



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN RELACIÓN CON ACTIVIDAD DE LA
ENFERMEDAD”

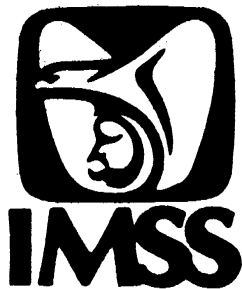
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. VICTORIA OJEDA GARCÍA

ASESORES:

DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO

DR. RICARDO ALEXIS SOLÓRZANO ACOSTA



MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Miguel Octavio Silva Bermúdez
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dra. Martha Beatriz Altamirano García
Médico Familiar
Jefe de Enseñanza e Investigación en Salud de HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dra. Danae Lizbeth Morones Zúñiga.
Médico Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Abdiel Antonio Ocampo
Especialista en Anestesiología
Adscrito a Hospital de Especialidades CMN SXXI
“Bernardo Sepúlveda G.”
Asesor de tesis.

Dr. Ricardo Alexis Solórzano Acosta
Especialista en Reumatología
Adscrito a HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor de Tesis.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque Tu voluntad es buena, agradable y perfecta y por todas las bendiciones que recibo cada día de Ti.

A mi esposo Erick, por tu amor, comprensión, apoyo y paciencia en todo tiempo, te amo.

A mis padres Carlos y Celia (†) con cariño.

A Esperanza y Alejandro, por todas sus oraciones y por su ejemplo de fe y de excelencia.

A mi amiga Ivette, por tu amistad incondicional.

A mis asesores de tesis, mil gracias por todas sus enseñanzas, por su paciencia y por su tiempo.

A todos mis maestros y a mis pacientes, que de una u otra forma me ayudaron a ser mejor médico.

Gracias.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	2
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	16
HIPÓTESIS	17
MATERIAL Y METODO	19
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	20
VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICION	21
ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS Y TABLAS	41

RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN RELACION CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD”

Antecedentes: La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, de etiología desconocida, que se caracteriza por un proceso autoinflamatorio que afecta al tejido sinovial que recubre la cápsula articular, induciendo en los pacientes inflamación, dolor, pérdida del movimiento articular, y deformidad, lo cual produce discapacidad, y pérdida de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas lo cual puede afectar a la calidad de vida del sujeto. La calidad de vida es la percepción que tienen las personas sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en relación a su actividad.

Pacientes y métodos: Se tomó una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, realizado por el Reumatólogo, en la consulta externa del servicio de Reumatología del turno matutino del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Gilberto Flores Izquierdo” entre marzo y abril de 2008. Se aplicó el cuestionario **SF-36** para medir Calidad de Vida, validado

mediante la prueba Alfa de Cronbach considerando consistencia interna de la encuesta con valores ≥ 0.80 . Se aplicó también la encuesta **DAS28** para medir Actividad de la enfermedad. Se realizó estadística descriptiva, para edad, sexo, ocupación, tiempo de diagnóstico y evolución, número de fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) previos al inicio del estudio y FARMES actuales y la comorbilidad. Se elaboró una base de datos en el programa SPSS 16 y se efectuó un Análisis de Regresión Logística Múltiple por cada una de las dimensiones, teniendo como variable dependiente a la Calidad de Vida y como independientes a: Sexo, Edad, Ocupación, número de FARMES anteriores, número de FARMES actuales, Comorbilidad, Tiempo de diagnóstico, Tiempo de evolución y a la actividad de la enfermedad.

Resultados: se incluyeron 100 pacientes con Artritis Reumatoide, 85 mujeres y 15 hombres, con edad promedio de 53.64 ± 13.287 , 93% con ocupación no profesional, número de FARMES ingeridos previo al inicio del estudio, es de 2 fármacos (41%), el número de FARMES que ingieren actualmente es de 2 (51%). Pacientes que no cursan con otra enfermedad con 28% seguida de los pacientes que tienen 2 enfermedades concomitantes. (25%). El Tiempo de Diagnóstico de la Artritis Reumatoide es de 25 meses a 5 años, con el 24.8%. El Tiempo de Evolución de la enfermedad es de 6 a 10 años, con un 24.8% del total. La Función Física, afectada en pacientes $>$ de 56 años 1.848 veces más que los menores de 56 años. Esta dimensión también se ve afectada en pacientes con 6 a 10 años de evolución. El Rol Físico también se afecta en los pacientes mayores de 56 años y por la actividad de la enfermedad hasta 7.124 veces más en los

pacientes con actividad de Artritis Reumatoide moderada y alta que en los pacientes con actividad leve. Los pacientes que cursan con enfermedades concomitantes sufren mayor Dolor Corporal. La Salud General se ve afectada 2.837 veces más en pacientes con enfermedades concomitantes. Esta misma variable afecta a la Vitalidad, la Función Social y la Salud Mental. El Rol Emocional se ve afectado por la actividad moderada y alta de la Artritis Reumatoide 4.173 veces más que los pacientes con actividad leve.

Conclusiones: La Artritis Reumatoide lleva a la pérdida de funciones de la vida diaria, lo cual afecta las actividades básicas del individuo, afectando su calidad de vida. La actividad moderada y severa de la enfermedad afecta la Calidad de Vida en los pacientes con Artritis Reumatoide, solo en el Rol Físico y el Rol Emocional. La Calidad de Vida es afectada por otros factores no dependientes de la actividad de la enfermedad: Edad, Comorbilidad y el Tiempo de Evolución.

“QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS UNDER DISEASE ACTIVITY”

SUMMARY

Background: Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease of unknown etiology, characterized by a process Autoinflammatory affecting the synovial tissue that covers the joint capsule, inducing inflammation in patients, pain, loss of joint movement, and deformity, which produces disability and loss of functions of everyday life, which affects a greater or lesser degree displacement, personal care, work and other core activities which may affect the quality of life of the subject. Quality of life is the perception that people have about their position in life in the context of culture and value system in which live and in relation to its objectives, expectations, standards and concerns.

Objectives: To assess the quality of life in patients with rheumatoid arthritis in relation to their activity.

Patients and methods: A sample of 100 patients diagnosed with rheumatoid arthritis, conducted by the Rheumatology, in the outpatient service of Rheumatology morning shift General Hospital Zone with Family Medicine Unit No.8 "Gilberto Flores Izquierdo "Between March and April 2008. The questionnaire was used to measure SF-36 Quality of Life, validated through the test of Cronbach Alfa considering internal consistency of the survey with values ≥ 0.80 . It also applied

the DAS28 survey to measure disease activity. We performed descriptive statistics for age, sex, occupation, time of diagnosis and evolution, number of disease-modifying drugs (Farm) before the start of the current study and Farm and comorbidity. It developed a database on the agenda SPSS 16 was performed multiple logistic regression analysis for each dimension, taking as the dependent variable and Quality of Life as independents: sex, age, occupation, number of farmer previous number of current Farm, Comorbidity, Time diagnosis, Time evolution and disease activity.

Results: 100 patients were included with Rheumatoid Arthritis, 85 women and 15 men, with an average age of $53.64 \pm 13,287$, 93% with non-professional occupation, number of farmer ingested prior to the beginning of the study, is 2 drugs (41%) the number of farmer they eat is currently 2 (51%). Patients who do not attend another disease with 28% followed by 2 patients who have concomitant diseases. (25%). The Time of Diagnosis of Rheumatoid Arthritis is 25 months to 5 years, with 24.8%. The time evolution of the disease is 6 to 10 years, with a 24.8% of the total. Physical function, affected patients > 56 years 1,848 times more than those under 56 years. This dimension is also affected in patients with 6 to 10 years of evolution. The Role Physical also affects patients older than 56 years and by disease activity up to 7,124 times higher in patients with moderate activity Rheumatoid Arthritis and high in patients with mild activity. Patients who suffer from concomitant diseases occur with greater body aches. The General Health is affected 2,837 times more in patients with concomitant diseases. The same variable affecting the vitality, social functioning and mental health. The Role

Emotional affected by the moderate and high activity of rheumatoid arthritis times more than 4,173 patients with mild activity.

Conclusions: Rheumatoid Arthritis leads to loss of functions of everyday life, which affects the core activities of the individual, affecting their quality of life. The activity of moderate and severe disease affects the quality of life in patients with rheumatoid arthritis, only in the Role Physical and Emotional Role. The quality of life is affected by other factors not dependent on the activity of the disease: Age, Comorbidity and the time of evolution.

ANTECEDENTES

El concepto de Calidad de Vida nos habla acerca del impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Algunos autores la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para otros, es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. En la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948 nos dice que es: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. En la anterior definición, se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos, dejando de lado todas las medidas subjetivas, como por ejemplo, el dolor. Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” contiene aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interaccionar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva, bien como diagnóstico o como puntaje de una escala. (1)

La Calidad de Vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hörnquist (1989) la define como la percepción global de

satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud. (2)

Cummins, (1999), refiere que la Calidad de Vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, que debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo, pero que dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros. (2)

La Calidad de Vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995).

Patrick y Erickson (1993) definen la Calidad de Vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente o tratamiento. (3)

La Calidad de Vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001). (3)

Así para el ejercicio de la medicina familiar, el uso de este limitado concepto puede considerarse un progreso en comparación con la tendencia tradicional a

fijarse exclusivamente en la enfermedad y sus síntomas, así como en medidas puramente bioquímicas, fisiológicas y anatómicas, como antes se ha destacado. Lawton (2001) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:

1. *Calidad de vida física*. Es el dominio más ligado a la biología, abarca dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva.
2. *Calidad de vida social*. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
3. *Calidad de vida percibida*. Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
4. *Calidad de vida psicológica*. Se compone de los afectos posibles y las necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global. (4)

La Calidad de Vida es un concepto que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida.

En 1930 se realiza la primera evaluación de bienestar material y en los años 50 aparece por primera vez el término Calidad de Vida por Ordway (1953). La OMS define Calidad de Vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. (5)

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, de etiología desconocida, que se caracteriza por un proceso autoinflamatorio que afecta al tejido sinovial que recubre la cápsula articular. (6) Sus manifestaciones son variadas y produce grados diversos de molestias y limitaciones. La artritis en general es simétrica. Sin embargo, si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas. En quienes no logran un buen resultado terapéutico, provoca incapacidad músculo esquelética progresiva importante. La AR afecta aproximadamente al 1% de la población humana con una incidencia mujer-varón de 3:1. (7)

Entre sus síntomas se cuentan rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional, depresión y una inmovilidad progresiva de las articulaciones, lo que contribuye a una discapacitación progresiva y a problemas económicos. (7) La Artritis Reumatoide induce en los pacientes inflamación, dolor, pérdida del movimiento articular, y la deformidad, lo cual produce discapacidad, y por otro lado, la enfermedad lleva a la pérdida de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas(7). Así pues, todas estas consecuencias de la Artritis Reumatoide, físicas, mentales y económicas, pueden afectar a la calidad de vida del sujeto.

Una vez confirmado el diagnóstico de Artritis Reumatoide, se debe realizar una evaluación clínica general de la actividad y daño que la Artritis Reumatoide ha producido en el paciente. Para ello se evaluarán síntomas y signos de actividad, estado funcional, evidencias de inflamación articular, problemas mecánicos articulares, evidencia de compromiso extraarticular y lesiones radiológicas. (8).

Síntomas de actividad de la enfermedad:

- a. Presencia de dolor articular, duración de la rigidez matinal, nivel de fatiga y capacidad funcional que puede ser objetivada por cuestionarios estandarizados.
- b. Signos de actividad de la enfermedad: Examen físico
- c. Evidencias objetivas de articulaciones inflamadas y/o dolorosas.
- d. Problemas mecánicos articulares: pérdida de movilidad, crujidos articulares, inestabilidad, alteraciones del alineamiento y/o deformidad.
- e. Manifestaciones extraarticulares: Síndrome de Sjögren, enfermedad pulmonar difusa, pleuritis, nódulos reumatoideos, manifestaciones oculares, pericarditis, vasculitis cutáneas, manifestaciones neurológicas (10, 11).

La clasificación del estado funcional según fue descrito por Steinbrocker et al, a fines de los años 1949, (12, 13), cuya actualización publicada en 1992, es la siguiente.

	Criterios del American College of Rheumatology para la Clasificación del estado funcional en la artritis reumatoide.
Clase I	El paciente es absolutamente capaz de realizar todas las actividades habituales de la vida diaria.
Clase II	El paciente es capaz de realizar las actividades habituales, con limitación.
Clase III	El paciente es capaz de realizar el cuidado personal, con limitación para las actividades laborales y no laborales.
Clase IV	Incapaz de realizar todas las actividades de su cuidado personal.

Para evaluar la actividad inflamatoria, se recomienda hacer recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, evaluación del dolor, evaluación global de la enfermedad (por el paciente y por el médico), determinación de reactantes de fase aguda y síntesis de la información mediante la utilización de índices de actividad compuestos (DAS28). (14,15)

En cuanto a los aspectos éticos, según la Declaración de Helsinki de 1964 y enmendada en la 52^a Asamblea General de Edimburgo, Escocia en octubre de 2000, es conveniente mencionar que en investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, que sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo, que sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informado, siempre debe respetarse el

derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses.

JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad que tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Desde su inicio, la artritis reumatoide afecta de forma importante varias áreas en la vida del paciente, incluyendo las físicas, emocionales, sociales e incluso económicas. Además del dolor crónico y de las alteraciones de la salud física y mental, la consecuencia más importante de la enfermedad a largo plazo es la discapacidad que afecta directamente a las relaciones personales y sociales, a la actividad laboral y a la situación económica del individuo y su familia y que está directamente relacionada con la aparición de comorbilidad, por lo que nosotros proponemos evaluar el impacto que tiene la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es afectada la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide con actividad persistente?

¿Es afectada la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide por otros factores no dependientes de la actividad de la enfermedad, como la edad, el sexo, la ocupación, el tiempo de diagnóstico y evolución, número de fármacos previos y actuales y la comorbilidad?

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer si la calidad de vida es afectada en pacientes con Artritis Reumatoide en relación a la actividad de la enfermedad.

Objetivos específicos

- 1.1 Evaluar la calidad de vida mediante el Cuestionario Short Form-36 (SF-36).
- 2.1 Determinar si la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide es afectada por otros factores no dependientes de la actividad de la enfermedad, tales como la edad (a mayor edad, mayor afectación), el sexo (el sexo femenino es el más afectado), la ocupación (los no profesionales presentan mayor afectación), el tiempo de diagnóstico (a mayor tiempo de diagnóstico, mayor afectación) y de evolución (a mayor evolución de la enfermedad, mayor afectación), el número de fármacos previos (a mayor número de fármacos, peor

calidad de vida) y fármacos actuales (a mayor número de fármacos, peor calidad) y la comorbilidad (entre mayor número de enfermedades concomitantes, peor calidad de vida).

HIPÓTESIS

1. La Artritis Reumatoide afecta la calidad de vida de acuerdo al grado de actividad de la enfermedad. A mayor grado, peor calidad de vida.
2. La calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide es afectada por otros factores no dependientes de la actividad de la enfermedad, tales como la edad (a mayor edad, mayor afectación), el sexo (el sexo femenino es el más afectado), la ocupación (los no profesionales presentan mayor afectación), el tiempo de diagnóstico (a mayor tiempo de diagnóstico, mayor afectación) y de evolución (a mayor evolución de la enfermedad, mayor afectación), el número de fármacos previos (a mayor número de fármacos, peor calidad de vida) y fármacos actuales (a mayor número de fármacos, peor calidad) y la comorbilidad (entre mayor número de enfermedades concomitantes, peor calidad de vida).

HIPÓTESIS NULA

1. La calidad de vida no es afectada en pacientes con Artritis Reumatoide de acuerdo al grado de actividad. A mayor grado, mejor calidad de vida.
2. La calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide no es afectada por otros factores no dependientes de la actividad de la enfermedad, como la edad, el sexo, la ocupación, el tiempo de diagnóstico y de evolución, el número de fármacos previos y actuales y la comorbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, comparativo y transversal.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Hoja recolectoras de información
- Papel de impresión
- Lápiz
- Bolígrafos
- Gomas
- Computadora
- Tablas para aplicación del cuestionario SF-36
- Copias fotostáticas
- Software de computadora (Microsoft Word, Excel)
- 100 Cuestionarios SF-36 para aplicar.
- Sello de goma para obtener información de DAS28
- Un cojín con tinta para sello.
- Hoja de consentimiento informado (anexo)
- Un consultorio

RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARÁN

- Investigadores.
- Un médico reumatólogo del turno matutino del Hospital General de Zona/UMF “Gilberto Flores Izquierdo”
- Personal de ARIMAC

PACIENTES

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, realizado por el Reumatólogo, en la consulta externa del servicio de Reumatología del turno matutino del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Gilberto Flores Izquierdo”. Se incluyeron en la muestra 100 individuos, seleccionándose los que cumplían con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

1.-Inclusión

- Ser derechohabiente de la consulta Externa de Reumatología del Hospital General de Zona No.8 “Gilberto Flores Izquierdo”
- Hombres y Mujeres que cuenten con el diagnóstico de Artritis Reumatoide de cualquier edad.
- Contestar el cuestionario SF-36

2.- Exclusión

- Pacientes que no acepten contestar el cuestionario SF-36.

PROCEDIMIENTO

Entre los meses de marzo a abril de 2008 se realizará la aplicación de los instrumentos para evaluar calidad de vida SF-36 y grado de actividad de la enfermedad (Artritis Reumatoide) con el Disease Activity Score (DAS28). El primero (SF-36), será un cuestionario de autoaplicación, el cual se aplicará previo consentimiento del paciente, para poder calcular el DAS28 se recabarán los datos necesarios durante la consulta de cada paciente en el consultorio de Reumatología, durante el turno matutino del Hospital General de Zona/UMF No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo” aplicando un sello en el expediente clínico del paciente el día que acuda a consulta, posteriormente esta información se recopilará en ARIMAC. Se realizará su calificación, la captura de datos en una base y el análisis estadístico de los datos con el Programa SPSS 16.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La discapacidad funcional autopercebida atribuida a la enfermedad se evaluará mediante cuestionarios específicos previamente validados. En nuestro caso, utilizamos el Short Form (SF-36) como instrumento de evaluación de la calidad de vida y como instrumento para evaluar el grado de actividad de la Artritis Reumatoide, utilizaremos el Disease Activity Score para 28 articulaciones (DAS28).

Contenido del SF-36

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. El cuestionario está dirigido a personas de \geq 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal.

La definición de las dimensiones y calificación de los temas es como sigue:

1. **Función Física:** Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).
2. **Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems).
3. **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems).
4. **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).
5. **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
6. **Función Social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
7. **Rol Emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).
8. **Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems). (16)

Puntuación de las escalas

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud.

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Por tanto, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia (17).

Se clasificará de acuerdo a la Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, a aquellos pacientes que obtuvieron puntajes menores o iguales a 50 como “peor calidad de vida”, y mayores de 50 como “mejor calidad de vida”, codificando como 1 a la peor calidad de vida y 0 a la mejor calidad de vida.

Instrumento para medir Actividad de la Artritis Reumatoide.

Para conocer objetivamente la actividad de los pacientes con AR se han realizado varias reuniones de consenso en el mundo (18), en donde se han tomado acuerdos basados en estudios clínicos para conocer que variables son las más eficientes para lograrlo (19) y se han creado instrumentos compuestos por estas variables, tanto clínicas como de laboratorio (20).

El DAS 28 (Disease Activity Score) para 28 articulaciones, es el índice de actividad que más se ha usado y que también ha sido validado (21), además es el de más fácil y rápido uso en la consulta diaria. Para el cálculo del DAS28, se aprecian 4 variables que son NAD (número de articulaciones dolorosas), NAT (número de articulaciones tumefactas), VSG (velocidad de sedimentación globular) y la EGE (evaluación global de la enfermedad por el enfermo en una escala análoga visual del 1 al 100 en mm). Estos datos los obtendremos en la consulta de Reumatología, del Turno Matutino, del Hospital General de Zona / UMF No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, mediante un sello que se colocará en la nota del expediente clínico el día de la aplicación del SF-36, en el que se agregarán los valores referidos para cada paciente y posterior a la incorporación de dichas variables obtendremos el puntaje de actividad mediante la siguiente fórmula:

$$\text{DAS28} = 0,56 \times \sqrt{[\text{NAD}]} + 0,28 \times \sqrt{[\text{NAT}]} + 0,7 \times \text{Ln} ([\text{VSG}]) + 0,014 \times [\text{EGE}]$$

en una hoja de cálculo SPSS 16.

Los puntajes que se asignarán son de acuerdo a lo siguiente: 3.1 o menor actividad leve, 3.1 a 5.1 actividad moderada y 5.2 o mayor actividad alta o falla terapéutica.

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

a) VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida

b) VARIABLES INDEPENDIENTES

Actividad de la Artritis Reumatoide, edad, sexo, ocupación, tiempo de diagnóstico y evolución, número de fármacos previos y actuales y comorbilidad.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida:

a) Definición conceptual: Es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

b) Definición operacional: Se medirá esta variable por medio del cuestionario Short Form 36 (SF-36) para medir Calidad de Vida en pacientes con Artritis Reumatoide.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Actividad de la Artritis Reumatoide:

- a) Definición Conceptual: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, de etiología desconocida, que se caracteriza por un proceso autoinflamatorio que afecta al tejido sinovial que recubre la cápsula articular. Si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas. La actividad de la Artritis Reumatoide induce en los pacientes inflamación, dolor, pérdida del movimiento articular y deformidad, lo cual produce discapacidad, y lleva a la pérdida de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas.
- b) Definición Operacional: La actividad de la Artritis Reumatoide se medirá mediante la encuesta DAS28.

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Calidad de vida: DICOTOMICA, CUALITATIVA, NOMINAL, FINITA

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Actividad de la Artritis Reumatoide: DICOTOMICA, CUALITATIVA, NOMINAL, FINITA
- Edad, sexo, ocupación, el tiempo de diagnóstico y de evolución, el número de fármacos previos y actuales y la comorbilidad.

Tamaño de la Muestra.

Se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, realizándose muestreo no probabilístico consecutivo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El Análisis de confiabilidad se realizó a través de la prueba α de Cronbach, mediante correlaciones interítem, que alcanzaron una puntuación de consistencia interna de 0.8, es decir, que el instrumento de medición de la calidad de vida, es psicométricamente confiable.

Se realizó estadística descriptiva, para edad, sexo, ocupación, tiempo de diagnóstico y evolución, número de fármacos previos y actuales y la comorbilidad.

Se realizó análisis de regresión logística múltiple por cada una de las dimensiones, teniendo como variable dependiente a la calidad de vida y como independientes a: Sexo, Edad, Ocupación, número de FARMES anteriores, número de FARMES actuales, Tiempo de diagnóstico, Tiempo de evolución, la Comorbilidad y actividad de la enfermedad.

RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

Se incluyeron 100 pacientes en el estudio, siendo el sexo femenino el predominante, siendo el 85% del total, como se observa en la Tabla 1.

La edad predominante es de 53.6 ± 13 años como se puede ver en la Tabla 10. El grupo de edad con mayor frecuencia es el de 56 a 65 años con un 23%. (Tabla 2).

En cuanto a la ocupación, se codificó como profesional y no profesional, siendo los pacientes con una ocupación no profesional el grupo predominante con un 93%, como se observa en la Tabla 3.

En cuanto a los fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES), se obtuvo que el número de fármacos ingeridos previo al inicio del estudio, es de 2 fármacos, con un 41% del total de la muestra. (Tabla 4).

El número de fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) que ingieren actualmente los pacientes predominantemente son 2, con una frecuencia de 51 pacientes, equivalente al 51% (Tabla 5).

La comorbilidad presentó una frecuencia del 28% de los pacientes que aparentemente no cursan con otra enfermedad seguida de los pacientes que tienen 2 enfermedades además de la Artritis Reumatoide con un 25%. (Tabla 6).

El Tiempo de Diagnóstico de la Artritis Reumatoide predominante es de 25 meses a 5 años, con un porcentaje del 24.8% (Tabla 7).

El Tiempo de Evolución de la enfermedad con mayor frecuencia, es de 6 a 10 años, con un 24.8% del total. (Tabla 8).

La Calidad de Vida se evaluó con el cuestionario SF-36, que incluye 8 Dimensiones.

Para la Dimensión 1 correspondiente a la Función Física, obtuvimos 65% para mejor calidad de vida y 35% para peor calidad de vida. Para la Dimensión 2 (Rol Físico), 44% de los pacientes se percibe con mejor calidad de vida y 54% con peor calidad de vida. En la Dimensión 3 (Dolor Corporal) el 67% se percibe con mejor calidad de vida en relación al 32% que se percibe con peor calidad de vida. En la Dimensión 4 (Salud General), 23% de los pacientes refiere mejor calidad de vida y 77% peor calidad de vida. Para la Dimensión 5 (Vitalidad), el 39% se percibe con mejor calidad en relación al 61% con peor calidad. Para la Dimensión 6 (Función Social) el 61% de los pacientes tiene mejor calidad de vida y 39% tiene peor calidad de vida. Para la Dimensión 7 (Rol Emocional), el 53% tiene mejor calidad en relación al 44% que tiene peor calidad de vida. El 69% tiene mejor calidad en la Dimensión 8 (Salud Mental) y el 31% tiene peor calidad de vida. (Tablas 10-17).

En relación a la Función Física, sólo puede ser afectada por la edad en pacientes mayores de 56 años, empeorando 1.848 veces más que los menores de 56 años. Esta dimensión también se ve afectada en aquellos pacientes con 6 a 10 años de evolución de la enfermedad. (Tabla 18).

El Rol Físico también se afecta en los pacientes mayores de 56 años, es decir, se ven más afectados en sus actividades diarias que los menores de 56 años. De igual forma, se ve afectada por la actividad de la enfermedad hasta 7.124 veces más en los pacientes con actividad de Artritis Reumatoide moderada y alta que en los pacientes con actividad leve. (Tabla 19).

Los pacientes que cursan con enfermedades concomitantes sufren mayor Dolor Corporal. (Tabla 20).

La Salud General se ve afectada 2.837 veces más en pacientes con enfermedades concomitantes. (Tabla 21).

Esta misma variable afecta a la Vitalidad de los pacientes, es decir, presentan mayor cansancio y agotamiento los pacientes que cursan con otras enfermedades además de la Artritis Reumatoide. (Tabla 22).

De igual forma, la comorbilidad afecta la Función Social de los pacientes, como se observa en la Tabla 23.

El Rol Emocional se ve afectado por la actividad moderada y alta de la Artritis Reumatoide 4.173 veces más que los pacientes con actividad leve de la enfermedad. (Tabla 24).

La Salud Mental se ve afectada por la presencia de otras enfermedades además de la Artritis Reumatoide. (Tabla 25).

DISCUSIÓN

En relación al sexo, el predominante en nuestro estudio es el femenino, lo cual coincide con lo reportado en la literatura, en donde el sexo femenino es el de mayor incidencia.

Los pacientes mayores de 56 años son los que se ven más afectados en su Calidad de Vida, dado que a mayor edad, mayor comorbilidad, mayor ingesta de otros fármacos y mayor limitación en sus actividades cotidianas.

En cuanto a la ocupación, encontramos un predominio de los no profesionales que principalmente se dedican al hogar siendo esto una característica importante pues son pacientes con bajo nivel educativo, lo cual influirá en el autocuidado de la salud y por tanto, en la evolución de la enfermedad.

El número de FARMES ingeridos antes del inicio del estudio es de dos principalmente, al igual que los que se ingieren actualmente, es decir que la terapia modificadora de la enfermedad probablemente no ha cambiado, y esto repercute en la actividad de la enfermedad al no controlarla de manera adecuada.

La comorbilidad en estos pacientes reportó de 0 a 2 enfermedades como la mayor frecuencia, presentándose tanto las que se asocian a la enfermedad (por ejemplo Síndrome de Sjögren) como otras enfermedades que afecten también el sistema músculo esquelético, como la Osteoartrosis, la Obesidad, etc. que son de las enfermedades que más se presentan en pacientes mayores de 56 años en nuestro estudio.

El tiempo de Diagnóstico predominante es de 25 meses a 5 años y el tiempo de evolución de 6 a 10 años predominantemente, lo cual repercute en la calidad de vida de manera directa, dado que el retraso en el diagnóstico incide en su pronóstico ya que éste será malo si el diagnóstico se hace después de 2 años. Esto probablemente se debe a que las manifestaciones clínicas características de la Artritis Reumatoide suelen presentarse conforme transcurre el tiempo, lo cual retrasa el tiempo de diagnóstico.

La edad y el tiempo de evolución de la enfermedad limitan al paciente de manera importante en su Función Física, pues aunque el curso de la enfermedad es variable, la gran mayoría de los pacientes tiene un curso progresivo con destrucción de las articulaciones afectadas, lo cual disminuye progresivamente su capacidad de autocuidado.

Los pacientes mayores de 56 años se ven más afectados en el Rol Físico, con limitación en sus actividades laborales. Sin embargo, además de la edad, en esta área también se ven afectados por la actividad de la enfermedad, debido a que estos pacientes presentan tumefacción y dolor de las articulaciones afectadas lo cual provoca que realicen sus actividades con menor rendimiento.

La Salud General, la Vitalidad, la Función Social, la Salud Mental y los pacientes que sufren mayor Dolor Corporal, son afectados por la presencia de enfermedades concomitantes, principalmente las que afectan el sistema músculo esquelético, como Osteoartritis Degenerativa, Obesidad, Hiperuricemia y

Osteoporosis, entre otras, lo que conlleva a la ingesta de mayor número de fármacos, con riesgo de mayor toxicidad por éstos; el estar sujeto a un horario para la administración de los medicamentos; reacciones adversas como Gastritis, Estreñimiento, Síndrome de Sjögren, etc.; inversión de tiempo y recursos económicos para la atención de otras enfermedades además de la artritis reumatoide, todo lo cual repercute en una menor calidad de vida.

El instrumento aplicado para evaluar la Calidad de Vida, es de autopercepción, ya que es el paciente quien manifiesta los efectos que la Artritis Reumatoide ejerce en los diferentes ámbitos de su vida por lo que en ocasiones no coincide el grado de actividad de la enfermedad con la mejor o peor calidad de vida.

CONCLUSIONES

La Artritis Reumatoide lleva a la pérdida de funciones de la vida diaria, lo cual afecta las actividades básicas del individuo, afectando su calidad de vida.

La actividad moderada y severa de la enfermedad afecta la Calidad de Vida en los pacientes con Artritis Reumatoide, solo en el Rol Físico y el Rol Emocional.

La Calidad de Vida es afectada por otros factores no dependientes de la actividad de la enfermedad, tales como la Edad, la Comorbilidad y el Tiempo de Evolución.

Es importante que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se realice de manera temprana, para prevenir el daño articular severo, y que ante la sospecha de diagnóstico de la enfermedad, el Médico de primer contacto derive al paciente para confirmación del diagnóstico con el Reumatólogo.

Se propone realizar acciones de rehabilitación física en todos los pacientes con Actividad de la enfermedad para limitar el daño articular y mejorar su calidad de vida en cuanto al Rol Físico.

Proporcionar Psicoterapia individual y de grupo, para tratar y prevenir trastornos que afecten el área emocional de los pacientes, como la depresión y la ansiedad.

También es necesario un control y detección adecuado de las enfermedades concomitantes tanto por el Médico Familiar como por otros médicos especialistas en caso necesario.

En este sentido, es fundamental la educación de los pacientes para el autocuidado de su salud.

Es conveniente que el Médico Familiar evalúe tanto al paciente con Artritis Reumatoide como a su familia, ya que esta enfermedad repercute en su vida social y en sus relaciones personales, previniendo así alteraciones en su dinámica familiar y por tanto, en su Calidad de Vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carstensen, L.L. y Edelman B.A. Handbook of clinical gerontology, Oxford: Pergamon Press. 1990.
2. Argyle, M. "Is happiness a cause of health?". Psychol Health, 12, pp. 769-781. 1997.
3. Sacristán, J. Badía J. y Rovira J. La medida de la calidad de vida relacionada la salud en los ensayos clínicos. Farmacoeconomía. Madrid: Editores Médicos. 1995.
4. H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius. "Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales." Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2000.
5. Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. IX (2). 2003 pp. 9-21.
6. Tobón S., Vinaccio S., et al. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide a partir del Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QOL-RA). Psicología y Salud, Vol. 14, Núm. 1:25-30, enero-junio de 2004.
7. Stefano, V. et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005, Vol. 5, Nº 1, pp. 47-61
8. Ramos, Niembro Francisco. Programa de Actualización Continua en Enfermedades del Sistema Musculo esquelético. (PAC ME-1). Tomo 2. 1ª. Ed. Intersistemas Editores. 1999. pp. 6-11.

9. Arnett FC; Edworthy SM; Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315-24.
10. Guías para el tratamiento de la Artritis Reumatoide. 2ª.ed. asociación Colombiana de Reumatología.
11. Guía clínica Artritis Reumatoidea. Ministerio ed Salud, Subsecretaria de Salud Pública. Santiago de Chile. 2007.
12. Minero, L.M. Cuestionarios de Salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial. Febrero 1998.
13. Villagut G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50
14. Goldsmith CH, Boers M, Bombardier C, Tugwell P, for the OMERACT Committee. Criteria for clinically important changes in outcomes: development, scoring and evaluation of rheumatoid arthritis patients and trial profiles. *J Rheumatol* 1993; 20:561-5.
15. Muirden KD. OMERACT conference on outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials. *J Rheumatol* 1993; 20: 527.
16. Van Riel PLCM. Provisional guidelines for measuring disease activity in clinical trials on rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1992; 31:793-6.
17. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Chernoff M, Fried B, et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 1993; 36:729- 40.

18. Wolfe F, Lassere M, van der Heijde D, Stucki G, Suárez- Almanzor M, Pincus T, et al. Preliminary core set of domains and reporting requirements for longitudinal observational studies in rheumatology. *J Rheumatol* 1999; 26:484-9.
19. Silman A, Symmons D. Reporting requirements for longitudinal observational studies in rheumatology. *J Rheumatol* 1992;26:481-3.
20. Batlle-Gualda E, Bernabeu P, Santos G, Pascual E. Methods of clinical evaluation of rheumatoid arthritis. *Rev Clin Esp* 2000; 200:32-8.
21. Prevoo MLL, Van't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte BA, van Riel PLCM. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. *Arthritis Rheum* 1995; 38:44-8.
22. Alejandro Balsa, Virginia Villaverde y Emilio Martín-Mola. Índices de actividad y mejoría en la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2002; (Suppl), Vol. 1, No. 1: 4 – 8.
23. Saaibi Diego Luis. Calidad de vida y discapacidad física. *Revista Colombiana de Reumatología*. Vol.9 No.4, Dic 2002. Pp.281-286.
24. Alfaro Lozano José Luis. En busca de un diagnóstico temprano para Artritis Reumatoide. *Rev.Perú Reuma*. Vol 9 No. 1 , 2003.

ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México DF. a _____ de _____ del 2008

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en relación con actividad de la enfermedad”

Registrado en el comité local de investigación médica con el número _____ 3605 _____

El objetivo de este estudio es:

Evaluar la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en relación a su actividad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar las preguntas que me realizarán mediante un cuestionario escrito.

Declaro que se me ha informado sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de este estudio:

** Tiempo para contestar el cuestionario de aproximadamente 10 minutos.*

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación y mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Dra. Victoria Ojeda García Mat 99374940

Para cualquier duda o información, favor de comunicarse al 0445540805317

Firma de los Testigos

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Tabla 1. Contenido de las escalas del SF-36

CONTENIDO DE LAS ESCALAS DEL SF-36			
SIGNIFICADO DE PUNTUACIONES DE 0 A 100			
Dimensión	No. Ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad

CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36

NOMBRE _____

AFILIACION _____ EDAD _____

FECHA _____

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?.

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?.

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?.

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?.

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29 Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ANEXO 3

TABLAS DE RESULTADOS.

TABLA 1. SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	15	15.0
FEMENINO	85	85.0
Total	100	100.0

TABLA 2. EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
25 A 35	12	12.0
36 A 45	20	20.0
46 A 55	20	20.0
56 A 65	23	23.0
66 A 75	22	22.0
76 O MÁS	3	3.0
Total	100	100.0

TABLA 3. OCUPACION

	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	7	7.0
No profesional	93	93.0
Total	100	100.0

TABLA 4. No. FARMES ANTERIORES

	Frecuencia	Porcentaje
0	3	3.0
1	29	29.0
2	41	41.0
3	22	22.0
4	5	5.0
Total	100	100.0

TABLA 5. No. FARMES ACTUALES

	Frecuencia	Porcentaje
1	14	14.0
2	51	51.0
3	26	26.0
4	6	6.0
5	3	3.0
Total	100	100.0

TABLA 6. COMORBILIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
0	28	28.0
1	23	23.0
2	25	25.0
3	8	8.0
4	12	12.0
5	3	3.0
6	1	1.0
Total	100	100.0

TABLA 7. TIEMPO DE DIAGNOSTICO

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 6 meses	7	6.9
7 a 12 meses	11	10.9
13 a 18 meses	2	2.0
19 a 24 meses	7	6.9
25 meses a 5 años	25	24.8
6 a 10 años	19	18.8
11 a 15 años	12	11.9
16 a 20 años	9	8.9
21 años o más	8	7.9
Total	100	99.0
Missing System	1	1.0
Total	101	100.0

TABLA 8. TIEMPO DE EVOLUCION

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 6 meses	1	1.0
7 a 12 meses	9	8.9
13 a 18 meses	1	1.0
19 a 24 meses	12	11.9
25 meses a 5 años	14	13.9
6 a 10 años	25	24.8
11 a 15 años	16	15.8
16 a 20 años	10	9.9
21 años o mas	12	11.9
Total	100	99.0
Missing System	1	1.0

TABLA 8. TIEMPO DE EVOLUCION

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 6 meses	1	1.0
7 a 12 meses	9	8.9
13 a 18 meses	1	1.0
19 a 24 meses	12	11.9
25 meses a 5 años	14	13.9
6 a 10 años	25	24.8
11 a 15 años	16	15.8
16 a 20 años	10	9.9
21 años o mas	12	11.9
Total	100	99.0
Missing System	1	1.0
Total	101	100.0

TABLA 9 MEDIA X

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
EDAD	100	27	79	53.64	13.287
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	100	1	9	5.30	2.232
TIEMPO DE EVOLUCION	100	1	9	5.90	2.018

TABLA 10. DIMENSION1 FUNCION FISICA

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	65	65.0
PEOR CALIDAD	35	35.0
Total	100	100.0

TABLA 11 DIMENSION 2 ROL FISICO

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	44	44.0
PEOR CALIDAD	54	54.0
Total	98	98.0
Missing System	2	2.0
Total	100	100.0

TABLA 12 DIMENSION 3 DOLOR CORPORAL

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	67	67.0
PEOR CALIDAD	32	32.0
Total	99	99.0
Missing System	1	1.0
Total	100	100.0

TABLA 13 DIMENSION 4 SALUD GENERAL

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	23	23.0
PEOR CALIDAD	77	77.0
Total	100	100.0

TABLA 14 DIMENSION 5 VITALIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	39	39.0
PEOR CALIDAD	61	61.0
Total	100	100.0

TABLA 15 DIMENSION 6 FUNCION SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	61	61.0
PEOR CALIDAD	39	39.0
Total	100	100.0

TABLA 16 DIMENSION 7 ROL EMOCIONAL

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	53	53.0
PEOR CALIDAD	44	44.0
Total	97	97.0
Missing System	3	3.0
Total	100	100.0

TABLA 17 DIMENSION 8 SALUD MENTAL

	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR CALIDAD	69	69.0
PEOR CALIDAD	31	31.0
Total	100	100.0

TABLA 18. DIMENSION 1 FUNCION FISICA

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	-.316	.727	.189	1	.664	.729	.175	3.033
EDAD	.614	.238	6.674	1	.010	1.848	1.160	2.945
OCUPACION	-.266	1.330	.040	1	.842	.767	.057	10.385
FARMESANTERIORES	.532	.429	1.537	1	.215	1.702	.734	3.944
FARMESACTUAL	.098	.377	.067	1	.795	1.103	.527	2.307
FR	.254	.692	.135	1	.714	1.289	.332	5.004
COMORBILIDAD	.317	.235	1.817	1	.178	1.373	.866	2.176
TIEMPODIAGNOSTICO	-1.135	.349	10.549	1	.001	.322	.162	.638
TIEMPOEVOLUCION	1.010	.370	7.427	1	.006	2.744	1.328	5.672
CALFINDAS28	1.633	1.000	2.668	1	.102	5.120	.721	36.348

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 19. DIMENSION 2 ROL FISICO

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	.066	.697	.009	1	.925	1.068	.273	4.182
EDAD	.421	.215	3.857	1	.050	1.524	1.001	2.321
OCUPACION	-.704	.987	.508	1	.476	.495	.071	3.426
FARMESANTERIORES	.051	.366	.020	1	.888	1.053	.514	2.158
FARMESACTUAL	-.236	.339	.482	1	.487	.790	.406	1.536
FR	-.245	.644	.145	1	.704	.783	.222	2.764
COMORBILIDAD	.198	.217	.830	1	.362	1.219	.796	1.864
TIEMPODIAGNOSTICO	-.732	.344	4.515	1	.034	.481	.245	.945
TIEMPOEVOLUCION	.628	.372	2.850	1	.091	1.873	.904	3.881
CALFINDAS28	1.963	.754	6.779	1	.009	7.124	1.625	31.235

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 20. DIMENSION 3 DOLOR CORPORAL

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	.091	.719	.016	1	.899	1.095	.267	4.485
EDAD	.449	.233	3.724	1	.054	1.567	.993	2.473
OCUPACION	-2.768	1.163	5.671	1	.017	.063	.006	.613
FARMESANTERIORES	.674	.413	2.670	1	.102	1.963	.874	4.406
FARMESACTUAL	-.018	.377	.002	1	.963	.983	.469	2.056
FR	-.079	.729	.012	1	.914	.924	.221	3.859
COMORBILIDAD	.642	.259	6.139	1	.013	1.901	1.144	3.160
TIEMPODIAGNOSTICO	-.619	.286	4.690	1	.030	.538	.307	.943
TIEMPOEVOLUCION	.206	.305	.457	1	.499	1.229	.676	2.232
CALFINDAS28	1.936	1.140	2.884	1	.089	6.931	.742	64.735

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 21 DIMENSION 4 SALUD GENERAL

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	1.433	.768	3.486	1	.062	4.193	.931	18.876
EDAD	-.286	.249	1.314	1	.252	.751	.461	1.225
OCUPACION	.082	1.098	.006	1	.940	1.086	.126	9.335
FARMESANTERIORES	-.130	.450	.084	1	.772	.878	.363	2.121
FARMESACTUAL	.789	.486	2.644	1	.104	2.202	.850	5.704
FR	-.283	.752	.142	1	.707	.754	.173	3.289
COMORBILIDAD	1.043	.333	9.782	1	.002	2.837	1.476	5.452
TIEMPODIAGNOSTICO	-.601	.392	2.342	1	.126	.548	.254	1.184
TIEMPOEVOLUCION	.649	.417	2.424	1	.120	1.914	.845	4.334
CALFINDAS28	1.458	.762	3.657	1	.056	4.298	.964	19.154

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 22. DIMENSION 5 VITALIDAD

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	.987	.676	2.132	1	.144	2.682	.713	10.088
EDAD	.274	.198	1.917	1	.166	1.315	.892	1.937
OCUPACION	-1.088	.941	1.337	1	.247	.337	.053	2.130
FARMESANTERIORES	.078	.375	.043	1	.835	1.081	.518	2.254
FARMESACTUAL	.092	.345	.072	1	.789	1.097	.558	2.155
FR	-.957	.621	2.376	1	.123	.384	.114	1.297
COMORBILIDAD	.553	.226	5.984	1	.014	1.738	1.116	2.706
TIEMPODIAGNOSTICO	-.310	.275	1.268	1	.260	.733	.428	1.258
TIEMPOEVOLUCION	.280	.298	.878	1	.349	1.323	.737	2.374
CALFINDAS28	1.103	.638	2.991	1	.084	3.013	.863	10.519

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 23 DIMENSION 6 FUNCION SOCIAL

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	-.187	.648	.083	1	.773	.829	.233	2.956
EDAD	.280	.197	2.007	1	.157	1.323	.898	1.947
OCUPACION	-.717	1.043	.473	1	.492	.488	.063	3.768
FARMESANTERIORES	.466	.366	1.623	1	.203	1.593	.778	3.262
FARMESACTUAL	.283	.334	.716	1	.398	1.327	.689	2.553
FR	-.099	.624	.025	1	.874	.906	.266	3.080
COMORBILIDAD	.481	.213	5.077	1	.024	1.618	1.065	2.458
TIEMPODIAGNOSTICO	-.393	.256	2.359	1	.125	.675	.409	1.115
TIEMPOEVOLUCION	.296	.285	1.077	1	.299	1.344	.769	2.352
CALFINDAS28	1.113	.752	2.190	1	.139	3.042	.697	13.277

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 24 DIMENSION 7 ROL EMOCIONAL

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	.125	.663	.036	1	.850	1.133	.309	4.156
EDAD	.377	.206	3.334	1	.068	1.457	.973	2.184
OCUPACION	-.681	.965	.498	1	.480	.506	.076	3.352
FARMESANTERIORES	.117	.359	.106	1	.745	1.124	.556	2.272
FARMESACTUAL	-.738	.384	3.686	1	.055	.478	.225	1.016
FR	-1.074	.683	2.470	1	.116	.342	.089	1.304
COMORBILIDAD	.238	.213	1.246	1	.264	1.268	.836	1.925
TIEMPODIAGNOSTICO	-.199	.268	.548	1	.459	.820	.485	1.387
TIEMPOEVOLUCION	.053	.299	.032	1	.859	1.055	.587	1.895
CALFINDAS28	1.429	.721	3.927	1	.048	4.173	1.016	17.141

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 25 DIMENSION 8 SALUD MENTAL

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO	.370	.681	.295	1	.587	1.448	.381	5.503
EDAD	.302	.211	2.049	1	.152	1.352	.895	2.044
OCUPACION	-.052	1.226	.002	1	.966	.949	.086	10.494
FARMESANTERIORES	.455	.379	1.442	1	.230	1.576	.750	3.314
FARMESACTUAL	-.286	.364	.616	1	.432	.752	.368	1.533
FR	-1.581	.824	3.686	1	.055	.206	.041	1.034
COMORBILIDAD	.436	.219	3.974	1	.046	1.546	1.007	2.373
TIEMPODIAGNOSTICO	-.198	.250	.629	1	.428	.820	.503	1.338
TIEMPOEVOLUCION	.000	.281	.000	1	.999	1.000	.577	1.736
CALFINDAS28	.738	.764	.933	1	.334	2.091	.468	9.342

a. Variable(s) entered on step 1: SEXO, EDAD, OCUPACION, FARMESANTERIORES, FARMESACTUAL, FR, COMORBILIDAD, TIEMPODIAGNOSTICO, TIEMPOEVOLUCION, CALFINDAS28.

TABLA 26. ACTIVIDAD (DAS28)

	Frecuencia	Porcentaje
LEVE	19	19.0
MODERADA	56	56.0
ALTA	19	19.0
Total	94	94.0
Missing System	6	6.0
Total	100	100.0