



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE
LA SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

“Asociación de Rasgos de Personalidad con el uso de Marihuana en pacientes con Artritis Reumatoide”

TESIS
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA

José Roberto Galindo Donaire

TUTOR PRINCIPAL:

Dra. Gabriela Aurora Hernández Molina
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

COTUTORES:

Dra. Ana Fresán Orellana
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Dra. Virginia Pascual Ramos
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

RESPONSABLE DE LA ENTIDAD ACADÉMICA:

Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Ciudad de México, enero 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



José Roberto Galindo Donaire
Aspirante al grado de Maestría en Ciencias



Dra. Gabriela Aurora Hernández Molina
Tutor principal



Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas
Responsable de la entidad académica
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	5
MÉTODOS.....	5
RESULTADOS	5
CONCLUSIONES	6
MARCO TEÓRICO	7
ARTRITIS REUMATOIDE.....	7
TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS EN ARTRITIS REUMATOIDE	8
MARIHUANA COMO MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA	8
<i>Marihuana con fin medicinal</i>	9
<i>Marihuana medicinal y Artritis Reumatoide</i>	10
FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y MARIHUANA	10
<i>Factores demográficos</i>	10
<i>Dolor</i>	11
<i>Respuesta al tratamiento</i>	11
<i>Ansiedad</i>	11
<i>Depresión</i>	12
<i>Calidad de Vida relacionada con la salud</i>	12
<i>Evolución de la enfermedad</i>	13
PERSONALIDAD	13
<i>Personalidad y percepción de la enfermedad</i>	15
<i>Personalidad y padecimientos reumatológicos</i>	15
<i>Personalidad y uso de marihuana</i>	16
MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE USO DE MARIHUANA EN ARTRITIS REUMATOIDE	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
HIPÓTESIS	21
HIPÓTESIS GENERAL	21
HIPÓTESIS ESPECÍFICA.....	21
METODOLOGÍA	22
DISEÑO DEL ESTUDIO	22
ESCENARIO	22
PARTICIPANTES.....	22
MUESTREO Y CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	23
<i>Criterios de inclusión</i>	23
<i>Criterios de exclusión</i>	23
<i>Criterios de eliminación</i>	24
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	24
ESCALAS DE MEDICIÓN	28
<i>Formato De Datos Clínico-Demográficos</i>	28
Formato de Datos Clínico-Demográficos.....	28
<i>Instrumentos Clínicos</i>	28
Routine Assesment of Patient Index Data-3 (RAPID 3)	28
Cuestionario de calidad de vida en Artritis Reumatoide (QoL-RA).....	28
Índice de comorbilidad de Charlson	28
<i>Instrumentos de Salud Mental</i>	29

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)	29
Cuestionario para Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	29
Clinical Global Impression-Severity (CGI-S)	29
OMS-ASSIST V3.0	29
<i>Instrumento de evaluación de uso de Marihuana medicinal</i>	30
International Questionnaire on use of Complementary and Alternative Medicine I-CAM-Q (modificado para marihuana)	30
<i>Instrumento De Personalidad</i>	30
Big Five Inventory (BFI)	30
PROCEDIMIENTO	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
RESULTADOS.....	34
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	34
DATOS CLÍNICOS	35
DATOS DE SALUD MENTAL	35
DATOS DE USO MARIHUANA MEDICINAL.....	35
COMPARACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN USO DE MARIHUANA MEDICINAL	37
COMPARACIÓN DE DATOS DE SALUD MENTAL SEGÚN USO DE MARIHUANA MEDICINAL	37
COMPARACIÓN DE DATOS SEGÚN MODALIDAD DE ENTREVISTA.....	37
DATOS DE PERSONALIDAD	39
COMPARACIÓN DE DATOS DE PERSONALIDAD SEGÚN USO DE MARIHUANA MEDICINAL	39
ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	39
DISCUSIÓN	41
LIMITACIONES.....	44
CONCLUSIONES	45
REFERENCIAS.....	47
ANEXOS	56
INSTRUMENTOS CLÍNICOS.....	57
<i>Anexo 1. Formato De Datos Clínico-Demográficos.....</i>	<i>57</i>
<i>Anexo 2. Índice de Charlson.....</i>	<i>58</i>
<i>Anexo 3. Routine Assessment of Patient Index Data-3 (RAPID3).....</i>	<i>59</i>
<i>Anexo 4. Cuestionario de Calidad de Vida en Artritis Reumatoide (QOL-RA).....</i>	<i>60</i>
INSTRUMENTOS DE SALUD MENTAL	61
<i>Anexo 5. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....</i>	<i>61</i>
<i>Anexo 6. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7).....</i>	<i>62</i>
<i>Anexo 7. Escala de Impresión Clínica Global. Subescala de severidad (Clinical Global Impression, CGI-SI).....</i>	<i>62</i>
.....	62
<i>Anexo 8. OMS - ASSIST V3.0</i>	<i>63</i>
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE USO DE MARIHUANA MEDICINAL	70
<i>Anexo 9. Cuestionario Internacional sobre Medicinas Alternativas y Complementarias (I-CAM-Q) – Versión Español (Modificado para Marihuana).....</i>	<i>70</i>
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD	73
<i>Anexo 10. Big Five Inventory (BFI).....</i>	<i>73</i>
DOCUMENTOS DE SOPORTE EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	74
<i>Anexo 11. Carta de consentimiento informado para participar en el proyecto</i>	<i>74</i>
<i>Anexo 12. Estructura Estandarizada del Consentimiento informado Verbal para participar en el proyecto mediante videollamada, invitados por consulta médica Telefónica</i>	<i>82</i>
<i>Anexo 13. Carta de aprobación del Comité de ética.....</i>	<i>84</i>
<i>Anexo 14. Carta de aprobación de enmienda del comité de ética.....</i>	<i>85</i>

Resumen

Introducción

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) frecuentemente refieren el uso de marihuana con fin medicinal (MM). La personalidad se ha asociado de forma independiente con aspectos relacionados a la AR y la MM como el dolor, tiempo de tratamiento, evolución de la enfermedad, salud mental incluyendo síntomas afectivos y uso de sustancias, así como la calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo investigar la asociación directa entre los rasgos de personalidad y la MM en pacientes ambulatorios mexicanos con AR e identificar la influencia de factores demográficos, clínicos y de salud mental adicionales a su uso en esa relación.

Métodos

Entre junio de 2020 y agosto de 2021, se incluyeron de manera consecutiva pacientes manejados ambulatoriamente con diagnóstico de AR y se les realizó una entrevista clínica para recopilar información sociodemográfica y datos relacionados con la AR, la MM y la salud mental. Las evaluaciones e instrumentos incluyeron el riesgo de uso de sustancias recreativas (OMS-ASSIST), la actividad/gravedad de la enfermedad relacionada con la AR (RAPID-3), la calidad de vida relacionada con la AR (QoL-RA), síntomas de depresión y de ansiedad (PHQ-9 y GAD-7), cinco rasgos de personalidad que incluyeron: apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo (BFI), así como el uso de MM en los últimos 12 meses (I-CAM-Q modificado). Se utilizó regresión logística multivariada para estimar las variables asociadas al consumo de MM. El estudio fue aprobado por el comité de ética local.

Resultados

Se incluyeron 180 participantes que fueron pacientes ambulatorios típicos con AR. La mayoría mujeres (88.9%), en la sexta década de la vida (media de edad de 53.4 años), con enfermedad de larga evolución (mediana de 15 años). Sesenta y un (33.9%) pacientes se encontraban con alta actividad de la enfermedad y 49 (27.2%) con moderada actividad. La mediana del puntaje de la escala de calidad de vida fue 7.8 puntos de un máximo de 10. Cincuenta y tres pacientes (29.4%) reportaron uso de MM. Entre ellos, 52 (98.1%) tenían uso tópico, 9 (17%) usaban una formulación oral y 3 (5.7%) la usaron fumada. La AR fue la principal motivación para el uso (88.7%). El rasgo de neuroticismo mostró la puntuación más alta en toda la muestra mientras que el rasgo de responsabilidad, la más baja. En el análisis univariado se encontró que los pacientes con uso de MM tuvieron una mediana mayor en la escala de actividad de la enfermedad (10.7 vs 7.3 puntos, $p=0.004$), menor mediana en el puntaje de calidad de vida (7.5 vs 8.12, $p=0.04$), mayor porcentaje de diagnósticos psiquiátricos (20.75% vs 8.66%, $p=0.02$) y de uso de tabaco (16.98% vs 5.51%, $p=0.01$), así como mayor gravedad de síntomas según los puntajes de la escala de ansiedad (mediana 4 vs 2 puntos, $p=0.02$) y depresión (mediana 6 vs 4 puntos, $p=0.02$) que quienes no la usaron. En cuanto a la personalidad, el rasgo de apertura fue el único que mostró diferencia entre usuarios y no usuarios de MM (mediana 3.16 vs 2.97 puntos, $p=0.007$). En el análisis multivariado, hubo un riesgo de 2.81 (IC 95%: 1.11-7.10) veces de uso de MM por cada unidad en la puntuación del rasgo de apertura, también el consumo moderado de tabaco confirió un riesgo de 3.36 veces mayor (IC 95%: 1.04-10.7) para MM y 1.10 veces el riesgo por cada unidad en la puntuación de actividad de la enfermedad (IC 95%: 1.01-1.19).

Conclusiones

El uso de MM no forma parte de los tratamientos tradicionales para la AR, pero su búsqueda es frecuente en pacientes con AR para el control del dolor. El tener una personalidad con mayor puntaje en el rasgo de apertura se relacionó con el uso de MM, como también lo hizo una mayor actividad de la enfermedad y mayor uso de tabaco, pero no con psicopatología, en esta población de estudio. Ese escenario se refiere a usuarios de marihuana principalmente por vía tópica cuyo propósito primario fue para el manejo de síntomas relacionados al dolor en el contexto de su enfermedad, con una percepción de algún beneficio y cuyo uso se vio relacionado a una mayor actividad de la enfermedad y con mayor apertura a la experiencia como rasgo de personalidad. La evaluación del uso y razones de uso de marihuana cuyo propósito de uso sea medicinal en pacientes con AR deben tener una perspectiva interdisciplinaria, ya que puede relacionarse con aspectos importantes para el estado de salud de los pacientes como su actividad clínica (incluyendo el dolor percibido) y el uso de otras sustancias como el tabaco. Aspectos conductuales de los pacientes como la personalidad, específicamente el rasgo de apertura, pueden incluirse junto con las otras medidas de evaluación clínica habituales de manera que ayuden a establecer un panorama biopsicosocial del paciente y sus metas y motivaciones.

Palabras clave: rasgos de personalidad, marihuana medicinal, artritis reumatoide

Marco Teórico

Artritis Reumatoide

Las enfermedades reumatológicas son condiciones médicas que incluyen, predominantemente, dolor e inflamación dentro de su sintomatología y pueden llegar a generar discapacidad funcional importante.¹ La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica del tejido conjuntivo de etiología autoinmune cuyo curso es crónico y con aparición insidiosa.² La AR afecta principalmente a las articulaciones periféricas pequeñas de manera simétrica, ocasionando el dolor e inflamación, pero puede cursar también con manifestaciones clínicas extraarticulares como nódulos subcutáneos, enfermedad pulmonar intersticial, depresión, pericarditis, entre otras.³ El Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés) define los criterios de la AR como la presencia de sinovitis en al menos 1 articulación, que no sea mejor explicada por otra enfermedad, con marcadores laboratoriales positivos tales como factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP), y valores anormales de proteína C reactiva (PCR) o velocidad de eritrosedimentación (VES). Estos últimos dos marcadores están típicamente elevados en proporción a la actividad de la enfermedad, aunque son inespecíficos.² La duración de los síntomas debe ser mayor a las 6 semanas.⁴

La prevalencia de AR en el mundo es del 0.5 al 1% para la población general y entre el 0.3 al 2.8% para la población adulta en México.⁵⁻⁷ Además, es 2-3 veces más frecuente en mujeres, con una razón 3:1 con respecto a los hombres. Aunque puede debutar a cualquier edad, suele aparecer entre los 30 y 50 años. La AR puede llegar a ser muy incapacitante, especialmente si no se trata. Tiene una tasa de discapacidad de aproximadamente 40% a los 3 años del diagnóstico, con una sustancial disminución de la calidad de vida y mayor mortalidad.³ La mortalidad asociada con la AR se debe en gran medida a enfermedad cardiovascular que parece ser resultado de la inflamación sistémica crónica en el sistema vascular.²

El objetivo primordial del tratamiento en AR es reducir la inflamación y el dolor. Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) deben ser iniciados tan pronto se realice el diagnóstico. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) provocan alivio sintomático, pero no previenen las erosiones articulares ni modifican la progresión de la enfermedad, de manera que no son apropiados como monoterapia. Dosis bajas de corticoesteroides pueden modificar el progreso de la enfermedad, por lo que con frecuencia son usados como terapia adjunta a los FARME. Los FARME se pueden dividir en dos grupos: sintéticos y biológicos. Dentro de los sintéticos se incluyen: el metotrexate, sulfasalazina, hidroxiclороquina y los inhibidores de la cinasa Janus como tofacitinib, baricitinib y upadacitinib. Por otro lado, los FARME biológicos incluyen: los inhibidores del factor de necrosis tumoral (etanercept, infliximab, adalimumab), abatecept y los anticuerpos monoclonales (rituximab, tocilizumab, sarilumab). Como regla general, los FARME aumentan su eficacia cuando se administran en combinación.²

Un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno puede ayudar a mejorar el pronóstico de la AR al reducir su progresión. Existe un espectro de enfermedad, desde pacientes con una enfermedad relativamente limitada hasta otros con una progresión crónica. Generalmente, su curso clínico es de exacerbaciones y remisiones, de manera que la adherencia al tratamiento es esencial. Existen también otros factores importantes asociados al pronóstico como: presencia de autoanticuerpos (FR y anti-CCP), sexo femenino, síntomas sistémicos, involucro de múltiples articulaciones y edad menor de 30 años, entre otros. Sin embargo, predecir el curso a largo plazo es generalmente difícil.⁸

Tratamientos complementarios y alternativos en Artritis Reumatoide

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (*National Center for Complementary and Alternative Medicine*) define a la medicina complementaria y alternativa (CAM) como un grupo de diversos sistemas médicos y de cuidados de la salud, prácticas y productos que no son actualmente considerados parte de la medicina moderna convencional (7) cuyas alternativas incluyen, entre otras: acupuntura, homeopatía, reflexología, masaje y herbolaria. Con frecuencia los términos “complementario” y “alternativo” se usan de manera intercambiable, aunque pueden diferir en el aspecto que “complementario” se refiere a terapias usadas de manera conjunta al tratamiento tradicional mientras que “alternativo” lo sustituye.⁹ En adelante no haremos distinción en cuanto a los términos y hablaremos de ambas modalidades en forma conjunta.

Entre algunas condicionantes de su uso se encuentran los padecimientos crónicos en los que se busca una mayor sensación de bienestar mediante el uso de dichas terapias.¹⁰ La frecuencia de uso de medicina alternativa reportada va de 2 a 90%, esta amplia variación depende en parte a la localización geográfica, la metodología utilizada, comunicación al médico y el tipo de pacientes incluidos.^{11–16} Al respecto, una amplia proporción -hasta más del 70%- de esos pacientes habitualmente no informan a su médico pese a las potenciales implicaciones clínicas.^{15,17–19} Frecuentemente existe la percepción que estas alternativas son más “suaves” o seguras que el tratamiento convencional.^{5,20} Diversos reportes indican que la CAM es ampliamente utilizada por pacientes con condiciones musculoesqueléticas y tiende a ser mayor en pacientes con enfermedades reumatológicas, cuando se compara con la población general, entre 28 a 90%.^{15,20} Por ejemplo, aunque en la AR la frecuencia reportada de uso de CAM es igual de variable que en la población general, ésta tiende a ser igual o mayor al 50%, en la mayoría de los casos.^{14,15,21} Efthimiou et al.¹⁵ reportaron una prevalencia de uso de CAM del 75.6% en una población mexicana con AR mientras que Contreras-Yáñez et al.⁵ encontraron uso de hierbas como CAM en 27% en una población mexicana con AR de una institución de salud de atención terciaria. Las modalidades más frecuentes fueron suplementos nutricionales (52.4%) y terapias de contacto (50.6%).¹⁵ En México se ha reportado que pacientes con artritis usan un promedio de 2.2 terapias alternativas para el manejo de síntomas.²² Sin embargo, es de notar que Foley et al.²³ encontraron que solo el 33% de los pacientes revelaban información de uso de CAM de tipo biológica. Las razones para esto fueron: los médicos no lo consultaron, miedo a un posible rechazo, los pacientes no lo consideraron importante, creencias que no hay riesgo en su uso y considerar que el proveedor de salud no tenía conocimiento al respecto, entre otras.

Pese a que diversas teorías describen posibles mecanismos de acción de algunas variantes de CAM²¹ los trabajos de investigación no han podido comprobar su eficacia, pues reportan resultados ambiguos.^{24–26} Por otro lado, las guías actualizadas de tratamiento ratifican que no existe evidencia para su uso en AR.

Marihuana como medicina complementaria y alternativa

La marihuana es un producto de la planta *Cannabis sativa* que contiene más de 60 cannabinoides, siendo el delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ 9-THC) el más abundante. El THC actúa sobre el sistema endocannabinoide y ejerce su acción al unirse a los receptores acoplados a proteína G: cannabinoide 1 (CB₁) y cannabinoide 2 (CB₂). Los receptores CB₂ se han asociado con la función inmune y se concentran en tejidos periféricos.²⁷ Por otro lado, el Cannabidiol (CBD) es un fitocannabinoide que ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias, analgésicas, anticonvulsivantes y ansiolíticas bajo un mecanismo poco esclarecido, pero que se cree que involucra el antagonismo/agonismo inverso de los receptores CB₁.²⁷ Los términos de marihuana y cannabis se utilizan de manera intercambiable en la literatura médica.

La percepción sobre el uso de marihuana ha ido cambiando con el tiempo, tanto desde el punto de vista recreativo como medicinal. Según las Naciones Unidas, en 2006 un 3.9% de la población mundial entre 15 y 64 años consumía marihuana de forma recreativa²⁸ mientras que para 2019 un 4% la había utilizado al menos una vez,²⁹ con una tendencia en aumento.³⁰ Otros estudios mencionan que hasta un 15% de la población adulta del Continente Americano y de Europa Occidental había experimentado alguna vez con marihuana para fines recreativos y que la proporción llega al 50% entre adolescentes y adultos jóvenes.³¹ En México, la mayoría de incautaciones de hierba de cannabis fue reportada por México.²⁹ La Encuesta Nacional de Adicciones de 2008³² reveló que el consumo de drogas en nuestro país sigue aumentando y que la marihuana es la droga de preferencia con 4.2%. Más recientemente, la encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco (ENCODAT) 2016-2017 reportó que un 8.6% de mexicanos de 12-65 años habían consumido marihuana alguna vez en la vida, lo que significaría un aumento en el reporte de uso de marihuana.³³

Marihuana con fin medicinal

El uso de marihuana con fines médicos es histórico, se remonta a la era precristiana y ha tenido muchas aplicaciones dentro del campo de la medicina. Con el advenimiento de organizaciones reguladoras, la marihuana fue prohibida durante algún tiempo para su consumo e incluso para fines de investigación.³⁴ Un interés renovado en los años 60's llevó a la descripción de sus compuestos más importantes, cannabidiol y tetrahidrocannabinol. Desde entonces, y luego de décadas de investigación, los compuestos de la marihuana se han aprobado para uso terapéutico en diversos países. Actualmente, el uso de hierbas como la marihuana, y su estatus legal para fines terapéuticos, supone un tema de gran interés a nivel mundial; particularmente por las recientes aprobaciones para uso medicinal en algunos países.^{34,35} La evidencia que apoya el uso terapéutico de la marihuana se limita a algunas condiciones de salud como dolor crónico, dolor neuropático, náusea, cáncer, VIH/SIDA y esclerosis múltiple.²⁷ Sin embargo, en México el uso de esta planta sigue siendo en mayor medida informal, por lo que se desconocen con precisión las proporciones reales de su uso, ya sea con fines de tratamiento e inclusive recreativos en la población general o específicamente en pacientes con enfermedades reumatológicas.³⁶ Por un lado, se sabe que el sistema endocannabinoide regula múltiples funciones corporales normales tales como: cognición, coordinación, memoria, apetito, percepción de dolor, frecuencia cardíaca, motilidad gastrointestinal, presión intraocular y función inmune.³⁷ Algunos otros efectos clínicos que pueden resultar beneficiosos son: la estimulación del apetito para pacientes con pérdida de peso por enfermedades crónicas, reducción de vómito y reducción de la presión intraocular. Los cannabinoides se pueden administrar por vía oral, sublingual, tópica, fumada, inhalada, mezclada con comida o en té.³⁸ Bousso et al.³⁹ encontraron que, en una muestra de sujetos adultos mayores de 21 años con enfermedades crónicas que utilizaban diariamente marihuana con fin medicinal, la prevalencia de uso según vía de administración fue de 84.1% fumada, 43.5% ingerida, 30% de forma tópica, y 12.4% por medio de vaporizadores.

Un problema en la aplicación informal radica en que la cantidad y concentración es diferente en distintos tipos de cannabinoides (todos con diversos efectos) que contiene la planta, además de la incapacidad de regular dosis e incluso la inconsistencia de los compuestos entre especies de la planta. Esto genera efectos amplios (dañinos y beneficiosos) y no controlados en muchos sistemas corporales.³⁷ Los médicos con frecuencia reciben interrogantes de parte de los pacientes con respecto al uso de marihuana con propósito medicinal e incluso se encontrarán a algunos ya utilizándola. Los principales motivos para uso de marihuana con propósitos terapéuticos han sido para: reducción de síntomas (efecto analgésico, antiemético), reducción de dolor crónico, mejoría de bienestar con respecto a la enfermedad y para hacer frente a trastornos de salud mental.⁴⁰

Marihuana medicinal y Artritis Reumatoide

Las prevalencias de uso de marihuana reportadas en las encuestas nacionales mexicanas se refieren principalmente al uso recreacional de la misma, dejando un vacío de información sobre otros usos de la hierba y los usos alternativos con fin medicinal. Las motivaciones para uso, según diferentes vías de administración, podrían ser diferentes. En otros países, las prevalencias en el uso de marihuana en personas con AR o dolor han demostrado ser muy variables. Se ha reportado el uso de marihuana medicinal en enfermedad reumatológica desde 4.3% hasta otros escenarios, como en Australia, donde se han encontrado prevalencias del 57% para manejo de dolor crónico y 35% para artritis. En Reino Unido un 25% de los pacientes lo habían utilizado para dolor crónico y un 21% para artritis.⁴¹⁻⁴³

En México hay pocos datos sobre el uso de marihuana para manejo de dolor u otras condiciones crónicas. Sin embargo, se ha encontrado que los profesionales de salud llegan a prescribirla en forma tópica para el manejo de dolor corporal.⁴⁴ Álvarez et al. reportaron el uso autoadministrado de marihuana medicinal por vía tópica en una población de 800 pacientes con diversas enfermedades reumatológicas incluyendo AR. El uso de marihuana se observó en 8% de la población estudiada y fue más frecuente en pacientes con enfermedades inflamatorias sistémicas como AR comparado con otras enfermedades (10.9% vs 5.3%, $p=0.02$).⁴⁵ Además, existe información anecdótica de que el consumo no oficial de marihuana con fines medicinales es muy frecuente, especialmente en pacientes con dolor crónico (como AR y cáncer).³⁴

Factores asociados al uso de medicina complementaria y marihuana

Diversos factores pueden motivar el uso y búsqueda de tratamientos alternativos y complementarios. Por ejemplo, la cultura, las expectativas, la percepción del costo y la familia juegan un papel predominante en la motivación para el uso de tratamientos alternativos.⁴⁶ Los pacientes confían en sus redes de apoyo para obtener información sobre el uso de terapias alternativas y están dispuestos a utilizar cualquier opción disponible, incluso sin el consentimiento de sus médicos. Por otro lado, la percepción de riesgo sobre el uso de terapias alternativas y complementarias también puede influenciar el uso de estos tratamientos. Se ha descrito que la percepción de riesgo con respecto a estas terapias es baja y los pacientes las consideran como “seguras”, factor que podría facilitar la decisión de acceder a su uso.^{5,46} Aún más, la literatura menciona distintos factores intrínsecos a la enfermedad, asociados al uso de terapias alternativas en pacientes con enfermedades reumatológicas; entre ellos se incluyen: mayor duración de la enfermedad²¹, la presencia de manifestaciones extraarticulares¹⁵ mayor actividad de la enfermedad y un menor grado de satisfacción con los fármacos antirreumáticos, con un mayor número de ensayos terapéuticos fallidos.^{15,47} Entre los factores psicosociales se mencionan el sexo (femenino) y el estatus marital (en pareja) además de la presencia de depresión⁴⁸ y ansiedad⁴⁹ como factores que se asocian a su uso. Menos se han abordado otros aspectos individuales como las características de personalidad.

Factores demográficos

Los factores demográficos en conjunto muestran mucha heterogeneidad en cuanto a su relación con uso de CAM. Estudios previos han demostrado que mujeres con niveles altos de educación son quienes más usan CAM⁵ pero también hay hallazgos contrarios.^{18,46} Refiriéndonos al uso de marihuana, datos provenientes de registros en una encuesta epidemiológica en Estados Unidos se encontró que no había diferencias por sexo o etnicidad.

Allí se compararon usuarios de marihuana con fines recreativos contra aquellos que la utilizaban con fines medicinales. Sin embargo, los usuarios cuyo propósito de uso fue medicinal tendían a ser mayores en edad.⁵⁰ En términos de etnicidad y nivel educativo la evidencia no es concluyente.⁴⁶

Dolor

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Esta experiencia, sobre todo la de naturaleza crónica o refractaria, constituye un síntoma propio de la AR y esencial al uso de CAM en un intento de: reducir su intensidad, la percepción de disminuir reacciones adversas de tratamiento tradicionales y evitar la sobreutilización o dependencia de analgésicos tradicionales. Según una encuesta nacional de los Estados Unidos más del 40% de los adultos utilizaron terapias complementarias para tratar el dolor musculoesquelético.⁹ También se han llevado a cabo diversos estudios para evaluar los efectos de diferentes hierbas para el tratamiento de dolor crónico. Sin embargo, la calidad de los estudios incluidos fue baja y hubo algunas limitaciones metodológicas. Por ejemplo, Lee et al.⁵¹ llevaron a cabo una revisión sistemática con metaanálisis donde incluyeron 24 ensayos clínicos que evaluaban el uso de hierbas tradicionales para el manejo de dolor y encontraron un efecto a favor en la reducción del dolor. De igual forma, en una revisión Cochrane, Gagnier et al.⁵² incluyeron 14 ensayos clínicos donde se evaluaba el uso de medicina alternativa en forma de hierbas, encontrando un efecto a favor, pero con limitaciones en la calidad de reporte de datos y riesgo de sesgo moderado o alto en algunos estudios. Quienes están a favor del uso de CAM para dolor argumentan que disminuye la experiencia y percepción del dolor a la vez que mejora la calidad de vida. En la encuesta de Quandt et al.⁵³ el dolor articular fue un predictor importante para el uso de CAM, en modalidad biológica, para personas mayores de 45 años con artritis. Mücke et al.⁵⁴ publicaron una revisión sistemática de ensayos clínicos donde documentaron el uso de marihuana por vía oral o inhalada para dolor crónico. Encontraron que, comparado con placebo, la marihuana podía lograr una reducción del 50% en el desenlace de dolor crónico, no obstante, la diferencia de riesgo fue de 0.05 (IC95% 0.00-0.09) con baja calidad de evidencia según el sistema de clasificación GRADE, el cual es un sistema de clasificación de la calidad de la evidencia. Por otro lado, en ese estudio eran más frecuentes los efectos adversos en el brazo de marihuana contra los de placebo (10% vs 5%, respectivamente) con moderada calidad de evidencia según GRADE.⁵⁴ Blake et al.⁵⁵ realizaron un ensayo clínico en pacientes con artritis reumatoide donde encontraron una reducción de dolor con el uso de marihuana oral (Nabiximol, Sativex). A estos resultados se les asignó baja calidad de evidencia según GRADE.⁵⁶

Respuesta al tratamiento

La adecuada respuesta al tratamiento y la remisión de síntomas son los objetivos más frecuentemente buscados por médicos y pacientes. Factores que se relacionan a la respuesta tratamiento y el uso de CAM incluyen: un deseo de tomar control sobre su salud, alcanzar la remisión completa o cura, la mejoría de otros síntomas como cansancio y fatiga. En general, las crisis de dolor agudo y la percepción de control de síntomas que la medicina tradicional no ofrece (alcanzar una cura permanente) se han descrito entre los usuarios de CAM en Artritis Reumatoide.⁴⁶

Ansiedad

El término “ansiedad” es uno genérico que incluye experiencias subjetivas y objetivas asociadas a síntomas cognitivos y físicos de inquietud, anticipación, miedo y manifestaciones adrenérgicas; incluye tanto síntomas como trastornos establecidos en las clasificaciones internacionales de las enfermedades.

Las terapias complementarias son utilizadas con frecuencia en el contexto de síntomas ansiosos y se han asociado a los mismos.⁴⁹ Una encuesta realizada por Asher et al.⁵⁷ encontró una prevalencia de 43% de uso de CAM en aquellos que tenían diagnóstico de trastornos ansiosos. Por su parte, Ravven et al.⁵⁸ encontraron que el uso de hierbas era 4 veces mayor en aquellos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, comparado con sujetos sin el trastorno. Específicamente para marihuana, una gran proporción de usuarios también sufren de síntomas ansiosos.²⁷ Wall et al.⁵⁰ describieron que aquellos que utilizaban marihuana con propósito combinado -recreativo y terapéutico- tenían mayor prevalencia de ansiedad (30.5%) y de Trastorno de Estrés Postraumático (15.9%) comparado con aquellos cuyo consumo era únicamente recreativo. La evidencia sugiere que el uso de cannabinoides puede estar relacionada a la ansiedad y causar tanto mejoría como empeoramiento de los síntomas.²⁷

Depresión

El término “depresión” hace referencia a un conjunto de síntomas clínicos comunes que involucran el estado de ánimo, síntomas cognitivos y somáticos que pueden tener desenlaces más graves como el suicidio. Se ha asociado la presencia de depresión con uso de terapias complementarias.⁴⁸ El uso de terapias complementarias en aquellos con trastornos del espectro depresivo va de 10-30%. Las terapias herbales usadas con frecuencia incluyen la hierba de San Juan y otras formulaciones.⁵⁷ Para marihuana también existe una percepción de beneficio con respecto a los síntomas de depresión. Existe evidencia proveniente de ensayos clínicos que no muestran un efecto antidepresivo o incluso la inducción de disforia en pacientes que usan THC.²⁷ Una cohorte de 400 pacientes, y otros estudios, han asociado el uso de marihuana con un mayor riesgo de recibir un diagnóstico de Depresión. En general, la evidencia parece girar en torno a efectos negativos del uso de marihuana con respecto a la presencia y gravedad de síntomas depresivos.^{38,59}

Calidad de Vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que éstos tienen en su estado de salud. La evaluación de este constructo ha tomado mucha relevancia en la investigación en humanos como parte de las medidas más importantes para mejorar y abordar. La experiencia subjetiva de la calidad de vida puede modular la percepción de los pacientes hacia su tratamiento y regular su adherencia. La calidad de vida relacionada con la salud está necesariamente ligada con otros elementos como, por ejemplo, el dolor crónico o las limitaciones físicas, así como la red de apoyo o el estado emocional de los individuos.⁶⁰ Siendo así, el uso de tratamientos que potencialmente puedan mejorar estos aspectos de salud tendrá un rol en la motivación para su uso. En la revisión sistemática por Whiting et al.³⁸, que incluyó ensayos clínicos, no se encontró diferencia en la calidad de vida de aquellos que usaban marihuana para el manejo de dolor crónico. Un ensayo abierto por Capano et al.⁶¹ reportó que el 94% de quienes recibieron CBD habían reportado mejoría en las medidas de calidad de vida, sin embargo, las medidas para calidad de vida fueron indirectas, los pacientes no mejoraron en su índice de discapacidad por dolor y el estudio tuvo algunas limitaciones metodológicas. Es probable que el propósito de uso marihuana se vea afectado por condicionantes individuales que afecten la calidad de vida relacionada con la salud. Comparado con usuarios de marihuana con fin recreativo, aquellos que utilizaban marihuana con fin medicinal tenían mayor prevalencia de condiciones médicas y una calidad de vida física más baja.⁵⁰ Algunos autores han reportado que calidad de vida es una medida que debe incluirse en todos los estudios que investiguen sobre marihuana medicinal.³⁹

Evolución de la enfermedad

La cronicidad de síntomas puede ser un factor asociado al uso de tratamientos complementarios. Tamhane et al.¹⁸ reportaron que una mayor duración de la enfermedad (≥ 2 años) se asociaba con una probabilidad 2.7 veces mayor de utilizar CAM, y de haber utilizado un mayor número de tratamientos alternativos alguna vez en la vida, que aquellos que tenían enfermedad temprana. Alvarez et al. encontraron que una evolución de enfermedad reumatológica mayor a 5 años se asoció con uso de CAM tanto en el análisis bivariado ($p=0.014$), como en el multivariado donde se encontró que una evolución más larga se asoció con 1.1 veces el riesgo de usar CAM (RM= 1.1, IC95% 1.0-2.2).⁴⁵ No existe mucha información sobre el uso de marihuana con respecto a la duración o evolución de la AR por lo que principalmente hay datos paralelos. Por ejemplo, hay datos del uso otras sustancias en relación con la trayectoria de la enfermedad. Por ejemplo, la evolución de la AR se relaciona con uso de alcohol y otros aspectos de la salud mental ya que fue dos veces más probable que aquellos con enfermedad de evolución más prolongada utilizaran alcohol para el control de síntomas de ansiedad relacionados a la AR. Desde el punto de vista medicinal, y considerando la percepción de marihuana como CAM, existe evidencia en estudios longitudinales donde se observa un aumento en el patrón de uso de CAM a medida que avanza el tiempo de enfermedad, aunque también se ha descrito un patrón contrario.⁴⁶

Sustancias

La hipótesis de la puerta de entrada describe la progresión en el uso de sustancias desde drogas lícitas (como alcohol y tabaco) hasta drogas ilícitas más duras. En esencia, habla de una traslape en el uso de sustancias motivado por una primera droga. La hipótesis tiene tres condiciones interrelacionadas: secuenciación (hay una relación estática entre las sustancias), asociación (hay una relación entre el inicio de la primera con la segunda) y causalidad (el uso de una sustancia ocasiona el uso de la segunda). La mayor evidencia se encuentra a favor de la secuenciación y la asociación.⁶² Fiellin et al.⁶² encontraron que tener antecedente de uso de alcohol y tabaco se asociaban con mayor probabilidad de utilizar otras sustancias, RM=2.29 (IC95%, 2.10-2.49) y RM=2.28 (IC95%, 2.13-2.43) respectivamente. Por otro lado, Perron et al.⁶³ describieron que el 14% de aquellos que usaban marihuana con fin medicinal para el control de dolor habían tenido consumo problemático de alcohol en los 3 meses previos a la evaluación, medido con la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y usando un punto de corte de ≥ 8 .

Personalidad

La personalidad se define como el conjunto de características y esquemas psicológicos particulares de cada individuo que son: estables, permanentes, relativamente inflexibles, continuos en el tiempo y que, además, influyen en las interacciones sociales e interpersonales así como en la adaptación al entorno.^{64,65} La personalidad es un fenómeno “psicológico-ambiental” que tiene una base “biológica”, que en algunas ocasiones ha sido llamado carácter y temperamento, respectivamente.⁶⁶ La evaluación de la personalidad en la práctica clínica ha mostrado beneficios para una atención personalizada, a la vez que ofrece un abordaje para que el clínico integre con su relación médico-paciente.⁶⁷ Existen diversas taxonomías en las que se puede clasificar y evaluar el constructo llamado personalidad. Una de las más conocidas es el “modelo de 5 factores”, también llamada “Los 5 grandes” (o “*Big Five*” en inglés).⁶⁸ Dicho modelo se comenzó a desarrollar con las contribuciones de múltiples investigadores en la primera mitad del siglo XX, ha ganado popularidad desde los años ‘80 y fue llevado a su más alto nivel de organización por las contribuciones de Goldberg en los ‘90.⁶⁹⁻⁷¹

El modelo hace alusión a categorías que componen a la personalidad; es decir, establece que la personalidad se compone de diferencias individuales llamadas “rasgos” y estos rasgos se agrupan en 5 factores. Los rasgos son tendencias consistentes de respuestas conductuales que tienen estabilidad en el tiempo.⁷² La definición de los rasgos como características interindividuales se ha convertido en un concepto clave en la psicología de la personalidad.⁷³

Una base importante para este modelo taxonómico de la personalidad es la “hipótesis léxica”, cuyos orígenes datan de finales del siglo XIX. La hipótesis léxica establece que las diferencias individuales más importantes en la interacción humana llegarán a codificarse en términos sencillos en algunos, o todos, los idiomas del mundo.⁷¹ Dicho de otra manera, las características de personalidad (formas constantes de reaccionar, sentir, pensar, actuar e interpretar el entorno), que son importantes para un grupo en particular, se convertirán eventualmente en parte del lenguaje de dicho grupo. Por tanto, es más probable que las características de personalidad más importantes se codifiquen en una sola palabra en el lenguaje y que esa descripción (adjetivo) permanezca como parte del lenguaje. Dichas descripciones son las que componen, en su conjunto, a una personalidad determinada. Esto provee una forma natural e intuitiva para describir la personalidad, lo que constituye una fortaleza del modelo.

El marco que ofrece la teoría de los 5 grandes es que estas descripciones -o rasgos- se agrupan en 5 factores. Estos 5 factores, dominios se han numerado y etiquetado tradicionalmente como: Factor I (Extraversión), Factor II (Amabilidad), Factor III (Responsabilidad), Factor IV (Neuroticismo) y Factor V (Cultura, intelecto o apertura).⁷¹ El polo opuesto de cada dominio son términos antónimos como: introversión, asertividad, espontaneidad, estabilidad emocional y baja apertura a la experiencia, respectivamente. Por antonomasia también se han llamado sencillamente como “rasgos”, por lo que los términos de dominio, factor o rasgo se utilizarán de manera intercambiable. La estructura de los 5 factores se ha replicado en diferentes poblaciones que incluye niños, adultos, mujeres, hombres, así como en diferentes etnias y diferentes lenguajes (inglés, español, alemán, chino, coreano, hebreo).⁶⁶ Además, los 5 factores incluyen elementos de la teoría de “carácter” y “temperamento”, a la vez que, según sus proponentes, elimina algunas limitaciones de esta dicotomía, en el sentido que reconoce la influencia de la biología sobre el carácter y de la influencia de la cultura sobre el temperamento. Los promotores del modelo de 5 factores argumentan que incluso un extrovertido innato debe aprender las formas culturalmente dictadas de respuesta emocional e interacción social para poder expresar su entusiasmo o sociabilidad, algo que se entiende a la luz de la hipótesis léxica.⁶⁶

A diferencia de las clasificaciones diagnósticas como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición (DSM-5) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ma edición (CIE-10), la teoría de los 5 grandes no asume que los dominios sean necesariamente patológicos, sino más bien descripciones naturales de la forma de ser. Los 5 factores se ubican en el nivel más alto de la descripción de la conducta.⁷¹ Tampoco pretende reducir la riqueza de la personalidad en meramente 5 factores, sino más bien provee un marco de referencia científicamente convincente en los que se puede organizar jerárquicamente algunos aspectos del lenguaje en la descripción de la personalidad ya que cada dominio se define por facetas o rasgos más específicos. De hecho, cada dominio incorpora cientos de ellos, con algunos ejemplos a continuación.^{68,71}

1. **Extraversión:** actitud para experimentar emociones positivas, afecto, búsqueda de emoción y actividad. Contrasta facetas de locuacidad y asertividad con silencio, pasividad y reserva.
2. **Amabilidad:** Involucra orientación prosocial y altruista hacia otros, confianza, franqueza, indulgencia, generosidad y sensibilidad. Contrasta amabilidad, confianza y calidez con hostilidad, egoísmo o desconfianza.
3. **Responsabilidad:** incluye capacidad, orden, autodisciplina y esfuerzo por logros. Contrasta rasgos de organización, exhaustividad y confiabilidad con descuido, negligencia y no fiabilidad.

4. **Neuroticismo:** incluye tales rasgos de nerviosismo, ser temperamental, cambios de humor, tendencia hacia las emociones negativas (ansiedad, hostilidad, depresión), con alta reactividad a cambios psicológicos, inestabilidad emocional, vulnerabilidad ante el estrés y una inclinación hacia conductas impulsivas; en contraste con estabilidad emocional.
5. **Apertura:** tendencias hacia la imaginación y fantasía, estética, creatividad, ideas y valores, así como flexibilidad de pensamiento. Contrasta facetas de imaginación, curiosidad y creatividad con superficialidad e imperceptibilidad.

Estos rasgos han demostrado estabilidad a lo largo del tiempo. En un estudio longitudinal, los rasgos de extraversión, neuroticismo y apertura mostraron correlación significativa a lo largo del tiempo y se mantuvieron relativamente estables en un intervalo de evaluación de 45 años.⁷⁵

Personalidad y percepción de la enfermedad

En el curso del tratamiento de cualquier enfermedad médica, sea aguda o crónica, la presencia de rasgos de personalidad desadaptativos puede interferir a distintos niveles en cualquier objetivo terapéutico trazado. Algunas de estas interferencias derivan en: dificultad para la aceptación del diagnóstico, percepción de bienestar subjetivo la posibilidad de no desarrollar conciencia de enfermedad, reacciones inadecuadas ante las circunstancias difíciles, contar con poca capacidad de autocuidado, tener conductas de riesgo que repercutan en el tratamiento, falta de adherencia terapéutica, entre otros.^{10,11}

Existe descrita una relación bidireccional y compleja entre personalidad y enfermedades crónicas.⁶⁸ Más aún, algunos de sus componentes particulares, por ejemplo, rasgos como la extraversión, se relacionan con la sensación subjetiva de bienestar por medio del afecto positivo, mientras que el neuroticismo se relaciona negativamente por medio del afecto negativo. Costa y McCrae⁷⁶ demostraron una correlación entre extraversión y afecto positivo ($r=0.23$, $p<0.001$) y neuroticismo con afecto negativo ($r=0.39$, $p<0.001$) en una muestra de 234 hombres de población general, que permitió predecir el estado emocional 10 años después; una evidencia indirecta de los efectos duraderos de las dimensiones de la personalidad. Estas correlaciones han sido replicadas por diversos autores como Diener, Sandvik, Pavot y Fujita en diferentes etnias, grupos de edad y sexo.⁷² Por otro lado, la amabilidad y la responsabilidad se correlacionan más débilmente, mientras que la apertura a la experiencia no se correlaciona con el afecto o la satisfacción de vida.⁷²

Personalidad y padecimientos reumatológicos

Al igual que en otras enfermedades crónicas, el tipo de personalidad de los pacientes con enfermedad reumatológica puede influir en la percepción del paciente sobre la enfermedad y sus síntomas, incidir en sus motivaciones y determinar en gran medida su comportamiento, la aceptación al tratamiento y su autocuidado.⁷⁷⁻⁸⁰ Roy et al.⁸¹ describieron la influencia de la personalidad sobre la adherencia al tratamiento en una muestra de 76 pacientes con enfermedades crónicas (diabetes y enfermedad cardíaca), usando la teoría de los 5 grandes para la evaluación de la personalidad con la escala NEO-FFI⁸² y la escala de Morisky⁸³ para medir adherencia. Los pacientes con diabetes tenían mejor adherencia cuando tenían puntajes bajos de neuroticismo, mientras que los pacientes con enfermedad cardíaca mostraban mejor adherencia cuando tenían puntajes altos de responsabilidad.⁸¹ Axelsson et al.⁸⁴ describieron un hallazgo similar de mejor adherencia con niveles altos de responsabilidad ($p<0.001$) y amabilidad ($p<0.001$), mientras que menor adherencia con niveles altos de neuroticismo ($p<0.001$) en una población que incluyó pacientes con AR.

Ko et al.⁸⁵ realizaron un estudio similar en una muestra de 207 sujetos con artritis reumatoide, usando la escala BFI-10 (Big Five Inventory 10) la evaluación de la personalidad y la escala CQR (Compliance Questionnaire on Rheumatology) para la adherencia. Ellos no encontraron diferencia entre el grupo de adherentes comparado con los no-adherentes al tratamiento en ninguno de los dominios de personalidad, incluido extraversión ($p=0.91$), amabilidad ($p=0.41$), responsabilidad ($p=0.067$), neuroticismo ($p=0.64$) y apertura ($p=0.30$). Sin embargo, cuando se incluyó el nivel educativo, el ingreso, el diagnóstico de Diabetes mellitus, frecuencia de cambios de FARME en los últimos 6 meses, dosis de prednisona, DAS-28 (Disease Activity Score-28) y duración de la artritis se encontró una relación entre altos niveles de responsabilidad y adherencia al tratamiento ($RM=2.11, 1.01-4.38$).⁸⁵

En una población serbia que incluyó personas con AR y Síndrome de Sjögren los rasgos de personalidad mostraban niveles más altos en neuroticismo ($d=0.46, p=0.007$) y más bajos en extraversión ($d=0.51, p=0.001$) y apertura ($d=0.65, p=0.013$) cuando se compararon con individuos sanos.⁶⁸ En ese mismo estudio, 51.9% de los participantes se clasificaron en la categoría de nivel “alto o muy alto” para el rasgo de neuroticismo según la escala NEO-FFI. El resto de rasgos tuvieron comparativamente una proporción más baja en dicha categoría, incluyendo los rasgos de responsabilidad (25%), apertura (19.2%), amabilidad (13.5%) y extraversión (3.8%).⁶⁸ Particularmente, en población hispanoparlante con AR también se ha descrito la personalidad usando la descripción de algunos de los 5 grandes dominios. Leon et al.⁷⁸ dicotomizaron las puntuaciones de 3 rasgos en “niveles altos” o “niveles bajos” utilizando la mediana como punto de corte. Encontraron una elevada proporción de pacientes en la categoría de niveles altos en el rasgo de extraversión (50.8%), mientras que una baja proporción en los rasgos de neuroticismo (29.5%) y psicoticismo en (14.7%) en esa misma categoría. La repercusión clínica de la influencia de la personalidad es que aquellos que puntúan más alto en algunos rasgos como neuroticismo pueden llegar a ser más ansiosos, obsesivos o hipocondríacos. Esto es relevante por la posible relación entre las variables de la personalidad y la capacidad de afrontar determinadas situaciones, en éste caso la enfermedad, o las decisiones que se toman en la misma⁷⁸ y estos pueden llegar a rechazar o aceptar tratamientos sin medir los riesgos y consecuencias. De esta forma la personalidad es un elemento importante para tomar en cuenta en el tratamiento del paciente y puede estar relacionado con múltiples factores de salud o incluso diferentes rasgos pueden ser importantes en distintos tipos de enfermedades.

Personalidad y uso de marihuana

Aunque ha existido controversia en la interpretación de los estudios de personalidad y marihuana, la personalidad se ha relacionado con el uso de marihuana, principalmente en su forma recreativa. Por ejemplo, en una revisión hecha por Compton et al. sintetizaron información que es consistente en la literatura con el uso de marihuana como factor de riesgo independiente y rasgos de la personalidad con propensión a la psicosis, primer episodio psicótico o esquizotipia.⁸⁶ De hecho, el uso de marihuana se ha relacionado consistentemente con diagnósticos mentales graves como esquizofrenia.⁸⁷ Es importante mencionar que la esquizotipia se ha relacionado con neuroticismo alto pero baja extraversión, aunque esto no se ha replicado en usuarios de marihuana.⁸⁸ En 2009, Compton et al describieron mayores puntuaciones totales de esquizotipia en una muestra de 59 sujetos principalmente afro-americanos, que habían utilizado marihuana alguna vez en la vida comparado con quienes no habían utilizado nunca, encontrando diferencias estadísticamente significativas y un tamaño de efecto mediano (20.56 ± 15.62 vs $12.96 \pm 10.51, p=0.03, d$ Cohen=0.60) El tiempo de uso relacionó con mayores puntuaciones de esquizotipia ya que en aquellos con uso reportado de 25-29 años la correlación fue alta ($\rho=0.86, p<0.01$).⁸⁹ Estos hallazgos con respecto a la esquizotipia fueron replicados por Fridberg et al en 2011.⁸⁸

Menos estudios se han realizado en esta área usando la teoría de la personalidad de los 5 grandes factores, que involucra rasgos “normales” de la personalidad. Usando esta teoría, Flory et al.⁹⁰ encontraron en 481 participantes que el rasgo de neuroticismo se correlacionó débilmente y de manera positiva con uso de marihuana ($r=0.18$, $p=0.01$) mientras los rasgos de amabilidad ($r= -0.25$, $p=0.01$) y responsabilidad ($r= -0.23$, $p=0.01$) se correlacionaron débilmente pero de manera negativa. Esta relación se refirió al uso recreacional de la sustancia y con abuso o dependencia a la misma⁹⁰ y cuando controlaron por uso de otras sustancias encontraron que el rasgo de apertura predecía el uso de marihuana se asoció con un riesgo de 1.13 veces para su uso ($\text{exp}\beta=1.13$, $p=0.01$) mientras que extraversión protegía contra su uso ($\text{exp}\beta=0.87$, $p=0.01$). Los coeficientes de regresión para amabilidad y responsabilidad ya no fueron significativos, lo cual significa que probablemente existe un traslape de estos rasgos con otra psicopatología.⁹⁰ Por otro lado, estos datos se replicaron en una muestra comunitaria de 107 sujetos, donde había 62 usuarios de marihuana y 45 controles. Los usuarios de marihuana tuvieron diferencia en las puntuaciones y se encontraron más altas para el rasgo de apertura ($F=11.57$, $p<0.001$, $d= 0.67$) con un tamaño de efecto moderado y puntuaciones más bajas en amabilidad ($F=5.02$, $p<0.05$, $d= 0.44$) con un tamaño de efecto pequeño al igual que puntuaciones bajas de responsabilidad ($F=18.71$, $p<0.001$, $d= 0.85$) con una diferencia más grande. Esto significa que estos individuos prefieren experiencias nuevas (apertura), pueden ser algo impulsivos (baja responsabilidad) y poco cooperadores y suspicaces de otros (baja amabilidad).⁸⁸ Esta tendencia de probar marihuana, y otras sustancias, en aquellos con mayor “apertura a la experiencia” ya había sido descrita por Grossman et al. en una muestra de 316 estudiantes.⁹¹

Modelo biopsicosocial de uso de marihuana en artritis reumatoide

El abordaje de las enfermedades reumatológicas desde un modelo biopsicosocial (tal y como sugieren las nuevas perspectivas para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas)⁷⁴ se basa en la premisa de que cada uno de los elementos -biológico, psicológico o social- puede afectar el curso de la enfermedad. El modelo biopsicosocial ha sido ampliamente descrita y adoptada desde sus descripciones originales de Engels en contraste con una visión biomédica.^{92,93} Enfocarse exclusivamente en los procesos fisiológicos y los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (modelo biomédico), dejando de lado otros aspectos internos y externos (psicosociales) darían un panorama incompleto y reduccionista para la comprensión del paciente. Los factores psicosociales pueden co-determinar la vulnerabilidad del paciente y la severidad de una enfermedad o su curso.⁹² Bajo esta perspectiva, se incluye explícitamente a la “*Personalidad*” como parte de la dimensión psicológica que compone al modelo y cuya interacción con la susceptibilidad genética y el contexto social es importante para el abordaje de dichos pacientes.⁶⁷ Como se ha expuesto previamente, la personalidad bajo la teoría de los 5 grandes rasgos se ha asociado con factores clínicos que incluyen una mejor o peor percepción de la enfermedad, las motivaciones y aceptación al tratamiento, autocuidado y adherencia al tratamiento. Existen rasgos que influyen de manera positiva y negativa en estos aspectos por lo que no existe una conclusión definitiva sobre su influencia. Además, la personalidad tiene repercusión clínica en cuanto que los pacientes pueden ser más ansiosos, obsesivos o hipocondríacos con ciertos rasgos de personalidad y esto determinar también el uso de los servicios de salud.

Existe, precisamente, poca información de la personalidad con el modelo de los 5 grandes en la AR. Por otro lado, aunque existe información sobre el uso frecuente de terapias alternativas (incluyendo marihuana) en AR y mayor uso de esta sustancia con algunos rasgos de personalidad descritos en los párrafos previos, estos datos se refieren principalmente a un enfoque recreativo y se presentan de manera aislada. Se vuelve relevante desde el punto de vista científico contextualizar el uso de marihuana en una población clínica con AR, considerando la dimensión psicológica (personalidad) en cuanto a su influencia de uso ya que no hay datos publicados de esta relación.

Planteamiento del problema

La AR se encuentra dentro de las enfermedades reumatológicas más prevalentes en la consulta externa de reumatología. Una de sus principales características clínicas es la presencia de dolor crónico. El uso de medicina alternativa (CAM), incluyendo el consumo de hierbas como la marihuana, se encuentra ampliamente difundida entre la población general y particularmente en pacientes con dolor. El dolor crónico es una característica central en pacientes con AR. En nuestro medio no se ha legalizado el uso de la marihuana con fines médicos, pese a que ya existe un debate abierto al respecto, por lo que su uso con propósitos terapéuticos aún se considera como “alternativo” a la medicina tradicional. De esto deriva que no existan preparaciones reguladas u oficiales que estén dirigidas para este fin médico, pero el tema genera mucha expectativa en la población. No obstante, probablemente existe un subreporte en el uso de las distintas terapias alternativas (como la marihuana) en diferentes condiciones médicas, pese a sus potenciales implicaciones sobre la evolución y desenlaces de la enfermedad subyacente; quizá secundario al carácter informal y estigmatizado (de ilegalidad y violencia) de su uso en nuestro país.³⁴ En México, hay datos de uso marihuana provenientes de las encuestas nacionales de salud, sin embargo, no hay datos publicados sobre el uso de marihuana para diferentes fines al recreacional. Un estudio previo de nuestro grupo de trabajo reportó la prevalencia del uso de hierbas como CAM en 27% en una población mexicana con AR, pero no conocemos específicamente la frecuencia y tipos de uso de marihuana con fin medicinal.

La personalidad es una característica humana que influye sobre nuestra conducta y nuestras decisiones, especialmente en el escenario médico donde se ha asociado con adherencia al tratamiento. Sin embargo, también se ha asociado con otros desenlaces en salud mental como trastornos mentales graves y uso de sustancias. A pesar de esto hay menos estudios evaluando la dimensión de la personalidad en su influencia sobre la búsqueda de estas sustancias ni sus motivaciones en el contexto medicinal, por ejemplo, las comorbilidades médicas y el dolor o la calidad de vida. Los pacientes con enfermedades crónicas pueden tener diferentes motivaciones para usar preparados como la marihuana. De esta manera, conocerla puede ayudarnos a entender qué determina que una persona utilice o no marihuana con fines medicinales.

En nuestro contexto existe poca información sobre las características de personalidad de los pacientes que la utilizan, así como sobre las características generales de la AR con la que cursan (actividad de la enfermedad, intensidad del dolor) dichos pacientes. Hasta el momento se desconoce qué tanto el uso terapias alternativas como marihuana está influenciado por la personalidad en pacientes con AR, o cómo intervienen otros factores como el dolor, la calidad de vida, la limitación funcional, etc.

Justificación

En un escenario de prestación de servicios de salud, cada vez más integrado y con múltiples disciplinas médicas que evalúan al paciente de forma exhaustiva, la Psiquiatría de Enlace juega un rol preponderante para el abordaje de la salud mental de los pacientes. El rol del psiquiatra dentro de un sistema de atención de tercer nivel brinda la posibilidad de obtener diagnósticos psiquiátricos confiables mediante la utilización de entrevistas estructuradas y evaluaciones clínicas que van más allá del uso de instrumentos de auto reporte y tamizaje, en especial en temas sensibles, como el uso de terapias alternativas y sustancias psicotrópicas como la marihuana.

Sabemos que en nuestro medio se utiliza frecuentemente la marihuana para fines medicinales de manera informal, en diferentes preparaciones, aun cuando su uso no está aprobado. Conocer la prevalencia y los diferentes factores relacionados al uso de marihuana en nuestra población con AR, nos permitirá identificar a este grupo de pacientes, sus necesidades y si requieren un abordaje integral con el equipo de psiquiatría. El uso de una teoría de evaluación de la personalidad como la de los 5 factores provee una base natural para la descripción de la personalidad por su apoyo en la hipótesis léxica, a diferencia de una basada en un modelo psicopatológico. De esta manera, podría ser más fácil la identificación de ciertos rasgos en los pacientes si se asociaran con búsqueda y uso de marihuana como CAM. De igual manera, este abordaje podría ayudar a establecer, por parte de los médicos, planteamientos encaminados a realizar futuras investigaciones si se evidencia la influencia de los rasgos de personalidad sobre aspectos clínicos como la búsqueda de tratamientos alternativos como la marihuana, de manera que puedan favorecer la atención centrada en el paciente bajo un modelo biopsicosocial (en contraste con uno estrictamente biomédico) como una estrategia de evaluación y tratamiento dentro de una institución médica de tercer nivel de atención.

Actualmente no existe un enfoque de la influencia de la personalidad sobre el uso de terapias alternativas como marihuana. Conocer esta relación es relevante dadas las asociaciones descritas de manera individual de la personalidad con el uso de la sustancia, de la sustancia con la enfermedad y de la enfermedad a su vez con la personalidad. La personalidad influye particularmente sobre aspectos de percepción de la enfermedad, la motivación y el autocuidado por lo que se vuelve relevante en el aspecto clínico. Reconocer el papel de la personalidad ayudaría a evidenciar la necesidad de profesionales de salud mental trabajando directamente con los equipos médicos y poner de manifiesto el rol de factores psicosociales como la personalidad en futuras investigaciones.

Finalmente, pese a que se han realizado estudios evaluando y asociando ciertos rasgos de personalidad con el uso de marihuana, esto se refiere principalmente al uso recreativo. También existe información de la asociación de estos rasgos con el uso de marihuana con fin medicinal, pero dicha información no es siempre consistente a lo largo de las poblaciones estudiadas, y no se toman en cuenta otras variables de salud que pudieran estar asociadas con la búsqueda de terapias con fin médico. Siendo lo anterior una probable razón estos otros factores que no se están tomando en cuenta como posibles influencias y que están relacionados con la búsqueda de tratamientos alternativos.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la asociación entre rasgos de personalidad y el uso de marihuana con fines medicinales en los últimos 12 meses en pacientes ambulatorios con AR en una institución de tercer nivel de atención.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de uso de marihuana con fin medicinal en los últimos 12 meses en pacientes con AR, así como las características principales de uso y las vías de administración.
2. Comparar las características demográficas, clínicas (tiempo de evolución de AR, número de FARME, cambio de FARME, uso de corticoesteroides, cambio de corticoesteroides, comorbilidades, actividad clínica, dolor, funcionalidad) y calidad de vida entre pacientes con AR que usen marihuana con fin medicinal y aquellos que no la hayan usado en los últimos 12 meses.
3. Comparar los síntomas de ansiedad, depresión, impresión clínica de la enfermedad, comorbilidad psiquiátrica actual y uso de sustancias entre pacientes con AR que usan y no usan marihuana medicinal en los últimos 12 meses.
4. Comparar los puntajes de cada dominio de personalidad según el uso o no uso de marihuana en los últimos 12 meses.

Hipótesis

Hipótesis General

Los rasgos de neuroticismo, apertura y extraversión se asociarán con riesgo de uso de marihuana con fines medicinales en los últimos 12 meses en pacientes con AR, mientras que amabilidad y responsabilidad se asociarán con protección.

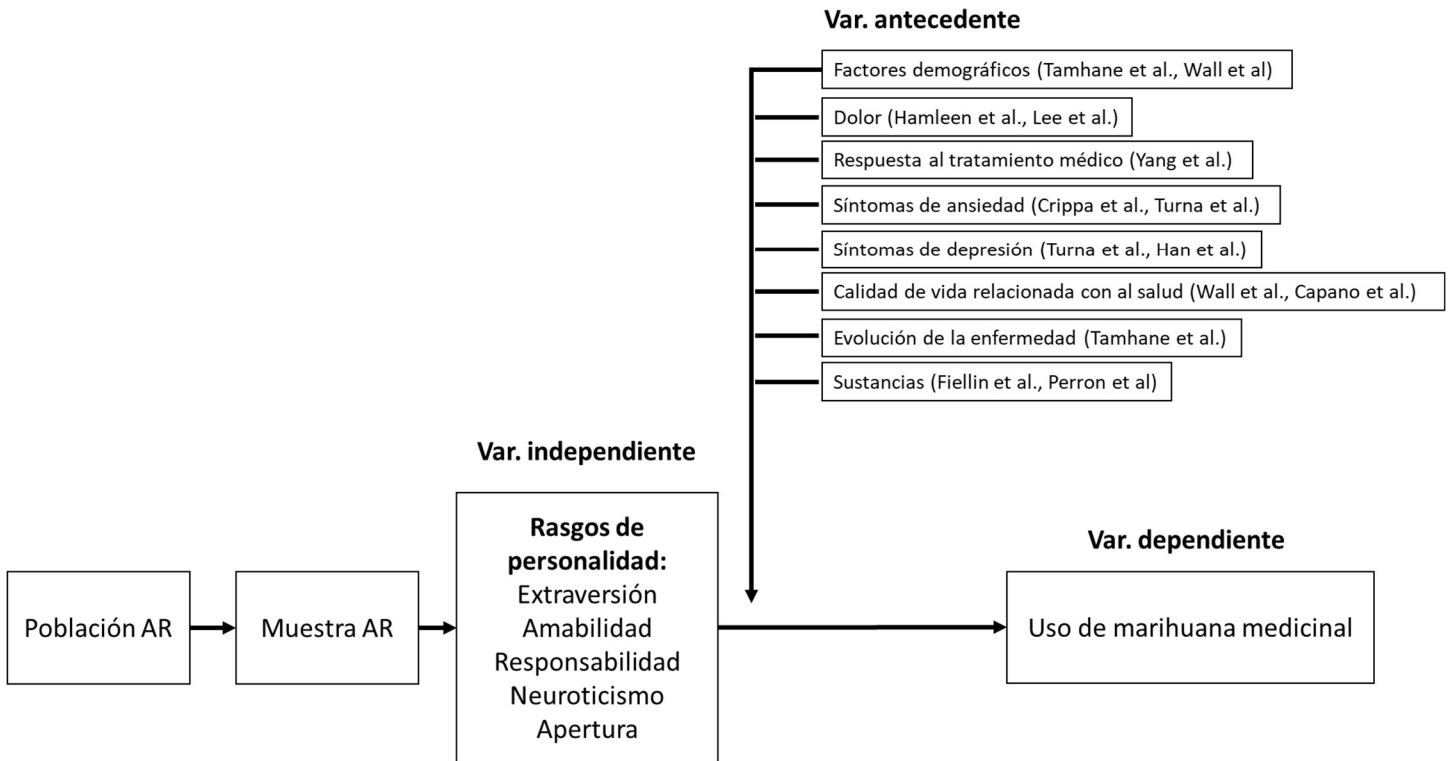
Hipótesis Específica

1. La frecuencia de uso de marihuana medicinal por cualquier vía será de al menos 20% en la muestra total en los últimos 12 meses.
2. El uso de marihuana en los últimos 12 meses será mayor en personas con menor escolaridad y en aquellos con mayor evolución clínica de la enfermedad, mayor número de FARME; aumento en la dosis de FARME, uso de corticoesteroides, aumento en la dosis de corticoesteroides, más comorbilidades, con mayor actividad clínica, descontrolados con dolor, menor funcionalidad y calidad de vida.
3. El uso de marihuana en los últimos 12 meses será mayor en aquellos con mayores puntajes de ansiedad, depresión, comorbilidad psiquiátrica, uso de sustancias.
4. Los puntajes de los rasgos de neuroticismo, apertura y extraversión serán mayores en aquellos con uso de marihuana con fin medicinal en los últimos 12 meses y los rasgos de amabilidad y responsabilidad serán menores.

Metodología

Diseño del Estudio

Se trató de un estudio comparativo, observacional, de direccionalidad transversal, con muestreo a partir del desenlace y de colección retrolectiva.⁹⁴



Escenario

El reclutamiento de los pacientes se llevó a cabo con aquellos que acudieron a la consulta de reumatología de una unidad de atención al paciente ambulatorio de un centro de atención de tercer nivel y de referencia para enfermedades reumatológicas, o bien, de la base de datos de quienes recibieron consultas telefónicas de parte de los médicos del Departamento de Inmunología y Reumatología.

Participantes

El universo lo comprendieron pacientes con diagnóstico de AR que se atendieron en la consulta externa del Departamento de Inmunología y Reumatología.

Muestreo y cálculo de tamaño de muestra

El muestreo fue no probabilístico, a conveniencia. Se invitaron a los participantes de manera consecutiva según fueron captados en la consulta externa una vez finalizada su consulta médica o fueron identificados por su diagnóstico en las bases de datos de consultas telefónicas. El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula para diferencia de dos proporciones en dos grupos independientes con una variable de desenlace dicotómica (uso de marihuana medicinal o no).

Se calculó el tamaño de muestra para detectar una diferencia absoluta del 20% en el uso de marihuana medicinal en aquellos que tuvieran puntajes elevados en los rasgos de personalidad contra quienes no, utilizando una prueba a dos colas con probabilidad de error alfa del 5% y un poder estadístico del 80% mediante el programa G*Power. Se esperaba un uso de 11% en aquellos con niveles bajos y 31% en aquellos con niveles altos. Los datos que sustentaron las proporciones esperadas en cada grupo derivaron de la información de una encuesta nacional para uso de marihuana con fines medicinales por M.A Ware y colaboradores⁴³ que reportaba un uso del 21%. El estimado fue una muestra mínima de 142 participantes, que se incrementó a mínimo 170 participantes, tomando en consideración información potencialmente no analizable.

$$n_1 = \frac{(z_\alpha \sqrt{\pi\theta(1+k)} + z_\beta \sqrt{k(\pi_1\theta_1 + \pi_2\theta_2)})^2}{(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

$$n_2 = \frac{n_1}{k}$$

donde

$$k = \frac{n_1}{n_2}$$

Donde π_1 (proporción muestral del G1) = 0.11

π_2 (proporción muestral del G2) = 0.31

θ_1 y θ_2 (complemento de n_1 y n_2 = 0.89 y 0.69 respectivamente)

π y θ = promedio de π_1 y π_2

θ_1 y θ_2 = (0.2+0.4)/2 y (0.8+0.6)/2

z_β = 1.64 (poder de 80%)

z_α = 1.96 (significancia de 0.05)

Criterios de Selección de participantes

Criterios de inclusión

1. Con diagnóstico de AR según los criterios del Colegio Americano de Reumatología.
2. Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad atendidos en la Institución.
3. Que tuvieran al menos 1 año de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico.
4. Que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito o verbal.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que tuvieran otra enfermedad reumatológica concomitante como osteoartritis, artropatía por cristales, espondiloartropatías, Lupus eritematoso sistémico o artritis psorásica, exceptuando el síndrome de Sjögren secundario.
2. Pacientes con antecedente de trastorno mental grave como: esquizofrenia, trastorno bipolar o psicosis crónicas.
3. Pacientes en cuidados paliativos.
4. Pacientes con cáncer en tratamiento.
5. Pacientes con uso problemático de sustancias (Puntuación OMS-ASSIST ≥ 27 para cualquier sustancia).
6. Pacientes con consumo exclusivamente recreacional de marihuana en el último año, de acuerdo con el auto reporte.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que decidieron retirarse voluntariamente.
2. Pacientes que no completaron la evaluación del estudio.
3. Pacientes cuyo estado clínico no les permitió llevar a cabo la entrevista.

Definición de variables

En los siguientes cuadros se describen las características de las variables sociodemográficas, clínicas, de salud mental, de uso de marihuana medicinal y de personalidad:

Variables sociodemográficas				
Sociodemográficos	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Método de Medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Edad en años	Continua	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Sexo	Condición que distingue biológicamente a los hombres y mujeres	Masculino Femenino	Nominal	
Escolaridad	Grado de estudio de un individuo	Número de años de educación formal	Continua	
Estado Civil	Condición de pareja	Sin pareja Con pareja	Nominal	
Ocupación	Condición de trabajo	Sin actividad remunerada Con actividad remunerada	Nominal	

Variables clínicas				
Condiciones médicas	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Método de Medición
Índice de comorbilidad	Enfermedades concomitantes	Puntaje según la enfermedad	Continua	Índice de Comorbilidad de Charlson
Número de comorbilidades médicas	Diagnósticos clínicos de evolución y tratamiento crónico consignados en el expediente electrónico como antecedentes patológicos en tratamiento actual	Cantidad de diagnósticos clínicos en números	Continua	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Tiempo de evolución de síntomas AR	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas	Tiempo en años	Continua	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Tiempo de asistencia al instituto por AR	Tiempo transcurrido desde el primer contacto con un reumatólogo en la consulta externa	Tiempo en años	Continua	

VARIABLES CLÍNICAS				
<i>Gravedad sintomática</i>	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Actividad de la enfermedad (AR)	Síntomas presentes que limitan la actividad funcional en Artritis Reumatoide	Puntuación total de 0 a 30 o de 0 a 10 para cada subescala. Mayor puntuación significa mayor actividad.	Continua	Cuestionario de evaluación del estado de salud, <i>Routine Assesment of Patient Index Data 3 (RAPID 3)</i> , desarrollado por Pincus et al, 2007
Número de Fármacos modificadores de la enfermedad (FARME)	FARME consignados en el expediente electrónico	Cantidad de FARME en números	Continua	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Cambio de Fármacos modificadores de la enfermedad (FARME)	Cambio de dosificación de FARME consignada en el expediente electrónico	Sin cambio Disminuyó/ quitó Aumentó/ agregó	Nominal	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Uso de corticoesteroides	Corticoesteroides consignados en el expediente electrónico	Si No	Dicotómica	Formato de Datos Clínico-Demográficos
Cambio de corticoesteroides	Cambio de dosificación de corticoesteroides consignada en el expediente electrónico	Sin cambio Disminuyó/ quitó Aumentó/ agregó No aplica	Nominal	Formato de Datos Clínico-Demográficos
VARIABLES DE SALUD MENTAL				
Uso de sustancias	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Uso recreativo de sustancias	Uso de sustancias como tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos u opiáceos con fin recreativo e impacto sobre el funcionamiento personal y social.	Puntaje máximo en números para cualquier sustancia.	Continua	OMS-ASSIST V3.0
Síntomas afectivos	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Ansiedad	Síntomas de angustia y preocupación intensa	Gravedad de síntomas ansiosos ≥10 puntos es indicativo de síntomas ansiosos moderados a severos	Continua	GAD-7, desarrollado por Spitzer et al, 2006
Depresión	Síntomas de tristeza, somáticos y cognitivos	Gravedad de síntomas depresivos. ≥10 puntos es indicativo de síntomas depresivos moderados a severos	Continua	PHQ-9, desarrollado por Spitzer et al, 1999
VARIABLES DE SALUD MENTAL				
Diagnósticos Psiquiátricos	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Diagnóstico Psiquiátrico actual	Diagnóstico psiquiátrico consignado en el expediente clínico por psiquiatría.	Nombre del diagnóstico	Nominal	Formato de Datos Clínico-Demográficos

Variables de salud mental				
Calidad de vida	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Calidad de vida	Percepción individual de bienestar físico, material, emocional, desarrollo personal y social	Puntaje promediado de 8 mediciones: física, ayuda de familia, dolor artrítico, tensión nerviosa, salud, artritis, interacción social, estado de ánimo.	Continua	QoLRA, desarrollado por Jong et al, 1997

Variables de personalidad				
Rasgos de Personalidad	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Extraversión	Rasgo de emociones positivas y afecto	Puntaje de los rasgos de extraversión	Continua	Big Five Inventory (BFI), desarrollado por John et al, 1991
Amabilidad	Rasgo de orientación prosocial y altruista	Puntaje de los rasgos de amabilidad	Continua	
Responsabilidad	Rasgo de capacidad y orden	Puntaje de los rasgos de responsabilidad	Continua	
Neuroticismo	Rasgo de emociones negativas e inestabilidad emocional	Puntaje de los rasgos de neuroticismo	Continua	
Apertura	Rasgo de apertura a nuevas experiencias, creatividad, imaginación y fantasía.	Puntaje de los rasgos de apertura	Continua	

Variables de uso de marihuana medicinal				
Uso de marihuana medicinal	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medición
Marihuana medicinal en el último año	Uso de marihuana y/o productos derivados con fin medicinal por cualquier vía de administración en los últimos 12 meses	Si No	Dicotómica	I-CAM-Q (modificado para marihuana)
Marihuana medicinal fumada en el último año	Uso de marihuana y/o productos derivados con fin medicinal por vía fumada en los últimos 12 meses	Si No Prefiero no contestar No sabe	Nominal	
Marihuana medicinal tópica en el último año	Uso de marihuana por vía tópica (crema o preparados con alcohol) en los últimos 12 meses	Si No Prefiero no contestar No sabe	Nominal	
Marihuana medicinal oral en el último año	Uso de marihuana por vía oral en los últimos 12 meses	Si No Prefiero no contestar No sabe	Nominal	

Variables de uso de marihuana medicinal

<i>Uso de marihuana medicinal</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Tipo</i>	<i>Medición</i>
Razón de uso de marihuana medicinal	Principal motivo para el uso de marihuana con fin medicinal por cualquier vía	Un problema de salud agudo Un problema de salud crónico Para mejorar su bienestar Otra Prefiere no contestar No sabe No corresponde/no aplica	Nominal	
Beneficio de uso de marihuana medicinal	Beneficio percibido del uso de marihuana medicinal por cualquier vía	Muy beneficioso Algo beneficioso Para nada beneficioso Prefiero no contestar No sabe No corresponde/no aplica	Nominal	
Momento de uso de marihuana con fin medicinal	Momento de la enfermedad en que ha hecho uso de preparados de marihuana con fin medicinal	Al inicio de la enfermedad cuando aún no acudía Al inicio de la enfermedad ya dentro de la institución En algún momento del seguimiento Solo en los momentos en los que se siente mal por la enfermedad	Nominal	I-CAM-Q (modificado para marihuana)
Sustitución del tratamiento médico	Alguna vez dejó de consultar al reumatólogo cuando comenzó el uso de marihuana medicinal	Si No No aplica	Nominal	
Fuente de información sobre el uso de marihuana medicinal	Como se enteró que el uso de marihuana medicinal podría traer beneficios a su salud	Familiar/ amigos Medios de comunicación Persona con misma enfermedad Otro/prefiero no contestar No aplica	Nominal	
Comunicación al médico sobre uso de terapias alternativas	Le comunicaría al médico el uso de terapias alternativas	Si No	Dicotómica	
Comunicación al médico sobre uso de marihuana con fin medicinal	Le comunicó al médico el uso de marihuana medicinal	Si No No aplica	Nominal	
Comunicación a otra persona sobre uso de marihuana con fin medicinal	Le comunicó a otra persona el uso de marihuana medicinal	Si No No aplica	Nominal	
Satisfacción con la atención médica	Se encuentra satisfecho con la atención médica recibida por su reumatólogo	Si No	Dicotómica	

Escalas de medición

Todas las escalas se aplicaron mediante entrevista directa con los participantes. Se utilizaron las siguientes escalas:

Formato De Datos Clínico-Demográficos

Formato de Datos Clínico-Demográficos: Instrumento diseñado por los autores para la recolección de variables antecedentes tales como: datos relacionados a la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación del paciente, así como sus antecedentes médicos no psiquiátricos y psiquiátricos, número de diagnósticos clínicos, número y cambio de FARME, uso y cambio de corticoesteroides, el tiempo de evolución de los síntomas de AR y el tiempo de atención al instituto por dicha causa (**Anexo 1**). Tiempo estimado de aplicación: 5min.

Instrumentos Clínicos

Routine Assesment of Patient Index Data-3 (RAPID 3): índice que tomó 3 medidas de auto reporte incluyendo función física, dolor y evaluación global de la enfermedad. Tiene 12 reactivos divididos en 3 secciones. La primera sección fueron 10 reactivos que se calificaron en una escala tipo Likert de 0 a 3, siendo 0=Ninguna dificultad y 3=imposible hacer.

La segunda sección consistió en una pregunta calificada con una escala numérica de 0 a 10 con respecto al nivel de dolor (0= Ningún dolor y 10= El peor dolor) y la tercera sección contenía una pregunta que evaluó la percepción de la enfermedad (0= muy bien y 10= muy mal). La escala en su conjunto permitió obtener una puntuación global numérica en un rango de 0-30 que se clasificó en 4 categorías de actividad de la enfermedad: remisión (0-3), baja (3.01-6), moderada (6.01-12) y alta (Más de 12). La escala deriva de un cuestionario llamado Cuestionario de evaluación multidimensional de salud (MDHAQ), Pincus T. ha sido el desarrollador principal (Nueva York, EUA, 2007).⁹⁵ Fue traducida al español y cuenta con validez concurrente. Orozco et al demostraron su validez convergente. Su α de Cronbach es de 0.90.⁹⁶ (**Anexo 3**). Tiempo promedio de aplicación: 5min.

Cuestionario de calidad de vida en Artritis Reumatoide (QoL-RA): es un instrumento de 8 reactivos calificados en una escala tipo Likert de 1-10 puntos. Se reportó el puntaje promediado de los 8 reactivos, el cual va de 1 a 10. Entre más alta la puntuación, mejor calidad de vida. Valoró aspectos relacionados a la percepción del estado de salud general, dolor, ayuda de la familia, tensión nerviosa, artritis, relaciones sociales y estado de ánimo. Fue desarrollado por de Danao et al. en Los Ángeles, California, 2001.⁹⁷ Originalmente desarrollado y validada en inglés y español, tomando en consideración el español mexicano. Ha sido utilizada en población mexicana y en Latinoamérica.⁷ Su α de Cronbach es de 0.87. (**Anexo 4**). Tiempo promedio de aplicación: 5 min

Índice de comorbilidad de Charlson: una escala con 19 reactivos que recolectó condiciones médicas, a las cuales se calificó como presente/ausente. La escala se divide en 4 partes que se puntúan de forma diferente. Las primeras 10 condiciones reciben 1 punto cada una, las siguientes 6 enfermedades 2 puntos cada una, una enfermedad que recibe 3 puntos y las últimas dos enfermedades que reciben 6 puntos cada una. A mayor puntuación peor pronóstico. Desarrollada por Charlson et al en Nueva York, EUA, 1987, quienes demostraron validez predictiva.⁹⁸ Ha sido utilizado en población mexicana.⁹⁹ (**Anexo 2**). Tiempo promedio de aplicación: 1 min.

Instrumentos de Salud Mental

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): es un cuestionario breve que consta de 9 reactivos que se califican en una escala tipo Likert de 0 a 3, siendo 0=Ningún día y 3= Casi todos los días. Útil para el tamizaje de síntomas depresivos. Se ha utilizado como un instrumento de tamizaje. Tiene un punto de corte de 10 puntos. Desarrollado en 1999 por Spitzer et al. en Nueva York, EUA, 1999, a partir de la escala PRIME-MD, quienes demostraron validez de constructo. Validado en español en población mexicana. Familiar et al., demostraron su validez de constructo en esta última población. Su α de Cronbach de 0.80-0.89.¹⁰⁰⁻¹⁰³ (**Anexo 5**). Tiempo promedio de aplicación: 3 min.

Cuestionario para Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7): es un cuestionario breve que consta de 7 reactivos que se califican en una escala tipo Likert de 0 a 3, siendo 0=Ningún día y 3= Casi todos los días; para tamizaje de síntomas ansiosos. Tiene un corte de 10 puntos. Desarrollada por Spitzer et al. en Nueva York, EUA, 2006, quienes demostraron validez convergente y de constructo.¹⁰⁴ Validado en español y utilizado en población mexicana. Mills et al, demostraron su validez convergente en esta población. Su α de Cronbach de 0.86-0.93.¹⁰⁵⁻¹⁰⁸ (**Anexo 6**). Tiempo promedio de aplicación: 3 min.

Clinical Global Impression-Severity (CGI-S): es una escala utilizada para la evaluación global de la enfermedad mental. Fue desarrollada para su uso en ensayos clínicos patrocinados por el instituto nacional de salud mental de los Estado Unidos (NIMH) como una medida de evaluación breve que el clínico puede realizar para conocer el estado de funcionamiento global de un paciente, tomando en consideración la severidad de la enfermedad, el nivel de distrés y el impacto en la funcionalidad. El instrumento original consta de tres subescalas: CGI-S (severidad de la enfermedad), CGI-I (mejoría de la enfermedad) y CGI-E (índice de eficacia). En el presente estudio se utilizó únicamente el CGI-S. EL CGI-S utiliza una escala ordinal de 1 a 7, donde 1=normal y 7=entre los extremadamente enfermos. Se toma el juicio para la puntuación global más alta. El juicio se basa en síntomas observados y reportados y el período de tiempo que considera son los últimos 7 días. Se ha demostrado su validez convergente con medidas como la escala de depresión de Hamilton, Escala de Ansiedad de Hamilton, escala de síndrome Positivo y negativo, entre otras.¹⁰⁹ Se traducido al español mexicano.¹¹⁰ (**Anexo 7**). Tiempo promedio de aplicación: 1min

OMS-ASSIST V3.0: es una entrevista estructurada breve que cubre el consumo de 9 sustancias (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opioides), que evalúa el uso alguna vez en la vida, uso actual, consecuencias del uso y fallas en detenerse o reducir el consumo. Fue desarrollado por el Departamento de Salud Mental Y Abuso de Sustancias, Administración del Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El documento original fue realizado por Rachel Humeniuk y colaboradores y se encuentra disponible una traducción al español desde el sitio oficial de la OMS, realizada por José Martínez-Raga, Valencia, España. Consta de 8 preguntas, cada pregunta evalúa todas las sustancias incluidas. Debe ser administrado por un profesional de salud. El resultado de las 8 preguntas indica el nivel de riesgo asociado con el consumo de sustancias. Los niveles de riesgo son: bajo (0-10 pts para alcohol y 0-3 pts para el resto de las sustancias), moderado (11-26 pts para alcohol y 4-26 pts para el resto de las sustancias) y alto (≥ 27 pts para cualquier sustancia). Las puntuaciones más altas indican dependencia. La versión 3.0 se recomienda para uso con fines de investigación. La fase II del desarrollo de la herramienta se llevó a cabo en los años 2000-2002 en diferentes países del mundo. Se demostró su validez concurrente, predictiva y discriminatoria. Para el presente estudio, las sustancias se agruparon en 3 categorías: Tabaco, Alcohol y otras drogas.¹¹¹ (**Anexo 8**). Tiempo promedio de aplicación: 5min

Instrumento de evaluación de uso de Marihuana medicinal

International Questionnaire on use of Complementary and Alternative Medicine I-CAM-Q (modificado para marihuana): es un cuestionario originalmente desarrollado para medir uso de Medicina Alternativa y Complementaria (CAM), en el cual se recolectó información sobre el uso, vías de administración, la razón de uso, beneficio percibido, momento de uso, comunicación al médico y satisfacción con la atención médica. Desarrollado por Quandt et al en 2009.¹¹² Se utilizó una versión modificada de este cuestionario que constó de 22 reactivos divididos en 3 secciones donde se recolectó información exclusivamente sobre uso de marihuana medicinal. La primera sección constó de 8 reactivos donde se recolectó información sobre uso alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses de marihuana medicinal fumada y por otra vía de administración, razón principal de uso (si aplicaba) y el beneficio percibido sobre el uso (si aplicaba). Cada reactivo se calificó con respuestas de opción única. La segunda sección constó de 7 reactivos que recolectó información sobre los momentos de la enfermedad en los que utilizó marihuana con fin medicinal (si aplicaba). Cada reactivo se calificó con respuestas de opción única. La tercera sección recolectó datos sobre la fuente de información sobre el uso de marihuana como fin medicinal, la actitud hacia el uso de terapias alternativas y la comunicación de terapias alternativas a los médicos, así como la satisfacción percibida sobre la atención médica. Cada reactivo se calificó con respuestas de opción única, algunos reactivos aplicaron únicamente si ha habido utilizado.¹¹³ (**Anexo 9**). Tiempo promedio de aplicación: 5 min.

Instrumento De Personalidad

Big Five Inventory (BFI): es un cuestionario auto-aplicable con 44 reactivos que miden 5 dominios de rasgos de personalidad (Extraversión, Neuroticismo, Apertura, Amabilidad, Responsabilidad), según la teoría del modelo de 5 factores (*Big Five Factor Model*) de quien uno los principales impulsores fue Goldberg. Los reactivos se agrupan según el dominio. A mayor puntaje, mayor presencia de rasgos para ese dominio. La puntuación se calcula en base a los promedios de los reactivos para cada dominio (sumando todos los reactivos de cada dominio y dividirlo por el número de reactivos para ese dominio).¹¹⁴ No existe un punto de corte y para la interpretación de los puntajes se han descrito dos maneras: La generación de normas locales con la propia muestra y la comparación con normas externas. Se crearán normas locales usando los datos de la muestra, dividiendo en “puntaje alto” y “puntaje bajo” según la media para cada dominio.¹¹⁵ La escala fue desarrollada por John et al (Berkeley, EUA, 1991) y su validez convergente y discriminante ha sido demostrada por otros autores.^{116,117} Validado en español y en población mexicana. Ha sido utilizado en población clínica con Artritis Reumatoide. También, Reyes Zamorano et al demostraron su validez de constructo. Su α de Cronbach total es de 0.72, y para cada rasgo: Extraversión=0.76-0.85, Amabilidad=0.62-0.66, Responsabilidad= 0.77-0.78, Neuroticismo= 0.74-0.80, Apertura= 0.77-0.79.^{114,118} La aplicación del instrumento se realizó por un psiquiatra en formato de entrevista. (**Anexo 10**). Tiempo promedio de aplicación: 15 min.

Procedimiento

Durante el periodo de reclutamiento se registraron diariamente el número de pacientes con diagnóstico de AR que acudieron a la Consulta Externa de Reumatología del Departamento de Inmunología y Reumatología (CEDIR). Además, se revisaron las bases de datos de consultas telefónicas de los reumatólogos que la proveyeron para identificar potenciales participantes con AR. Se realizó un muestreo por conveniencia, no probabilístico y se invitaron a todos los pacientes identificados consecutivamente.

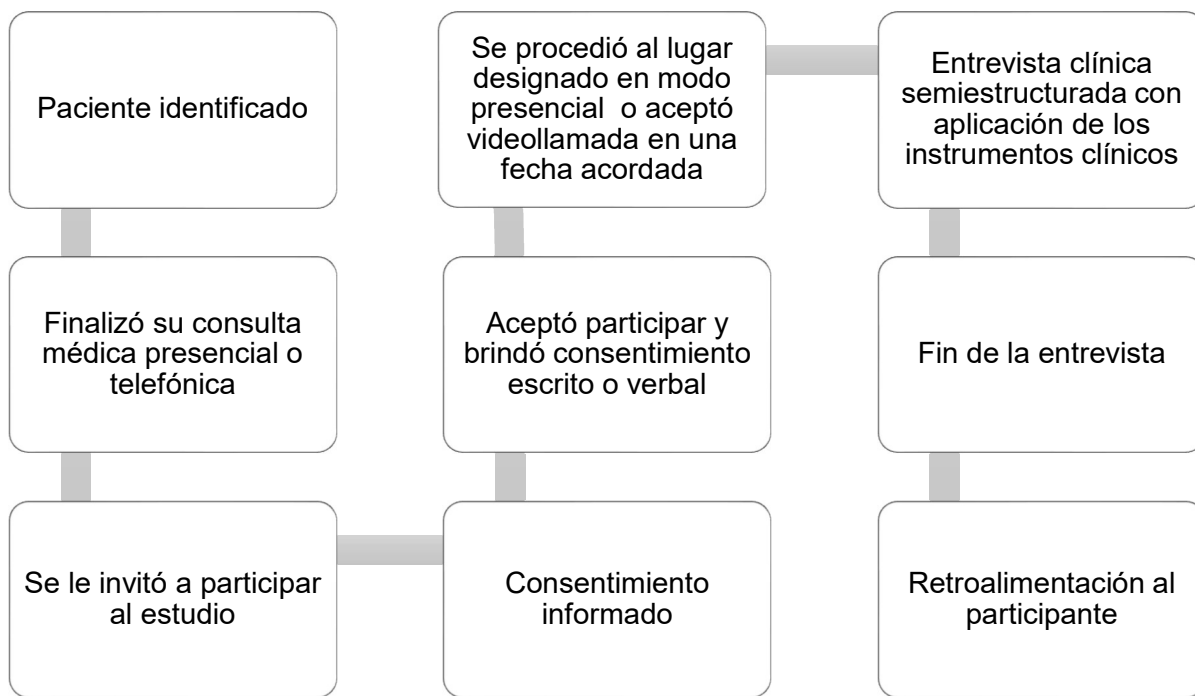
A los pacientes elegidos en consulta presencial se les invitó a participar y se les llevó al lugar designado para la entrevista, previa explicación del proyecto y obtención del consentimiento informado. Los pacientes de la base de datos de consultas telefónica fueron invitados a participar por su médico tratante y se les contactó de un teléfono designado en los días posteriores a haber recibido su consulta con el reumatólogo(a) y. A todos los potenciales participantes se les explicó el proyecto y se determinó su participación en base a su consentimiento. Se programó una fecha y una hora que fuera conveniente y la entrevista se realizó a través de videollamada usando un dispositivo electrónico mediante la aplicación de dispositivo más conveniente o intuitiva para ellos.

Características de la entrevista

En todos los casos al participante se le solicitó ser entrevistado de forma individual y sin ningún acompañante. Las entrevistas no fueron grabadas. En todos los casos las entrevistas, presenciales o por videollamada, se llevó a cabo por el mismo psiquiatra y tuvo una duración entre de 40 min a 1 hora. Las entrevistas presenciales se realizaron en un espacio designado en la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA). Previo al inicio de la entrevista se les comunicó el carácter confidencial de la información brindada, se reiteraron los objetivos y finalidad del proyecto a la vez que se les recordó que podían optar por no responder si ciertas preguntas si así lo deseaban o si durante algún momento de la entrevista deseaban terminar la misma, lo podrían hacer con solo comunicar. Se explicó que la entrevista consistía en diferentes instrumentos, cada uno con diversas opciones de respuesta los cuales se fueron detallando en la medida se avanzaba con la entrevista.

La entrevista clínica ayudó a valorar datos demográficos, antecedentes médicos psiquiátricos y no psiquiátricos, comorbilidades médicas, tiempo de evolución de la AR, tiempo de asistencia al Instituto, antecedentes de hospitalización en el último año, uso de alcohol, uso de tabaco, uso de otras sustancias, actividad de la enfermedad (incluyendo funcionalidad, dolor, autopercepción global), calidad de vida, síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, rasgos de personalidad y uso de marihuana con fin medicinal (incluyendo uso por vía fumada, tópica u oral, razones de uso, beneficios de uso, momento de uso, comunicación al médico y satisfacción con la atención médica). En todos los casos los instrumentos para recolectar la información fueron aplicados en el siguiente orden: formato de datos clínico-demográficos, OMS-ASSIST, Índice de Charlson, RAPID-3, QoLRA, PHQ-9, GAD-7, CGI, BFI, I-CAM-Q (modificado). El número y cambio de medicamentos (FARME y corticoesteroides) y número de comorbilidades médicas se registró del expediente electrónico en base a la última consulta médica con el reumatólogo asignado. Al final de la entrevista a todos los participantes se les dio una retroalimentación con respecto a las escalas aplicadas, orientación en temas de salud mental y los participantes fueron derivados a un servicio de salud mental si la situación lo ameritó (síntomas de ansiedad altos, síntomas de depresión altos, duelo complicado).

Se usaron preguntas con opciones de respuesta única, numérica o escala ordinal según cada instrumento. El orden de los instrumentos se estructuró de lo más general a lo más específico, intentando construir la confianza con el participante. Se llevó un registro numérico de los pacientes que decidieron no participar y la razón de dicha decisión, o bien que fueron excluidos en base a los criterios preestablecidos.



Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables principales de interés utilizando frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medias y desviaciones estándar (\pm) para variables continuas con distribución normal o medianas con rango intercuartilar (RIC, Q25- Q75) para las de distribución no normal. La distribución de las variables se determinó usando la prueba de normalidad de Shapiro-Wilks.

Posteriormente, se realizó un análisis comparativo dividiendo la muestra en dos grupos según el uso o no de marihuana medicinal en los últimos 12 meses. Para la comparación de variables categóricas se utilizó una prueba de Chi cuadrada (Pearson); mientras que para la comparación de las variables continuas se emplearon la *t* de student o la U de Mann Whitney de acuerdo con la distribución de los datos (normal o no normal). En aquellas variables que se encontraron diferencias en el análisis comparativo (univariado) y aquellas consideradas clínicamente relevantes se incluyeron en la regresión logística multivariada.

Para el análisis multivariado, la inclusión de variables se determinó en base a su significancia estadística en el análisis comparativo. Luego se evaluó la presencia de colinealidad entre las variables, mediante correlación de Spearman. Una correlación de Spearman (Rho) por encima de $\rho=0.80$ se consideró importante para evitar multicolinealidad en el modelo. Para la construcción de modelos se concibió inicialmente un modelo global (modelo A) que incluía todas las variables significativas. Para definir y contrastar dos modelos adicionales en busca del modelo más parsimonioso se utilizó un procedimiento de selección con criterios estadísticos. El criterio utilizado fueron las puntuaciones Z de la prueba de Wald de cada variable independiente incluida de la regresión multivariada en el modelo global. Las puntuaciones Z determinan la magnitud y precisión de cada coeficiente estimado de la variable independiente y su efecto sobre la variable de respuesta (MM). El modelo B excluyó las variables independientes que más contribuían al modelo (puntajes $Z > \pm 2$) mientras que el modelo C excluyó las variables que menos contribuían (puntajes $Z < \pm 1$).

La variable de diagnóstico psiquiátrico actual se mantuvo de manera consistente en todos los modelos, con base a un razonamiento de su relevancia clínica. Entonces, el modelo A incluyó el consumo de tabaco, los puntajes de RAPID-3, QoL-RA, PHQ-9 y GAD-7, el diagnóstico psiquiátrico actual, cada uno de los cinco puntajes de rasgos de personalidad y la modalidad de entrevista psiquiátrica. Luego, se excluyeron las variables que tenían mayor efecto (puntajes $Z > \pm 2$) en el modelo global y el modelo C excluyó las variables con menor efecto (puntajes $Z < \pm 1$) en el modelo global.

Para cada variable continua, se prefirieron las puntuaciones originales cuando se incluyeron en todos los modelos. El criterio de información de Akaike (AIC) se utilizó para contrastar y determinar el mejor modelo,^{119,120} evitando el sobreajuste o el subajuste.¹²¹ El estadístico pseudo- R^2 de McFadden y la prueba de Hosmer-Lemeshow se informan como medidas de bondad de ajuste de los modelos, así como el estadístico C para la precisión general. Todas las pruebas estadísticas fueron a dos colas y se estableció un nivel de significancia de 0,05. Los resultados de la regresión multivariada se expresan como razones de momios ajustadas (RMA), que son los coeficientes de regresión exponencial ($\exp\beta$), con su intervalo de confianza de 95% y que determinan la posibilidad que una variable independiente se asocie con un desenlace. Los análisis se realizaron utilizando STATA (versión 16.0, Stata Corp LLC, College Station, TX) y SPSS (versión 21.0, IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo el cumplimiento de las normas establecidas en la Declaración de Helsinki para investigación en seres humanos. Toda la información de los participantes fue manejada de forma confidencial. A los participantes se les reiteró que su participación era voluntaria y no afectaba su atención habitual en el instituto. No se recabaron nombres en la base de datos digitalizada. El número de expediente fue conservado para la recolección de datos sobre comorbilidades y número de medicamentos, pero se omitió en los análisis.

A todos los pacientes se les explicaron las características y objetivos de la investigación y, si aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado y obtuvieron una copia de este (**Anexo 11**) en caso de entrevistas presenciales, o bien aceptaban verbalmente en el caso de entrevistas por videollamada y se les envió un documento digital que contenía una estructura estandarizada del consentimiento verbal (**Anexo 12**).

El proceso ocurrió siempre previo a la realización de la entrevista. El paciente podía retirar su consentimiento informado en cualquier momento de la investigación, y de ser así su información no fue considerada. Los pacientes pudieron retirarse del estudio en cualquier momento, solicitándolo de forma verbal. El estudio en sí mismo no implicaba riesgo para la salud, pero si el paciente manifestara sentirse incómodo con cualquier parte de la entrevista se le daría la opción de poder finalizar la entrevista en ese momento y no tomar en consideración sus datos para la misma. A todos los pacientes se les recordó que podían decidir no contestar alguna pregunta si ésta les generaba incomodidad para hacerlo. Como beneficio, los pacientes recibieron una evaluación psiquiátrica a manera de tamizaje, además de una orientación en salud mental con respecto a síntomas de ansiedad y depresión que fueran clínicamente importantes y fueron canalizados al servicio de Psiquiatría o un servicio de salud mental en los casos que se detectaron síntomas que requieran manejo médico. Todos los participantes decidieron el mejor momento para realizar la entrevista, de acuerdo con su disponibilidad. El protocolo del proyecto y una enmienda de este fueron sometidos a evaluación al comité de ética de investigación (REG-CONBIOETICA-09-CEI-011-20160627) y comité de investigación local de la Institución, y fue aprobado con número de referencia: Ref.- 3319 (**Anexo 13 y Anexo 14**).

Resultados

Se invitó a participar a 240 pacientes ambulatorios con AR, entre los cuales 183 brindaron su consentimiento informado y aceptaron. Tres de ellos obtuvieron una puntuación ≥ 6 en el CGI-S y fueron excluidos. Finalmente, se analizaron los datos de 180 pacientes, entre los cuales 70 (38.9%) tuvieron una entrevista en persona y 110 pacientes (61.1%) optaron por una entrevista por videoconferencia (**Ilustración 1**).

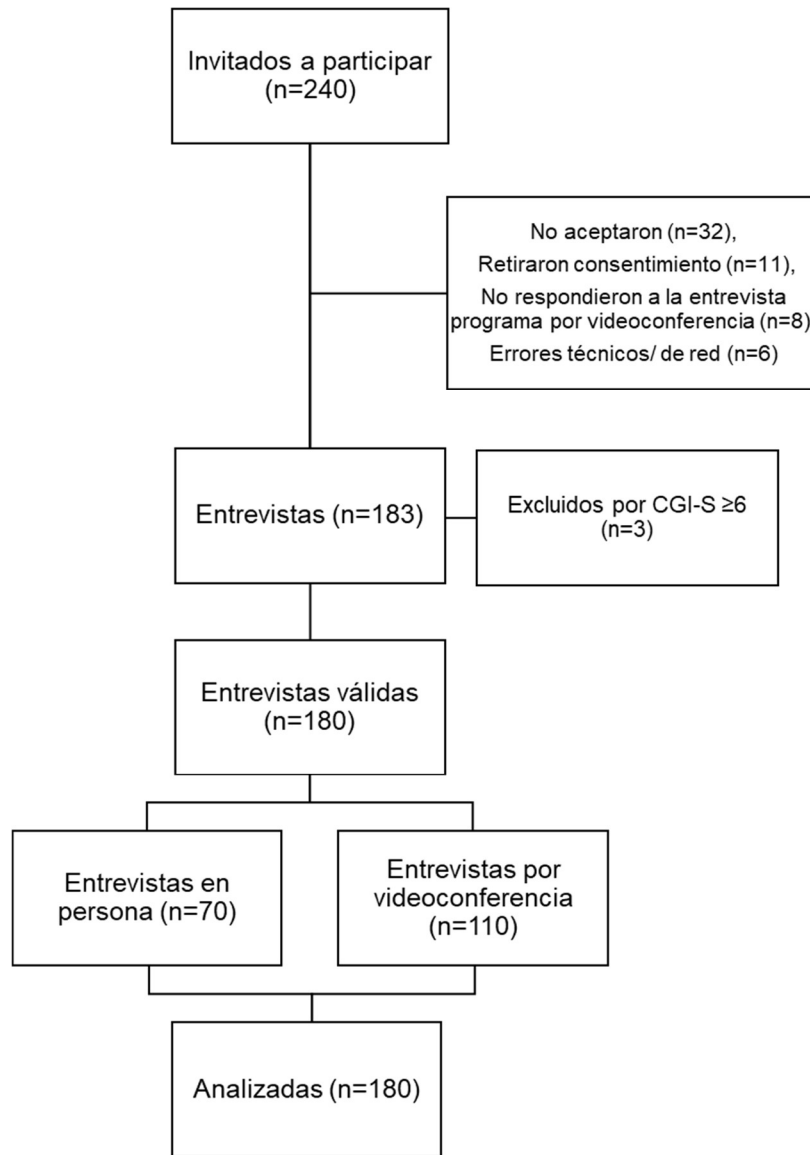


Ilustración 1 Flujograma de pacientes incluidos para entrevistas

Datos sociodemográficos

El cuadro 1 resume las características de la muestra. La mayoría de los participantes incluidos fueron mujeres, en la sexta década de la vida, con alta escolaridad, sin pareja y con ocupación remunerada.

Cuadro 1 Datos sociodemográficos de la muestra

Variabes Sociodemográficas	Resultado, n=180
Edad (en años)*	53.39 ± 12.99
Escolaridad (en años)*	11.67 ± 4.12
Sexo Femenino†	160 (88.89%)
Estado Civil Sin Pareja†	97 (53.89%)
Ocupación remunerada†	102 (56.67%)
Cambió la ocupación en los últimos 6 meses†	50 (27.80%)

Nota: *Media con desviación estándar. † Frecuencia y porcentaje, n(%).

Datos clínicos

En cuanto a la AR, la evolución de la enfermedad fue larga, así como la asistencia a la consulta externa del instituto. El uso de tabaco tuvo la proporción más alta en la categoría de uso con riesgo moderado en 16 (8.9%) pacientes. La mayoría de los participantes tenían al menos una comorbilidad médica y recibían al menos un FARME al momento de la entrevista, siendo la mediana de 1 FARME por paciente. El 39.8% estaba con corticoides al momento de la entrevista. Los datos sobre comorbilidades, cambios en el tratamiento de FARME y corticoesteroides, los puntajes de RAPID-3 y QoL-RA se encuentran detallados en el cuadro 2. Según las categorías de actividad propuestas para RAPID-3, 47 (26.1%) pacientes se encontraban en remisión, 23 (12.8%) tenían baja actividad, 49 (27.2%) moderada actividad y 61 (33.9%) alta actividad. Además, 128 (71.1%) pacientes cursaban con al menos una comorbilidad.

Datos de salud mental

Ningún paciente tuvo antecedente de hospitalización psiquiátrica. Hubo 22 (12.2%) participantes que tenían un diagnóstico psiquiátrico actual. La mediana de puntajes para síntomas depresivos mediante PHQ-9 fue de 4 (RIC= 1-8) y para los síntomas de ansiedad mediante GAD-7 fue de 3 (RIC=1-5.5), que se traducen en una ausencia de síntomas clínicamente relevantes. Por otro lado, 36 (20.0%) pacientes tenían síntomas moderados-severos de depresión y 13 (7.22%) tenían síntomas moderados-severos de ansiedad.

Datos de uso marihuana medicinal

Con respecto al uso de MM, 108 (60.0%, IC95% 52.6-66.9) pacientes la usaron alguna vez en la vida, pero el uso en los últimos 12 meses ocurrió en 53 pacientes (29.44%, IC 95% 23.2-36.5). El análisis y la presentación de resultados se basó en el uso reciente (período de tiempo de los últimos 12 meses).

El cuadro 3 detalla las características del uso de MM. La principal vía de uso fue tópica y el dolor asociado a AR fue la razón principal de uso. La percepción de al menos algún beneficio con el uso fue alta pero la comunicación de este uso al médico tratante fue baja.

Cuadro 2 Datos clínicos de la muestra

Variables Clínicas	Resultado, n=180
Evolución de AR (en años)*	15 (9-24)
Asistencia a Consulta de Reumatología (en años)*	11 (7-18.5)
Riesgo de abuso de sustancias con fin recreativo	
Tabaco riesgo leve†	164 (91.11%)
Tabaco riesgo moderado†	16 (8.89%)
Alcohol riesgo leve†	173 (96.11%)
Alcohol riesgo moderado†	7 (3.89%)
Otras sustancias riesgo leve†	179 (99.44%)
Otras sustancias riesgo moderado†	1 (0.56%)
Índice de Charlson*	0 (0-0)
Número de comorbilidades médicas*	1 (0-2)
≥1 comorbilidad médica†	128 (71.11%)
Número de FARME en la última visita*	1 (1-2)
Cambio en el FARME en la última visita	
Sin cambio†	111 (61.67%)
Disminuyó dosis/número de medicamentos†	14 (7.78%)
Aumentó dosis/número de medicamentos†	55 (30.56%)
Uso de corticoide en la última visita†	70 (38.89%)
Cambio en el corticoide en la última visita†	44/70 (62.85%)
Sin cambio†	27 (38.03%)
Disminuyó dosis/número de medicamentos†	25 (35.21%)
Aumentó dosis/número de medicamentos†	19 (26.76%)
RAPID3 (total)*	9.3 (3 -13.7)
RAPID3 (subescala dolor)*	4 (1-6)
RAPID3 (subescala autoevaluación)*	4 (1-6)
RAPID3 (subescala funcionalidad)*	1 (0-2.3)
QoL-RA*	7.81 (6.37-9.06)
Hospitalización por cualquier causa en el último año†	13 (7.22%)

Nota: *Mediana con rango Intercuartil, † Frecuencia y porcentaje, n(%). Abreviaturas: AR=Artritis Reumatoide, FARME=Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, RAPID-3=Routine Assesment of Patient Index Data-3, QoL-RA=Quality of Life in Rheumatoid Arthirtis.

Cuadro 3 Características de uso de marihuana medicinal

Variables de uso de MM	Resultado, n=53
Vías de administración*	
Tópica	52 (98.11%)
Fumada	9 (16.98%)
Oral	3 (5.66%)
Razón de uso	
Dolor asociado a AR	47 (88.6%)
Patrón de uso	
Crisis de dolor	46 (86.7%)
Percepción de beneficio	
Muy beneficioso	23 (43.40%)
Algo beneficioso	20 (37.74%)
Para nada beneficioso	9 (16.98%)
No recuerda	1 (1.89%)
Momento de uso*	
Antes de la atención médica	10 (18.87%)
Al inicio de la atención médica	8 (15.1%)
Durante la atención médica	51 (96.23%)
Abandono del tratamiento reumatológico	3 (5.66%)
Comunicación al médico de CAM	23 (43.4%)
Comunicación al médico de MM en los últimos 12 meses	10 (18.87%)
Satisfacción con la atención médica	48 (90.57%)

Nota: Todos los resultados se presentan como frecuencia y porcentaje, n (%). *Las categorías no eran excluyentes y los porcentajes no son sumativos. Abreviaturas: MM= marihuana medicina, AR= artritis reumatoide, CAM= medicina alternativa y complementaria.

Comparación de datos sociodemográficos según uso de marihuana medicinal

En el cuadro 4 se presentan los datos sociodemográficos del análisis univariado entre quienes usaron MM y los que no la utilizaron en los últimos 12 meses. Los pacientes fueron similares en edad, sexo, estado civil y ocupación.

Cuadro 4 Comparación de datos demográficos entre usuarios y no usuarios de marihuana medicinal en los últimos 12 meses

Variables Sociodemográficas	Sin Uso de MM	Con Uso de MM	Estadístico	p
	n=127	n=53		
	Resultado			
Edad (en años)*	52.95 ± 12.67	54.45 ± 13.78	t= -0.70	0.48
Escolaridad (en años)*	11.81 ± 4.26	11.35 ± 3.77	t= 0.67	0.50
Sexo Femenino†	111 (87.4%)	49 (92.45%)	X ² = 0.96	0.32
Estado Civil Sin pareja†	73 (57.48%)	24 (45.28%)	X ² = 2.24	0.13
Ocupación con actividad remunerada†	74 (58.27%)	27 (50.94%)	X ² =0.81	0.36
Cambió la ocupación en los últimos 6 meses†	33 (25.98%)	17 (32.08%)	X ² =0.69	0.40

Nota: *Media con desviación estándar, † Frecuencia y porcentaje, n(%).

Estadísticos de prueba: t de Student para datos continuos, Chi cuadrada para datos categóricos.

Comparación de datos clínicos según uso de marihuana medicinal

Los pacientes con uso de MM en los últimos 12 meses fueron iguales en el tiempo de evolución de la AR y número de comorbilidades, pero tuvieron mayor riesgo moderado en el uso de tabaco, mayor puntuación del RAPID-3 (junto a todas sus subescalas), y una menor puntuación de QoL-RA. Hubo menor comunicación del uso de terapias alternativas en comparación con los que no usaron MM (cuadro 5).

Comparación de datos de salud mental según uso de marihuana medicinal

Los usuarios de MM tuvieron puntuaciones más altas en las escalas de depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD-7), así como una mayor proporción de diagnóstico psiquiátrico actual (cuadro 6). Para fines exploratorios se hizo una categorización posterior de los síntomas de depresión tomando como punto de corte 10 puntos en las escalas PHQ-9 y GAD-7 para identificar síntomas depresivos y ansiosos clínicamente relevantes (moderados a severos), respectivamente.

Comparación de datos según modalidad de entrevista

Debido a que se agregó la modalidad de entrevista por videoconferencia en el transcurso del desarrollo de la investigación secundario a la pandemia por coronavirus, se exploraron las características de los pacientes comparando los que optaron por una entrevista presencial o por videoconferencia en base al razonamiento que el cambio en la metodología podría significar una diferencia en la divulgación de información hacia el entrevistador. En general, en esta comparación de las características de los pacientes de ambos grupos fueron similares en la entrevista presencial vs videoconferencia, excepto por la edad (55.7 ± 13.0 vs 51.9 ± 12.8, p=0.05), los años de escolaridad (10.9 ± 4.3 vs 12.2 ± 4, p=0.04), la presencia de comorbilidades médicas (80% vs 56.6%, p=0.03) y las puntuaciones del rasgo de apertura (2.89 ± 0.39 vs 3.12 ± 0.41, p <0.001). No hubo diferencia en la proporción de uso, o reporte de uso, de marihuana medicinal. Sin embargo, dado que la puntuación de un rasgo de personalidad (rasgo de apertura a la experiencia) fue diferente entre grupos de entrevista se decidió incluir a la modalidad de entrevista en el análisis multivariado ya que podría significar diferencias en la comunicación de la información por parte de los pacientes influidos por la personalidad.

Cuadro 5 Comparación de datos clínicos entre usuarios y no usuarios de marihuana medicinal en los últimos 12 meses

Variables clínicas	Sin Uso de MM n=127	Con Uso de MM n=53	Estadístico	p
	Resultado			
Tiempo Evolución AR (en años)*	14 (8-25)	15 (10-21)	z= -0.54	0.58
Asistencia a CEDIR (en años)*	10 (6-20)	12 (8-18)	z= -1.11	0.26
Riesgo de abuso de sustancias con fin recreativo				
Tabaco riesgo leve†	120 (94.49%)	44 (83.01%)	X ² =6.07	0.01
Tabaco riesgo moderado†	7 (5.51%)	9 (16.98%)		
Alcohol riesgo leve†	123 (96.85%)	50 (94.34%)	X ² =0.63	0.42
Alcohol riesgo moderado†	4 (3.15%)	3 (5.66%)		
Otras sustancias riesgo leve†	126 (99.21%)	53 (100%)	X ² =0.41	0.51
Otras sustancias riesgo moderado†	1 (0.79%)	0 (0)		
Índice de Charlson*	0 (0-0)	0 (0-0.5)	z= -0.37	0.68
Número de comorbilidades médicas*	0 (1-2)	0 (1-2)	z= 0.05	0.95
Número de FARME en la última visita*	1 (1-2)	2 (1-2)	z= -1.37	0.16
Cambio en el FARME en la última visita				
Sin cambio†	82 (64.57%)	29 (54.72%)		
Disminuyó dosis/número de medicamentos†	12 (9.45%)	2 (3.77%)	X ² =5.08	0.07
Aumentó dosis/número de medicamentos†	33 (25.98%)	22 (41.51%)		
Uso corticoide en la última visita†	55 (43.31%)	15 (28.30%)	X ² =3.54	0.06
Cambio en el corticoide en la última visita				
Sin cambio‡	21/55 (38.18%)	5/15 (33.33%)		
Disminuyó dosis/número de medicamentos‡	21/55 (38.18%)	4/15 (26.67%)	X ² =1.67	0.43
Aumentó dosis/número de medicamentos‡	13/55 (23.64%)	6/15 (40.0%)		
RAPID3 (total)*	7.3 (1.5 -13.3)	10.7 (7.3-14.3)	z= -2.81	0.004
RAPID3 (dolor)*	3 (1-6)	5 (3-7)	z= -2.72	0.006
RAPID3 (autoevaluación)*	3 (0-5)	5 (3-6)	z= -2.48	0.01
RAPID3 (funcionalidad)*	0.7 (0-2.3)	1.7 (0.3-2.7)	z= -2.92	0.003
QoL-RA (total)*	8.12 (6.37-9.25)	7.5 (6.5-8.37)	z= 2.00	0.04
Hospitalización en los últimos 12 meses†	9 (7.09%)	4 (7.55%)	X ² =0.01	0.91
Comunica al médico el uso de terapias alternativas†	88 (69.29%)	23 (43.40%)	X ² =10.6	0.001
Satisfecho con la atención médica†	118 (92.91%)	48 (90.57%)	X ² =0.28	0.59

Nota: *Mediana con rango intercuartilar. †Frecuencia y porcentaje, n(%) ‡En base a los que utilizaban corticoides en la última visita. Estadísticos de prueba: U de Mann-Whitney para datos continuos, Chi cuadrada para datos categóricos. Abreviaturas: MM= marihuana medicinal, AR= artritis reumatoide, CEDIR= Consulta Externa de Reumatología del Departamento de Inmunología y Reumatología, FARME= fármaco antirreumático modificador de la enfermedad, RAPID-3=Routine Assesment of Patient Index Data-3, QoL-RA=Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. Los datos con p<0.05 se encuentran en negrita.

Cuadro 6 Comparación de datos de salud mental entre usuarios y no usuarios de marihuana medicinal en los últimos 12 meses

Variables de salud mental	Sin Uso de MM n=127	Con Uso de MM n=53	Estadístico	p
	Resultados			
PHQ-9*	4 (1-7)	6 (2-12)	z= -2.32	0.02
Punto de corte ≥10 puntos†	20 (15.7%)	16 (30.2%)	X ² =4.87	0.02
GAD-7*	2 (0-5)	4 (2-6)	z= -2.31	0.02
Punto de corte ≥10 puntos†	7 (5.5)	6 (11.3%)	X ² =1.88	0.17
Diagnóstico psiquiátrico actual†	11 (8.66%)	11 (20.75%)	X ² =5.09	0.02

Nota: *Mediana con rango intercuartilar. †n(%). Estadísticos de prueba: U de Mann-Whitney para datos continuos, Chi cuadrada para datos categóricos. Abreviaturas: PHQ-9= Patient Health Questionnaire-9, GAD-7= General anxiety disorder-7. Los datos con p<0.05 se encuentran en formato negrita.

Datos de Personalidad

El cuadro 7 resume los puntajes de los rasgos de personalidad de la población. El rasgo de neuroticismo mostró la puntuación más alta en toda la muestra, mientras que el rasgo de responsabilidad fue el más bajo. Los puntos de corte basados en normas locales (puntuación promedio +1 DE) fueron de 3.31 puntos para extraversión, 3.54 puntos para amabilidad, 3.34 puntos para conciencia, 3.81 puntos para neuroticismo y 3.45 puntos para apertura. En consecuencia, hubo 30 pacientes (16.7%) en la categoría con puntuaciones altas del rasgo de extraversión, 32 (17.8%) en el de amabilidad, 25 (13.9%) en los de responsabilidad y neuroticismo y 30 (16.7%) pacientes en la del rasgo de apertura.

Cuadro 7 Datos de las puntuaciones de los rasgos de personalidad para la muestra total y según el uso de marihuana medicinal

Rasgos de personalidad	Muestra total n=180	Sin Uso de MM n=127	Con Uso de MM n=53	Estadístico	p
Resultados, Media ± DE					
Rasgos de Extraversión	3.01 ± 0.30	3 ± 0.30	3.02 ± 0.32	t= -0.3	0.74
Rasgos de Amabilidad	3.16 ± 0.38	3.14 ± 0.37	3.19 ± 0.39	t= -0.78	0.43
Rasgos de Responsabilidad	2.93 ± 0.41	2.95 ± 0.37	2.89 ± 0.50	t= 0.92	0.35
Rasgos de Neuroticismo	3.47 ± 0.34	3.47 ± 0.33	3.48 ± 0.35	t= -0.21	0.82
Rasgos de Apertura	3.03 ± 0.42	2.97 ± 0.40	3.16 ± 0.44	t= -2.70	0.007

Nota: todas las variables continuas se resumen con su media y desviación estándar (DE).
Estadístico de prueba: prueba t de Student para muestras independientes.

Comparación de datos de Personalidad según uso de marihuana medicinal

Cuando se compararon las puntuaciones de los rasgos de personalidad según el uso de MM en los últimos 12 meses se observó una mayor puntuación del rasgo de apertura en aquellos que la habían utilizado (cuadro 7).

Análisis multivariado

Las RMA de las variables en los modelos de regresión logística multivariada se muestran en el cuadro 3 junto con las medidas posestimación de cada modelo. Comparativamente, el modelo C mostró el mejor ajuste según el criterio de información de Akaike (AIC = 209.5) y los estadísticos posestimación indicaron un buen ajuste del modelo.

En dicho modelo, el riesgo moderado en el consumo de tabaco (RMA: 3.36, IC 95%: 1.04-10.7, p = 0.04), la puntuación del rasgo de personalidad de apertura (RMA: 2.81, IC 95%: 1.11-7.10, p = 0.02) y la puntuación RAPID-3 (RMA: 1.10, IC 95%: 1.01-1.19, p = 0.02) se asociaron de forma independiente con la MM. Por otro lado, en el modelo A, el riesgo moderado en el consumo de tabaco y la puntuación RAPID-3 se asociaron con la MM. En el modelo A, el rasgo de apertura (RMA: 2.46, IC del 95%: 0.95-6.35, p = 0.06) y la modalidad de entrevista (RMA: 0.47, IC del 95%: 0.22-1.02, p = 0.06) no alcanzaron el umbral establecido para la significancia estadística.

Cuadro 8 Comparación de modelos de regresión logística multivariada para el uso de MM

Variable independiente	Modelo A	Modelo B	Modelo C
	RMa (IC 95%)		
Uso de tabaco (ASSIST riesgo moderado)	3.82 (1.13-12.9)*	NA	3.36 (1.04-10.79)*
RAPID-3	1.10 (1.01-1.20)*	NA	1.10 (1.01-1.19)*
QoL-RA	-	-	-
PHQ-9	-	-	NA
GAD-7	-	-	-
Diagnóstico psiquiátrico actual	-	-	-
Extraversión	-	-	NA
Amabilidad	-	-	NA
Responsabilidad	-	-	NA
Neuroticismo	-	-	NA
Apertura	2.46 (0.95-6.35)†	2.85 (1.14-7.09)*	2.81 (1.11-7.10)*
Entrevista por videoconferencia	0.47 (0.22-1.02)†	0.53 (0.25-1.12)†	0.48 (0.22-1.01)†
Posestimación			
AIC	217.3	224.1	209.5
Pseudo R2	0.12	0.07	0.11
Hosmer-Lemeshow X2 (valor p)	7.67 (0.46)	7.88 (0.44)	5.98 (0.64)
Estadístico C	0.72 (0.63-0.80)	0.68 (0.58-0.77)	0.71 (0.62-0.79)

Nota: *p<0.05. †p<0.10

Abreviaturas: MM=marihuana medicinal. RMa= razón de Momios ajustada ASSIST=Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, RAPID-3=Routine Assessment of Patient Index Score-3. QoL-RA=Quality of Life in RA scale. PHQ-9= patient health questionnaire-9, GAD-7=Generalized Anxiety Disorder-7. NA= no aplica (no se incluyó en ese modelo), AIC=criterio de información de Akaike.

Discusión

Este estudio se desarrolló en pacientes de un centro de referencia de tercer nivel para AR. Las evaluaciones se realizaron de manera estandarizada para permitir un abordaje integral y objetivo de las variables clínicas, la salud mental, la MM y la personalidad en condiciones clínicas habituales. Aproximadamente, un tercio de los pacientes usaron MM, principalmente por vía tópica. El rasgo de apertura se asoció con el uso de MM. Otros factores asociados fueron la actividad/severidad de la AR y el riesgo moderado en el consumo de tabaco.

En cuanto al uso reportado de MM en los últimos 12 meses, el porcentaje de uso es similar a lo descrito en diferentes poblaciones de pacientes con enfermedades reumáticas,^{41,43,122} aunque también se han reportado porcentajes más bajos en poblaciones canadienses.^{42,123} El uso de MM alguna vez en la vida fue más alto y ocurrió en más de la mitad de los participantes. Esto significa que el contacto con la marihuana es frecuente en el curso de la enfermedad. En México, no hay contribuciones publicadas sobre MM específicamente en AR, pero existe literatura sobre el uso de la CAM donde la marihuana tópica es usada por el 8% al 31% de los pacientes con enfermedades reumáticas.^{124,125} Caballero-Hernández et al encontraron que el sexo femenino y la alta escolaridad eran características de quienes usaban CAM.¹²⁴ Esto es similar a nuestros hallazgos con MM. La población de nuestro estudio fue típica de pacientes con AR y diferente socio-demográficamente de la mayoría de otras poblaciones en quienes se han estudiado y reportado la personalidad o el uso de marihuana. Nuestros pacientes prefirieron el uso tópico de MM, cuya formulación no se espera que tenga propiedades psicoactivas. Una revisión de 49 estudios, que abordó las características de los usuarios y sus percepciones sobre el consumo de cannabis para tratar el dolor musculoesquelético crónico, encontró que la inhalación había sido el patrón de uso más frecuente entre los usuarios.¹²² La preferencia por una vía tópica de MM puede estar motivada por aspectos culturales e históricos relacionados al uso de hierbas como tratamientos médicos¹²⁶ y una percepción de riesgo menor en el contexto de la AR,¹²⁷ ya que la inhalación se percibe con mayor frecuencia como uso recreativo y asociada a enfermedad mental.¹²⁸ Además, la publicidad de esta sustancia con fin medicinal puede también estar jugando un rol importante, aunado a las ganancias económicas percibidas por el sector que la produce.¹²⁹ En este estudio, la mayor motivación al uso de MM fue para el manejo de síntomas de dolor en el contexto de la AR y estuvo circunscrito principalmente a las crisis de dolor. La mayoría de los participantes percibieron al menos alguna utilidad para el control del dolor. En nuestros pacientes, la mediana general de la puntuación de la escala visual análoga de dolor (incluida en el RAPID-3) fue de 4. Una puntuación entre 1 y 2.5 se ha reconocido que refleja un control adecuado del dolor.¹³⁰ Por otro lado, más de la mitad de pacientes tenían actividad moderada o severa de la enfermedad, lo que se traduce en mayor dolor. Esto es relevante ya que el paciente puede iniciar la búsqueda de tratamientos alternativos (o aceptar los publicitados para tal fin) con el solo objetivo de aliviar un síntoma puntual, sin necesariamente tener en cuenta otros aspectos como el daño crónico.¹²⁹

Las percepciones de riesgo para la salud modulan la experiencia de normalización en el uso de marihuana.¹³¹ Caballero-Hernández et al. describieron recientemente que las modalidades tópicos de CAM a base de hierbas, que incluyen formulaciones con marihuana, fueron las más utilizadas en pacientes con enfermedades reumáticas de Chihuahua, México.¹²⁴ El uso con el tratamiento reumatológico fue concomitante en nuestra población como se ha descrito con el uso de terapias alternativas¹²⁶ pero un pequeño porcentaje (5.6%) refirió haber disminuido las dosis de sus medicamentos antirreumáticos en algún momento del tratamiento debido al uso de MM. La percepción en la atención clínica fue buena y la motivación al uso de MM no estuvo relacionada con factores

relacionados a esta percepción. En ese sentido, el uso de MM no pareciera afectar la adherencia al tratamiento indicado por los médicos, pero la adherencia no se evaluó de manera extensa y amerita mayor investigación. Al mismo tiempo, pese que la mayoría de los pacientes estuvieron de acuerdo en que la MM debería comunicarse con su reumatólogo, solo una minoría de ellos comunicó el uso. La falta de comunicación de los pacientes sobre el MM se ha descrito previamente en enfermedades reumáticas¹²³ y es casi universal y a un ritmo similar al observado con el uso de CAM.¹³²

También se ha descrito que los médicos no se sienten preparados o en ocasiones no quieren responder las preguntas de los pacientes con respecto al uso de MM.^{133,134} Por otro lado, la percepción del tipo de sustancia (como una ilegal) podría también modular su comunicación al médico tratante. Durante la realización de este estudio no se había definido el estatus legal del cannabis y sus productos en México, por lo que su uso era informal y no estaba regulado. Estas actitudes combinadas, manifestadas por el personal de salud y percibida por los pacientes junto con el estatus legal de la sustancia podría explicar en alguna forma la poca comunicación de su uso.

Al comparar las características según el uso de MM, los factores demográficos no tuvieron una relación significativa con el uso. Por otro lado, si hubo diferencia en los usuarios de MM en términos del uso de tabaco, actividad/severidad de la AR (traducido a mayor dolor reportado y mayor discapacidad), una tendencia a tener incrementos de FARME y una menor proporción de uso de corticoesteroides, menor calidad de vida. Publicaciones anteriores destacan que el dolor crónico es la razón más común de MM entre los adultos.^{41,43,134–136} Aún más, los pacientes pueden llegar a describir el uso de MM como una terapia alternativa conjunta al uso de FARME o para reducir las dosis de estos.¹³⁷ Las diferencia observada en cuanto al uso de los medicamentos antirreumáticos y corticoesteroides entre usuarios de MM puede obedecer a la actividad misma de la enfermedad. Pacientes con mayor actividad tendían a utilizar más terapias alternativas para el control de dolor y tenían mayor probabilidad de incremento de dosis de FARME para el tratamiento de una mayor actividad.

En cuanto a las variables de salud mental, los síntomas de ansiedad y depresión fueron mayores en los usuarios de MM, y se observó una mayor proporción de diagnósticos psiquiátricos. Ya se ha descrito una mayor incidencia de ansiedad con el uso de marihuana, pero estos hallazgos no se mantienen cuando se utilizan análisis ajustados donde se controlan por múltiples confusores.¹³⁸ Por su parte, la depresión se ha relacionado de manera bidireccional con el uso de marihuana¹³⁹ e incluso como motivo frecuente para uso medicinal.^{41,43} El uso descrito de marihuana en los estudios donde se relaciona con síntomas afectivos ha sido en el contexto de uso recreacional o con formulaciones cuyas propiedades psicoactivas son posibles (inhalaada u oral).

La personalidad es un constructo importante para la salud general. En esta población, el rasgo de neuroticismo tuvo la puntuación más alta mientras que el rasgo de responsabilidad tuvo la más baja. Bucourt et al. apoyan el hallazgo de altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de responsabilidad en población con enfermedades reumáticas, incluyendo la AR. Ellos asociaron esos rasgos con el dolor crónico.¹⁴⁰ En comparación con la población general mexicana, los puntajes de nuestros participantes fueron más bajos en los dominios de extraversión, amabilidad, responsabilidad y apertura mientras que fueron más altos en neuroticismo.¹¹⁸ Esto podría estar relacionado a las características clínicas de la población. Se ha descrito en análisis transversales y longitudinales que los rasgos de personalidad pueden ser modificados por las trayectorias de las enfermedades crónicas, incluida la artritis, en donde un mayor número de comorbilidades tienen un efecto aditivo en la modulación de los rasgos de personalidad.¹⁴¹ Sin embargo, el rasgo de apertura fue el único que mostró diferencia en el análisis univariado donde aquellos que utilizaban MM tenían niveles más altos de apertura. La apertura

tiene una definición muy amplia e implica una propensión a ser “flexible cognitivamente”, tener pensamiento divergente y una tendencia a ser intelectualmente curioso, captar nuevas ideas, ser perceptivo, imaginativo, liberal, no conformista y buscar activamente la experiencia,¹⁴² características que podrían explicar una mayor proporción en el uso de MM. Estas características podrían traducirse en aceptar o buscar tratamientos para mejorar la experiencia relacionada a síntomas cuyas características no han sido totalmente resueltas por el tratamiento tradicional. La no conformidad, junto con la curiosidad intelectual, permitiría la búsqueda y permisividad de uso de tratamientos que son diferentes a la norma en el contexto del uso medicinal de la sustancia.

Las expectativas del paciente, combinado con la actividad de la enfermedad, el dolor y la percepción de mejoría modularían la búsqueda de tratamientos divergentes que estarían mediados por el no conformismo, y a la vez siendo perceptivo a tratamientos no tradicionales o explorando nuevas alternativas bajo la curiosidad de un posible efecto beneficioso lidiando con la no-regularidad del propio tratamiento alternativo, derivado del estatus legal del mismo a través de la liberalidad.

Finalmente, en el análisis exploratorio y descriptivo de las puntuaciones de los rasgos de personalidad dicotomizadas se mostró que el rasgo de amabilidad tuvo el mayor porcentaje de pacientes asignados en la categoría de niveles altos y el rasgo de responsabilidad obtuvo el porcentaje más bajo. Ambos rasgos son predictores de las expectativas de salud. Sirosis et al. describieron que la amabilidad, la responsabilidad y la apertura se han relacionado positivamente con una mejor salud autoevaluada futura en pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo artritis.¹⁴³

El modelo de regresión mejor ajustado indicó que la actividad de la enfermedad, el uso de tabaco y el rasgo de apertura se asociaron de manera independiente con el uso de MM. No hubo influencia de los síntomas afectivos sobre este uso a pesar que el rasgo de apertura se ha asociado tanto con la ansiedad y la depresión como con el uso de MM en otras poblaciones.¹⁴⁴ En nuestros hallazgos, este rasgo se asoció más con los datos clínicos que con los de salud mental .

Una alta proporción de nuestros pacientes reportaron usar MM exclusivamente para las crisis de dolor, por lo tanto, el alivio del dolor fue un motivador importante. El instrumento que utilizamos para la medición de la actividad de la enfermedad es un índice que incluye tres medidas del conjunto de datos básicos del Colegio Americano de Reumatología (ACR) informadas por el paciente para la AR, y estas medidas (incluida la de dolor) fueron más altas en los participantes con uso de MM al igual que en la puntuación total. Una puntuación RAPID-3 más alta mantuvo su asociación con MM incluso en el análisis multivariado. El control del dolor parece ser una motivación primaria para MM a pesar de otras variables contribuyentes. Una revisión reciente sobre las percepciones de las personas que sufren dolor crónico, y que consumen cannabis por razones terapéuticas, encontró que los usuarios reportaron percibir alivio sintomático además de efectos positivos en el bienestar psicológico.¹²² Con respecto a los FARME, recientemente se ha descrito que una limitada eficacia percibida de estos medicamentos por los pacientes con enfermedades reumáticas de México fue una motivación para el uso de CAM; donde las formulaciones incluyeron ungüentos a base de mentol que incluían marihuana.¹²⁴ Dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos sobre marihuana^{56,145} identificaron solo un ensayo clínico centrado exclusivamente en la AR en el que los autores informaron que los cannabinoides condujeron a una disminución en algunos aspectos del dolor. Por otro lado, un consumo de tabaco más frecuente también fue un factor asociado a la MM. En este aspecto no existe un consenso en la literatura, pero se ha descrito un uso conjunto de MM y tabaco.¹⁴⁶ Lucas et al., observaron un patrón opuesto donde el consumo de tabaco disminuyó después del inicio del MM a través de formulaciones inhaladas u orales en una población que incluía pacientes con artritis.¹⁴⁷ El

uso de tabaco se encuentra asociado con síntomas ansiosos y depresivos,¹⁴⁸ pero no observamos una influencia de estos en el análisis multivariado. Futuras investigaciones deberían evaluar esta asociación en pacientes con artritis reumatoide y su influencia en factores clínicos y de salud mental. El uso de tabaco es relevante en términos de interacciones de medicamentos y se ha asociado como factor de riesgo para AR así como con una peor evolución y que podría explicar una mayor actividad de la misma.¹⁴⁹

Es importante mencionar que nuestro estudio se enfocó en la conducta del uso de MM más que en las propiedades terapéuticas de la misma. El rasgo de apertura fue el único rasgo de personalidad que se relacionó con MM, tanto en el análisis univariado como en el multivariado. La personalidad se ha relacionado de manera independiente con algunos de los aspectos previamente descritos. Por ejemplo, la apertura se ha evidenciado como un rasgo predictor a la respuesta a placebo.¹⁵⁰ Esto podría explicar en parte la alta proporción en la percepción de beneficio reportada por los pacientes. Un análisis exploratorio mostró que altos niveles de neuroticismo y responsabilidad tuvieron tendencia entre aquellos que percibieron al menos algún grado de beneficio con MM. Esto hace plausible un patrón de conducta que involucre directamente algunos rasgos de personalidad que modulen de forma el uso de MM, aun cuando las formulaciones no estén estandarizadas ni se haya demostrado su potencial terapéutico. La no estandarización de las preparaciones obedece al estatus legal de la sustancia en México durante el periodo de realización del estudio. Con respecto a la personalidad, los individuos con mayor apertura pueden tolerar más la ambigüedad, permitiendo así el uso de una sustancia no regulada.¹⁴² Aun así, estos individuos pueden no comunicar el uso de manera proactiva y esto deberse más a la percepción de la sustancia que a la percepción de la relación terapéutica con el médico. Los rasgos de personalidad no se relacionaron con la preferencia en la comunicación al médico sobre el uso de MM.

La apertura también se encontró asociada con la actividad de AR y con el uso de tabaco. En presencia de una mayor actividad de la enfermedad (que incluye más dolor y/o discapacidad) el rasgo de apertura puede tener una interacción dinámica y servir como facilitador en la conducta de uso de MM. Se ha demostrado que la percepción de la intensidad y la duración del dolor, así como su respuesta al medicamento, estuvo relacionada con el rasgo de apertura en pacientes con dolor crónico durante la primera ola de la actual pandemia por COVID-19.¹⁴⁴ Exploramos la relación directa de la personalidad con el uso de sustancias recreativas en nuestra muestra y la única relación encontrada de la personalidad para el uso de cualquier sustancia recreativa fue para el rasgo de apertura. Por otro lado, Zvolensky et al. apoyan esta observación y describen que el rasgo de apertura estuvo relacionado con el uso de tabaco alguna vez en la vida.¹⁵¹ Una compleja interacción puede estar ocurriendo entre la personalidad, la actividad de la enfermedad y otras motivaciones del consumo de tabaco que se relacionan con el uso de MM. Todos estos factores deben ser abordados de manera proactiva en la evaluación clínica ya que puede tener implicaciones importantes para la salud a largo plazo.

Limitaciones

Es necesario abordar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, nos centramos en el consumo reciente de cannabis estrictamente medicinal, mientras que estudios previos han demostrado que tener una familiaridad previa con el consumo recreativo de cannabis podría explicar el uso de MM en pacientes con enfermedad reumática.⁶ En segundo lugar, utilizamos una medida de autoreporte para MM que no ha sido validada formalmente en la población mexicana y puede condicionar al sesgo de recuerdo.

Es relevante mencionar que el uso tópico evitaría la posibilidad de niveles detectables de la sustancia en sangre u orina por lo que el autoreporte puede ser un sustituto adecuado para evaluar el uso. En tercer lugar, el diagnóstico psiquiátrico actual se estableció a través de los registros médicos electrónicos. Una evaluación estructurada de este aspecto podría emplearse en futuras investigaciones. En cuarto lugar, el estudio tuvo lugar durante la pandemia de COVID-19 y esto puede haber influido en los resultados en términos de actividad relacionada con la AR, afecciones comórbidas psiquiátricas, gravedad de la ansiedad y depresión y el uso de MM. Quinto, se ha sugerido que la medida RAPID3 no captura adecuadamente la actividad de la enfermedad y sus componentes objetivos^{152,153} aunque si se correlaciona con los componentes subjetivos de la misma y otros autores sí han encontrado correlacionado con otras medidas de actividad.⁹⁵ La medida de actividad fue complementada con la evaluación reumatológica y evidenciada por cambios en el tratamiento médico. Sexto, la naturaleza transversal del diseño no permite establecer relaciones causales. El diseño del estudio contrasta con la naturaleza dinámica de la actividad clínica de la AR que puede cursar con picos de crisis de dolor y cuya trayectoria puede ser difícil capturar con el diseño actual.

Por último, la percepción del impacto de los síntomas físicos depende no solo de su presencia, sino también de otros factores como el estilo de afrontamiento del individuo, la regulación de las emociones, la adherencia a la medicación y el bienestar subjetivo. Estas asociaciones no se exploraron aquí y deben considerarse en futuras investigaciones.

Conclusiones

Con estos hallazgos ofrecemos datos sobre la asociación de la personalidad con el uso de MM en una población mexicana con AR, cuya perspectiva no se había descrito previamente. Este estudio muestra que el uso de MM es muy frecuente y es explicado por factores individuales que incluyen la actividad / gravedad de la enfermedad reumática subyacente y factores propios del paciente. Cada vez está más claro que los pacientes con AR pueden tener necesidades no satisfechas por la medicina tradicional y que es necesario que el personal de salud y los pacientes participen en diálogos sobre las metas y las percepciones de esta. La vía de administración de MM puede ser importante y estar revelando un escenario muy específico de uso de MM dentro de la AR. La personalidad es un elemento importante dentro de todo el abordaje biopsicosocial del paciente.⁹² En esta investigación incluimos solo algunos elementos de la dimensión psicológica (personalidad, síntomas afectivos, diagnósticos psiquiátricos) para observar su influencia sobre la dimensión biológica (actividad de la enfermedad, síntomas físicos) en relación al uso de MM. El contexto social no fue directamente medido y únicamente se describe en términos de datos extrapolados sobre el contexto cultural en relación con el uso de sustancias y hierbas con fin medicinal. El impacto y los alcances de la dimensión social pueden ser investigadas en el futuro. Un entendimiento de la perspectiva interna, las motivaciones y conductas de los pacientes brindan información necesaria para una atención centrada en sus necesidades. Es importante que los reumatólogos inicien conversaciones proactivas y abiertas sobre uso de MM, sin generar estigma y para facilitar la confianza o el acuerdo en resultados esenciales relacionados con la salud. La MM en este contexto no parece estar relacionada con la sustitución de tratamientos ni es afectada por la percepción de la relación médico-paciente, pero si se relaciona con la actividad de esta y el dolor percibido. Estos hallazgos apoyan la relevancia de un enfoque centrado en el paciente, que debe ser sensible a la individualidad y autonomía del paciente. También existe la necesidad de definir bajo qué circunstancias los rasgos de personalidad son una vía legítimamente ética para la intervención médica.

Proporcionamos evidencia para creer que la personalidad, particularmente el rasgo de apertura tiene un papel en la motivación para el uso de MM y que esto no está necesariamente relacionado ni con la psicopatología, factores demográficos, duración de la enfermedad o la cantidad de comorbilidades. No obstante, estos últimos aspectos son relevantes en todo el contexto de la enfermedad. Un panorama más amplio surge en la medida que nos acercamos a este complejo fenómeno en una población con enfermedades crónicas como la AR donde su uso también se asocia con factores externos. Estos hallazgos pueden generalizarse a poblaciones con características similares y complementar el conocimiento actual sobre el tema.

Referencias

- 1 Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo, Anthony S. Fauci. *Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol.1 & Vol.2)*. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC, 2015.
- 2 Papadakis MA. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 2021. New York: McGraw-Hill Education, 2021.
- 3 García Sevillano R. Avances en artritis reumatoide. *An. Real Acad. Farm.* 2014; **1**: 126–50.
- 4 Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; **62**: 2569–81. <https://doi.org/10.1002/art.27584>.
- 5 Contreras-Yáñez I, Guaracha-Basañez G, Ruiz-Domínguez D, Pascual-Ramos V. Patient's perspective of sustained remission in rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2017; **18**: 379. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1717-8>.
- 6 Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, et al. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl* 2011; **86**: 3–8. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100951>.
- 7 Espinosa Balderas D, Hernández Sosa MdC, Cerdán Galán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Atención Familiar* 2017; **24**. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.2.59153>.
- 8 Smith HR, Brown A, Diamond H, Temprano K. Rheumatoid Arthritis (RA): Practice Essentials, Background, Pathophysiology. <https://emedicine.medscape.com/article/331715-overview#a6> (accessed May 16, 2021).
- 9 Hamlin AS, Robertson TM. Pain and Complementary Therapies. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2017; **29**: 449–60. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.005>.
- 10 Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie SJ. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: a population based study. *Complement Ther Clin Pract* 2014; **20**: 339–46. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.008>.
- 11 Alrowais NA, Alyousefi NA. The prevalence extent of Complementary and Alternative Medicine (CAM) use among Saudis. *Saudi Pharm J* 2017; **25**: 306–18. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2016.09.009>.
- 12 Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health* 2018; **46**: 448–55. <https://doi.org/10.1177/1403494817733869>.
- 13 Choi B, Han D, Na S, Lim B. Factors related to the parallel use of complementary and alternative medicine with conventional medicine among patients with chronic conditions in South Korea. *Integr Med Res* 2017; **6**: 223–29. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2017.04.002>.
- 14 Efthimiou P, Kukar M. Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis: proposed mechanism of action and efficacy of commonly used modalities. *Rheumatol Int* 2010; **30**: 571–86. <https://doi.org/10.1007/s00296-009-1206-y>.
- 15 Efthimiou P, Kukar M, Mackenzie CR. Complementary and alternative medicine in rheumatoid arthritis: no longer the last resort! *HSS J* 2010; **6**: 108–11. <https://doi.org/10.1007/s11420-009-9133-8>.
- 16 Herman CJ, Allen P, Hunt WC, Prasad A, Brady TJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Prev Chronic Dis* 2004; **1**: A12.
- 17 Zhao S, Otieno F, Akpan A, Moots RJ. Complementary and Alternative Medicine Use in Rheumatoid Arthritis: Considerations for the Pharmacological Management of Elderly Patients. *Drugs Aging* 2017; **34**: 255–64. <https://doi.org/10.1007/s40266-017-0443-0>.

- 18 Tamhane A, McGwin G, Redden DT, et al. Complementary and alternative medicine use in African Americans with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014; **66**: 180–89. <https://doi.org/10.1002/acr.22148>.
- 19 Lee M-S, Lee MS, Yang C-Y, et al. Use of complementary and alternative medicine by rheumatoid arthritis patients in Korea. *Clin Rheumatol* 2008; **27**: 29–33. <https://doi.org/10.1007/s10067-007-0646-6>.
- 20 Michalsen A. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in rheumatology--it's time for integrative medicine. *J Rheumatol* 2013; **40**: 547–49. <https://doi.org/10.3899/jrheum.130107>.
- 21 Tokem Y, Parlar Kilic S, Ozer S, Nakas D, Argon G. A multicenter analysis of the use of complementary and alternative medicine in Turkish patients with rheumatoid arthritis: holistic nursing practice review copy. *Holist Nurs Pract* 2014; **28**: 98–105. <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000016>.
- 22 Alvarez-Nemegyei J, Bautista-Botello A, Dávila-Velázquez J. Association of complementary or alternative medicine use with quality of life, functional status or cumulated damage in chronic rheumatic diseases. *Clin Rheumatol* 2009; **28**: 547–51. <https://doi.org/10.1007/s10067-008-1082-y>.
- 23 Foley H, Steel A, Cramer H, Wardle J, Adams J. Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2019; **9**: 1573. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-38279-8>.
- 24 Keisuke I, Bian B, Li X, Takashi S, Akira I. Action mechanisms of complementary and alternative medicine therapies for rheumatoid arthritis. *Chin J Integr Med* 2011; **17**: 723–30. <https://doi.org/10.1007/s11655-011-0871-3>.
- 25 Chandrashekar S. Complementary and alternative medicine in rheumatoid arthritis. *Chin J Integr Med* 2011; **17**: 731–34. <https://doi.org/10.1007/s11655-011-0870-4>.
- 26 Ernst E, Posadzki P. Complementary and alternative medicine for rheumatoid arthritis and osteoarthritis: an overview of systematic reviews. *Curr Pain Headache Rep* 2011; **15**: 431–37. <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0227-x>.
- 27 Turna J, Patterson B, van Ameringen M. Is cannabis treatment for anxiety, mood, and related disorders ready for prime time? *Depress Anxiety* 2017; **34**: 1006–17. <https://doi.org/10.1002/da.22664>.
- 28 United Nations. World Drug Report 2008. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html> (accessed noviembre 2021).
- 29 United Nations. World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. .21.XI.8. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-3.html (accessed noviembre 2021).
- 30 Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit World Health Organization. Cannabis. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis> (accessed noviembre 2021).
- 31 Rodríguez-Carranza R. Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Ment* 2012; **35**: 247–56.
- 32 Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf.
- 33 Secretaría de Salud de México. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas , Alcohol y Tabaco 2016-2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf.
- 34 La Fuente JR de, Fuente JR. Marihuana y salud. México, D.F.: FCE - Fondo de Cultura Económica, 2015.

- 35 Aviram J, Samuely-Leichtag G. Efficacy of Cannabis-Based Medicines for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Physician* 2017; **20**: E755-E796.
- 36 Piper BJ, Beals ML, Abess AT, et al. Chronic pain patients' perspectives of medical cannabis. *Pain* 2017; **158**: 1373–79. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000899>.
- 37 Schrot RJ, Hubbard JR. Cannabinoids: Medical implications. *Ann Med* 2016; **48**: 128–41. <https://doi.org/10.3109/07853890.2016.1145794>.
- 38 Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015; **313**: 2456–73. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>.
- 39 Bouso JC, Jiménez-Garrido D, Ona G, et al. Quality of Life, Mental Health, Personality and Patterns of Use in Self-Medicating Cannabis Users with Chronic Diseases: A 12-Month Longitudinal Study. *Phytother Res* 2020; **34**: 1670–77. <https://doi.org/10.1002/ptr.6639>.
- 40 Allen J, Holder MD, Walsh Z. Cannabis Use and Well-Being. In: Elsevier, ed. *Handbook of Cannabis and Related Pathologies*. Elsevier, 2017: 308–16.
- 41 Swift W, Gates P, Dillon P. Survey of Australians using cannabis for medical purposes. *Harm Reduct J* 2005; **2**: 18. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-2-18>.
- 42 Ste-Marie PA, Shir Y, Rampakakis E, et al. Survey of herbal cannabis (marijuana) use in rheumatology clinic attenders with a rheumatologist confirmed diagnosis. *Pain* 2016; **157**: 2792–97. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000706>.
- 43 Ware MA, Adams H, Guy GW. The medicinal use of cannabis in the UK: results of a nationwide survey. *Int J Clin Pract* 2005; **59**: 291–95. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2004.00271.x>.
- 44 Alonso-Castro AJ, Domínguez F, Maldonado-Miranda JJ, et al. Use of medicinal plants by health professionals in Mexico. *J Ethnopharmacol* 2017; **198**: 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2016.12.038>.
- 45 Álvarez-Hernández E, César Casasola-Vargas J, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R, Vázquez-Mellado J. Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos. *Reumatología Clínica* 2006; **2**: 183–89. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73044-3](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73044-3).
- 46 Yang L, Sibbritt D, Adams J. A critical review of complementary and alternative medicine use among people with arthritis: a focus upon prevalence, cost, user profiles, motivation, decision-making, perceived benefits and communication. *Rheumatol Int* 2017; **37**: 337–51. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3616-y>.
- 47 Kajiyama H, Akama H, Yamanaka H, et al. One third of Japanese patients with rheumatoid arthritis use complementary and alternative medicine. *Mod Rheumatol* 2006; **16**: 355–59. <https://doi.org/10.1007/s10165-006-0521-3>.
- 48 Han M, Sung Y-K, Cho S-K, et al. Factors Associated with the Use of Complementary and Alternative Medicine for Korean Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2015; **42**: 2075–81. <https://doi.org/10.3899/jrheum.141447>.
- 49 Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol* 2009; **24**: 515–23. <https://doi.org/10.1002/hup.1048>.
- 50 Wall MM, Liu J, Hasin DS, Blanco C, Olsson M. Use of marijuana exclusively for medical purposes. *Drug Alcohol Depend* 2019; **195**: 13–15. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.11.009>.
- 51 Lee J-W, Lee WB, Kim W, Min B-I, Lee H, Cho S-H. Traditional herbal medicine for cancer pain: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2015; **23**: 265–74. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.02.003>.
- 52 Gagnier JJ, Oltean H, van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C, Robbins CB. Herbal Medicine for Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2016; **41**: 116–33. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001310>.

- 53 Quandt SA, Chen H, Grzywacz JG, Bell RA, Lang W, Arcury TA. Use of complementary and alternative medicine by persons with arthritis: results of the National Health Interview Survey. *Arthritis & Rheumatism* 2005; **53**: 748–55. <https://doi.org/10.1002/art.21443>.
- 54 Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; **3**: CD012182. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012182.pub2>.
- 55 Blake DR, Robson P, Ho M, Jubb RW, McCabe CS. Preliminary assessment of the efficacy, tolerability and safety of a cannabis-based medicine (Sativex) in the treatment of pain caused by rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2006; **45**: 50–52. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kei183>.
- 56 Stockings E, Campbell G, Hall WD, et al. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies. *Pain* 2018; **159**: 1932–54. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001293>.
- 57 Asher GN, Gerkin J, Gaynes BN. Complementary Therapies for Mental Health Disorders. *Med Clin North Am* 2017; **101**: 847–64. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.04.004>.
- 58 Ravven SE, Zimmerman MB, Schultz SK, Wallace RB. 12-month herbal medicine use for mental health from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Ann Clin Psychiatry* 2011; **23**: 83–94.
- 59 Lowe DJE, Sasiadek JD, Coles AS, George TP. Cannabis and mental illness: a review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; **269**: 107–20. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0970-7>.
- 60 Tudela LL. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria* 2009; **41**: 411–16. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019>.
- 61 Capano A, Weaver R, Burkman E. Evaluation of the effects of CBD hemp extract on opioid use and quality of life indicators in chronic pain patients: a prospective cohort study. *Postgrad Med* 2020; **132**: 56–61. <https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1685298>.
- 62 Fiellin LE, Tetrault JM, Becker WC, Fiellin DA, Hoff RA. Previous use of alcohol, cigarettes, and marijuana and subsequent abuse of prescription opioids in young adults. *J Adolesc Health* 2013; **52**: 158–63. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.010>.
- 63 Perron BE, Bohnert K, Perone AK, Bonn-Miller MO, Ilgen M. Use of prescription pain medications among medical cannabis patients: comparisons of pain levels, functioning, and patterns of alcohol and other drug use. *J Stud Alcohol Drugs* 2015; **76**: 406–13. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.406>.
- 64 Montaña Sinisterra, M, Palacios Cruz, J, Gantiva, C. Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología. Avances de la disciplina* 2009; **3**: 81–107.
- 65 Masià S. Predicción de los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV-TR a partir de diferentes modelos dimensionales: Costa y McCrae, Zuckerman y Cloninger. Tesis de Doctorado, 2015.
- 66 Costa PT, McCrae RR. Trait Theories of Personality. In: Snyder CR, Barone DF, Hersen M, van Hasselt VB, eds. *Advanced Personality*. Boston, MA: Springer US, 1998: 103–21.
- 67 Oldham MA. Personality-Informed Care: Speaking the Language of Personality. *Psychosomatics* 2020; **61**: 220–30. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.01.005>.
- 68 Milic V, Grujic M, Barisic J, et al. Personality, depression and anxiety in primary Sjogren's syndrome - Association with sociodemographic factors and comorbidity. *PLoS ONE* 2019; **14**: e0210466. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210466>.
- 69 Clemson L, Turner JR, Jacquez F, et al. Five-Factor Model of Personality. In: Gellman MD, Turner JR, eds. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York, 2013: 803–04.
- 70 Digman JM. Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annu. Rev. Psychol.* 1990; **41**: 417–40. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221>.

- 71 Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist* 1993; **48**: 26–34. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.1.26>.
- 72 Diener E. Subjective Well-Being and Personality. In: Snyder CR, Barone DF, Hersen M, van Hasselt VB, eds. *Advanced Personality*. Boston, MA: Springer US, 1998: 311–34.
- 73 Cieciuch J, Laguna M. The Big Five and Beyond: Personality Traits and their Measurement. *Annals of Psychology* 2014; **17**: 249–57.
- 74 OMS. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia INternacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Mata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1984.
- 75 Soldz S, Vaillant GE. The Big Five Personality Traits and the Life Course: A 45-Year Longitudinal Study. *Journal of Research in Personality* 1999; **33**: 208–32. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1999.2243>.
- 76 Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology* 1980; **38**: 668–78. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>.
- 77 Eberhardt K, Larsson B-M, Nived K. Psychological reactions in patients with early rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling* 1993; **20**: 93–100. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(93\)90124-F](https://doi.org/10.1016/0738-3991(93)90124-F).
- 78 Leon L, Redondo M, Garcia-Vadillo A, et al. Influence of patient personality in the treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2016; **36**: 1549–55. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3561-9>.
- 79 Santos EJJ, Duarte C, Ferreira RJO, Pinto AM, Geenen R, da Silva JAP. Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural equation modelling approach. *Ann Rheum Dis* 2018; **77**: 1118–24. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-212934>.
- 80 Persson LO, Larsson BM, Nived K, Eberhardt K. The development of emotional distress in 158 patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective 5-year follow-up study. *Scand J Rheumatol* 2005; **34**: 191–97. <https://doi.org/10.1080/03009740510017698>.
- 81 Roy RR, Chakrawarty S, Dhanalakshmi D. Personality, beliefs about medication and adherence to medication among chronically-ill patients. *Indian Journal of Community Psychology* 2016; **12**.
- 82 Professional manual: revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI), 1992.
- 83 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; **24**: 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.
- 84 Axelsson M, Brink E, Lundgren J, Lötvall J. The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: an epidemiological study in West Sweden. *PLoS ONE* 2011; **6**: e18241. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018241>.
- 85 Ko KM, Moon SJ, Koh JH, Pae CU, Min JK. Contribution of Personality Traits, Psychological Factors, and Health-Related Quality of Life to Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Yonsei Med J* 2020; **61**: 406–15. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.5.406>.
- 86 Compton MT, Walker EF. Cannabis Use, First-Episode Psychosis, and Schizotypy: A Summary and Synthesis of Recent Literature. *CPSR* 2007; **3**: 161–71. <https://doi.org/10.2174/157340007781369658>.
- 87 Rodrigo C, Welgama S, Gunawardana A, Maithripala C, Jayananda G, Rajapakse S. A retrospective analysis of cannabis use in a cohort of mentally ill patients in Sri Lanka and its implications on policy development. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; **5**: 16. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-5-16>.
- 88 Fridberg DJ, Vollmer JM, O'Donnell BF, Skosnik PD. Cannabis users differ from non-users on measures of personality and schizotypy. *Psychiatry Res* 2011; **186**: 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.035>.

- 89 Compton MT, Chien VH, Bollini AM. Associations between past alcohol, cannabis, and cocaine use and current schizotypy among first-degree relatives of patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Psychiatr Q* 2009; **80**: 143–54. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9102-x>.
- 90 Flory K, Lynam D, Milich R, Leukefeld C, Clayton R. The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002; **10**: 425–34. <https://doi.org/10.1037//1064-1297.10.4.425>.
- 91 Grossman JC, Goldstein R, Eisenman R. Undergraduate marijuana and drug use as related to openness to experience. *Psychiatr Q* 1974; **48**: 86–92. <https://doi.org/10.1007/BF01574313>.
- 92 Papadimitriou G. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki* 2017; **28**: 107–10. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.107>.
- 93 Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Holistic Medicine* 1989; **4**: 37–53. <https://doi.org/10.3109/13561828909043606>.
- 94 Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1985.
- 95 Pincus T, Swearingen CJ, Bergman M, Yazici Y. RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3), a rheumatoid arthritis index without formal joint counts for routine care: proposed severity categories compared to disease activity score and clinical disease activity index categories. *J Rheumatol* 2008; **35**: 2136–47. <https://doi.org/10.3899/jrheum.080182>.
- 96 Hernán Maldonado Ficco, Rodolfo S. Pérez Alamino, Emilce E. Schneeberger, José A. Maldonado Cocco, Gustavo Citera. Validación del cuestionario RAPID3 en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea temprana y establecida, y su correlación con otros índices de actividad. *Rev Arg Reumatol* 2011; **22**: 31–39.
- 97 Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2001; **45**: 167–73. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200104\)45:2<167::AID-ANR170>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)45:2<167::AID-ANR170>3.0.CO;2-X).
- 98 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases* 1987; **40**: 373–83. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).
- 99 Rosas-Carrasco O, González-Flores E, Brito-Carrera A, et al. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2017; **49**: 153–62.
- 100 Familiar I, Ortiz-Panozo E, Hall B, et al. Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015; **24**: 74–82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>.
- 101 Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol* 2017; **73**: 1076–90. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>.
- 102 Elliott ML, Aguerrebere M, Elliott PF. Depression in Rural Communities and Primary Care Clinics in Chiapas, Mexico. *J Epidemiol Glob Health* 2019; **9**: 103–06. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.181128.001>.
- 103 Donlan W, Lee J. Screening for depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychol Rep* 2010; **106**: 419–32. <https://doi.org/10.2466/pr0.106.2.419-432>.
- 104 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; **166**: 1092–97. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- 105 Mills SD, Fox RS, Malcarne VL, Roesch SC, Champagne BR, Sadler GR. The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or

- Spanish language preference. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2014; **20**: 463–68. <https://doi.org/10.1037/a0036523>.
- 106 Pérez-García LF, Silveira LH, Moreno-Ramírez M, et al. Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Mexican Patients with Rheumatic Diseases Determined by Self-Administered Questionnaires Adapted to the Spanish Language. *Rev Invest Clin* 2019; **71**: 91.97.
- 107 García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Rojas J. The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health Qual Life Outcomes* 2012; **10**: 114. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-114>.
- 108 Castro Silva E, Benjet C, Juárez García F, Jurado Cárdenas S, Lucio Gómez-Maqueo ME, Valencia Cruz A. Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica* 2016; **6**: 2544–51. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.08.004>.
- 109 Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007; **4**: 28–37.
- 110 Mapi. CGI-I, CGI-S, CGI-C and CGI-E - Clinical Global Impressions scale - Improvement, Severity, Change and Efficacy. <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/clinical-global-impressions-scale-improvement-severity-change-and-efficacy#languages> (accessed May 23, 2021).
- 111 Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. OPS, Of. Regional de la Organización Mundial para la Salud, 2011.
- 112 Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, et al. Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *J Altern Complement Med* 2009; **15**: 331–39. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0521>.
- 113 Esteban S, Vázquez Peña F, Terrasa S. Translation and cross-cultural adaptation of a standardized international questionnaire on use of alternative and complementary medicine (I-CAM - Q) for Argentina. *BMC Complement Altern Med* 2016; **16**: 109. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1074-4>.
- 114 Benet-Martínez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; **75**: 729–50. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.3.729>.
- 115 Srivastava Sanjay. Norms for the Big Five Inventory and other personality measures. <https://thehardestscience.com/2012/10/17/norms-for-the-big-five-inventory-and-other-personality-measures/> (accessed May 23, 2021).
- 116 John, O. P., Donahue, E. M., Kentle, R. L. The Big Five Inventory - Versions 4a and 54. *Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research*. 1991.
- 117 Fossati A, Borroni S, Marchione D, Maffei C. The Big Five Inventory (BFI). *European Journal of Psychological Assessment* 2011; **27**: 50–58. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000043>.
- 118 Reyes Zamorano E, Álvarez Carrillo C, Peredo Silva A, Miranda Sandoval A, Montzerrat Rebolledo Pastrana I. Psychometric properties of the big five inventory in a Mexican sample (Propiedades psicométricas del Inventario de los Cinco Grandes en una muestra mexicana). *sm* 2014; **37**: 491. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.059>.
- 119 Glatting G, Kletting P, Reske SN, Hohl K, Ring C. Choosing the optimal fit function: comparison of the Akaike information criterion and the F-test. *Med Phys* 2007; **34**: 4285–92. <https://doi.org/10.1118/1.2794176>.
- 120 Long JS, Freese J. Regression models for categorical dependent variables using Stata. College Station Texas: Stata Press Publication StataCorp LP, 2014.

- 121 Portet S. A primer on model selection using the Akaike Information Criterion. *Infect Dis Model* 2020; **5**: 111–28. <https://doi.org/10.1016/j.idm.2019.12.010>.
- 122 Furrer D, Kröger E, Marcotte M, et al. Cannabis against chronic musculoskeletal pain: a scoping review on users and their perceptions. *J Cannabis Res* 2021; **3**: 41. <https://doi.org/10.1186/s42238-021-00096-8>.
- 123 Fitzcharles M-A, Rampakakis E, Sampalis J, et al. Medical Cannabis Use by Rheumatology Patients Following Recreational Legalization: A Prospective Observational Study of 1000 Patients in Canada. *ACR Open Rheumatol* 2020; **2**: 286–93. <https://doi.org/10.1002/acr2.11138>.
- 124 Caballero-Hernández CI, González-Chávez SA, Urenda-Quezada A, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine despite limited perceived efficacy in patients with rheumatic diseases in Mexico: Cross-sectional study. *PLoS ONE* 2021; **16**: e0257319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257319>.
- 125 Ramos-Remus C, Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, et al. Use of alternative therapies by patients with rheumatic disease in Guadalajara, Mexico: prevalence, beliefs, and expectations. *Arthritis Care Res* 1998; **11**: 411–18. <https://doi.org/10.1002/art.1790110513>.
- 126 Shoshana Berenzon Gorn. La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental. Tesis Doctoral. Ciudad de México, 2003.
- 127 Contreras-Yáñez I, Cabrera-Vanegas Á, Robledo-Torres A, et al. Association of significant risk perception with the use of complementary and alternative medicine: A cross-sectional study in Hispanic patients with rheumatoid arthritis. *PLoS ONE* 2020; **15**: e0237504. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237504>.
- 128 Spackman E, Haines-Saah R, Danthurebandara VM, Dowsett LE, Noseworthy T, Clement FM. Usage de la marijuana et perceptions des risques et dommages : sondage auprès des Canadiens en 2016. *Healthc Policy* 2017; **13**: 17–27. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2017.25194>.
- 129 Hernández Ríos G, Durán Barragán S, Ramos-Remus C. Los tratamientos no convencionales y las terapias alternativas en la era de grandes avances terapéuticos en reumatología. *Reumatología Clínica* 2006; **2**: 161–63. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73040-6](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73040-6).
- 130 Sokka T. Assessment of pain in rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol* 2005; **23**: S77-84.
- 131 Asbridge M, Valleriani J, Kwok J, Erickson PG. Normalization and denormalization in different legal contexts: Comparing cannabis and tobacco. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2016; **23**: 212–23. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1118442>.
- 132 Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med* 2004; **12**: 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2004.09.006>.
- 133 Philpot LM, Ebbert JO, Hurt RT. A survey of the attitudes, beliefs and knowledge about medical cannabis among primary care providers. *BMC Fam Pract* 2019; **20**: 17. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0906-y>.
- 134 Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Clauw DJ, et al. Rheumatologists lack confidence in their knowledge of cannabinoids pertaining to the management of rheumatic complaints. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; **15**: 258. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-258>.
- 135 Baron EP, Lucas P, Eades J, Hogue O. Patterns of medicinal cannabis use, strain analysis, and substitution effect among patients with migraine, headache, arthritis, and chronic pain in a medicinal cannabis cohort. *J Headache Pain* 2018; **19**: 37. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0862-2>.
- 136 Aggarwal SK, Carter GT, Sullivan MD, ZumBrunnen C, Morrill R, Mayer JD. Characteristics of patients with chronic pain accessing treatment with medical cannabis in Washington State. *J Opioid Manag* 2009; **5**: 257–86. <https://doi.org/10.5055/jom.2009.0028>.
- 137 Hsiao B, Fraenkel L. Patient preferences for rheumatoid arthritis treatment. *Curr Opin Rheumatol* 2019; **31**: 256–63. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000591>.

- 138 Shalit N, Lev-Ran S. Does cannabis use increase anxiety disorders? A literature review. *Curr Opin Psychiatry* 2020; **33**: 8–13. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000560>.
- 139 Feingold D, Weinstein A. Cannabis and Depression. *Adv Exp Med Biol* 2021; **1264**: 67–80. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57369-0_5.
- 140 Bucourt E, Martailé V, Mulleman D, et al. Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine* 2017; **84**: 203–07. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2016.03.006>.
- 141 Jokela M, Hakulinen C, Singh-Manoux A, Kivimäki M. Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four prospective cohort studies. *Psychol Med* 2014; **44**: 2629–40. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000257>.
- 142 McCrae RR, Costa PT. Conceptions and Correlates of Openness to Experience. In: *Handbook of Personality Psychology*. Elsevier, 1997: 825–47.
- 143 Sirois FM. Who Looks Forward to Better Health? Personality Factors and Future Self-Rated Health in the Context of Chronic Illness. *Int J Behav Med* 2015; **22**: 569–79. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9460-8>.
- 144 Smyrnioti ME, Lyrakos G, Meindani M, Matsota P, Kostopanagiotou G, Batistaki C. The Impact of the First Wave of the COVID-19 Pandemic on Patients' Perceptions of Chronic Pain. *J Pain Res* 2021; **14**: 2571–81. <https://doi.org/10.2147/JPR.S323568>.
- 145 Fitzcharles M-A, Baerwald C, Ablin J, Häuser W. Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids in chronic pain associated with rheumatic diseases (fibromyalgia syndrome, back pain, osteoarthritis, rheumatoid arthritis): A systematic review of randomized controlled trials. *Schmerz* 2016; **30**: 47–61. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0084-3>.
- 146 McClure EA, Tomko RL, Salazar CA, et al. Tobacco and cannabis co-use: Drug substitution, quit interest, and cessation preferences. *Exp Clin Psychopharmacol* 2019; **27**: 265–75. <https://doi.org/10.1037/pha0000244>.
- 147 Lucas P, Walsh Z, Hendricks PS, Boyd S, Milloy M-J. Self-reported reductions in tobacco and nicotine use following medical cannabis initiation: Results from a cross-sectional survey of authorized medical cannabis patients in Canada. *J Subst Abuse Treat* 2021; **130**: 108481. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108481>.
- 148 Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res* 2017; **19**: 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>.
- 149 Chang K, Yang SM, Kim SH, Han KH, Park SJ, Shin JI. Smoking and rheumatoid arthritis. *Int J Mol Sci* 2014; **15**: 22279–95. <https://doi.org/10.3390/ijms151222279>.
- 150 Vachon-Presseau E, Berger SE, Abdullah TB, et al. Brain and psychological determinants of placebo pill response in chronic pain patients. *Nat Commun* 2018; **9**: 3397. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-05859-1>.
- 151 Zvolensky MJ, Taha F, Bono A, Goodwin RD. Big five personality factors and cigarette smoking: a 10-year study among US adults. *J Psychiatr Res* 2015; **63**: 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.02.008>.
- 152 Boone NW, Sepriano A, van der Kuy P-H, Janknegt R, Peeters R, Landewé RBM. Routine Assessment of Patient Index Data 3 (RAPID3) alone is insufficient to monitor disease activity in rheumatoid arthritis in clinical practice. *RMD Open* 2019; **5**: e001050. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001050>.
- 153 Kremer JM, Pappas DA, Kane K, et al. The Clinical Disease Activity Index and the Routine Assessment of Patient Index Data 3 for Achievement of Treatment Strategies. *J Rheumatol* 2021; **48**: 1776–83. <https://doi.org/10.3899/jrheum.200692>.

Anexos

Instrumentos clínicos

Anexo 1. Formato De Datos Clínico-Demográficos

No. de Expediente: _____ Nombre: _____

Contacto: _____ Edad (años): _____ Sexo: 1. M 0. F

Médico/a: _____

Escolaridad en años:

- 1. Sin escolaridad (0) _____
- 2. Primaria (1-6) _____
- 3. Secundaria (7-12) _____
- 4. Universidad (+12) _____

Estado civil:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Viudo
- 4. Divorciado/separado
- 5. Unión libre

Ocupación:

- 1. Hogar/Oficios domésticos
- 2. Estudiante
- 3. Actividad remunerada
- 4. Jubilado/pensionado
- 5. Ninguno/Desempleo

Cambio ocupación (últimos 6m)

- 1. Si
- 0. No

Número de Antecedentes personales patológicos:

(Incluyendo condiciones crónicas como: HTA/ Enf. Cardiovascular, Diabetes Mellitus, Problemas tiroideos, Otra enfermedad autoinmune, Enf. Neurológicas, Colesterol/triglicéridos (Dislipidemia), Dermatológicos, Genitourinarios y otros)

Número de FARME: _____

Cambio de FARME:

- 0. Ninguno
- 1. Disminuyó
- 2. Aumentó

Número de Corticoesteroides: _____

Cambio de Corticoesteroides:

- 0. Ninguno
- 1. Disminuyó
- 2. Aumentó
- 99. No aplica

Número de Diagnósticos psiquiátricos actuales:

(Incluyendo: Ansiedad, Depresión, Psicosis/Esquizofrenia, Enf. Bipolar, TUS y Otros)

Número de Antecedentes psiquiátricos:

(Incluyendo: Ansiedad, Depresión, Psicosis/Esquizofrenia, Enf. Bipolar, TUS y Otros)

Hospitalizaciones de cualquier tipo en el último año: 1. Si 0. No

Hospitalizaciones de causa psiquiátrica en la vida: 1. Si 0. No

Tiempo de evolución de los síntomas de AR (años):

Tiempo de asistencia al Instituto por AR (años):

Consumo de sustancias:

Tabaco

Alguna vez: 1. Si 0. No
Últimos 6 meses: 1. Si 0. No
Patrón máximo:

Alcohol

Alguna vez: 1. Si 0. No
Últimos 6 meses: 1. Si 0. No
Patrón máximo:

Otras drogas

Alguna vez: 1. Si 0. No
Últimos 6 meses: 1. Si 0. No
Patrón máximo:

Anexo 2. Índice de Charlson

	Comorbilidad	Presente
1	Infarto al miocardio	
	Insuficiencia cardiaca congestiva	
	Enfermedad Vascular periférica	
	Demencia	
	Enfermedad Pulmonar crónica	
	Úlcera gastrointestinal	
	Diabetes Mellitus	
	Enfermedad cerebrovascular	
	Enfermedad de tejido conectivo	
	Enfermedad Hepática	
2	Hemiplejia	
	Enfermedad renal moderada o leve	
	Diabetes Mellitus con afección orgánica	
	Tumores (Cáncer)	
	Leucemia	
	Linfoma	
3	Enfermedad hepática moderada a severa	
6	VIH	
	Cáncer metastásico	
	TOTAL:	

Anexo 3. Routine Assessment of Patient Index Data-3 (RAPID3)

1. Nos interesa saber de qué manera su enfermedad afecta sus capacidades y habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Por favor, marque la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades habituales.

Durante la semana pasada: ¿pudo usted...	SIN NINGUNA DIFICULTAD	CON ALGO DE DIFICULTAD	CON MUCHA DIFICULTAD	IMPOSIBLE DE HACER
A) ¿Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
B) ¿Entrar y salir de la cama?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
C) ¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
D) ¿Caminar fuera de su casa sobre un terreno plano?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
E) ¿Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
F) ¿Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
G) ¿Abrir o cerrar las canillas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
H) ¿Entrar y salir de un auto?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
I) ¿Caminar 3 kilómetros?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
J) ¿Participar en juegos y deportes como usted quisiera?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

2. ¿Cuánto dolor ha tenido por su enfermedad durante la última semana?
Por favor, marque en la línea de abajo cuánto dolor ha tenido:

0

El peor dolor que se pueda imaginar

Sin ningún dolor

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

0

Muy mal

Muy bien

PUNTUACIÓN: -

Anexo 4. Cuestionario de Calidad de Vida en Artritis Reumatoide (QOL-RA)

Instrucciones: Las siguientes preguntas evaluarán su calidad de vida. Entendemos *Calidad de vida* como su percepción individual de bienestar sobre algunos aspectos de su vida que incluyen: el bienestar físico, material, emocional, desarrollo personal y social. Para evaluar la calidad de vida favor conteste como se describiría actualmente con respecto a cada uno de los enunciados escogiendo un número en la escala del 1 al 10, donde 1 será “muy malo” y 10 será “excelente”.

1. Si Ud. considera sólo sus habilidades físicas, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

2. Si Ud. sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

3. Si Ud. sólo considera su dolor artrítico, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

4. Si Ud. sólo considera su nivel de tensión nerviosa, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

5. Si Ud. sólo considera su salud, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

6. Si Ud. sólo considera su artritis, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

7. Si Ud. sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

8. Si Ud. sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Instrumentos de Salud Mental

Anexo 5. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Anexo 6. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>				
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Anexo 7. Escala de Impresión Clínica Global. Subescala de severidad (Clinical Global Impression, CGI-SI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos



ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
Nº PARTICIPANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
“¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?”

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2



¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4



En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Una vez a la semana o menos
o
Menos de 3 días seguidos

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta “riesgos asociados con inyectarse”

Más de una vez a la semana o
3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el ultimo mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0)
 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes -

Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otros – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

- Bajo:** Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
- Moderado:** Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
- Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (desalud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

Instrumento de evaluación de uso de marihuana medicinal

Anexo 9. Cuestionario Internacional sobre Medicinas Alternativas y Complementarias (I-CAM-Q) – Versión Español (Modificado para Marihuana)

Uso de marihuana con fin medicinal. Además de los medicamentos que prescriben los médicos, algunas personas utilizan una gran variedad de otros productos para su salud o el control de síntomas. Dentro de estos se incluye la marihuana con fin medicinal en diversas presentaciones. Las siguientes preguntas están relacionadas al uso de marihuana con fin medicinal.

	¿En los últimos 12 meses que hierbas ha utilizado?	¿Alguna vez en la vida?	c. ¿Cuál fue la principal razón por la que utilizó por última vez?	d. ¿Cuán beneficioso le resultó?
Marihuana medicinal fumada	<input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe	<input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe	<input type="checkbox"/> 1. Un problema de salud agudo <input type="checkbox"/> 2. Un problema de salud crónico, es decir, uno que duró más de un mes, ya sea para tratar el problema en sí o sus síntomas <input type="checkbox"/> 3. Para mejorar su bienestar <input type="checkbox"/> 4. Otra, por favor especificar: <hr/> <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No corresponde/ no aplica	<input type="checkbox"/> 1. Muy beneficioso <input type="checkbox"/> 2. Algo beneficioso <input type="checkbox"/> 3. Para nada beneficioso <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No corresponde/ no aplica
Marihuana por otra vía de administración (Ej: tópica, ingerida)	<input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe	<input type="checkbox"/> 0. No <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe	<input type="checkbox"/> 1. Un problema de salud agudo <input type="checkbox"/> 2. Un problema de salud crónico, es decir, uno que duró más de un mes, ya sea para tratar el problema en sí o sus síntomas <input type="checkbox"/> 3. Para mejorar su bienestar <input type="checkbox"/> 4. Otra, por favor especificar: <hr/> <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No corresponde/ no aplica	<input type="checkbox"/> 1. Muy beneficioso <input type="checkbox"/> 2. Algo beneficioso <input type="checkbox"/> 3. Para nada beneficioso <input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> 8. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No corresponde/ no aplica

Nos gustaría entender un poco mejor en que momentos ha hecho uso de las prácticas que nos ha mencionado. A continuación, le daré algunas opciones, indique cuál. Recuerde que puede ser más de una y que puede preferir no contestar el enunciado.

<p>1. Al inicio de la enfermedad cuando todavía no acudía a la institución o al departamento de reumatología.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar</p> <p><input type="checkbox"/> 8. No sabe</p> <p><input type="checkbox"/> 99. No aplica/no corresponde</p>
<p>2. Al inicio de la enfermedad recibiendo atención dentro institución o al departamento de reumatología.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar</p> <p><input type="checkbox"/> 8. No sabe</p> <p><input type="checkbox"/> 99. No aplica/no corresponde</p>
<p>3. En algún momento durante el seguimiento en la institución o departamento de reumatología</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar</p> <p><input type="checkbox"/> 8. No sabe</p> <p><input type="checkbox"/> 99. No aplica/no corresponde</p>
<p>4. Solo en los momentos en los que se siente mal por su Artritis Reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Si</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Prefiero no contestar</p> <p><input type="checkbox"/> 8. No sabe</p> <p><input type="checkbox"/> 99. No aplica/no corresponde</p>
<p>5. ¿Cuáles han sido los motivos por los cuáles ha utilizado marihuana?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Artritis Reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Otras enfermedades</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ambas</p> <p><input type="checkbox"/> 99. No aplica/no corresponde</p>
<p>6. Por algún motivo que no le hemos mencionado y que nos quiera comentar 0. No 1. Si _____</p> <p>99. No aplica</p>

7. ¿Usted dejó de consultar al reumatólogo una vez que comenzó el uso de la marihuana? 0. No 1. Si 99. No aplica

¿Cómo se enteró de la marihuana que usted ha usado o usa?

- a) Familiar/Amigos
- b) Medios de comunicación masiva (internet, tv o radio)
- c) Persona con misma enfermedad
- d) Otro/ Prefiero no contestar
- e) No aplica

Nos gustaría complementar algunos aspectos relacionados con el uso de terapias alternativas y si su médico tratante está enterado de ello. Recuerde que puede decidir no contestar a cualquier apartado.

1. ¿Algunas personas cuando usan terapias alternativas como marihuana prefieren decírselo al médico? ¿Usted está de acuerdo?	1. SI		0. NO		¿POR QUÉ?
2. En caso de responder NO a la pregunta anterior, ¿cuáles son los motivos de esta decisión?	Temor a ser regañado	Porque le van a negar el servicio	Porque le aconsejaron que no le contara	Quiere usar las 2 medicinas pero no quiere que se enteren	Otro
3. ¿Su médico está enterado de que usa marihuana?	1. SI	0. NO	7. N/A	¿POR QUÉ?	
4. ¿Alguna otra persona está enterada de que usa marihuana?	1. SI	0. NO	7. N/A	¿POR QUÉ?	
5. ¿Se siente satisfecho por la atención otorgada por su reumatólogo?	1. SI	0. NO	7. N/A	¿POR QUÉ?	
6. ¿Se siente satisfecho por el tiempo que le dedica su médico en cada consulta?	1. SI	0. NO	7. N/A	¿POR QUÉ?	

Instrumento de evaluación de personalidad

Anexo 10. Big Five Inventory (BFI)

Las siguientes expresiones le describen a usted con mayor o menor precisión. Por ejemplo, ¿Está de acuerdo en que usted es alguien “chistoso a quien le gusta bromear”? Por favor escoja un número para cada una de las siguientes expresiones, indicando así hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo en cómo le describe a usted. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5
Me veo a mí mismo(a) como alguien que...				
_____ 1. Es bien hablador		_____	26. Se preocupa mucho por las cosas	
_____ 2. Tiende a ser criticón		_____	27. Es a veces tímido, inhibido	
_____ 3. Es minucioso en el trabajo		_____	28. Es indulgente, no le cuesta perdonar	
_____ 4. Es depresivo, melancólico		_____	29. Hace las cosas de manera eficiente	
_____ 5. Es original, se le ocurren ideas nuevas		_____	30. Es temperamental, de humor cambiante	
_____ 6. Es reservado		_____	31. Es ingenioso, analítico	
_____ 7. Es generoso y ayuda a los demás		_____	32. Irradia entusiasmo	
_____ 8. Puede a veces ser algo descuidado		_____	33. Es a veces frío y distante	
_____ 9. Es calmado, controla bien el estrés		_____	34. Hace planes y los sigue cuidadosamente	
_____ 10. Tiene intereses muy diversos		_____	35. Mantiene la calma en situaciones difíciles	
_____ 11. Está lleno de energía		_____	36. Le gusta reflexionar, jugar con las ideas	
_____ 12. Prefiere trabajos que son rutinarios		_____	37. Es considerado y amable con casi todo el mundo	
_____ 13. Inicia disputas con los demás		_____	38. Se pone nervioso con facilidad}	
_____ 14. Es un trabajador cumplidor, digno de confianza		_____	39. Es educado en arte, música o literatura	
_____ 15. Con frecuencia se pone tenso		_____	40. Es asertivo, no teme expresar lo que quiere	
_____ 16. Tiende a ser callado		_____	41. Le gusta cooperar con los demás	
_____ 17. Valora lo artístico, lo estético		_____	42. Se distrae con facilidad	
_____ 18. Tiende a ser desorganizado		_____	43. Es extrovertido, sociable	
_____ 19. Es emocionalmente estable, difícil de alterar		_____	44. Tiene pocos intereses artísticos	
_____ 20. Tiene una imaginación activa				
_____ 21. Persevera hasta terminar el trabajo				
_____ 22. Es a veces maleducado con los demás				
_____ 23. Es inventivo				
_____ 24. Es generalmente confiado				
_____ 25. Tiende a ser flojo, vago				

POR FAVOR COMPRUEBE QUE HA ESCRITO UN NÚMERO DELANTE DE CADA FRASE.

BFI escala de calificación (“R” significa elementos que se califican de forma inversa):

Extraversión: 1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R, 36

Amabilidad: 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42

Responsabilidad: 3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R

Neuroticismo: 4, 9R, 14, 19, 24R, 29, 34R, 39

Apertura: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35R, 40, 41R, 44

Documentos de soporte en ética de investigación

Anexo 11. Carta de consentimiento informado para participar en el proyecto

Asociación de Rasgos de la Personalidad con el uso de Marihuana con fin medicinal en
pacientes con Artritis Reumatoide
OCTUBRE 2020 VERSION 2

Investigador principal: Gabriela Aurora Hernández Molina

Dirección del investigador: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Tlalpan, CDMX.

Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias 24 horas):
Teléfono 54850766 o 5516348924

Investigadores participantes: Virginia Pascual Ramos, Oswaldo Briseño, José Roberto Galindo

Versión del consentimiento informado y fecha de preparación: Versión 15 octubre 2020.

INTRODUCCIÓN:

Este documento es una invitación a participar en un estudio de investigación del Instituto. Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento; pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Procedimiento para dar su consentimiento. Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar o no como sujeto de investigación en este proyecto. El investigador le debe explicar ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y usted tendrá todo el tiempo que requiera para pensar, solo o con quien usted decida consultarlo, antes de decidir si acepta participar. Cualquiera que sea su decisión no tendrá efecto alguno sobre su atención médica en el Instituto.

Con el fin de tomar una decisión verdaderamente informada sobre si acepta participar o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los posibles riesgos y beneficios a su salud al participar. Este documento le dará información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar quien usted quiera, por ejemplo un familiar, su médico tratante, el investigador principal de este estudio o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final, una vez leída y entendida esta información, se le invitará a que forme parte del proyecto y si usted acepta, sin ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki, y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Al final de la explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que se utilizarán y su propósito, incluyendo la identificación de qué son procedimientos experimentales.
- III. Los riesgos o molestias previstos.
- IV. Los beneficios que se pueden observar.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para usted
- VI. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento de la materia.
- VII. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte su atención y el tratamiento en el Instituto.
- VIII. La seguridad de que no se le va a identificar de forma particular y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- IX. El compromiso del investigador de proporcionarle la información actualizada que pueda ser obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar a su disposición para continuar con su participación.
- X. La disponibilidad del tratamiento médico y compensación a que legalmente tiene derecho, en el caso de que ocurran daños causados directamente por la investigación.

Puede solicitar más tiempo o llevar a casa este formulario antes de tomar una decisión final en los días futuros.

INVITACION A PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACION Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado(a) Sr(a).

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), a través del grupo de investigación, le invitan a participar como sujeto de investigación en este estudio que tiene como objetivo evaluar la asociación entre el tipo de personalidad y el uso de marihuana con fines medicinales en pacientes con Artritis Reumatoide (AR).

Su participación en el estudio tendrá una duración de: 1 hora aproximadamente. El número aproximado de participantes será: 208 participantes. Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: tener el diagnóstico de artritis reumatoide y ser atendidos en Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio consiste en participar en una entrevista. El propósito de la entrevista es conocer su tipo de personalidad. Le preguntaremos sobre algunos antecedentes de vida (como problemas psiquiatricos), prácticas cotidianas, forma de pensar y sentir. También se le preguntará sobre su calidad de vida y como se siente actualmente debido a la artritis reumatoide. Finalmente, se le preguntará si usted ha usado o usa marihuana por la artritis reumatoide.

En caso, de que algunas de las preguntas le resulten incómodas, usted tiene la opción de decidir no responderlas en cualquier momento de la entrevista. También si durante algún momento de la entrevista desea terminar la misma, lo podrá hacer sin que esto tenga una implicación en su atención en nuestra Institución.

Si usted no puede realizar la entrevista el día que se le invita, y si usted así lo prefiriera, se le puede proponer agendarla otro día de su conveniencia o realizarla por videollamada utilizando una aplicación para tal fin mediante un teléfono celular. La hora y fecha será programada según agenda a conveniencia de ambas partes. Se le solicitará un medio telefónico para contactarlo así como medios alternativos que pueden incluir un correo electrónico o números telefónicos adicionales. La entrevista por videollamada tendrá la misma estructura y la misma duración que la entrevista presencial. Siempre se firmará este consentimiento informado y usted obtendrá una copia del mismo. Cuando usted tenga la entrevista médica a distancia por videollamada se le pedirá que se identifique con la misma identificación oficial que previamente presentó, acercándola a la pantalla para cotejar y corroborar que se trata del mismo documento y que la foto coincide con sus rasgos fisonómicos.

Este estudio no implica tomar ninguna muestra de sangre o modificación de sus medicinas. En caso de que, durante la consulta, el médico identifique alguna condición clínica que requiera manejo especializado o de urgencias, se le orientará para que reciba la atención requerida de manera oportuna.

RIESGOS E INCONVENIENTES

De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, éste estudio se considera como:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio,

entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

No existe riesgo de ningún tipo en la obtención información mediante un instrumento de medición.

Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos clínicos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante la codificación de las muestras y de su información.

BENEFICIOS POTENCIALES

Este estudio no está diseñado para beneficiarle directamente. Sin embargo, su participación nos permitirá conocer con datos más precisos, si el tipo de personalidad se asocia con el uso marihuana con fines medicinales en personas con artritis reumatoide, así como que tan frecuente se utiliza esta planta en nuestra población de pacientes con artritis reumatoide.

No obstante, si durante la entrevista, el psiquiatra detectara algún problema psiquiátrico no diagnosticado previamente (depresión, ansiedad, etc), usted será canalizado a la Consulta Externa de Psiquiatría para el inicio de tratamiento y seguimiento.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. Si se realizara una videollamada se hará desde un teléfono celular exclusivo para el estudio, desde la institución mediante un sistema que a usted no le genere costo adicional y que evite que usted se traslade.

COMPENSACION

La participación en el estudio no implica ninguna compensación.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN

Su participación es voluntaria. Por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, usted seguirá recibiendo el tratamiento o manejo habitual (estándar) para su enfermedad.

ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO

Usted puede solicitar los resultados de su evaluación clínica y de las conclusiones del estudio a la Dra. Gabriela Hernández Molina (Teléfono 54850766). La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO

Recuerde que su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, tanto su relación habitual con el INCMNSZ como su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho no se verán afectados. Si decide participar, tiene la libertad para no contestar algunas de las preguntas o incluso retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento de la entrevista sin perjudicar su atención en el INCMNSZ.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en ninguno de los reportes públicos del estudio. Si bien existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio, su confidencialidad será protegida como lo marca la ley, asignando códigos a su información. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o
- Es solicitado por la ley.

Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre. Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información.

PARA LAS VIDEOLLAMADAS

1. Toda la información que se exprese durante las videollamadas será confidencial, por lo que usted decide con quien comparte dicha información, y en caso de que usted decida que alguna persona lo asista durante la realización de la misma, es bajo pleno entendimiento de que con ello está autorizándoles el acceso a su información clínica y que será responsabilidad de ellos el uso que a dicha información le den.
2. No se permite grabar las videollamadas por ningún medio, en caso de así hacerlo, usted será el responsable de los daños y perjuicios que con el uso de dicha grabación se cause a este Instituto y a los médicos que en ella intervinieron, pues no cuenta con autorización para el uso de su imagen.
3. Deberá de asignar un único celular para recibir las videollamadas y un correo electrónico para establecer comunicación con usted, preferentemente de uso personal y de los cuales usted sea el titular, si no fuera así, deberá compartir la responsabilidad del buen uso de la información que se transmita por dichos medios.

El Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ aprobó la realización de este estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con el Comité de Ética en Investigación para decidir la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice contactarlo, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted lo solicita su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio, por favor póngase en contacto con la Dra. Gabriela Hernández Molina en el INCMNSZ (teléfono 54870900 ext. 6101 o 5516348924).

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con la Dra Gabriela Hernández Molina en el INCMNSZ (teléfono: 54870900 ext. 6101 o 5516348924).

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr Arturo Galindo Fraga, teléfono: 54870900 ext. 6101).

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio. También puedo obtener los resultados de mis evaluaciones si así las solicito.

Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con la Dra. Gabriela Hernández Molina (tel 54870900 ext. 6101 o 5516348924)

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Tengo claro que en caso de tener preguntas sobre mis derechos como sujeto de investigación clínica en este estudio, problemas, preocupaciones o dudas, y deseo obtener información adicional, o bien, hacer comentarios sobre el desarrollo del estudio, tengo la libertad de hablar con el presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ Dr. Arturo Galindo Fraga, teléfono: 54870900 ext. 6101).

Nombre del / de la Participante

Firma del / de la Participante

Fecha

Coloque la huella digital del participante sobre esta línea si no sabe escribir

Nombre del representante legal (si aplica)

Firma del representante legal

Fecha

Nombre del Investigador que explicó el documento

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 1

Fecha

Relación con el participante:

Dirección:

Nombre del Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha

Relación con el participante:

Dirección:

Número de hojas: 8

Anexo 12. Estructura Estandarizada del Consentimiento informado Verbal para participar en el proyecto mediante videollamada, invitados por consulta médica Telefónica

Investigador principal: Gabriela Aurora Hernández Molina

Dirección del investigador: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Tlalpan, CDMX.

Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias 24 horas): Teléfono 54850766 o 5516348924

Investigadores participantes: Virginia Pascual Ramos, Oswaldo Briseño, José Roberto Galindo

Esta es una invitación a participar en un estudio de investigación del instituto, Favor pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Su participación es voluntaria y tiene el derecho a decidir si quiere participar o no como sujeto de investigación en este proyecto. Si usted decide no participar, tanto su relación habitual con el INCMNSZ como su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho no se verán afectados.

Su participación en el estudio consiste en participar en una entrevista y tendrá una duración de: 1 hora aproximadamente. Le preguntaremos sobre algunos antecedentes de vida (como problemas psiquiátricos), prácticas cotidianas, forma de pensar y sentir. También se le preguntará sobre su calidad de vida y como se siente actualmente debido a la artritis reumatoide. Finalmente, se le preguntará si usted ha usado o usa marihuana por la artritis reumatoide.

Usted tiene la opción de decidir no responderlas en cualquier momento de la entrevista.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: tener el diagnóstico de artritis reumatoide y ser atendidos en Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. No existe riesgo para su salud la obtención de información mediante un instrumento de medición. Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley. Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

El beneficio de este estudio es indirecto ya que nos permitirá conocer las características de personalidad de las personas con artritis reumatoide y si el uso de marihuana se relaciona con estas.

No existe ningún cargo económico por participar en el estudio.

1. Toda la información que se exprese durante las videollamadas será confidencial, por lo que usted decide con quien comparte dicha información y en caso de que usted decida que alguna persona lo asista durante la realización de la misma es bajo pleno entendimiento de que con ello está autorizándoles el acceso a su información clínica y que será responsabilidad de ellos el uso que a dicha información le den.

2. No se permite grabar las videollamadas por ningún medio, en caso de así hacerlo, usted será el responsable de los daños y perjuicios que con el uso de dicha grabación se cause a este Instituto y a los médicos que en ella intervinieron, pues no cuenta con autorización para el uso de su imagen.

3. Deberá de asignar un único celular preferentemente de uso personal y de los cuales usted sea el titular, si no fuera así, deberá compartir la responsabilidad del buen uso de la

información que se transmita por dichos medios.

Al continuar con la entrevista está de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente y que entiende la información que se le ha dado sobre su participación en el estudio. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes le han sido explicados a su satisfacción y ha despejado dudas. Podrá recibir una copia de este documento si así lo desea. Puede solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio. También puede obtener los resultados de sus evaluaciones si así la solicita.

Usted tiene la libertad de hablar sobre la investigación con los investigadores con la Dra. Gabriela Hernández Molina (tel 54870900 ext. 6101 o 5516348924) o con el presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ Dr. Arturo Galindo Fraga, teléfono: 54870900 ext. 6101).

Anexo 13. Carta de aprobación del Comité de ética



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

CIUDAD DE MÉXICO, A 08 DE JUNIO DE 2020
NO. OFICIO MCONTROL- 629/2020
REG. CONBIOÉTICA-09-CEI-011-20160627

DRA. GABRIELA AURORA HERNÁNDEZ MOLINA
INVESTIGADORA PRINCIPAL
DEPTO. DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
AV. VASCO DE QUIROGA NO. 15
COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ SECCIÓN XVI
CIUDAD DE MÉXICO, C.P. 14080
P R E S E N T E

Por este medio, nos permitimos informarle que el *Comité de Investigación*, así como el *Comité de Ética en Investigación* del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, han revisado y aprobado el Protocolo de Investigación Clínica, titulado:

**"ASOCIACIÓN DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD CON EL USO DE MARIHUANA CON FIN MEDICINAL
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE"**

VERSIÓN MAYO 2020

REF. 3319

La vigencia de la aprobación termina el día 08 de junio de 2021. Si la duración del estudio es mayor tendrá que solicitar la re-aprobación anual del mismo, informando sobre los avances y resultados parciales de su investigación e incluyendo todos los datos sobresalientes y conclusiones.

POR FAVOR CUANDO TERMINE EL PROTOCOLO DEBERÁ ENVIAR CARTA DE AVISO DE CIERRE.

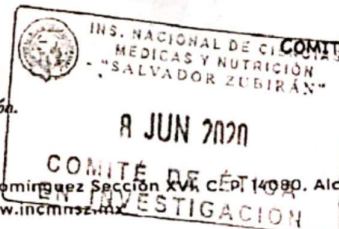
Sin más por el momento, quedamos de usted.

DR. CARLOS A. AGUILAR SALINAS
PRESIDENTE
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p. Dr. Gerardo Gamba Ayala, Director de Investigación.
CAAS/SHJ/MRG

ATENTAMENTE

DR. SERGIO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ
SECRETARIO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Avenida Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan,
Ciudad de México, México. Tel. (52) 54 87 09 00 www.incmnsz.mx



2020
LEONOR VICARIO



Anexo 14. Carta de aprobación de enmienda del comité de ética



CIUDAD DE MÉXICO, A 28 DE OCTUBRE DE 2020
No. OFICIO MCONTROL- 1351/2020
REG. CONBIOÉTICA-09-CEI-011-20160627

DRA. GABRIELA AURORA HERNÁNDEZ MOLINA
INVESTIGADORA PRINCIPAL
DEPTO. DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
AV. VASCO DE QUIROGA No. 15
COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ SECCIÓN XVI
CIUDAD DE MÉXICO, C.P. 14080
P R E S E N T E

En respuesta a su oficio del pasado 27 de octubre, correspondiente al Protocolo de Investigación Clínica, titulado:

**“ASOCIACIÓN DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD CON EL USO DE MARIHUANA CON FIN
MEDICINAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”**


VERSIÓN MAYO 2020

REF. 3319

Le informamos que se ha revisado y autorizado la ENMIENDA para reclutar a los pacientes a dicho estudio.

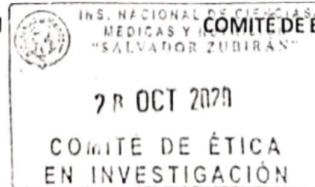
Sin más por el momento, quedamos de Usted.

ATENTAMENTE,


DR. CARLOS A. AGUILAR SALINAS
PRESIDENTE
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN


DR. SERGIO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ
SECRETARIO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CAAS/SHJ/arv



Avenida Vasco de Quiroga No. 15. Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, México. Tel. (52) 54 87 09 00 www.incmnsz.mx



2020
LEONA VICARIO