

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL GENERAL

DR. JOSÉ BENJAMÍN GUERRERO LÓPEZ

DRA. MARIA DEL CARMEN LARA
TUTOR TEÓRICO

DRA. DANELIA MENDIETA
TUTOR METODOLÓGICO

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA".

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

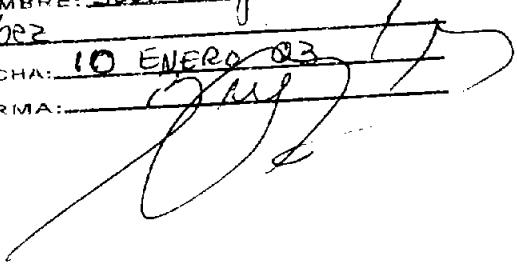
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: José Benjamín Guerrero López

FECHA: 10 ENERO 03

FIRMA: 

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Benjamín Bogdan

E

Isaac Alex Alexander

AGRADECIMIENTOS

Agradezco

A la Dra. Carmen Lara y a la Dra. Danelia Mendieta por apoyarme con sus conocimientos, y por su paciencia mostrada durante este proyecto

Al Dr. Ricardo Ortiz, reumatólogo del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" por su apoyo y colaboración para la realización del presente trabajo

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes logros de la medicina moderna es el prolongar la vida de las personas, quién hubiera pensado hace algunas décadas que algunos tipos de cánceres se curarían, o que otras enfermedades crónicas podrían controlarse, y con ello, evitar sus complicaciones. Sin embargo ¿como ha sido la vida de los pacientes a los que se les ha prolongado su existencia?, este tema hasta hace algunos años no se le había dado importancia, pero que a últimas fechas está tomando un gran auge. La medicina cada día se preocupa más de esta cuestión, pues estamos viviendo cada vez más, pero también más disfuncionales. El concepto calidad de vida cada día es más frecuente escucharlo, aunque aun se tienen dificultades en su conceptualización, aun así los conceptos son amplios pues abarcan los aspectos de bienestar personal y social. En la actualidad existen diversos instrumentos para la evaluación de la calidad de vida en los que se evalúa la satisfacción con la vida, el bienestar, la capacidad funcional, la interacción social, el estrés y los trastornos psiquiátricos. Estas escalas se han empleado para valorar diversos padecimientos, sobre todo aquellos que tienen una evolución crónica, tal es el caso de la artritis reumatoide, ya que el impacto de esta enfermedad sobre la capacidad funcional puede llevar a un paciente a la invalidez, con repercusión en los aspectos psicológicos y sociales, por lo tanto el paciente en el curso de la enfermedad tendrá que pasar por un proceso de adaptación. Hasta el momento los estudios sobre calidad de vida en estos pacientes han empleado instrumentos que valoran capacidad funcional, nosotros pretendemos evaluar no solo el estado global de salud de los pacientes, sino a través de instrumentos específicos para calidad de vida hacer una medición de esta.

ANTECEDENTES.

El concepto de calidad de vida tiene grandes dificultades. Las escalas que lo miden tiene un componente subjetivo, que se llega a solapar con las escalas de depresión, y el concepto también está relacionado a las expectativas del medio en el que vive el paciente. Va a depender de cómo considere la población calidad de vida y también del concepto de salud que se tenga (15), por lo tanto comenzaremos por tratar de definir el concepto de salud, y su relación con la calidad de vida y la enfermedad.

Existen diversas definiciones para estos estados, en algunos modelos se les ve como polos opuestos, la enfermedad como el estado anormal y la salud como la normalidad, en donde la enfermedad puede ser el resultado de una anormalidad patológica o simplemente la presencia de dolor y malestar o por percepciones de cambio en sus sentimientos y funciones habituales. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera la salud como el completo bienestar social, psicológico y físico. Entendiendo con esta definición que salud es la ausencia de enfermedad, por lo que para poder medirla tenemos que medir la enfermedad o las consecuencias negativas como la mortalidad y morbilidad, esto a través de las tasas de mortalidad, la supervivencia de los pacientes a cierto número de años, entre otros (3). Las medidas de morbilidad se centran comúnmente en resultado de pruebas bioquímicas, número de síntomas observados, si el paciente es capaz de trabajar o los días que no lo va a poder hacer. También se ocupan otras medidas de la salud como utilización de servicios, diversas escalas subjetivas de salud, la capacidad funcional y el estado funcional. Sin embargo regresando a la definición de la OMS también hace referencia a que la salud no se trata solamente a la ausencia de enfermedad, y es aquí donde entra el concepto de salud positiva que implica integridad y total funcionalidad mente, cuerpo y adaptación social, se trata de la habilidad para enfrentarse a situaciones estresantes, el mantenimiento de un sistema sólido de apoyo o soporte social, integración en la comunidad, moral alta y satisfacción con la vida y bienestar psicológico (3).

Por otro lado tenemos a la enfermedad, que solo existe dentro de las ciencias biológicas agrupando aquellos fenómenos con capacidad nociva para la vida con poder de disminuir su potencialidad y su duración, y por otro lado productores de sufrimiento y conciencia de la posibilidad de disminución de las aptitudes físicas. Lo enfermo o lo sano solo tiene sentido desde lo biológico. Desde el punto de vista médico al ayudar al enfermo se le trata de aliviar su sufrimiento, la enfermedad es vista como una alteración de la homeostasis, este equilibrio puede ser roto por distintas causas, entre ellas infecciosas, tóxicas, físicas (p.ej: heridas), metabólicas o genéticas. Este modelo no admite otra explicación que no sea las dictadas por la biología o psicología. La salud es entendida como el equilibrio ideal. Dentro de estos dos puntos existen diversos estados intermedios (31).

En todos los organismos se distinguen dos tipos de equilibrios, uno con el medio interno conocido como homeostasis y uno con el medio externo llamado adaptación, que es el equilibrio entre la acción del organismo a su medio, y la modificación que sufre en este esfuerzo transformador.

De acuerdo a Lolás F (14) desde el punto de vista social un enfermo es un individuo etiquetado en una comunidad. Esta rotulación puede ser dada por él mismo, del sistema médico o de la sociedad. Existiendo diferencias entre el sentirse enfermo, por parte del paciente, tener una enfermedad, de acuerdo al médico y ser considerado enfermo por la sociedad en su conjunto.

Kornblit A (16) hace una caracterización de dos modelos de salud, por una parte el modelo médico hegemónico que se refiere a una construcción que se realiza acerca de los fenómenos de la salud y la enfermedad, sostenida tanto por los curadores como por los conjuntos sociales implicados en el acto médico, y el modelo eco-sistémico que enfatiza la necesidad de concebir los procesos relacionados a la salud y a la enfermedad en el contexto histórico-cultural en el que se dan; sus rasgos característicos son los siguientes: reconocimiento del contexto interpersonal y sociocultural en el proceso salud-enfermedad, evaluación de las familias en riesgo, reconocimiento de patrones de mantenimiento de síntomas, integración cuerpo-mente-contexto ambiental, unidad de análisis grupal y

relación de simetría profesional en el equipo de salud. Las intervenciones del equipo de salud con esta orientación encuentran dos problemas, por una parte encuentran médicos y pacientes insertados en roles específicos y, pacientes pasivos ante una medicina omnisciente. El equipo de salud con este tipo de orientación deberá estar conformado por profesionales de diferentes campos, y los proyectos deberán alentar la participación de la comunidad en el área de promoción a la salud.

Como se ha mencionado la salud de una persona no solo depende de los factores biológicos o psicológicos, sino también de los sociales, de cómo se percibe así misma con respecto a los demás y como estos la perciben, incluyendo al personal de salud, además su salud va a depender de las intervenciones adecuadas por parte del equipo de salud, ya sea para mantener esta o para combatir la enfermedad o sus consecuencias, es por ello que en los últimos años está tomando importancia el concepto de calidad en la atención médica.

Quienes trabajan en la atención a la salud, en particular los médicos, se han vuelto menos sensibles a la quejas de sus pacientes y a la importancia personal que para ellos tienen sus dolencias. Estar satisfecho con el tratamiento recibido puede ser un factor importante para la cooperación del paciente en el tratamiento. Durante los últimos años se ha incrementado el número de estudios que se han dado a la tarea de obtener las opiniones de los pacientes con vistas a identificar los problemas que aquejan a los pacientes en la atención a la salud. En la actualidad se ocupan otras medidas en los servicios de salud, ya no basta la morbilidad o mortalidad, ahora se toma en cuenta la eficacia económica, los resultados médicos y la aceptabilidad social (3).

En nuestro país la población cada vez demanda servicios de mayor calidad, y de acuerdo a la encuesta de satisfacción de la población mexicana con los servicios de salud realizada en 1994 reveló que la población percibe como “mala la calidad de atención” (27), de acuerdo a Ramírez-Sánchez T, 1998 (25) dentro de los usuarios que utilizaron un servicio de seguridad social 26% percibió mala atención, en los hospitales privados este porcentaje solo fue del 10%, finalmente para la SSA y otras instituciones públicas esta cifra estuvo en 18 a 19%, el primer motivo de esta mala atención fue el tiempo de espera, seguido de mal

trato del personal y nulo efecto de los medicamentos, sin embargo es importante mencionar que los enfermos que mencionaron no haber notado mejoría después de la consulta fue de 20.7%, siendo esta percepción mayor en las instituciones públicas que en las privadas. Es por ello que en los últimos años se han desarrollado una serie de acciones con la finalidad de aumentar la calidad, así mismo se ha incrementado el número de estudios que vigilan la eficacia de estas acciones (30) . Esto está siendo importante sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, que requerirán vigilancia y atención constante por parte del equipo de salud.

También debemos de considerar el hecho de “la experiencia de ser paciente”, ¿cuáles son las preocupaciones principales de los pacientes?, ¿con qué ánimo se acercan los pacientes a la consulta médica y responden a ella?. sin embargo los médicos y los pacientes durante la consulta se rigen por normas aceptadas socialmente, lo cual los limita. Durante el interrogatorio no deberían los pacientes describir solo su enfermedad, también deberían de hablar de cómo la experimentan, y no dejar de mencionar qué esperan del médico en relación a ésta, el resultado es que se quedan sin expresar muchas de las preocupaciones principales de los pacientes (7).

En la década de los sesentas y setentas los científicos sociales comenzaron a mostrar interés por conceptos como el de calidad de vida o nivel de vida. En medicina la calidad de vida se utiliza en general para caracterizar la calidad de vida individual desde la perspectiva particular de cada paciente (15), según menciona el autor, Albrecht y Fitzpatrick en 1994 identificaron 4 usos de la calidad de vida en medicina: *a)* para la planificación de la asistencia sanitaria de los pacientes; *b)* como una medida de resultado en los ensayos clínicos y en la investigación de los servicios sanitarios; *c)* para valorar las necesidades sanitarias de una población, y *d)* para la distribución de recursos.

El concepto de calidad de vida incluye en su espectro dimensiones que tiene a su vez distintos elementos, indicadores o variables. Estos son de dos tipos de naturaleza: duros y blandos, clínicos o paraclínicos, médicos o no médicos y, biológicos y psicosociales; también se pueden enumerar elementos subjetivos y objetivos, los primeros hacen

referencia a la satisfacción y el bienestar tanto físico y psicológico. El componente objetivo incluye los factores que determinan o influyen sobre la percepción que el sujeto tiene de la calidad de su vida como la presencia o no de síntomas, el funcionamiento físico, el apoyo social, etc. Existen otros factores que también puede influir como los temores, preocupaciones, interacciones sociales y el nivel de actividad, también se ha considerado la percepción subjetiva del individuo en relación a su incapacidad.

Hasta el momento hemos hecho referencia al concepto sin embargo no hemos dado ninguna definición, ya que esto resulta un proceso ambiguo, es por ello que las definiciones operacionales se hacen en base a los elementos objetivos y subjetivos. El componente subjetivo es considerado la base conceptual de la definición y ha dado origen a las definiciones llamadas unidimensionales; en estas el foco de atención es la percepción del sujeto sobre su vida, por ejemplo en las últimas definiciones de calidad de vida se entiende como la percepción personal acerca del estado de salud y aspectos no médicos de la vida.

Un campo en el que el concepto ha tenido mucho auge es en oncología, donde se inició su estudio para atender la sobrecarga que la enfermedad y el tratamiento imponen al paciente. El paciente puede disminuir sus aspiraciones y estar alegres o satisfechos aunque su vida esté deteriorada. Finalmente la calidad de vida es una evaluación global que el sujeto hace de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que ésta requiere (18).

La medición de la calidad de vida puede ser útil como referencia en la toma de decisiones clínicas por ejemplo la selección del tratamiento, o la utilidad de una intervención.

Existe cierta confusión y traslape entre los conceptos de estado de salud y calidad de vida. Algunos autores emplean indistintamente ambos términos, e incluso para referirse a sus escalas en algunos artículos, los presentan como instrumentos para evaluar el estado de salud y en otros como instrumentos para evaluar la calidad de vida. La principal diferencia radica en el tipo de sujetos que se pretenden medir. En el caso de los indicadores de salud,

el foco es la población general, y el propósito es tener una medición grupal. En el caso de la calidad de vida es más pertinente restringirla a la experiencia individual según sea afectada por la enfermedad (15).

En la actualidad se cuenta con diversos instrumentos que permiten medir la calidad de vida. Algunos de ellos la evalúan de forma general, sin importar el tipo de pacientes a los que se estudia. En cambio tenemos otros instrumentos que evalúan la calidad de vida de pacientes con trastornos bien definidos, por ejemplo artritis reumatoide, artritis reumatoide juvenil, cáncer, etc (3).

La medición de la calidad de vida nos permite mejorar el conocimiento epidemiológico de las enfermedades, particularmente en el caso de las enfermedades crónicas, las cuales han incrementado su prevalencia y por ende su costo social, como es el caso de la artritis reumatoide.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida. La alteración característica se da en las articulaciones caracterizada por una sinovitis inflamatoria persistente, que afecta regularmente a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica (13). El signo clave de la enfermedad es el potencial de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares; los criterios diagnósticos de la enfermedad se muestran en el cuadro 1. La evolución de la enfermedad es muy variable.

Cuadro 1. Criterios revisados en 1987 para la clasificación de la Artritis Reumatoide (2).

CRITERIO	DEFINICIÓN
1. Rigidez matutina	En las articulaciones de por lo menos una hora de duración
2. Artritis en 3 o más articulaciones	Al menos en 3 áreas articulares, debe haber hinchazón de tejidos blandos
3. Artritis de las articulaciones de las manos	Al menos un área articular inflamada
4. Artritis simétrica	Afección simultánea de las mismas áreas articulares
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas
6. Factor reumatoide en suero	Demostración de niveles anormales
7. Cambios radiológicos	Cambios típicos en radiografías AP de manos y muñecas

La prevalencia de la AR es de aproximadamente 1% de la población, aunque esta aumenta con la edad, las mujeres se afectan con mayor frecuencia con una proporción de 3 a 1. El inicio de la enfermedad se da entre la cuarta o quinta década de la vida, de modo que el 80% de los pacientes desarrollan la enfermedad entre los 35 y 50 años (13).

Los estudios en familias indican una predisposición genética. Aproximadamente 10% de los pacientes con AR tienen un familiar de primer grado que sufre la enfermedad. Los gemelos monocigotos muestran una concordancia cuatro veces mayor para la enfermedad que los dicigóticos, cuyo riesgo de AR es similar que los hermanos no gemelos (13).

La causa de la AR es desconocida, se ha sugerido que es una manifestación de la respuesta del huésped con susceptibilidad genética a un agente infeccioso (probablemente a *Mycoplasma*, virus del Epstein-Barr, citomegalovirus, parvo virus y virus de la rubéola). Hasta el momento no hay pruebas concluyentes que estos agentes produzcan AR. Otros mecanismos etiológicos comprenden la supresión de la tolerancia normal de "lo propio", que determinaría una reacción contra los antígenos propios de la articulación como el colágeno tipo II o una pérdida del control inmunorregulador (13).

La evolución de la AR es muy variable y difícil de predecir. Al cabo de 10 a 12 años, más del 20% de los pacientes presentan signos de incapacidad o deformidad articular. Las características de los pacientes que predicen la aparición de incapacidad son la edad avanzada, sexo femenino, la presencia de nódulos reumatoides o títulos elevados de factor reumatoide (13) . La actividad de la enfermedad mayor de un año predice mal pronóstico (ver cuadro 2)

Cuadro 2. Criterios propuestos para la remisión clínica completa de la artritis reumatoide (24)

Se deben reunir 5 o más de los siguientes criterios durante dos meses consecutivos	
1. Rigidez matutina cuya duración no exceda los 15 minutos	4. Ausencia de hipersensibilidad (dolor a la presión o al movimiento)
2. Ausencia de fatiga	5. Ausencia de hinchazón en las articulaciones
3. Ausencia de dolor articular	6. Velocidad de sedimentación globular menor a 30mm/h en mujeres y 20mm/h en hombres

La esperanza de vida de los pacientes con artritis reumatoide se acorta de 3 a 7 años. Existe un aumento en la tasa de mortalidad sobre todo en aquellos que tiene una afección articular grave. Los factores relacionados con la muerte precoz son la discapacidad, la duración o gravedad de la enfermedad, la administración de corticoesteroides, la edad y el sexo masculino (13).

En cuanto a los aspectos psicológicos que la enfermedad ocasiona ha sido motivo de estudio durante los últimos años. En los pacientes con AR se ha documentado un aumento en síntomas depresivos y estrés psicológico. Aunque la frecuencia de pacientes clasificados como deprimidos difiere entre los diversos estudios, existiendo una diferencia en la variación entre la severidad de la depresión y el grupo de pacientes estudiados, y en segundo lugar el tipo de instrumentos empleados. Esto se observa en la escalas tradicionales de depresión que contienen reactivos que hacen referencia a síntomas somáticos que pueden ser resultado de una enfermedad médica o de la misma depresión. La presencia de depresión en pacientes con AR es de 25-42% (23).

Aunque las fluctuaciones en el estado psicológico del paciente llegan a ocurrir, las mediciones muestran que el estado psicológico es estable durante el tiempo. Sin embargo se ha visto que cambios en la severidad de la AR reflejan cambios en las escalas de depresión. La velocidad de sedimentación globular que es un marcador de severidad de la AR que se correlaciona con las puntuaciones en las escalas de depresión. El incremento en el estrés psicológico es asociado fuertemente con esto, en escalas autoaplicables, de dolor, inhabilidad funcional, severidad global y otras medidas de salud (23).

El estado de salud de los pacientes con AR se relaciona con el concepto de calidad de vida. Las consideraciones teóricas que tienden a dar soporte al estado de salud incluyen la dimensiones física, psicológica y social. Los esfuerzos empíricos tienden a enfatizar la necesidad de medir los componentes de esta dimensión de estado de salud, por lo que las escalas para medirlo suelen incluir dichos componentes.

En nuestro país los estudios de calidad de vida en pacientes crónicos son escasos, por lo que tener un acercamiento a como están repercutiendo las enfermedades en esta población es deseable, ya que en un futuro este puede ser un buen indicador para establecer políticas de salud, además de conocer las repercusiones en el funcionamiento global del paciente, así como sus consecuencias a nivel psicológico y social, y no nada más desde el punto de vista biológico. Es por ello que nosotros estudiamos la calidad de vida de pacientes con AR.

JUSTIFICACION

Las enfermedades crónico degenerativas están ocupando los primeros lugares de morbi-mortalidad en nuestro país, de ellas las más frecuentes son los problemas cardiovasculares, como la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y el cáncer, sin embargo existen otras enfermedades como la artritis reumatoide, entre otras reumatológicas, que por sus consecuencias, que pueden llevar a un paciente a la incapacidad se les debe poner mayor atención. En nuestro país no hay datos precisos de la prevalencia AR, se sabe que es una de las enfermedades que con mayor frecuencia es atendida en los servicios de reumatología. Como ya se mencionó la gran afectación articular lleva a los pacientes a tener diversos grados de incapacidad, además de presentar dolor y rigidez articular, más acentuados durante la fase activa de la enfermedad, lo cual tienen un papel importante en la discapacidad funcional. Como en la mayoría de las enfermedades crónicas la comorbilidad con síntomas depresivos es alta (30). La presencia de síntomas depresivos puede estar condicionados por temor a la invalidez, por la percepción de haber perdido funciones, por alteraciones en el autoconcepto, renunciando a ambiciones con modificación en la funcionalidad social (7). Aun son pocos los estudios sobre el impacto que tiene la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes, se sabe que produce limitaciones físicas y sociales, y la prevalencia de estas se incrementa con la edad (20), por lo cual resulta necesario aumentar el número de estudios en este campo, y sobre todo en nuestro medio, ya que esto puede contribuir a la planeación de medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pacientes. Nuestra propuesta es evaluar

el funcionamiento global del paciente, pero también ver cual es el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida.

HIPÓTESIS

1. La presencia de actividad en la artritis reumatoide influye en la calidad de vida de los pacientes.
2. La ocupación de los pacientes influye en su calidad de vida.
3. La presencia de comorbilidad empeora la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la calidad de vida en pacientes que padecen artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

- 1.1 Evaluar el estado global de salud en pacientes con artritis reumatoide mediante la Escala de Medición del Impacto de la Artritis (AIMS).
- 1.2 Evaluar la calidad de vida mediante la escala de Calidad de Vida de Dunbar.

- 1.3 Evaluar la intensidad de los síntomas depresivos de los pacientes con artritis reumatoide.
- 1.4 Determinar si la actividad de la enfermedad (artritis reumatoide) influye en la calidad de vida.
- 1.5 Determinar si la ocupación de los pacientes con artritis reumatoide influye en su calidad de vida.
- 1.6 Determinar si la presencia de comorbilidad contribuye a empeorar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

MATERIAL Y METODO

-DISEÑO

Se realizó un estudio transversal y comparativo

-PACIENTES

En este estudio se incluyeron adultos con diagnóstico de artritis reumatoide, realizado por su médico tratante (reumatólogo), el cual se llevó a cabo en la consulta externa (CE) del servicio de reumatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (HGMGG). Se incluyeron en la muestra 43 sujetos, seleccionándose a todos aquellos que acudían a consulta de control y cumplían con los criterios de inclusión.

--CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Sexo femenino o masculino.

Adultos mayores de 18 años de edad.

Alfabetizados.

Con diagnóstico de artritis reumatoide de acuerdo a los criterios de la American Rheumatism Association, 1987 (2).

Controlados en la CE de Reumatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Que aceptaran participar en el estudio.

--CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Sujetos que padecieran artritis reumatoide juvenil.

Sujetos que sufrieran de alguna enfermedad médica grave.

Sujetos con deterioro cognoscitivo evaluado clínicamente.

Durante los meses de abril a septiembre del año 2000 se entrevistaron a los pacientes que acudían a control a la CE del HGMGG. Primero se presentaba el investigador responsable y les solicitaba a los enfermos su colaboración para el estudio. Después se realizaba una entrevista para la recolección de datos sociodemográficos y la aplicación de la escala de AIMS, entregándoles para esta última una hoja que incluía las opciones posibles de respuestas a cada una de las preguntas que el entrevistador formulaba, posteriormente se les

entregaba a los sujetos el resto de los índices (el cuestionario de Dunbar, la escala análoga visual e Inventario de Beck) y se les daba instrucciones de la forma de contestar las preguntas de cada uno. Los datos clínicos y de laboratorio, así como los antecedentes médicos de los sujetos se obtenían por revisión del expediente clínico y entrevista del médico tratante.

PROCEDIMIENTO

Entre los meses de octubre a enero del 2001 se realizó la calificación de los índices, la captura de los datos en una base y por último el análisis estadístico de los datos. Los datos sociodemográficos, medico-clínicos y las puntuaciones obtenidos en los índices clinimétricos se evaluaron mediante porcentajes, medias y desviaciones estándar. En el mes de enero del 2001 se hizo el reporte final.

- VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se aplicaron cuatro índices: uno para determinar el estado global de salud de los pacientes con AR (AIMS), un índice global para valorar CV utilizando un escala análoga visual y un índice genérico como el cuestionario de Dunbar para valorar calidad de vida. Y por último se utilizó el Inventario de Depresión de Beck para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos.

Las variables del estudio fueron la calidad de vida, actividad de la enfermedad, tipo de ocupación y la presencia de otras enfermedades.

-ÍNDICES ESPECÍFICOS PARA AR :

Escala de Medición del Impacto de la Artritis (AIMS). Esta escala fue desarrollada por Meenan y cols. en 1980 (16). El objetivo de este instrumento es evaluar el estado global de salud de los pacientes con artritis y otras enfermedades crónicas. Este índice abarca las áreas de bienestar físico, social y emocional. Es auto aplicable, pero también puede ser aplicada mediante entrevista. Es sensible a los cambios característicos de la enfermedad y puede ser utilizada a nivel comunitario. Entre sus desventajas es que solo puede ser utilizada en enfermos crónicos y el hecho de que las preguntas se refieren a la salud negativa. La escala evalúa nueve dimensiones de la salud y la capacidad funcional: Movilidad, actividad física (caminar, flexionarse y levantarse), actividades de la vida diaria, destreza, actividades domésticas, dolor, actividad social, depresión y ansiedad.

El instrumento está compuesto por 45 reactivos, agrupados en las nueve subescalas previamente mencionadas, estos se ordenan de manera que un individuo que indique discapacidad en un reactivo, también tendrá discapacidad en los reactivos que quedan por debajo de este dentro de la misma sección. A través de un “proceso de normalización” se convierten las puntuaciones en un rango que va del 0 al 10, las puntuaciones más altas

representan un “mal estado de salud”. La mayoría de las preguntas hacen referencia al último mes. La escala es de tipo ordinal (3).

Su validación y traducción al español se llevó a cabo en 97 pacientes con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios de la American College of Rheumatology 1987 (1). La consistencia interna medida con el alpha de Cronbach fue: movilidad 0.80, actividad física 0.76, deterioro 0.80, actividad social 0.71, actividades domésticas 0.71, actividades de la vida diaria 0.93, dolor 0.73, depresión 0.87 y ansiedad 0.77. La validez de constructo se llevo a cabo comparando la actividad de la enfermedad, utilizando para ello los criterios de la American Rheumatology Association, y una escala análogo visual calificada por el médico, además de medición de la severidad de la enfermedad, de acuerdo a la percepción del personal médico y también una escala análoga visual de 11 puntos también aplicada por el clínico, y por último la medición del dolor. Se obtuvieron para las diferentes escalas del AIMS en español, diferentes puntuaciones pero con correlaciones estadísticamente significativas con los instrumentos antes mencionados. Demostrando su validez de constructo (1).

ÍNDICES GENÉRICOS.

Se utilizó el Cuestionario de Dunbar, este instrumento fue diseñado, en 1992, para proporcionar un método de valoración de la calidad de vida en los pacientes con trastornos afectivos (6). Está constituido por 46 reactivos elaborados en escalas análogo visuales para su calificación del 1 al 10, en donde la mayor calificación corresponde a un completo bienestar. La escala se divide en 2 partes de 23 preguntas cada una que valoran:

1.-Calidad Subjetiva de Vida Actual. Evalúa la percepción individual de la satisfacción de su vida en el momento de la aplicación del instrumento, para ello el instrumento valora 6 áreas:

- a) Bienestar psicológico. Evalúa la percepción del sujeto ante la existencia y magnitud de problemas emocionales, sentimientos de seguridad, esperanza, satisfacción consigo mismo y fracaso.
- b) Bienestar físico. Valora percepción del sujeto en cuanto a la presencia e intensidad de dolor físico, incapacidad para desplazarse y, alteraciones en el apetito, sueño y energía.
- c) Humor. Evalúa la percepción del sujeto en relación con la presencia e intensidad de preocupación, deseos de morir e irritabilidad.
- d) Autocontrol. Determina la percepción que el individuo tiene sobre el control de su vida y la toma de decisiones, así como la presencia de sentimientos de impotencia.
- e) Relaciones sociales. Evalúa la percepción del individuo en cuanto a su capacidad para hacer y mantener interacción social y laboral, auto confianza y sentimientos de inferioridad.
- f) Área laboral y de desempeño. Estimar la percepción del sujeto de insatisfacción con actividades laborales o cotidianas de la vida, así como presencia y magnitud de incapacidad para realizar estas actividades.
- g) Área económica. Evalúa la preocupación de la persona por su estado monetario.

2.-Calidad subjetiva de vida ideal. Evalúa la percepción subjetiva de satisfacción hacia una vida ideal en los términos de las áreas previamente mencionadas.

La medición de estos dos indicadores (calidad subjetiva de vida actual y calidad subjetiva de vida ideal) nos permite conocer el grado en que se cubren las expectativas de la persona en un momento dado.

La validación de este índice se realizó en 129 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada, según criterios del DSM-III R, a los cuales se les dio tratamiento farmacológico. La consistencia interna por medio del alpha de Cronbach fue de α 0.90 para la calidad subjetiva de vida actual y del α 0.95 para la calidad subjetiva de vida ideal. La validez concurrente se estimó entre la relación del Cuestionario de Dunbar con el Sickness Impact Profile y el General Health Questionnaire, reportándose un r de 0.61 para el primero y de 0.44 para el segundo (8).

También se utilizó una Escala Análoga Visual para estimar la satisfacción que el paciente tiene de su vida. Este tipo de instrumento también se ha empleado para hacer una determinación gráfica de la evaluación de los atributos o fenómenos subjetivos, por ejemplo del dolor. Consiste en una línea de longitud estandarizada en 10 cm, graduada o no, en la cual se le hace marcar al paciente un punto que corresponde a la magnitud de la variable observada. Uno de los límites de la línea define la ausencia del fenómeno evaluado, y en el otro la máxima expresión de este. La evaluación de la calidad de vida por medio de la escala análoga visual hace hincapié en la subjetividad de la calidad de vida. Se sugiere al paciente que califique en una escala del 0 al 100 que tan satisfecho esta con su vida.

Este tipo de escala mide variables que no cuentan con un estándar de medición (como el dolor), que son sensibles, reproducibles y universales. Habiéndose reportado un coeficiente de correlación de 0.99 en mediciones sucesivas de dolor.

Por último se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, el cual es una escala específica para depresión, fue diseñada por Beck y cols. (4). Consta de 21 reactivos, cada categoría del cuestionario describe una manifestación conductual específica de la depresión. Cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta las cuales han sido graduadas y ordenadas en función de su gravedad, de nula a máxima, la persona selecciona aquella que mejor se ajuste a la forma en que se siente “en ese momento”. Es un instrumento autoaplicable, no hace diagnóstico de depresión, solo indica una medida de severidad de ésta. Los síntomas que la escala mide son principalmente tristeza, pesimismo, autovaloración, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, disgusto con uno mismo, auto acusación, pensamiento suicida, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, retraso en el trabajo, insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Los valores numéricos a cada reactivo van de 0 a 3, la puntuación máxima es 63, aunque se toman las siguientes categorías de severidad: normal de 0-9, leve 10-15, leve-moderado 16-19, moderado-grave 20-29, grave >29 . Existen diversos trabajos sobre la validez de la escala. La consistencia interna evaluada por medio del alpha de Cronbach fue de 0.86. La validez concurrente se estimó entre la relación del Inventario de Beck y Depresión Adjetive Check Lists con un coeficiente de correlación de 0.66 y de 0.75 con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (4).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó a través de medidas de tendencia central para cada uno de los índices y para las características sociodemográficas. Posteriormente se realizó la correlación de cada uno de los índices con la escala de AIMS, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por último se compararon mediante la prueba t cada una de las variables (actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidad, y ocupación).

RESULTADOS

Se incluyeron 43 pacientes, en su mayoría del sexo femenino 95.3% (n=41) y 4.7% del sexo masculino (n=2), con una edad promedio de 48.3 ± 15.90 años, y un promedio de escolaridad 6.8 ± 4.22 años (cuadro 3).

Cuadro 3. Edad y escolaridad de los pacientes del estudio.

	x	De	Min.	Max.
Edad	48.32	15.90	24	81
Escolaridad	6.80	4.14	0	13

De acuerdo a la distribución del estado civil de los pacientes los casados representaron el 48.8% (n=21), seguido por los solteros, separados y viudos (cuadro 4)

Cuadro 4. Distribución de los pacientes de acuerdo al estado civil.

	n	%
Casado	21	48.8
Soltero	13	30.2
Separado	3	7.0
Viudo	6	14.0

Es cuanto a la ocupación de los pacientes el 67.4% se dedicaban al hogar (n=29) y el resto a otras ocupaciones remuneradas (cuadro 5).

Cuadro 5. Ocupación de los pacientes del estudio.

	n	%
Hogar	29	67.4
Ventas	2	4.7
Otras (actividades remuneradas)	12	27.9

La mayoría de los pacientes radicaban en el Distrito Federal 83.7% (n=36) y el resto en otros estado del país. (cuadro 6).

Cuadro 6. Distribución de los pacientes de acuerdo a lugar de residencia

Estado	n	%
Distrito Federal	36	83.7
Michoacán	3	7.0
Estado de México	2	4.7
Guerrero	1	2.3
Morelos	1	2.3

El promedio del tiempo de diagnóstico de la enfermedad fue de 10.81 ± 9.98 años, el rango es amplio, desde los 40 años de diagnóstico como máximo y un año el valor mínimo. El tiempo de tratamiento, en meses, fue 105.88 ± 106.55 , pero también los rangos son amplios, 360 meses valor máximo y 1 mes el mínimo. La mayor parte de los pacientes 86% (n=37) se encuentra en fase inactiva de la enfermedad. Todos los pacientes se encuentran bajo tratamiento farmacológico para la artritis reumatoide, y el 44.18% toman otros medicamentos no antirreumáticos (cuadro 7).

Cuadro 7. Características clínicas de los pacientes del estudio.

	x	de	Min.	Max.
Tiempo de diagnóstico (años)	10.81	9.98	1	40.0
Tiempo de tratamiento (meses)	105.88	106.55	1	360.0
	n	%		
Enfermedad activa	6	14		
Enfermedad inactiva	37	86		
Otros diagnósticos	18	41.86		
Otros tratamientos no antirreumáticos	19	44.18		

El 41.9% (n=18) de los pacientes tiene otro padecimiento, los más frecuentes son hipertensión arterial 18.6% (n=8) y enfermedad acidopéptica el 7% (n=3) (cuadro 8).

Cuadro 8. Comorbilidad de los pacientes del estudio.

	n	%
Ninguna	25	58.1
Hipertensión arterial sistémica	6	14.0
Enfermedad acidopéptica	3	7.0
Diabetes Mellitus	1	2.3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	2.3
Vitiligo	1	2.3
Hipertiroidismo	1	2.3
Hipotiroidismo	1	2.3
Insuficiencia Venosa	1	2.3
Epilepsia	1	2.3
Miopía	1	2.3
Enfermedad articular degenerativa	1	2.3

Cuadro 9. Resultados de laboratorio de los pacientes del estudio

	n	x	de	Min.	Max.
Hemoglobina	37	12.83	1.89	8.7	16.3
Hematocrito	21	37.66	9.41	4.0	49
Leucocitos	35	7057.7	2034	720	12700
Velocidad sedimentación globular	15	44.0	16.17	3.0	70
Glucosa	30	95.8	13.7	62	118
Creatinina	28	0.70	0.20	0.2	1.1
Urea	17	14.23	6.32	6.0	28

Las puntuaciones de los índices se muestran en el cuadro 11, para el AIMS las puntuaciones más altas fueron en actividad social con un valor promedio de 6.49 ± 1.93 , seguido de la subescala de dolor 4.70 ± 2.04 , después la depresión con valores de 4.70 ± 2.23 y la actividad física cuya puntuación promedio fue de 4.03 ± 2.10 . Para el cuestionario de Dunbar la puntuación promedio fue de 6.48 ± 1.87 . En la escala análoga visual la puntuación media fue de 69.41 ± 24.67 , finalmente en el Inventario de Beck el promedio fue de 15.74 ± 9.85 .

Cuadro 11. Puntuaciones de los índices utilizados en estudio

	x	de	Min.	Máx.
AIMS				
Movilidad	3.36	2.91	1.42	10.0
Actividad física	4.03	2.10	1.42	9.14
Destreza	3.22	1.86	1.42	8.57
Desempeño Social	2.62	1.43	1.42	8.33
Actividad social	6.49	1.93	1.42	10.0
Actividades cotidianas	2.40	1.51	1.42	8.92
Dolor	6.22	2.04	1.42	9.28
Depresión	4.70	2.23	1.42	9.76
Ansiedad	2.24	0.95	0.70	4.20
CUESTIONARIO DE DUNBAR				
Calidad de vida subjetiva actual	6.48	1.87	2.60	9.47
ESCALA ANÁLOGA VISUAL				
Calidad de vida global (subjetiva)	69.41	24.67	5.0	100
INVENTARIO DE BECK				
Severidad de síntomas depresivos	15.74	9.85	0.0	40.0

Con respecto a la correlación entre el cuestionario de Dunbar y el AIMS se obtuvieron correlaciones por arriba de 0.3 en destreza (-0.36) con una $p=0.01$, depresión (-0.61) $p=0.0001$ y ansiedad (0.64) $p=0.0001$ (cuadro 12).

Cuadro 12. Correlación entre el AIMS y el cuestionario de calidad de vida de Dunbar

	r	p
Movilidad	-0.21	0.15
Actividad física	-0.20	0.19
Destreza	-0.36*	0.01
Desempeño social	-0.21	0.17
Actividades sociales	-0.16	0.31
Actividades cotidianas	-0.11	0.48
Dolor	-0.09	0.55
Depresión	-0.61*	0.0001
Ansiedad	-0.31*	0.0001

* Correlaciones significativas

Entre el inventario de Beck y AIMS también se observaron correlaciones significativas en destreza con $r = 0.33$ $p=0.02$, depresión $r=0.69$ $p=0.0001$ y ansiedad $r= 0.70$ $p=0.0001$ (cuadro 13).

Cuadro13. Correlación entre el AIMS y el Inventario de depresión de Beck

	r	p
Movilidad	0.09	0.53
Actividad física	0.05	0.72
Destreza	-0.14	0.36
Desempeño social	0.09	0.54
Actividades sociales	-0.004	0.97
Actividades cotidianas	-0.05	0.72
Dolor	-0.04	0.81
Depresión	-0.56*	0.0001
Ansiedad	-0.60*	0.0001

* Correlaciones significativas

En relación a la escala análoga visual hubo correlaciones con el AIMS en depresión y ansiedad con valores de $r = -0.56$ $p = 0.0001$ y $r = -0.60$ $p = 0.0001$ respectivamente (cuadro 14).

Cuadro 14. Correlación entre el AIMS y la escala de calidad de vida global

Subescalas AIMS	r	p
Movilidad	0.15	0.32
Actividad física	0.22	0.15
Destreza	0.33*	0.02
Desempeño social	0.20	0.19
Actividades sociales	0.35*	0.02
Actividades cotidianas	0.09	0.55
Dolor	0.19	0.20
Depresión	0.69*	0.0001
Ansiedad	0.71*	0.0001

* Correlaciones significativas

Cuando se comparó a los sujetos que tenían o no actividad de la enfermedad, solo hubo diferencias en la subescala de dolor del AIMS con una puntuación promedio de 7.61 ± 0.86 vs 6.00 ± 2.09 ; $t = -1.84$; $gl = 36,5$; $p = 0.05$ (cuadro 15).

Cuadro 15. Diferencias entre los índices con respecto a la actividad de la enfermedad

	ACTIVA		INACTIVA		t	gl	p
	(n=6)		(n=37)				
	x	De	x	de			
AIMS							
Movilidad	5.53	2.95	4.69	2.93	-0.65	5,36	0.85
Actividad física	5.09	1.56	3.86	2.14	-1.33	36,5	0.50
Destreza	4.28	1.92	3.05	1.81	-1.52	5,36	0.72
Desempeño social	3.12	1.53	2.53	1.42	-1.00	5,36	0.69
Actividad social	6.04	1.78	6.57	1.97	0.61	36,5	0.91
Actividades cotidianas	2.55	1.34	2.37	1.55	-0.27	36,5	0.80
Dolor	7.61	0.86	6.00	2.09	-1.84	36,5	0.05*
Depresión	6.46	3.07	4.41	1.97	-2.17	5,36	0.10
Ansiedad	2.68	1.24	2.17	0.90	-1.22	5,36	0.24
Inventario Beck	22.5	13.44	14.64	8.91	-1.86	5,36	0.13
Cuestionario Dunbar	5.02	2.13	6.71	1.74	2.14	5,36	0.42
Escala visual análoga	56.83	26.90	71.45	24.06	1.36	5,36	0.61

* Valores estadísticamente significativos

Si los pacientes tenían otro diagnóstico, mostraron diferencias significativas en las subescalas de destreza 3.73 ± 2.28 vs 2.86 ± 1.42 ; $t=-1.52$; $gl=17,24$; $p=0.03$ y en la de desempeño social con valores de 3.01 ± 1.95 vs 2.34 ± 0.85 ; $t-1.53$; $gl= 17.24$; $p=0.0003$ (cuadro 16).

Cuadro 16. Diferencias entre los índices con respecto a la comorbilidad.

	Con comorbilidad		Sin comorbilidad		t	gl	p
	(n=18)		(n=25)				
	x	de	x	de			
AIMS							
Movilidad	5.27	3.22	4.47	2.69	-0.89	17,24	0.41
Actividades físicas	4.76	2.34	3.52	1.78	-1.97	17,24	0.22
Destreza	3.73	2.28	2.86	1.42	-1.52	17,24	0.03*
Desempeño social	3.01	1.95	2.34	0.85	-1.53	17,24	.0003*
Actividades sociales	7.44	1.35	5.81	2.02	-2.96	24,17	0.09
Actividades cotidianas	2.59	1.30	2.25	1.66	-0.72	24,17	0.29
Dolor	5.99	2.06	6.40	2.05	0.64	17,24	0.96
Depresión	5.11	2.48	4.40	2.03	-1.04	17,24	0.36
Ansiedad	2.43	1.04	2.10	0.87	-1.14	17,24	0.42
Inventario de Beck	17.66	10.48	14.36	9.35	-1.08	17,24	0.59
Cuestionario Dunbar	6.21	2.02	6.67	1.78	0.79	17,24	0.56
Escala visual análoga	66.11	29.23	71.80	21.11	0.74	17,24	0.14

* Valores estadísticamente significativos

Cuando se comparó la ocupación, en las que solo se incluyeron a las pacientes del sexo femenino (n=41), aquellas que se dedicaban al hogar con las que tenían otra ocupación remunerada, se encontró solo diferencias en las subescalas de desempeño social 2.84 ± 1.61 vs 2.28 ± 0.88 ; $t = -1.14$; $gl = 28,11$; $p > 0.04$ y la de actividades cotidianas 2.29 ± 1.18 vs 2.82 ± 2.19 ; $t = 1.01$; $gl = 11,28$; $p = 0.007$ (cuadro 17).

Cuadro 17. Diferencias entre los índices con respecto a la ocupación de los pacientes

	HOGAR (n=29)		OTRAS (n=12)		t	gl	p
	x	De	x	de			
AIMS							
Movilidad	5.51	2.79	3.42	2.60	-2.33	28,11	0.85
Actividad física	4.35	2.04	3.57	2.25	-1.08	11,28	0.65
Destreza	3.45	2.01	2.97	1.45	-0.75	28,11	0.26
Desempeño social	2.84	1.61	2.28	0.88	-1.14	28,11	0.04*
Actividades sociales	6.98	1.83	5.76	1.47	-2.04	28,11	0.44
Actividades cotidianas	2.29	1.18	2.82	2.19	1.01	11,28	0.007*
Dolor	6.67	1.76	5.47	2.18	-1.84	11,28	0.35
Depresión	4.89	2.21	4.74	2.20	-0.19	28,11	1.00
Ansiedad	2.16	0.93	2.67	0.79	1.64	28,11	0.57
Inventario de Beck	16.34	8.75	16.41	12.00	0.02	11,28	0.17
Cuestionario de Dunbar	6.44	1.74	6.20	2.15	-0.35	11,28	0.35
Escala visual análoga	72.86	22.23	59.75	29.62	-1.55	11,28	0.21

* Valores estadísticamente significativo

DISCUSIÓN

Los resultados clínico demográficos de nuestro estudio difieren discretamente con respecto a otros estudios. En relación a la edad, nuestros pacientes tuvieron un promedio de 48 años, en la mayoría de los estudios el promedio de edad esta entre los 55 y 65 años (12) (33) (14) (34). También hay diferencia en relación al sexo, observamos un predominio del sexo femenino (95%), en otros estudios este porcentaje es discretamente menor aproximadamente de 80% (32) (31). En relación al nivel de escolaridad también se observaron diferencias, debido a que en nuestra muestra el promedio de escolaridad es de 6.8 años y en los estudios ya mencionados este promedio es de 12 años, quizá estos resultados sean explicado por las condiciones socioeconómicas de nuestra población, ya que los otros estudios están realizados en países desarrollados.

En relación al tiempo de evolución de la enfermedad, 11 años en promedio, nuestros resultados son similares a lo reportado por otros autores (22) (17) (35), aunque algunos otros observaron un promedio ligeramente mayor (15 años) (9) (10).

Con respecto a la evaluación del estado global de salud a través de la escala AIMS se obtuvieron puntuaciones altas en las subescalas actividad física 4.03 (de 2.10), actividades sociales 6.49 (de 1.93), dolor 6.22 (de 2.04), depresión 4.70 (de 2.23). Estos datos son similares a los reportados por Husted J (5) quien reporta valores para la actividad física de 3.84 (de 2.90), actividades sociales 4.35 (de 1.99), dolor 3.08 (de 1.99) un poco menor a lo encontrado en nuestro estudio, depresión 2.80 (de 0.60), aunque esta autor también encontró una puntuación alta en la subescala de ansiedad 3.87 (de 1.99).

La severidad de los síntomas depresivos que fue medida mediante el Inventario de Beck mostró puntuaciones altas, pues la puntuación promedio fue de 15.74 (de 9.85), aunque no dividimos los resultados de acuerdo a los rangos de severidad de los síntomas depresivos, podemos decir que la mayor parte de los pacientes con AR presentan síntomas depresivos, coincidiendo con lo reportado por otros autores (29). Dickens HM (20) en su estudio encontró en su estudio que 17% de los pacientes tenían depresión, 19% tenían historia de la misma y un 8% más se encontraba bajo tratamiento antidepresivo. En nuestros resultados existe una correlación alta entre el Inventario de depresión de Beck y las subescalas de depresión, ansiedad, actividades sociales y destreza, esto es que a mayor afectación de las actividades sociales o a menor destreza tendrán un mayor número de síntomas depresivos, aunque estos resultados son controvertidos.

En relación al cuestionario de CV de Dunbar la puntuación media fue de 6.48 (de 1.87). No existen reportes de estudios previos en los que se haya utilizado esta escala en pacientes con artritis reumatoide. Con estos resultados consideramos que la AR si disminuye la calidad de vida de estos pacientes, aunque estos puede estar relacionado con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, en nuestros resultados encontramos correlaciones negativas que nos indican que a mayor depresión o ansiedad, menor será la calidad de vida. Un dato que llama la atención es la presencia de una correlación negativa entre destreza y calidad de vida. También en la escala visual análoga se obtuvieron resultados similares con correlaciones negativas entre depresión y ansiedad, esto es a mayor puntuación de síntomas depresivos o ansiosos menor satisfacción con la vida.

En relación a la comparación de la enfermedad activa o inactiva observamos que la única diferencia significativa es la mayor presencia de dolor durante la fase de actividad, este resultado es esperado por la presencia de inflamación articular durante esta fase. Aunque las puntuaciones en el Inventario de Beck, Cuestionario de Dunbar, escala visual análoga y subescalas del AIMS de actividad física, destreza y depresión no alcanzaron niveles significativos, si son mayores cuando la enfermedad se encuentra activa. Esta falta de significancia puede deberse al tamaño de la muestra, pues solo 6 pacientes de los 43 presentaban la fase de actividad.

El presentar alguna otra enfermedad, se observaron repercusiones en el desempeño social y la destreza de los pacientes, con valores significativos, sin embargo no hubo diferencias con respecto a la severidad de la depresión, ni peor calidad de vida.

Con respecto a la ocupación se observó que las pacientes que tiene una ocupación remunerada tienen un mejor desempeño social, sin embargo las mujeres que se dedican al hogar realizan mejor las actividades cotidianas, este resultado llama la atención pues las puntuaciones de éstas en las subescalas de movilidad, actividad física y dolor fueron mayores, aunque no tuvieron significancia estadística. Sin embargo ni la calidad de vida, ni la severidad de la depresión fueron distintas en los dos grupos.

CONCLUSIONES

En relación a los resultados del presente estudio podemos concluir que la escala para medir el impacto de la artritis (AIMS) es un instrumento que nos ayuda a evaluar el estado de salud de los pacientes con artritis reumatoide, sin embargo no evalúa calidad de vida, pues las correlaciones con un instrumento específico para medir esta, como es el cuestionario de Dunbar, fueron bajas, correlacionando solo con ansiedad y depresión.

La presencia de ansiedad y depresión se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con AR, mas no así la presencia de comorbilidad o actividad de la enfermedad, aunque en este último punto sugerimos que en trabajos posteriores se amplíe la muestra para poder tener resultados confiables.

Este es uno de los primeros estudios en los que se emplea una escala específica para calidad de vida, creemos necesario diseñar en el futuro más estudios encaminados a evaluar la CV de los pacientes y no solo la medición del impacto que la enfermedad tiene en la salud. Se deberán incluir otras variables como la severidad de la depresión, una escala para la valoración del dolor, además de hacer una división en ocupación para pacientes incapacitados y medir el nivel de funcionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abello-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R *et al.* Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a spanish versión of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). *J Rheumatol* 1994; 21: 1250-1255.
2. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA *et al.* The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-324.
3. Bowling A. La medida de la salud: Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Ed *Masson*. Barcelona 1994.
4. Beck AT, Ward, CH, Mendelson M *et al.* An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961. 4: 561-571.
5. Dafna J, Gladman D, Long J, Farewell V. Relationship of the arthritis impact measurement scale to changes in articular status and functional performance in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1996; 23(11): 1932-1937.
6. Dunbar GC, Stroker MJ, Hodges TP, Beaumont G. The development of SBQOL- a unique scale for measuring quality of life. *Br J Med Econ* 1992; 2: 65-74.
7. Fitzpatrick R *et al.* La enfermedad como experiencia. Ed. *Fondo de Cultura Económica*. México 1990.
8. Frank E, Prien RF, Jarrett RB. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 851-855.
9. Fries JF, Ramey DR. "Arthritis Specific" global health analog scale assess "generic" health related quality-of-life in patients with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 1997; 24(9): 1697-1702.
10. Hagen KB, Smedstad LM, Uhlig T, Kvien TK. The responsiveness of health status measures in patients with Rheumatoid Arthritis: comparison of disease-specific and generic instruments. *J Rheumatol* 1999; 26(7): 1474-1480.
11. Hagen KB, Kvien TK, Bjorndal A. Musculokeletal pain and quality of life in patients with noninflammatory joint pain compared to Rheumatoid Arthritis: a population survey. *J Rheumatol* 1997; 24(9): 1703-1709.
12. Holm MB, Roger JC, Kwok K. Predictors of functional disability in patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 1998; 11(5): 346-355.

13. Isselbacher JK, Braunwald E, Wilson J *et al.* Harrison principios de medicina interna. V2. Ed. Interamericana –McGraw Hill. Madrid 1994.
14. Lolas F. Biomedicina y calidad de vida: análisis teórico. *Acta psiquiat Psicol. Amér Lat* 1991; 37(1): 25-30.
15. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. Ed. Masson 2000.
16. Kornblit A. Pasos hacia la enseñanza del modelo eco-sistémico en medicina. *Salud Mental* 1987; 10(3): 9-21.
17. Lundgren S, Stenström CH. Muscle relaxation training and quality of life in Rheumatoid Arthritis. *Scand J Rheumatol* 1999; 28: 47-53.
18. Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995; 47: 315-327.
19. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis. *Arthritis and Rheum* 1980. 23(2): 146-152.
20. Morales-Torres J, Reginster JY, Hochberg. Rheumatic and musculoskeletal disease and impaired quality of life: a challenge for rheumatologist. *J Rheumatol* 1996; 23: 1-3.
21. Murphy h, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in Rheumatoid Arthritis. *J Psychosom Res* 1999; 46(2):155-165.
22. Neville C, Fortin PR, Fitzcharles MA *et al.* The needs of patients with arthritis: the patient's perspective. *Arthritis Care Res* 1999; 12(2): 85-95.
23. Persson LO, Berglund K, Sahlberg D. Psychological factors in chronic rheumatic disease – a review. *Scand J Rheumatol* 1999; 28: 137-144.
24. Pinals RS, Masi AT, Larsen RA *et al.* Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1981; 24: 1308-1315.
25. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Méx* 1998; 40(1): 3-12.
26. Ramos F. Enfermedades reumáticas criterios y diagnóstico. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1999.
27. Ruelas-Barajas E. Los paradigmas de la calidad de la atención. *Gac Med Méx* 1997; 133(2): 141-146.

28. Ruiz RH. Acerca de los conceptos de salud y enfermedad. *Psicol. Amér Acta psiquiat lat* 1976; 22: 267-276.
29. Roberts BL, Matecnyck MB, Anthony M. The effects of social support on the relationship of functional limitations and pain to depression. *Arthritis Care Res* 1996; 9(1): 67-73.
30. Saucedo-Valenzuela A, Durán-Arenas L, Hernández B. Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por la organización no gubernamental. *Salud Pública Méx* 2000; 42(5): 422-430.
31. Söderlin Mk, Hakala M, Nieminen P. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol* 2000; 29: 177-83.
32. Sokka T, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P. Work disability in Rheumatoid Arthritis 10 years after the diagnosis. *J Rheumatol* 1999; 26(8): 1681-1685.
33. Wells G, Boers M, Shea B *et al.* Sensitivity to change of generic quality of life instruments in patients with Rheumatoid Arthritis: preliminary findings in the generic health OMERACT study. *J Rheumatol* 1999; 26(1): 217-223.
34. Wolfe F. Psychological distress and rheumatic disease. *Scand J Rheumatol* 1999; 28: 131-136.
35. Wright G, Parker JC, Smarr KL *et al.* Risk factors for depression in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 1996; 9(4): 264-272.