



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RESILIENCIA EN
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO
PRESENTA:**

XOCHITL SELENE YAHUITL CERVANTES

DIRECTOR EXPERTO

D.C MARIO GARCÍA CARRASCO

DIRECTOR METODOLOGICO

M.C NORMA EDITH ALONSO GARCÍA

REVISOR DE TESIS

D.C MINOU DEL CARMEN AREVALO RAMIREZ

PUEBLA, PUE, NOVIEMBRE 2019.



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RESILIENCIA EN
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PRESENTA:

XOCHITL SELENE YAHUITL CERVANTES

DIRECTOR EXPERTO

D.C MARIO GARCÍA CARRASCO

DIRECTOR METODOLOGICO

M.C NORMA EDITH ALONSO GARCÍA

REVISOR DE TESIS

D.C MINOU DEL CARMEN AREVALO RAMIREZ

PUEBLA, PUE, NOVIEMBRE 2019.

DEDICATORIA

A mi madre Rosaura “Chaguita” por su amor y apoyo infinito.

A Santiago, mi hijo por ser la luz de mi vida y motor.

A mi abuelos especialmente a Abuela Amalia por su comprensión y cariño durante mi vida.

A mis hermanos Rox y Paco por su paciencia interminable, los amo.

A mis tíos Alicia, Celerina, Felipe, Serafín, Trinidad por el apoyo durante mi vida académica.

A a mis amigos Pame, Pamela, Mara, Pilar, Diana, Marlene, Valeria, Javier, Arturo, Pedro, Reyes, por su apoyo por mi formación universitaria, el internado y formar hermosos recuerdos bellos en mi vida, gracias totales!

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi asesor D.C Mario García Carrasco por su invaluable guía en mi formación educativa y amistad incondicional.

Agradezco a mi asesora Norma Edith por su invaluable guía en mi formación educativa.

Agradezco a la Dra. Minou del Carmen Arevalo Ramirez, por su incondicional guía en la elaboración de tesis.

Agradezco a cada una de las personas que estuvieron a lo largo de mi formación a mis maestros, pacientes, compañeros de internado, ya que de cada uno aprendí lo que necesito para llegar a ser un excelente profesionalista.

ÍNDICE

1. RESUMEN	7
2. INTRODUCCIÓN	8
3. ANTECEDENTES	
3.1 Generales	9
3.2 Específicos	21
4. JUSTIFICACIÓN	26
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
6. OBJETIVOS	
6.1 General	28
6.2 Específicos	28
7. MATERIAL Y MÉTODOS	
7.1 Diseño de estudio	29
7.2 Ubicación espacio-temporal	29
7.3 Sujetos de estudio	29
7.4 Criterios de selección	30
8. RESULTADOS	31
9. DISCUSIÓN	39
10. CONCLUSIONES	44
11. BIBLIOGRAFÍA	46
12. ANEXOS	55

Resumen

Introducción: el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica, compleja de etiología autoinmunes, con un importante componente multifactorial en su desarrollo, enfermedad que cursa con un curso clínico variable dependiendo de la severidad de las manifestaciones clínicas, cursando con brotes de actividad, en estas pacientes existe una elevada prevalencia de síntomas depresivos asociados a la percepción de la enfermedad y a la inflamación sistémica que genera modificación en algunas vías de señalización relacionadas con el desarrollo de síntomas depresivos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y su relación con la resiliencia, en pacientes con LES.

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, homodémico en el cual participaron 123 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, con una media de 45.33 ± 12.92 años, en relación a la actividad de la enfermedad evaluada por MEXSLEDAI, 38% presento alguna manifestación de actividad de la enfermedad, en relación al daño crónico evaluado a través de SLICC se encontró que el 55% presento daño crónico. El 15.3% de las pacientes incluidas en este proyecto presento una puntuación baja en relación a la resiliencia, el 71.5% moderada, 13.2% alta, en la evaluación se valoró la capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva. En relación a los síntomas depresivos evaluados por la escala de Hamilton para depresión, encontramos que 20(16.26%) no se encontró con síntomas depresivos en el momento de la entrevista con un puntaje menor a 7, por otra parte 81.3% de la población evaluada se encontró con depresión menor con puntajes de 8-12, únicamente una paciente se encontró con un puntaje de 18 catalogándose como depresión mayor.

Conclusiones: No encontramos una correlación entre el grado de resiliencia y los síntomas depresivos ($p=0.426$), en relación a la edad no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($p=0.044$), en relación a la resiliencia y el estado socioeconómico no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($p=0.037$)

1. Introducción

Las enfermedades autoinmunes constituyen un reto diagnóstico, para el clínico, durante la evolución de la enfermedad presentan episodios de actividad y remisión, en las pacientes afectas por lupus eritematoso sistémico es de vital importancia un seguimiento estrecho, por el importante advenimiento de diferentes comorbilidades dentro de las que destacan la presencia de síntomas depresivos y algunas alteraciones del componente de salud mental de las paciente, que pueden afectar su vida cotidiana, funcionalidad, capacidad laboral e integración social.

Recientemente diversos autores enfatizan la relevancia de la inmunopsiquiatria para comprender los mecanismos implicados en las enfermedades mentales de base inmunológica y mejorar el entendimiento del paciente y brindar orientación oportuna con la finalidad de reducir la mortalidad por ideación suicida relacionada con síntomas depresivos.

Además de reducir el estigma asociado a los síntomas depresivos y emprender estrategias con la finalidad de tratar esta importante comorbilidad en los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas reumatológicas.

Es importante promover el mantenimiento de la salud mental en la población con enfermedades crónicas ya que esta puede verse modificada de forma significativa en relación a la percepción del paciente y de su enfermedad, por lo que es importante conocer la resiliencia en pacientes con enfermedades crónicas no solo de las enfermedades reumáticas, ya que existe evidencia científica de la importancia de la salud mental en relación a la adherencia farmacológica y terapéutica.

2. Antecedentes generales

Lupus eritematoso sistémico

2.1.1 Generalidades Lupus Eritematoso Sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, de etiología desconocida, en la que hay daño celular y tisular por autoanticuerpos y que cursa con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La enfermedad es multisistémica, aunque al principio pueda afectar a sólo un órgano. Entre los órganos comprometidos están la piel, articulaciones, músculo, riñón, tejido hematopoyético, sistema respiratorio, cardiovascular y el sistema nervioso central. La mayoría de pacientes siguen una evolución crónica y presenta brotes intercalados con periodos de inactividad¹

2.1.2 Epidemiología

Afecta principalmente a mujeres con una relación 3:1 antes de la pubertad y de 9:1 después de esta². El 90% de los casos son mujeres en edad fértil, encontrándose mayor incidencia entre los 15 y 40 años de edad pero el comienzo puede ocurrir en la infancia o la vejez³.

2.1.3 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones generales son síntomas constitucionales, linfadenopatías (más o menos generalizadas) esplenomegalia, fiebre: síntoma relevante que suele acompañar a los brotes; manifestaciones articulares, cutáneas, hematológicas, cardiopulmonares, digestivas, renales, vasculares, oculares y neuropsiquiátricas, entre las que se encuentra la cefalea (la más frecuente), alteraciones del ánimo (ansiedad y depresión), disfunción cognitiva, síndrome orgánico cerebral agudo lúpico, (como los cuadros psicóticos, excluidos los asociados a corticoides), enfermedad cerebrovascular y otras manifestaciones menos frecuentes (psicosis, estados confusionales agudos, convulsiones, parkinsonismos, síndrome desmielizante, corea, meningitis aséptica, mielopatía, mono o polineuropatía de nervios craneales o periféricos, neuritis óptica, polirradiculoneuritis aguda tipo Guillain-Barré, plexopatía, disautonomía y miastenia gravis)⁴.

2.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico considera criterios clínicos, de laboratorio e inmunológicos propuestos por la American College of Rheumatology (ACR)⁵.

Tabla 1. Criterios de clasificación del LES según el ACR¹

1. Eritema facial: eritema fijo, plano o elevado sobre eminencias malares.
2. Lupus discoide: lesiones cutáneas eritematosas, con cambios en la pigmentación y cicatrices residuales.
3. Fotosensibilidad: exantemas causados por exposición a la luz UV.
4. Úlceras orales: en cavidad oral o nasofaríngea, observadas por un facultativo.
5. Artritis: no erosiva, que afecte a dos o más articulares periféricas con dolor, inflamación o derrame articular.
6. Serositis: pleuritis o pericarditis (EGC) o roce o evidencia de derrame pericárdico.
7. Alteración renal: proteinuria >0.5 d/dL ó $>3+$ o cilindros celulares o hemáticos.
8. Alteración del Sistema Nervioso Central: convulsiones o psicosis, sin otra causa neurológica.
9. Alteración hematológica: anemia hemolítica, leucopenia ($<4.000/mm^3$) o linfopenia ($<1.500/mm^3$) en 2 o más ocasiones o trombocitopenia ($<100.000/mm^3$), en ausencia de fármacos que las produzcan.
10. Alteración inmunológica: anticuerpos anti-DNAn, anti-Sm y/o anticuerpos antifosfolipídicos.
11. Anticuerpos antinucleares: título elevado de anticuerpos ANAs por IFI o ensayo equivalente en algún momento de la evolución, en ausencia de fármacos que los induzcan.

De acuerdo con la OMS para fines diagnósticos, los anticuerpos contra ADN de doble cadena y el antígeno SM son los más útiles. El aumento del nivel de anticuerpos anti-dsDNA puede predecir recaídas. Los anticuerpos parecen jugar un papel clave en la patogénesis de

LES. Esto último ha llevado al equipo internacional SLICC⁶ a establecer una regla para el diagnóstico de LES, aceptada actualmente: el paciente debe satisfacer al menos cuatro criterios, incluyendo al menos un criterio clínico y un criterio inmunológico, o tener por biopsia, nefritis lúpica, demostrando la presencia de anticuerpos antinucleares o anticuerpos anti-dsDNA.

2.1.5 Actividad de la enfermedad

La actividad de la enfermedad se define como un brote o exacerbación del LES. Un brote son las manifestaciones clínicas o biológicas que indican la afección de un órgano o aparato previamente sano, o bien el empeoramiento de la sintomatología ya presente con anterioridad, y puede cuantificarse mediante la utilización de índices de actividad que captan los cambios inflamatorios al inicio y durante el desarrollo de alguna nueva característica del LES. La medición de la actividad del LES es un punto central en la evaluación de resultados, diferencias entre los diversos grupos de pacientes con LES, respuestas a nuevas drogas propuestas y también para la evaluación de la enfermedad en ensayos clínicos longitudinales y observacionales⁷.

La escala SLEDAI desarrollada en 1985 es un índice clínico global para la actividad lúpica en los 10 días precedentes. Consiste en 24 variables clínicas y de laboratorio ponderadas de nueve sistemas orgánicos. Las puntuaciones van de 1 a 8 para cada descriptor, con una puntuación total posible de 105. Esta escala tiene otras versiones como la SELENA-SLEDAI, SLEDAI-2 k⁸. En México se utiliza la escala MEX SLEDAI para el nivel de actividad y la IDDLES para el índice de daño (Véanse anexos 1 y 2).

2.1.6 Tratamiento médico

El tratamiento del LES depende de las manifestaciones durante el curso de los brotes y grado de daño del paciente, es decir, del grado de afección de la enfermedad en un momento dado. A esto se le conoce como actividad lúpica y permite establecer también la morbilidad⁹.

Hay pacientes que no obstante no mostrar signos de actividad, cursan con daño renal, esto se debe al tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad. Se denomina índice de

daño al grado de injuria o daño tisular desde el inicio de la enfermedad y el cual debe estar presente al menos unos 6 meses⁹.

Aunque el tratamiento médico depende de las manifestaciones individuales, entre las consideraciones generales se encuentran: evitar la exposición directa o el reflejo de los rayos solares y de otras fuentes de luces ultravioletas; en pacientes con hiperlipidemia fomentar la dieta baja en grasas, ejercicios isométricos y graduados para tratar la fatiga, en pacientes con inactividad física causada por la enfermedad, evitar fumar¹⁰.

Entre los medicamentos comúnmente usados en el tratamiento de LES se encuentran NAIDs, anti malarías (hidroxicloroquina primaria), glucocorticoides y agentes inmunopresivos (incluyendo ciclofosfamida, ciclosporina, tacrolimus, leflunomida, metotrexate, azatiopina, micofenolato y belimumab). Para las manifestaciones cutáneas se emplean terapias tópicas que además reducen el riesgo de efectos secundarios asociados con el uso sistemático de NAIDs¹¹.

La naturaleza impredecible de LES hacen que los pacientes vivan en constante estrés e incertidumbre sobre el curso de su enfermedad. Si a esto se añade el dolor, crónico, muchas veces incapacitante, la disminución de la agudeza mental que limita su funcionamiento físico social, la trivialización, desconocimiento y estigmatización de la enfermedad por parte de familiares, amigos y médicos, el impacto en la autoestima e independencia de quien lo padece es grave, lo que día a día pone a prueba la capacidad para afrontar la enfermedad¹²

3.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

3.2.1 Resiliencia

La palabra resiliencia proviene del inglés resilience o resiliency, originalmente apareció en la termodinámica definido como la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido. En el contexto biológico, se define como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos¹³. Dentro del estudio del comportamiento humano, Según Werner¹⁴, uno de los pioneros en el estudio de este constructo refiere que se ha usado para describir tres tipos de fenómenos: buenos resultados

de desarrollo a pesar de vivir en situaciones de alto riesgo, la competencia sostenida bajo estrés, y la recuperación de un trauma, centrándose en los factores de protección o mecanismos que mejoran la reacción de una persona a una situación estresante o la adversidad crónica. En general se puede decir que se ha estudiado como producto, como proceso - lo que involucra la interacción entre factores de riesgo y de protección -, o como la capacidad para enfrentar el estrés¹⁴⁻¹⁵

En el 2006 dos destacados expertos definieron la resiliencia desde cada una de las perspectivas antes mencionadas. Para Rutter¹⁶, es un concepto interactivo que tiene que ver con la combinación de experiencias de riesgo graves y un resultado psicológico relativamente positivo a pesar de esas experiencias mientras que para Lutthar¹⁷ consiste en la adaptación positiva a pesar de la adversidad.

Desde la perspectiva de proceso se han identificado arbitrariamente factores de riesgo y protección, de modo que es difícil establecer cuál es el papel que juegan estos factores para cada persona en una situación estresante, así como la causalidad de éstos relacionada a la resiliencia, incluso no hay consenso en afirmar que son necesariamente opuestos¹⁸.

En la tercera perspectiva se ubican quienes se han propuesto medirla a través de la evaluación de rasgos personales que se ponen en juego ante ciertas situaciones consideradas estresantes¹⁶. Así, Connor y Davidson¹⁹ consideran que es una característica multidimensional en el individuo sometido a diferentes circunstancias de vida, que varía con el contexto, el tiempo, la edad, el género y el origen cultural.

3.2.2 Evaluación de resiliencia

A partir de una revisión sistemática de 30 textos sobre medición de resiliencia Ospina Muñoz²⁰ clasificó en tres grupos el tipo de mediciones existentes: pruebas proyectivas, que permiten acceder a información proyectiva sobre el funcionamiento del inconsciente y a información conscientemente reconocida o verbalizada sobre sí mismo; pruebas de imagenología cerebral, (mediciones de potenciales electroencefalográficos, pruebas neuroendocrinológicas y de sistema inmunitario, exámenes genéticos de los estudios sobre ADN y genoma humano) pues se sabe que el temperamento, uno de los factores de la personalidad, está determinado por procesos fisiológicos y factores genéticos. Finalmente, identificó una variedad de pruebas psicométricas. Las más destacadas fueron: Dispositional

Resilience Scale de Bartone (1989), Ursano, Wrigth e Ingraham, The Resiliency Scale, de Jew (1992), My child's Friedships Scale, de Doll (1993), La escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), Adolescent Resiliency Belief System, de Jew Green (1995), The individual Protective Factors Index, de Sprinter y Philips (1995), Communities That Care Youth de Pollar, et. al, (1996), Ego Resilience Scale de Block y Kremen (1996), The Healthy Kid Resilience Assessment, de Constantine, Bernard y Díaz (1999), Resilience Scale for Adolescents, de Jew, Green y Coger (1999), Resilience Profile For Students with disabilities de Perry y Bard (2000), The Resilience Assessment of Exceptional Students de Perry Bard (2001), y The Brief Resilient Doping Scale de Siclair y Wallston (2004).

3.2.3 Instrumentos para medir resiliencia y sus propiedades psicométricas

Windle, Bennett y Noyes²¹ identificaron 19 instrumentos existentes en las bases electrónicas de datos de 1989 a 2009 para medir resiliencia y evaluaron sus propiedades psicométricas para determinar su calidad. Utilizaron ocho criterios: validez de contenido, consistencia interna, validez de criterio, validez de constructo, reproducibilidad, sensibilidad, efectos piso y techo e interpretabilidad, con dos puntos como máximo para cada criterio. Sin embargo, no encontraron consenso en su definición ni estándar de oro para su medición.

Los resultados de la evaluación fueron los siguientes:

Tabla 2. Evaluación de instrumentos para medir resiliencia.

Nombre del instrumento	Puntaje
The Resilience Scale for Adults (RSA-37 items)	7
The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC-25 items)	7
The Brief Resilience Scale	7
The Resilience Scale For Adults (RSA-33 items)	7
Psychological Resilience	6
The Resilience Scale (RS)	6

The ER 89	6
The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10 items)	5
Resilience Scale for Adolescents (READ)	5
The Dispositional Resilience Scale (3)	4
The Resiliency Attitudes and Skills Profile	4
Adolescent Resilience Scale	4
Ego Resiliency	4
The Dispositional Resilience Scale (1)	3
Youth Resiliency: Assessing Developmental Strengths	3
The Dispositional Resilience scale (2)	3
The Child and Youth Resilience Measure (CYRM)	3
California healthy Kids Survey- The Resilience Scale of the Student Survey	2
Ego Resilience (Bromley	2

Los autores concluyeron que pese a que la escala CYRM recibió un amplio desarrollo y pilotaje dentro de once países, las definiciones de resiliencia son ambiguas cuando se ve en todas las culturas, así, el significado de la resiliencia puede ser cultural y contextualmente dependiente, asimismo, que la falta de información sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos fue una limitante. En general se puede decir que los instrumentos para adultos tienden a lograr una mayor calidad²¹

3.2.4 Resiliencia en enfermedades crónicas

La manera de afrontar una enfermedad crónica tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El curso de la enfermedad pone a prueba la capacidad resiliente del

paciente y en muchas ocasiones la de sus cuidadores. Como dice Wagnild, en un ambiente dinámico y desafiante la resiliencia permite mantener niveles estables de funcionamiento físico y psicológico.

Se ha observado que personas con un perfil de personalidad resiliente, utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas. En un estudio de 40 pacientes con insuficiencia renal crónica evaluaron las relaciones entre resiliencia, percepción de la enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso, sobre la calidad de vida relacionada a la salud y encontraron una correlación de 0.577 de la resiliencia con la comprensión de la enfermedad y de 0.529 con la subescala de aceptación de sí mismo y de la vida²².

En esta investigación se estableció que la resiliencia constituye una variable protectora en la calidad de vida. A partir de la escala RS, reportan una resiliencia media de 148.9 y desviación estándar de 14.4. Encontraron que una fuerte convicción religiosa/espiritual y de apoyo social les ayuda a afrontar su enfermedad; asimismo, una relación entre las creencias y prácticas religiosas y espirituales y el afrontamiento no religioso y correlaciones de entre 0.327 y 0.503 entre la resiliencia (Escala RS) y las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud (MOS SF-36). La correlación mayor fue con la dimensión rol emocional, con una $p= 0.01$; correlación de 0.577 entre comprensión de la enfermedad y resiliencia (Escala RS); asimismo, correlación negativa de -0.341 con las dimensión de consecuencias del cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ-B)²³.

Señalan que la resiliencia, especialmente la aceptación de sí mismo y de la vida aminora la percepción negativa de las consecuencias y la preocupación por la enfermedad, que la aceptación de sí mismo y de la vida se asocia con una mejor salud física y la competencia personal tiene un peso importante sobre el índice sumario mental. Concluyeron que la resiliencia juega un papel importante como variable amortiguadora y moduladora para mejorar la calidad de vida a nivel mental y las consecuencias negativas de la enfermedad.

En otro estudio con 121 personas con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide e insuficiencia renal crónica, buscaron las diferencias y relaciones de la resiliencia con las variables sociodemográficas, estos investigadores aplicaron la escala de resiliencia RS, versión en español de Heileman, Lee y Kury (2003) y la de resiliencia breve CD-RISC2, versión en español de Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos

y contador (2006). El criterio de inclusión empleado fue la presencia de deterioro cognitivo. Los resultados del estudio mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en función de las características sociodemográficas como sexo, ocupación, estrato socioeconómico y estado civil²⁴.

3.2.5 Resiliencia en LES

En un estudio trasversal en mujeres portuguesas diagnosticadas con LES, utilizando una adaptación de la escala de Wagnild y Young, se analizaron las relaciones entre resiliencia, variables sociodemográficas y algunos trastornos del estado de ánimo, encontrando que las pacientes de mayor edad y que cuentan con compañía fueron en promedio más resilientes que el grupo de comparación. En cuanto a las variables clínicas más de la mitad de la muestra presentó trastorno depresivo mayor, no obstante la baja resiliencia se relacionó solamente en el grupo con elevado riesgo de suicidio²⁵

3.2.6 Depresión

La depresión es una entidad clínica con gran significancia clínica y con mayor prevalencia a nivel mundial, el trastorno depresivo se define por el DSM-5 como cumplir con 5 o más síntomas durante 2 semanas, véase tabla 3 cuya sintomatología repercute en la funcionalidad acompañados de anhedonia (perdida de interés en actividades de la vida cotidiana) en una evaluación clínica.²⁶

Acorde a las guías de estrategia y evidencia sugieren un screening universal a todos los adultos que acuden a centros de atención primaria, incluidas las mujeres en el puerperio, con la finalidad de reducir el número de suicidios derivados del no diagnóstico oportuno y tratamiento.²⁷

Tabla 3. Criterios de trastorno depresivo mayor por DSM-5

Criterios de trastorno depresivo mayor por DSM-5

Criterio: cinco o más de los siguientes síntomas durante 2 semanas y cuya sintomatología repercute en la funcionalidad del paciente, con estado de ánimo depresivo, anhedonia. No atribuibles a otras condiciones médicas.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indicado por cualquier informe subjetivo (por ejemplo, se siente triste, vacío o sin esperanza) u observación realizada por otros (por ejemplo, aparece lloroso). (En niños y adolescentes, una depresión el estado de ánimo puede ser un estado de ánimo irritable).
2. Disminuye notablemente el interés o el placer en todas o casi todas las actividades del día, casi todos los días (según lo indicado por cuenta subjetiva o observación).
3. Pérdida de peso significativa cuando no se está haciendo dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de $> 5\%$ del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (En los niños, la falta de aumento de peso esperado debe ser considerado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no meramente sentimientos subjetivos de inquietud o de ser ralentizado).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no meramente auto reproche o culpa acerca de estar enferma).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos días (ya sea por cuenta subjetiva o según lo observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), suicidio recurrente ideación sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico por suicidarse.

Los datos derivados de la encuesta nacional en Salud ENSANUT 2012. Se realizó un análisis de datos secundarios en una muestra total de 6,525 mexicanos de 60 años y más.

Los hallazgos indican que los síntomas depresivos entre las personas mayores se derivan de sus limitaciones en la movilidad en lugar de su edad. En México, la prevalencia de trastornos depresivos mayores es mayor entre los adultos mayores que entre el resto de los adultos. Por

lo tanto, a medida que la prevalencia de este problema crece, la necesidad de atención de salud mental adecuada aumentará en México.²⁸

La escala de Hamilton para la depresión, proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro, que evalúa el perfil sintomatológico, en un marco de referencia temporal, además permite al clínico evaluar en el seguimiento para considerar remisión del evento depresivo.

3.2.7 Depresión y lupus eritematoso sistémico

En un metaanálisis realizado por Zhang et al. Se mostro que la prevalencia de depresión y ansiedad fue alta en pacientes adultos con LES. Sugiriendo a los reumatólogos deberían evaluar la depresión y la ansiedad en sus pacientes y los remitieron a proveedores de salud mental para identificar estrategias efectivas para prevenir y tratar la depresión y la ansiedad entre los pacientes adultos con LES.³²

La depresión es una condición médica que modifica el estilo de vida y la calidad de vida de los pacientes con lupus eritematoso sistémico, lo cual puede traer consecuencias fatales si no es tratada a tiempo, ya que conlleva el intento de suicidio consumado o no consumado.

La depresión y la ansiedad causan una pérdida severa de calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Las causas y los factores que contribuyen a estas manifestaciones psicológicas en el lupus son difíciles de desentrañar. El estudio de Figueiredo-Braga et al. comparó los factores clínicos, psicológicos y demográficos entre los pacientes con lupus, los pacientes deprimidos y los pacientes con artritis reumatoide para descubrir contribuyentes específicos de lupus a la depresión. También se investigaron las manifestaciones de depresión específicas del lupus. Se obtuvieron datos fisiológicos, clínicos y psicosociales de 77 pacientes. ELISA se utilizó para medir los niveles de citoquinas. Se utilizaron análisis univariados y multivariados para comparar las poblaciones de pacientes e identificar correlaciones entre indicadores físicos y psicológicos clave. La prevalencia de depresión en la cohorte de LES fue 6 veces mayor que en los sujetos control sanos. Los valores del dolor, la IL-6 y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh fueron significativamente más altos en los pacientes con LES en comparación con el grupo de control sano ($P < .001$, $P = .038$ y $P = .005$, respectivamente). La evaluación de la relación y las puntuaciones de la escala de gravedad de la fatiga fueron los mejores indicadores de depresión para los pacientes con LES ($p = .042$ y $.028$, respectivamente). La gravedad de la

fatiga, la satisfacción de la relación y las concentraciones de IL-10 son indicadores de depresión en los pacientes con lupus.³³

4. Planteamiento del problema

El LES es una enfermedad compleja e impredecible que cursa con manifestaciones orgánicas diversas. El nivel de actividad y daño presentes en quien lo padece interactúan con los factores psicosociales. Entre estos, la resiliencia ha demostrado ser una variable protectora que es preciso considerar para la intervención psicológica específica en el abordaje interdisciplinario de esta enfermedad. La correlación de depresión y resiliencia en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Desde su comprensión como capacidad para afrontar el estrés, la medición de la resiliencia ha permitido su evaluación en diversas poblaciones. En la población general hay mayor claridad del papel de los factores sociodemográficos mientras que en poblaciones específicas, como son las personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas los estudios no son tan contundentes y en pacientes con lupus hay insuficiente evidencia al respecto, es por ello que se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre resiliencia y depresión en pacientes con LES?

5. Objetivos

5.1.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y su relación con la resiliencia, en pacientes con LES.

5.1.2 Objetivos específicos

1. Determinar la relación entre la resiliencia y depresión
2. Determinar el nivel de resiliencia en los pacientes con LES.
3. Determinar el nivel de fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura en los pacientes con LES.
4. Determinar la relación entre la resiliencia y la edad.
5. Determinar la relación entre la resiliencia y el nivel socioeconómico.

6. Material y métodos

6.1 Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo, homodémico

6.2 Ubicación espacio temporal

El presente estudio se llevo a cabo en la Unidad de Investigación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, en la consulta externa de la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE CMN Manuel Avila Camacho, del IMSS, Delegación Puebla, y en la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla de enero de 2018 a noviembre

6.3 Sujetos de estudio

Pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico acorde a los criterios ACR que acudieron a consulta externa en la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE CMN Manuel Ávila Camacho, del IMSS, Delegación Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.4 Selección de la muestra

6.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años y que acepten participar en el estudio.

6.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico de diabetes, insuficiencia renal (crónica o aguda), cáncer, o incapacitados para contestar a la entrevista a causa de condiciones psiquiátricas o disfunción cognitiva.

6.4.3 Criterios de eliminación

Pacientes cuyos expedientes no tengan la información necesaria.

6.4.4 Muestreo y tamaño de muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

6.5 Variables principales

Dependiente. Resiliencia

Independiente. Depresión

Observaciones y mediciones.

Variables principales	Instrumento	Escala de medición	Valores
Resiliencia	Escala de resiliencia Versión argentina.	Dimensional	1-172 puntos
Depresión	Escala de Hamilton para la Depresión	Dimensional	0-7 sin depresión 8-12 depresión menor 13-17 menos que depresión mayor 18-29 depresión mayor 30-52 más que depresión mayor
Edad	Hoja de recolección de datos	Dimensional	Años cumplidos
Sexo	Hoja de recolección de datos	Nominal dicotómica	Hombre Mujer
Escolaridad	Hoja de recolección de datos	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria

			Licenciatura Posgrado
--	--	--	--------------------------

Variables principales	Instrumento	Escala de medición	Valores
Ocupación	Hoja de recolección de datos	Nominal politómica	Ama de casa Comerciante Empleada/o Secretaria Profesor Médico Pensionada...
Nivel socioeconómico	Cuestionario "Regla AMAI NSE 8X7"	Ordinal	AB (193 o más puntos) C+ (de 155 a 192 pts.) C (de 128 a 154 pts) C- (de 105 a 127 pts) D+ (de 80 a 104 pts) D E

			(de 33 a 79 pts) (de 0 a 32 pts)
Estado civil	Hoja de recolección de datos	Nominal politémica	Soltera/o Casada/o Divorciada/o Unión libre Viuda
Integrantes de la familia	Hoja de recolección de datos	Dimensional	1, 2, 3...
Variables confusoras	Instrumento	Escala de medición	Valores
Duración de la enfermedad	Expediente clínico	Dimensional	Años.
Nivel de actividad	MEX SLEDAI en expediente clínico	Dimensional	1-32 puntos.
Nivel de daño	SLICC en expediente clínico.	Dimensional	1-40 puntos.

6.6 Procedimiento

1. Se evaluó el protocolo de investigación , al H. Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la BUAP y al Comité Local de Investigación de la UMAE CMN Manuel Avila Camacho del IMSS, delegación Puebla.
2. Se consultaron los expedientes de los pacientes para identificar la población de estudio.

3. Se invitaron a los pacientes que reúnan los criterios de inclusión, a participar en el estudio informándoles los particulares del trabajo a realizar solicitándoles su firma de consentimiento (V. Anexos)
4. A aquellas pacientes que aceptaron participar les dio cita para la realización de la entrevista en la que recolectaron los datos y se aplicaron las escalas de resiliencia y depresión.
5. Se consultó los expedientes clínicos para recolectar la información relativa al nivel de actividad y nivel de daño y otros datos pertinentes para construir con ellos una base de datos.
6. Se realizó el análisis estadístico pertinente para dar paso a la redacción de la Tesis.

6.8 Análisis de datos

6.9 Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva utilizando medias, desviación estándar y porcentajes. Para variables categóricas se utilizarán porcentajes y medias. Para las variables ordinales se calculó media y desviación estándar. Se evaluó la normalidad de las variables por medio de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis se emplearán el programa SPSS versión 22

6.10 Logística

6.11 Recursos Humanos

Los investigadores participantes en este estudio estaban adscritos a la UMAE CMN Manuel Ávila Camacho del IMSS, a la Docencia e Investigación de la Facultad de Medicina de la BUAP y a la División de Investigación y Estudios de Posgrado de la misma Universidad, D.C. Mario García Carrasco, D.C. Claudia Mendoza Pinto, M.C Norma Edith Alonso García

6.12 Recursos Materiales

- Consultorio médico.
- Equipo de escritorio.
- Equipo de papelería.
- Báscula calibrada con estadímetro.
- Equipo de cómputo.
- Equipo de laboratorio para procesamiento de las muestras.

7.3 Recursos Financieros

Los propios de las instituciones participantes (IMSS, BUAP, Laboratorios Clínicos de Puebla)

7. Resultados

Nuestro proyecto de investigación incluyó a 135 pacientes con lupus eritematoso sistémico que acuden de forma consecutiva a la consulta externa de Reumatología en el Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las cuales eliminamos a 5 pacientes porque no fue posible entrevistarlas durante su visita médica por limitación del tiempo con el que contaba la paciente, dependiente de sus actividades laborales. Cuatro de las cuales no desearon participar en el estudio por motivos personales, se eliminaron 3 pacientes ya que no completaron la entrevista de manera satisfactoria. El estudio lo completaron 123 pacientes (91.11%).

Incluimos a mujeres mayores de 18 años, con una media 45.33 ± 12.92 años, en relación a la ocupación actual que desempeñaban las pacientes encontramos que el 56.1% desempeñan labores del hogar, mientras que 43.9% laboran fuera de su hogar. En relación a la escolaridad el 47.2% cuenta con educación básica, el 30.9% con educación medio superior y grado universitario en 21.9%.

En la evaluación del estado socioeconómico encontramos que 3.2% se encuentran en un 71.5% de la población evaluada se encontró con un nivel socioeconómico bajo, 24.4% como medio alto y 4.1% como alto.

La duración de la enfermedad tuvo una media de 12.43 ± 6.94 años, en relación a la actividad de la enfermedad evaluada por MEXSLEDAI, 38% presentó alguna manifestación de actividad de la enfermedad, en relación al daño crónico evaluado a través de SLICC se encontró que el 55% presentó daño crónico.

El 15.3% de las pacientes incluidas en este proyecto presentó una puntuación baja en relación a la resiliencia, el 71.5% moderada, 13.2% alta, en la evaluación se valoró la capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva

En relación a los síntomas depresivos evaluados por la escala de Hamilton para depresión, encontramos que 20(16.26%) no se encontró con síntomas depresivos en el momento de la

entrevista con un puntaje menor a 7, por otra parte 81.3% de la población evaluada se encontró con depresión menor con puntajes de 8-12, únicamente una paciente se encontró con un puntaje de 18 catalogándose como depresión mayor, la cual fue evaluada por el servicio de psiquiatría de la institución mediante farmacoterapia y psicoterapia conductivo-conductual, además de una valoración del riesgo suicida mediante la escala de Columbia para riesgo suicida, encontrando ideación suicida sin plan e intención de actuar.

No encontramos una correlación entre el grado de resiliencia y los síntomas depresivos ($p=0.426$), en relación a la edad no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($p=0.044$), en relación a la resiliencia y el estado socioeconómico no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($p=0.037$)

8. Discusión

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune de curso y pronóstico variable, caracterizada por inflamación crónica, que provoca al paciente incertidumbre. Existe evidencia científica de como el estrés activa diferentes vías inmunológicas empeorando la actividad de la enfermedad, por lo que los pacientes presentan trastornos del estado del ánimo en algún momento de la vida.³⁴

Uno de los objetivos principales de esta investigación fue conocer el nivel de resiliencia de los pacientes con LES, como cualidad que permite la adaptación individual en contextos de adversidad significativa. Cal y Santiago, entre otros grupos de investigación encontraron que la mayoría de pacientes con LES presentan moderada resiliencia lo cual coincide con nuestro estudio. Es importante destacar que el contar con un alto grado de resiliencia provee al paciente de una mejor salud mental y mejor calidad de vida, ya que esta cualidad se considera como un factor protector de la salud mental del paciente ya que a mayor resiliencia existe una relación negativa con los síntomas depresivos.^{35,36}

La falta de asociación entre resiliencia y síntomas depresivos descritos por Holder et al, nuestro grupo de investigación encontró hallazgos similares.³⁷

Se requieren de intervenciones educativas, psicosociales para proveer a los pacientes aquejados por lupus eritematoso sistémico para mejorar los componentes de la salud mental, la aceptación de la enfermedad, la comprensión de su evolución y de su curso clínico con la finalidad de reducir las brechas en la relación médico-paciente y favorecer un ambiente de confianza, entendimiento de la enfermedad y de esta manera reducir la sintomatología derivada de un nivel bajo de resiliencia y otros componentes de la salud mental que pueden llevar al paciente a la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad,

por lo que este estudio constituye un antecedente para conocer a profundidad los componentes de la salud mental en aquellos pacientes con enfermedades crónicas.

9. Conclusiones

No encontramos una correlación entre el grado de resiliencia y los síntomas depresivos ($p=0.426$), en relación a la edad no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($p=0.044$).

En relación a la resiliencia y el estado socioeconómico no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($p=0.037$)

10. Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Interna. Grupo de estudio de enfermedades Autoinmunes sistémicas. Guías clínicas de enfermedades autoinmunes sistémicas. Lupus eritematoso sistémico. España; 2011.
2. World Health Organization. Principles and Methods for Assessing Utoimmunity associated with Exposure to Chemicals. Switzerland; 2006.
3. Velázquez CR, Jiménez MS, Ramírez BJ, Aguilar DI, Salas MG, Baca RV, et al. Lupus eritematoso sistémico (LES): genómica de la enfermedad. Gaceta Médica México. 2012; 148: 371-380.
4. Navarro M, País F, López W, Cabello R, Salazar M, Zerpa A. Relación de la concentración de homocisteína con factores de riesgo cardiovascular en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Comunidad y salud. 2014; 12(2): 51-61.
5. Stichweh D, Pascual V. Systemic lupus erythematosus in children. An Pediatr (Barc). 2005; 63 (4): 319-327.
6. Lira P. Lupus eritematoso sistémico. Rev Gastroenterol Mex. 2005; 70 (4): 477-479.
7. Gómez PJ, Cervera R. Lupus eritematoso sistémico. Medicina & Laboratorio. 2008; 14 (5-6): 211-223.
8. Petri M, Orbai A, Alarcon G, Gordon C, Merrill J, Fortin P, et al. Derivation And Validation Of The Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria For Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis & Rheumatism. 2012; 64 (8): 2677-2686
9. Miniño M. Índice de actividad lúpica y tratamietno del lupus eritematoso en dermatología. Dermatología Rev Mex. 2007; 52 (1): 20-28.
10. Mikdashi J, Nived O. Measuring disease activity in adults with systemic lupus erythematosus: the challenges of administrative burden and responsiveness to patient concerns in clinical research. Reserch & therapy. 2015; 17: 1-10.
11. García Carrasco M, Mendoza Pinto C, Solís Poblano J C, Etchegaray Morales I, Cervera R y Manuel Anaya J. Lupus Eritematoso Sistémico.
12. Sutanto B, Singh-Grewal D, Mcneil P, O'neill, S,Craig JC, Jones J and Tong A. Experiences and Perspectives of Adults Living with Systemic Lupus Erithematosus:

- Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Arthritis Care & Research*. 2013; 65 (11): 1752-1765.
13. Diccionario de la Lengua Española. [internet]. Ed. Tricentenario. España: Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española. [citado 2015 Nov 3]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
 14. Werner E. Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*. 2013; 4 (3): 81-85.
 15. Barber B. The Construct of Resilience and its Application to the Context of Political Violence. 2010; 1 (1): 137-154.
 16. Crespo M, Fernández LV, Soberón C. Adaptación española de la “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Behavioral Psychology*. 2014; 22 (2): 219-238.
 17. Rutter M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann N. Y. Acad. Sci*. 2006; 1094: 1-12.
 18. Luthar S. Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. In: Cicchetti D, Cohen J, editors. *Developmental psychopathology*. Canada. John Wiley & Sons, Inc. 2006. 739-795.
 19. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18: 76-82.
 20. Ospina MD. Investigación y Educación en Enfermería. *Invest Educ. Enferm*. 2007; (25)1: 58-65.
 21. Windle G, Bennett K, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011; 9(8): 1-18.
 22. Rodríguez M, Pereyra, M G, Gil E, Jofré M, De Bortoli M and Labiano L.M. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*. 2009. 9: 72-82
 23. Palomar LJ, Gómez VN. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 2010; 27(1): 7-22
 24. Quiceno J, Vinaccia AS. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*. 2012; 29 (1): 88-104

25. González Arratia LFN, Valdéz MJ. Resiliencia y personalidad en adultos. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2011; 14 (4): 295-316.
26. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
27. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med, 2019;380(6):559-568.
28. Picazzo-Palencia E. Depression and Mobility Among Older Adults in Mexico: ENSANUT 2012. Hisp Health Care Int. 2016 Jun;14(2):94-8.
29. Gonzalez-Forteza C, Wagner-Echeagray F, Jimenez-Tapia A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D en México: análisis bibliométrico, Salud Mental 2012,35: 1.
30. Radloff L. A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measure. 1977;1:385-401.
31. González-Forteza C, Solís Torres C, Jiménez Tapia A, Hernández Fernández I, González-González, A, Juárez García, F, E et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud mental*, (2011). 34(1), 53-59.
32. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):70
33. Figueiredo-Braga M, Cornaby C, Cortez A, Bernardes M, Terroso G, Figueiredo M, Mesquita CDS, et al. Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: The crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. *Medicine (Baltimore)*. 2018 ;97(28)
34. Pape K, Tamouza R, Leboyer M, Zipp F. Immunoneuropsychiatry – novel perspectives on brain disorders. *Nat Rev Neurol*. 2019;15(6):317-328.
35. Cal, S, Santiago, M. Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psychology, Health & Medicine* (2013). , 18(5), 558–563.

36. Faria DA, Revoredo LS, Vilar MJ, Eulália Maria Chaves M. Resilience and treatment adherence in patients with systemic lupus erythematosus. *Open Rheumatol J.* 2014;8:1-8.

37. Holden KB, Hall SP, Robinson M, Triplett S, Babalola D, Plummer V, et al. Psychosocial and sociocultural correlates of depressive symptoms among diverse African American women. *J Natl Med Assoc.* 2012; 104(11-12):493-504.

11. Anexos

11.1 Definiciones operacionales

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA

1.Rash Malar	Eritema fijo, plano o elevado sobre las eminencias malares, que no comprende los surcos nasogenianos
2.discoide	Placas eritematosas, elevadas con escamas adherentes y taponamiento folicular, atrofia cicatrizal en lesiones antiguas
3.Foto sensibilidad	Eritema en piel como resultado de reacción inusual a la luz por historia del paciente u observaciones del Médico
4.Ulceras Orales	Ulceración oral nasofaríngea, indolora observada por el médico.
5.Artritis	Artritis no erosiva que compromete a 2 o más articulaciones periféricas caracterizadas por edema, tensión o derrame
6.Serositis	a) Pleuritis-historia de dolor pleurítico o frote auscultado por un médico o evidencia de derrame. b) Pericarditis-documentada por ECG, frote o evidencia de derrame pericárdico.
7.Alteración Renal	a) Proteinuria persistente mayor de 0.5g/24hs o mayor de 3 b) Cilindros celulares de glóbulos rojos, hemoglobina de tipo granular, tubular, o mixtos
8.Alteración Neurológica	a) Convulsiones, pérdida conocimiento, en ausencia de medicamentos o alteraciones metabólicas: uremia, cetoacidosis, o alteraciones electrolíticas. b) Psicosis, en ausencia de medicamentos o alteraciones metabólicas: uremia, cetoacidosis, o alteraciones electrolíticas.
9.Alteración Hematológica	a) Anemia hemolítica, con reticulocitosis. b) Leucopenia, menor de 4,000/mm ³ total en dos o más ocasiones c) Linfopenia, menor de 1,500/mm ³ en dos o más ocasiones d) Trombocitopenia, menor de 100,000/mm ³ en ausencia de medicamentos
10.Alteración inmunológica	a) Presencia de anticuerpos anti-DNA nativo. b) Presencia de anticuerpo anti-Sm. c) Hallazgo positivo de anticuerpos anti-fosfolípidos basados en anticuerpos antinucleares
11.Anticuerpos antinucleares	1) Niveles elevados en suero de anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM. 2) Test positivo para anticoagulante lúpico 3) Test en suero para sífilis falso positivo por 6 Meses y confirmado por pruebas de inmovilización de treponema o absorción de anticuerpos fluorescentes

Criterios corregidos para la clasificación del Lupus Eritematoso Sistémico del Colegio Americano de Reumatología (1997). Tomado de: Updating the American College of Rheumatology Revised Criteria for the Classification of Systemic Lupus Erythematosus. Hochberg MC. Arthritis Rheum, 1997;40:1725.

11.2 Formatos de captura de datos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de Identificación:

No. caso: _____

Número de afiliación: _____

Teléfono (s): _____

Fecha de la entrevista: _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Antecedentes personales patológicos (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial):

Peso: _____ IMC: _____

Talla: _____ Tabaquismo: Sí: _____ No: _____

Puntaje de SLEDAI2K: _____

Dosis actual diaria de esteroide (mg) _____

Uso de cloroquina: Sí: _____ No: _____

Uso de inmunosupresores: (ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato, metotrexate, leflunomide): Sí: _____ No: _____

Creatinina sérica: _____ Fecha de toma: _____

Escala de Resiliencia Versión Argentina

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en los recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada

una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

No.	Ítem	Total mente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Total mente en desacuerdo
1	Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final.					
2	Usualmente manejo los problemas de distintos modos.					
3	Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.					
4	Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí.					
5	Me basto a mí mismo si lo creo necesario.					
6	Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.					
7	Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.					
8	Soy amigable conmigo mismo.					
9	Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.					
10	Soy decidido.					
11	Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.					
12	Hago las cosas de a una por vez.					
13	He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes.					
14	Soy autodisciplinado.					
15	Mantengo interés por las cosas.					
16	Usualmente encuentro cosas de qué reirme.					
17	La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles.					
18	En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.					
19	Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.					
20	A veces yo hago cosas quera o no.					
21	Mi vida tiene sentido.					

22	No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.					
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.					
24	Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.					
25	Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.					

Tomado de Rodríguez M, Pereyra, M G, Gil E, Jofré M, De Bortoli M and Labiano L.M. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*. 2009. 9: 72-82

Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D

Se le muestra a continuación una lista de sensaciones y situaciones que es posible que haya tenido en algún momento. Por favor, indique aquellas que le hayan sucedido durante la semana pasada, marcando con una X el casillero correspondiente, según la frecuencia con la que haya estado afectado por ello.

Ítem	
Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.</p> <p>2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.</p> <p>3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.</p> <p>4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p>
Sensación de culpabilidad	<p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p>
Ideas de suicidio	<p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.</p> <p>2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.</p> <p>3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.</p> <p>4 puntos - Intentos de suicidio.</p>
Insomnio precoz	<p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.</p> <p>2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.</p>

<p>Insomnio intermedio</p>	<p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).</p>
<p>Insomnio tardío</p>	<p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.</p> <p>2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</p>
<p>Problemas en el trabajo y actividades</p>	<p>0 puntos - Ausentes.</p> <p>1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.</p> <p>2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.</p> <p>3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.</p> <p>4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.</p>
<p>Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)</p>	<p>0 puntos - Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1 punto - Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3 puntos - Diálogo difícil.</p> <p>4 puntos - Torpeza absoluta.</p>
<p>Agitación</p>	<p>0 puntos - Ninguna.</p> <p>1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p>

	<p>2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
Ansiedad	<p>0 puntos - No hay dificultad.</p> <p>1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.</p>
Síntomas somáticos asociados a la ansiedad.	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. <p>0 puntos - Ausente.</p> <p>1 punto - Ligera.</p> <p>2 puntos - Moderada.</p> <p>3 puntos - Grave.</p> <p>4 puntos - Incapacitante.</p>
Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0 puntos - Ninguno.</p> <p>1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>
Síntomas somáticos generales	<p>0 puntos - Ninguno.</p>

	<p>1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.</p> <p>2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.</p>
Alteraciones en el libido	<p>0 puntos - Ausentes.</p> <p>1 punto - Débiles.</p> <p>2 puntos - Graves.</p> <p>3 puntos - Incapacitantes.</p>
Hipocondría	<p>0 puntos - No la hay.</p> <p>1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).</p> <p>2 puntos - Preocupado por su salud.</p> <p>3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</p> <p>4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
Pérdida de peso	<p>0 puntos - No hay pérdida de peso.</p> <p>1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</p> <p>2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo</p>
Conciencia de la enfermedad	<p>0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2 puntos - Niega estar enfermo.</p>

Carta de consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</p> <p>Y POLITICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>(ADULTOS)</p>	
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>Prevalencia de síntomas depresivos y resiliencia en pacientes con lupus eritematoso sistémico</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Puebla, Pue., ____ de _____ de 2018.</p>
<p>Número de registro:</p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>La resiliencia ha demostrado ser una variable protectora que es preciso considerar para la intervención psicológica específica en el abordaje interdisciplinario de esta enfermedad.</p> <p>Además de las implicaciones terapéuticas, la presente investigación permitirá comprender la relación de la resiliencia y los factores sociodemográficos presentes en la cohorte HISPALÉS del Hospital General Regional (HGR) No 36, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), delegación Puebla, lo que aportará información importante a dicho estudio longitudinal.</p> <p>El objetivo del estudio es determinar la relación entre la resiliencia y los factores sociodemográficos: edad, ocupación, estrato socioeconómico y estado civil, escolaridad, y número de integrantes de la familia, en mujeres con LES.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>El estudio consiste en una encuesta y una entrevista clínica.</p>
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>El estudio está considerado como de riesgo mínimo.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>En caso necesario la participante podrá recibir orientación psicológica durante la entrevista.</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>La participante recibirá de manera impresa los resultados de los instrumentos aplicados.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>La participante podrá retirarse del estudio en el momento en que lo decida.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>La información obtenida durante la realización de la encuesta y entrevista será confidencial y se empleará con fines de investigación.</p>
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p>	
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p>

	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:		Orientar a los pacientes para elevar su calidad de vida.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:		Dr. Mario García Carrasco, M.C Norma Edith Alonso García
Colaboradores:		Xochitl Selene Yahuitl Cervantes tel. 22 22 60 29 94
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 4° 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		
Nombre y firma del sujeto		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	_____	Testigo 2 _____
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma
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		
Clave: 2810-009-013		