detect depression in RA. *J Musculoskel Med* 1995; 12: 27-38.
24. Dekkers JC, Greenen R, Evers AWM, Kaaaimaat FW, Bijlsma JW, Godaert GLR. Biopsychosocial mediators and moderators of stress-health relationship in patients with recently diagnosed RA. *Arthritis Care Res* 2001; 45: 307-316.
25. Zung WWK, Broadhead E, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *Fam Pract* 1993; 37: 337-338.
26. Huyser BA, Parker JC, Thoreson R, Smarr KI, Johnson JC, Hoffman R. Predictors of subjective fatigue among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 2230-2237.
27. Kavan MG, Pace TM, Panterotto JG, Barone EJ. Screening for depression: the use of patients questionnaires. *Am Fam Physician* 1990; 41: 897-898.
28. Rincón Hoyos HG, González Buriticá H, Artritis Reumatoide: una visión integral de sus efectos y manejo. En: Ramírez Gómez LA, Anaya Cabrera JM (eds). *Artritis Reumatoide*, Medellín: Editorial Médica Colombiana; 1998. Pp. 113-128.