



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**LOCUS DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES ESCOLARES CON
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:
M EN C. ALEJANDRA HERNÁNDEZ ROQUE**

**TUTORA PRINCIPAL
DRA. MARIA DEL PILAR LAVIELLE SOTOMAYOR
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI-IMSS**

**COMITÉ TUTOR
DRA. PATRICIA CLARK PERALTA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

**DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA JUAN RAMÓN DE LA FUENTE**

CIUDAD UNIVERSITARIA CD.MX., AGOSTO 2020



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.

INDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	v
CAPITULO I	
• Artritis Idiopática Juvenil.	1
CAPITULO II	
• Calidad de Vida Relacionada con la Salud.	11
CAPITULO III	
• Locus de Control.	20
• Justificación.	37
CAPITULO IV	
MATERIAL Y METODOS	
Fase Uno	39
• Objetivo.	
• Diseño.	
• Población.	
• Selección de la muestra.	
• Criterios de Selección.	
• Tamaño de la muestra.	
• Instrumento.	
• Procedimiento.	
• Análisis estadístico.	
Fase Dos	46
• Objetivos.	
• Hipótesis.	
• Diseño.	
• Población.	
• Muestra.	
• Criterios de Selección.	
• Tamaño de la muestra.	
• Variables de estudio.	
• Definición de variables.	

- Instrumentos.
- Procedimiento general.
- Análisis estadístico.

CAPITULO V	
Resultados	59
CAPITULO VI	
Discusión	84
Conclusiones	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
ANEXOS	112

RESUMEN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más común en niñas, es un padecimiento multisistémico predominantemente articular que afecta principalmente a pequeñas articulaciones de las manos y pies, de forma simétrica. Su prevalencia e incidencia es aún desconocida, pero diferentes estudios sugieren que la incidencia estimada es de 10 a 20 casos nuevos por 100,000 niñas en riesgo por año. La edad de comienzo es entre el año y los tres años de vida, siendo raro su inicio antes de los seis meses de edad. La distribución etaria varía según el tipo de inicio de la enfermedad y con respecto al sexo, es dos veces más frecuente en niñas. El impacto en la calidad de vida de esta enfermedad se asocia a la percepción de una mayor limitación física debido a la presencia de inflamación. La evaluación de las creencias del paciente, sus expectativas y del modo en que éste y su familia asumen e interpretan los síntomas permite conocer el nivel de afectación por esta enfermedad. Al estudiar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en niños y adolescentes se debe considerar su habilidad de participar plenamente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para cada edad. El niño puede ofrecer una percepción de su calidad de vida desde antes de los cinco años de edad. La CVRS es la valoración que hace el niño o adolescente de su funcionamiento físico, psicológico y social cuando este se ha visto limitado o alterado por una enfermedad. Se ha reportado que entre el 47% y 57% de los pacientes con AIJ tienen afectación en su CVRS, en comparación con el 16% de una población aparentemente sana. Otras variables han sido asociadas a la CVRS como: gravedad o severidad de la enfermedad, edad, sexo, apoyo social y percepción del control.

La percepción de control de la enfermedad ha sido evaluada para ubicar a la persona en un tipo de locus de control (grado de creencia en la persona de que los factores internos o externos son los responsables de su propia salud o enfermedad). Es así que la percepción de la calidad de vida es significativamente mayor en quienes tienen un locus de control interno sobre aquellos que predomina un externo.

El locus de control aplicado al campo de la salud aporta que aquellas personas que creen que su salud dependen de ellas mismas (locus de control interno), tendrán mejor salud que las que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (locus de control externo), debido a que el locus de control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud. El tipo de locus de control puede permitirnos conocer cómo el paciente evalúa su nivel de afectación, ya sea como resultado de la conducta de otras personas, o sucesos que no controla (locus de control externo) o si es el resultado de lo que hace (locus de control interno) y que puede controlar. Este estudio permitirá describir una característica de personalidad que incide en la evaluación de la CVRS para proponer intervenciones que promuevan el mayor bienestar posible en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación fue realizada en dos fases.

Fase I: El objetivo fue realizar la estandarización del instrumento de Locus de Control para Niños Mexicanos de Díaz Loving y Andrade Palos a través de un diseño transversal en escolares de 8 a 11 años de tres escuelas primarias de la Ciudad de México. Se incluyó a 600 escolares y se excluyó a niños que por cualquier condición física o psicológica estuvieran impedidos para contestar la escala. Se solicitó autorización a las autoridades de las escuelas para la aplicación del instrumento. Para el análisis estadístico se calculó prueba *t-Student* para muestras independientes para describir la discriminación de reactivos, análisis de factores, coeficiente Alfa de *Cronbach* (confiabilidad), puntos de corte a través de la mediana y análisis de conglomerados.

Fase II: El objetivo fue evaluar la asociación del tipo de Locus de Control y el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes escolares con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ). Se realizó un estudio transversal en 108 pacientes de 8 a 11 años con diagnóstico de AIJ del Hospital Infantil de México Federico

Gómez, el muestreo fue por conveniencia (no probabilístico). Se incluyó a pacientes con diagnóstico de AIJ, Consentimiento informado y pacientes que sabían leer y escribir. Se excluyó a pacientes que por su condición física o psicológica no podían contestar la escala. Las variables que se estudiaron fueron Locus de control (variable independiente), Calidad de vida relacionada con la salud (variable dependiente) y las variables de sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de la enfermedad y dolor. Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de Locus de Control para niños mexicanos de Díaz Loving-Andrade Palos, el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL) y Escala Visual Análoga (EVA). A cada paciente y su familiar se les invitó a participar, se les explicó el objetivo y desarrollo de la investigación, y se solicitó la firma de la Carta de Consentimiento y Asentimiento Informado. El análisis estadístico que se calculó fue con frecuencias y porcentajes; medias y desviación estándar de acuerdo al tipo de distribución de los datos. Se calculó la prueba de chi cuadrada (X^2) para evaluar si había diferencias entre el locus de control y la calidad de vida relacionada a la salud.

RESULTADOS

Fase I: Se evaluaron a 601 niños escolares de 8 a 11 años de tres escuelas primarias de la Ciudad de México. Contestaron la escala 294 niñas (48.9%) y 307 niños (51.1%) que cursaban de tercero a sexto grado de primaria. Se llevó a cabo el análisis de discriminación de reactivos a través de la mediana de 16 puntos y se compararon las calificaciones obtenidas a través de la prueba *t-Student*. Los reactivos 5, 18 y 28 no discriminaban a los niños y niñas de altas y bajas calificaciones por lo que se eliminaron. Con 27 reactivos se llevó a cabo el análisis de factores (AF) de componentes principales y rotación oblicua (PROMAX). Se tomó en cuenta los tres primeros factores que explicaban el 24.3% de varianza total. Se calculó la confiabilidad de los factores (Factor 1=.60; Factor 2=.55 y Factor 3 =.42) y la denominación de los factores se llevó a cabo a través de la comparación de la composición de la escala original. Para la estandarización se calcularon las puntuaciones y el valor de la mediana de cada uno de los tipos de locus de control.

Para clasificar el tipo de locus que presentaban los niños se realizó un análisis de conglomerados (AC) y se presentaron los resultados a través de un Dendograma, en el que se obtuvieron tres perfiles de Locus de control.

Fase II: Se evaluaron a 108 pacientes con diagnóstico de AIJ de los cuales fueron niñas el 76.8%, el 53.7% tuvieron de 6 a 12 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad fue de 3 meses a más de 25 meses (53.7%). El tipo de AIJ con mayor frecuencia fue la poliartritis de Factor Reumatoide Positivo (39.8%), el 72.2% de los pacientes no tenían actividad de la enfermedad al momento de la evaluación y el 57.4% reportaron la ausencia de dolor.

Con relación al tipo de locus de control el interno fue reportado por el 57.4%, de tipo indefinido el 35.2% y de tipo externo el 7.4%; mientras que la CVRS la evaluaron como buena el 61.1% y como mala el 38.9%. No se encontró relación entre el locus de control y las variables sociodemográficas y clínicas, pero sí hubo diferencias en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el género ($p < .003$), tiempo de evolución de la enfermedad ($p < .02$) y dolor ($p < .01$). No se encontró relación entre el tipo de Locus de Control y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes escolares con Artritis Idiopática Juvenil.

CONCLUSIONES

La CVRS se relacionó con aspectos clínicos como el tiempo de evolución y la presencia de dolor. El control médico del periodo agudo del padecimiento (inflamación y dolor) y el aprendizaje y adaptación a la enfermedad que se logra con la experiencia y con el tiempo que el sujeto ha estado enfermo (tiempo de evolución), permitió que los pacientes pudieran evaluar como buena su calidad de vida. No obstante, las variables psicológicas no influyeron sobre la percepción de la CVRS. Si bien el tipo de Locus de Control Interno fue el que se presentó con mayor frecuencia en los participantes, en el estudio no se pudo determinar que la presencia de un Locus de Control en específico influyera sobre el estado de bienestar de los pacientes del estudio.

ABSTRACT

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is the most common chronic rheumatic disease in girls, it is a predominantly joint multisystemic condition that mainly affects small joints of the hands and feet, symmetrically. Its prevalence and incidence is still unknown, but different studies suggest that the estimated incidence is 10 to 20 new cases per 100,000 girls at risk per year. The age of onset is between the year and three years of life, its onset being rare before six months of age. The age distribution varies according to the type of disease onset and with respect to sex, it is twice as frequent in girls. The impact on the quality of life of this disease is associated with the perception of a greater physical limitation due to the presence of inflammation. The evaluation of the patient's beliefs, their expectations and the way in which he and his family assume and interpret the symptoms allows to know the level of involvement with this disease. When studying Health-Related Quality of Life (HRQL) in children and adolescents, their ability to participate fully in physical, social and psychosocial functions and activities appropriate for each age should be considered. The child can offer a perception of his quality of life from before the age of five. HRQL is the assessment made by the child or adolescent of their physical, psychological and social functioning when this has been limited or altered by a disease. It has been reported that between 47% and 57% of patients with JIA have involvement in their HRQL, compared with 16% of an apparently healthy population. Other variables have been associated with HRQL, such as: severity or severity of the disease, age, sex, social support, and perception of control.

The perception of control of the disease has been evaluated to place the person in a type of locus of control (degree of belief in the person that internal or external factors are responsible for their own health or disease). Thus, the perception of quality of life is significantly higher in those with an internal locus of control over those with an external locus of control. The locus of control applied to the field of health contributes that those people who believe that their health depend on themselves (locus of internal control), will have better health than those who believe that the causes of the diseases are alien to the person who suffers (external control locus), because the internal health control locus facilitates the maintenance of healthy habits and active health care. The type of locus of control can allow us to know how the patient evaluates his level of involvement, either as a result of the behavior of other people, or events that he does not control (external locus of control) or if it is the result of what he does (internal locus of control) and can control. This study will describe a personality characteristic that affects the evaluation of HRQL to propose interventions that promote the greatest possible well-being in this type of patients.

MATERIAL AND METHODS

This research was carried out in two phases.

Phase I: The objective was to carry out the standardization of the Locus de Control instrument for Mexican Children of Díaz Loving and Andrade Palos through a transversal design in schoolchildren from 8 to 11 years of three primary schools in Mexico City. 600 schoolchildren were included and children who due to any physical

or psychological condition were prevented from answering the scale. Authorization was requested from school authorities for the application of the instrument. For the statistical analysis, a t-Student test was calculated for independent samples to describe the discrimination of reagents, factor analysis, Cronbach's alpha coefficient (reliability), cut-off points through the median and cluster analysis.

Phase II: The objective was to evaluate the association of the type of Locus of Control and the level of Health Related Quality of Life (HRQOL) in school patients with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA). A cross-sectional study was carried out in 108 patients aged 8 to 11 years with a diagnosis of JIA from the Federico Gómez Children's Hospital of Mexico, the sampling was for convenience (not probabilistic). Patients with a diagnosis of JIA, informed consent, and patients who knew how to read and write were included. Patients who due to their physical or psychological condition were unable to answer the scale were excluded. The variables that were studied were Locus of control (independent variable), Quality of life related to health (dependent variable) and the variables of sex, age, time of evolution of the disease, activity of the disease and pain. The instruments used were: the Diaz Loving-Andrade Palos Locus of Control Scale for Mexican children, the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) and the Visual Analog Scale (EVA). Each patient and their family member were invited to participate, the objective and development of the investigation were explained to them, and the signing of the Letter of Consent and Informed Consent was requested. The statistical analysis that was calculated was with frequencies and percentages; means and standard deviation according to the

type of data distribution. The chi-square test (χ^2) was calculated to assess whether there were differences between the locus of control and health-related quality of life.

RESULTS

Phase I: 601 school children from 8 to 11 years old from three primary schools in Mexico City were evaluated. The scale was answered by 294 girls (48.9%) and 307 boys (51.1%) who were in the third to sixth grade of primary school. The reagent discrimination analysis was carried out through the median of 16 points and the scores obtained through the t-Student test were compared. Reagents 5, 18 and 28 did not discriminate against boys and girls with high and low grades, and therefore they were eliminated. With 27 reagents, the principal component and oblique rotation factor analysis (AF) was carried out (PROMAX). The first three factors that accounted for 24.3% of total variance were taken into account. The reliability of the factors was calculated (Factor 1 = .60; Factor 2 = .55 and Factor 3 = .42) and the naming of the factors was carried out by comparing the composition of the original scale. For standardization, the scores and the median value of each type of control locus were calculated. In order to classify the type of locus presented by the children, a cluster analysis (CA) was performed and the results were presented through a Dendogram, in which three control locus profiles were obtained.

Phase II: 108 patients diagnosed with JIA were evaluated, of whom 76.8% were girls, 53.7% were between 6 and 12 years old, with a time of evolution of the disease from 3 months to more than 25 months (53.7 %). The type of JIA most frequently

was Polyarthritis of Positive Rheumatoid Factor (39.8%), 72.2% of the patients had no disease activity at the time of evaluation and 57.4% reported the absence of pain.

Regarding the type of locus of control, the internal one was reported by 57.4%, the indefinite type 35.2% and the external type 7.4%; while HRQL evaluated it as 61.1% good and 38.9% as bad. No relationship was found between the control locus and the sociodemographic and clinical variables, but there were differences in the Quality of Life Related to Health and gender ($p < .003$), time of disease evolution ($p < .02$) and pain ($p < .01$). No relationship was found between the type of Locus of Control and Health-Related Quality of Life in school patients with Juvenile Idiopathic Arthritis.

CONCLUSIONS

HRQL was related to clinical aspects such as the time of evolution and the presence of pain. The medical control of the acute period of the disease (inflammation and pain) and the learning and adaptation to the disease that is achieved with experience and with the time that the subject has been ill (time of evolution), allowed the patients to evaluate how good their quality of life. However, the psychological variables did not influence the perception of HRQL. Although the type of Internal Locus of Control was the one that occurred most frequently in the participants, the study could not determine that the presence of a specific Locus of Control influenced the welfare state of the study patients.

CAPITULO I

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más común en niños¹ y una causa importante de discapacidad a corto y largo plazo. La AIJ es una enfermedad crónica multisistémica, predominantemente articular que afecta principalmente a pequeñas articulaciones de las manos y pies, de forma simétrica². Su prevalencia e incidencia es aún desconocida, pero diferentes estudios sugieren que la incidencia mundial es de alrededor de 0.82 – 22.6/100 000 niños al año con prevalencia de aproximadamente 7 – 401 / 100 000³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que uno de cada mil niños puede padecer AIJ a nivel mundial, conformándose dentro del 1% de la población mundial⁴.

No hay muchos estudios epidemiológicos, se estima que habría en la actualidad entre 5.000 y 10.000 niños con AIJ que necesitan atención médica por esta enfermedad. La edad de comienzo es entre el año y los tres años de vida, es raro su inicio antes de los seis meses de edad. La distribución etaria varía según el tipo de inicio de la enfermedad y con respecto al sexo, es dos veces más frecuente en niñas⁵.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) en el año del 2018, fueron atendidos un total de 3,153 niñas, niños y adolescentes en la consulta de reumatología, otorgando atención de primera vez a 138 pacientes y de los cuales

26 casos nuevos fueron diagnosticados con algún tipo de AIJ. La consulta de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo ocupa el noveno lugar de los servicios de mayor demanda por consulta externa⁶.

La causa de la AIJ permanece aún desconocida y los mecanismos patogénicos no han sido claramente esclarecidos.

Manifestaciones clínicas.

La inflamación de las articulaciones constituye uno de los síntomas cardinales de la enfermedad, pero no necesariamente es su manifestación inicial. Síntomas como el cansancio son comunes en niños con formas poliarticulares o sistémicas, especialmente al inicio o durante los brotes de la enfermedad. Pueden presentar somnolencia, falta de energía o irritabilidad. La anorexia, la pérdida de peso y el retraso de crecimiento se observan sobre todo en la enfermedad sistémica⁷

Manifestaciones articulares.

En la mayoría de los casos, la inflamación de las articulaciones comienza en forma insidiosa, pero puede presentarse con signos de inflamación aguda.

El dolor⁸ con el movimiento y la rigidez articular son las manifestaciones más frecuentes, las articulaciones comprometidas se hallan inflamadas, con aumento de la temperatura local, dolor a la palpación y a la movilización. Los pacientes pueden presentar rigidez matutina, luego del reposo (descanso nocturno), los niños mayores refieren con claridad sus síntomas articulares, pero en los menores, la

presencia de inflamación debe ser inferida a través de una cojera o cambios en los patrones de movimiento habituales.

Todas las articulaciones pueden afectarse; las grandes, comprometidas con mayor frecuencia son: rodilla, carpos, tobillos. Las pequeñas articulaciones de manos y pies se afectan particularmente en la forma poliarticular (metacarpo-falángicas, interfalángicas proximales y distales)⁹.

Manifestaciones extrarticulares.

Su presencia es la principal expresión de la enfermedad. De las manifestaciones sistémicas, la fiebre, el rash y las lesiones oculares son las más características.

La fiebre se presenta en un 98% de los niños con artritis y puede anteceder a las manifestaciones articulares¹. El rash cutáneo (erupción macular o maculopapular rojo asalmonado, o rosado, de 2-5 mm de diámetro) puede durar minutos a pocas horas y desaparecer sin dejar lesiones residuales. Generalmente, ocurre asociado a episodios febriles u otras manifestaciones sistémicas y puede preceder a la inflamación¹⁰.

La uveítis (inflamación del iris y el cuerpo ciliar) en un pequeño porcentaje de niños refiere síntomas asociados como dolor, enrojecimiento y fotofobia, interpretados erróneamente como conjuntivitis. Si bien la uveítis se presenta luego de meses o años después del comienzo de la artritis, en el 5-10% de los casos puede preceder al comienzo de la artritis¹¹.

Clasificación de la AIJ.

La AIJ se clasifica en siete categorías de enfermedad, de acuerdo con sus diferentes formas de presentación y evolución clínica¹².

Tabla 1. Clasificación de la Artritis Idiopática Juvenil.¹²

1	Artritis sistémica.
2	Oligoartritis: <ol style="list-style-type: none">1. Oligoartritis persistente.2. Oligoartritis extendida.
3	Poliartritis: factor reumatoideo negativo.
4	Poliartritis: factor reumatoideo positivo.
5	Artritis psoriásica.
6	Artritis relacionada con entesitis.
7	Artritis indiferenciada: no cumple con criterios para ninguna de las categorías anteriores; o cumple criterios para más de una de las categorías anteriores.

Nota. Fuente: Adaptado de Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis: second revision. Edmonton, 2001. J Rheumatol 2004; 31:390-392.

En orden de frecuencia, los subtipos de enfermedad son AIJ oligoarticular (del 50 al 60%), AIJ poliarticular (del 30 al 35%), AIJ Sistémica (del 10 a 20%), AIJ Psoriásica (del 2 al 15%) y Artritis relacionada con entesitis (del 1 al 7%)⁵.

Se describen a continuación los diferentes subtipos de AIJ:

1. Artritis sistémica.

Se observa en ambos sexos, sin una edad típica de presentación. Su diagnóstico requiere la presencia de inflamación acompañada o precedida de fiebre cotidiana, de al menos dos semanas de duración, más uno o más de los siguientes hallazgos clínicos: rash que coincide con picos febriles; hepatomegalia; esplenomegalia; linfadenopatía generalizada o serositis¹². La artritis es a menudo poliarticular y simétrica, puede estar ausente al inicio y desarrollarse durante el curso de la enfermedad.

2. Oligoartritis.

Se define como aquel subtipo que compromete cuatro o menos articulaciones durante los primeros 6 meses de enfermedad. Se caracteriza por presentar artritis asimétrica de comienzo temprano (menores de seis años) y con mayor frecuencia en el sexo femenino. Las articulaciones más comprometidas son las rodillas y los tobillos. Se describen dos subgrupos: oligoarticular persistente, enfermedad confinada a cuatro articulaciones o menos, y la oligoarticular extendida, en la cual la artritis se extiende a más de cuatro articulaciones después de los primeros seis meses de enfermedad¹³.

3. Poliartritis factor reumatoideo negativo (seronegativa).

Artritis que afecta cinco o más articulaciones durante los primeros seis meses de enfermedad en ausencia de factor reumatoideo. Al menos tres formas de enfermedad han sido descritas dentro de esta categoría: una con artritis asimétrica,

edad de inicio temprana, predominancia en mujeres asociada a AAN y riesgo aumentado de iridociclitis. Otra forma, similar a la artritis reumatoide del adulto con poliartritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones, afecta a niñas de edad escolar y cursa con VSG acelerada y AAN negativos. La tercera es la llamada “artritis seca”, con mínima tumefacción articular, pero mucha rigidez y contracturas en flexión, con VSG normal y poca respuesta al tratamiento.¹⁴

4. Poliartritis factor reumatoideo positivo (seropositiva).

Afecta cinco o más articulaciones durante los primeros seis meses de enfermedad asociado a la presencia de factor reumatoideo de tipo IgM (comprobado en dos ocasiones). Los pacientes presentan una poliartritis simétrica que afecta las pequeñas articulaciones de las manos y los pies; pueden observarse nódulos reumatoideos en la superficie de extensión de antebrazos y codos.

5. Artritis relacionada con entesitis.

Afecta a varones mayores de seis años y se caracteriza por la asociación de artritis y entesitis. Los sitios de entesis más afectados son la inserción del tendón de Aquiles en el calcáneo, la fascia plantar y el área del tarso. La inflamación es a menudo leve y remitente; la mitad de los niños desarrollan oligoartritis, mientras que otros progresan y afectan articulaciones sacroilíacas y columna con un cuadro característico de espondilitis anquilosante.¹⁵

6. Artritis psoriásica.

El diagnóstico de este subtipo de enfermedad requiere la presencia simultánea de artritis y el rash psoriásico típico, o si este último estuviera ausente, dos de los siguientes: antecedente familiar de psoriasis en primer grado, dactilitis o punteado ungueal.¹² Este no es un subgrupo muy bien definido, pero la característica más importante es la ocurrencia de dactilitis y artritis que afecta pequeñas y grandes articulaciones.⁴

7. Artritis indiferenciada.

Incluye pacientes que no satisfacen los criterios de inclusión para alguna categoría o que reúnen criterios para más de una.¹³

Complicaciones.

Se describe la presencia de retraso del crecimiento que se debe a persistencia de enfermedad sistémica activa, uso de corticosteroides, hiporexia y malnutrición asociada con la enfermedad. Además del retraso de crecimiento lineal, ocurren en esta afección típicas alteraciones “localizadas” de crecimiento óseo, en los centros epifisarios, atribuidas al aumento de la vascularización que ocurre como resultado de la inflamación persistente a ese nivel. Generalmente se desarrollan en las formas oligoarticulares y son responsables de los trastornos observados en la longitud de la extremidad comprometida. La presencia de amiloidosis se presenta en todo paciente con AIJ de evolución prolongada dado que presenta hepatoesplenomegalia progresiva, proteinuria persistente, diarrea inexplicable o

epistaxis recurrente. Su ocurrencia es rara en América (0.14%), pero se ha registrado en un 5-7.5% de niños portadores de AIJ en países europeos.¹⁶

La presencia osteoporosis (osteopenia generalizada y localizada) ha sido descrita en la AIJ. Los niños con artritis presentan disminución del contenido mineral óseo. Existe alteración en la mineralización por defecto o falla en la formación ósea y el grado de osteopenia se correlaciona con la actividad de la enfermedad.¹⁷

El Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es una complicación grave de la AIJ, sobre todo de la forma sistémica de la enfermedad.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial.

Es un diagnóstico clínico que se hace en un niño menor de 16 años con artritis (definida como la tumefacción o la limitación del movimiento de la articulación acompañada de calor, dolor o molestias) de una duración al menos de 6 semanas después de haber descartado otras causas identificables de artritis⁵. Realizar el diagnóstico puede ser difícil en un niño pequeño, que no puede describir con claridad los síntomas o manifestar el dolor y que, habitualmente, lo que hace es alterar su patrón de crecimiento o maduración en base al área anatómica afectada por la artritis.⁷

Por ello, al tratar a estos pacientes no sólo se deben tener en cuenta otras entidades nosológicas que puedan ocasionar síntomas musculoesqueléticos, en este caso artritis, sino también conocer el desarrollo madurativo de los niños para detectar cualquier anomalía funcional o madurativa.

En general, una enfermedad reumática supone una situación que no es amenazante para la vida, pero lleva asociada la presencia de dolor más o menos permanente y dificultades para realizar conductas habituales.

Tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico de AIJ, la mayoría de los niños requieren de tratamiento farmacológico. La terapia específica por utilizar depende de la edad y de la severidad de la artritis. Los objetivos del tratamiento en AIJ incluyen controlar el dolor y la inflamación, mantener la función y favorecer un crecimiento normal, el desarrollo global y el bienestar.⁵

Consideraciones especiales:

Dolor.

El dolor es un factor importante que afecta la capacidad de los pacientes con AIJ para realizar actividades de la vida diaria, asistir a la escuela o participar en actividades recreativas. Sällfors¹⁸ confirmó que los niños con AIJ perdían una media de 3.7 días de clase durante un período de 2 meses y el 55.6% de los pacientes refería no asistir nunca o solo a veces a la clase de educación física. El 73.9% de los pacientes tuvieron uno o ningún día de dolor.

Huygen, Kuis y Sinnema en el 2000¹⁹ reportan que los niños con AIJ no se diferencian de los controles sanos en cuanto a su autoestima, motivación para el rendimiento y miedo al fracaso, y aspecto físico; sin embargo, ninguno de los pacientes con AIJ mostró depresión. Mientras que Guridi y cols en el 2012,²⁰ refieren la presencia de depresión estado aproximadamente del 83.3% en niños de 1 a 5 años y del 68% en niños con un tiempo de evolución de 6 a 10 años.

El impacto en la calidad de vida de esta enfermedad se asocia a la percepción de una mayor limitación física debido a la presencia de inflamación. La evaluación de las creencias del paciente, sus expectativas y del modo en que éste y su familia asumen e interpretan los síntomas permite conocer el nivel de afectación por esta enfermedad, además de las implicaciones respecto a la evolución, principalmente en lo referente a la adhesión al tratamiento y curación²¹.

Diversos estudios con niños con diagnóstico de AIJ han sugerido el incremento de problemas psicosociales, sin embargo, tamaños de muestra pequeños, pacientes hospitalizados y el uso de mediciones no estandarizadas es lo que caracteriza a estos estudios²². En otros intentos por evaluar los niveles de afectación psicosocial y emocional de estos pacientes con AIJ se ha observado la presencia de niveles de autoestima adecuados, no depresión, así como la importancia del apoyo familiar y social en comparación con niños sanos ha revelado que los pacientes con AIJ no están afectados, pero el nivel de afectación está condicionado a la severidad de la enfermedad y su interferencia con sus actividades de la vida cotidiana²³, y por lo tanto afecta la evaluación que el niño pueda hacer sobre su calidad de vida.

CAPITULO II

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Se ha producido un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas debido a la reducción de las enfermedades bacterianas y al desarrollo de nuevas tecnologías médicas que aumentan la esperanza de vida de las personas²³.

En las enfermedades crónicas la medición de la calidad de vida (CV) adquiere una enorme importancia como medida de resultado de los programas e intervenciones de salud, así mismo se ha asociado a indicadores como la mortalidad, la hospitalización y el consumo de recursos sanitarios^{24,25}.

El tema de la CV se incorporó al campo de la salud recientemente, con un auge evidente en la década de los 90's, que se mantiene en los primeros años del siglo XXI³⁴. Durante los años sesenta la concepción de la CV era evaluada como una variable económica da un viraje y se inicia su vinculación con la capacidad de las personas para realizar sus propios planes de vida. La posesión de bienes materiales o el uso del indicador de *producto per cápita* no eran suficientes, ni explicaban la forma en que percibían las personas la CV. Es entonces que se empieza a hablar de CV como 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 entre otras cosas²⁶.

Las Ciencias de la Salud incorporan el concepto de Calidad de Vida, como una necesidad en la evaluación de los resultados en salud^{27,28}.

Las medidas de la CV tienen como objetivo el reflejar la percepción del paciente y provienen de diferentes áreas de investigación^{24,29}.

1. La investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica.
2. La investigación en indicadores sociales, se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. Aparece por primera vez el término de calidad de vida por Ordway en 1953.
3. En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la CV como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

La percepción de la salud, es considerada dentro del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y no se puede desligar de la definición de enfermedad y que tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se había centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos,

fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos para caracterizar una población³⁰.

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) posee una serie de características:

- Centrado en el paciente: está orientado hacia la perspectiva de la persona afectada. El mejor evaluador de la calidad de vida es la misma persona y no un experto "externo".
- Multidimensional: incluye al menos las siguientes dimensiones, física (la evaluación de la persona de su estado físico), psicológica (la percepción de la persona de su estado cognitivo y afectivo) y social (la percepción de la persona sobre sus relaciones sociales y sus roles).

La CVRS da mayor importancia a la evaluación que realiza el individuo sobre sus limitaciones en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad.

A partir de 1990 se comenzó a estudiar la CVRS y considera la percepción del niño sobre su bienestar³¹. El CVRS en niños y adolescentes difiere en algunos aspectos del concepto de los adultos, en el sentido de que se debe tener en cuenta su habilidad de participar plenamente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para cada edad. Se ha demostrado que el niño puede ofrecer una percepción de su calidad de vida desde antes de los cinco años de

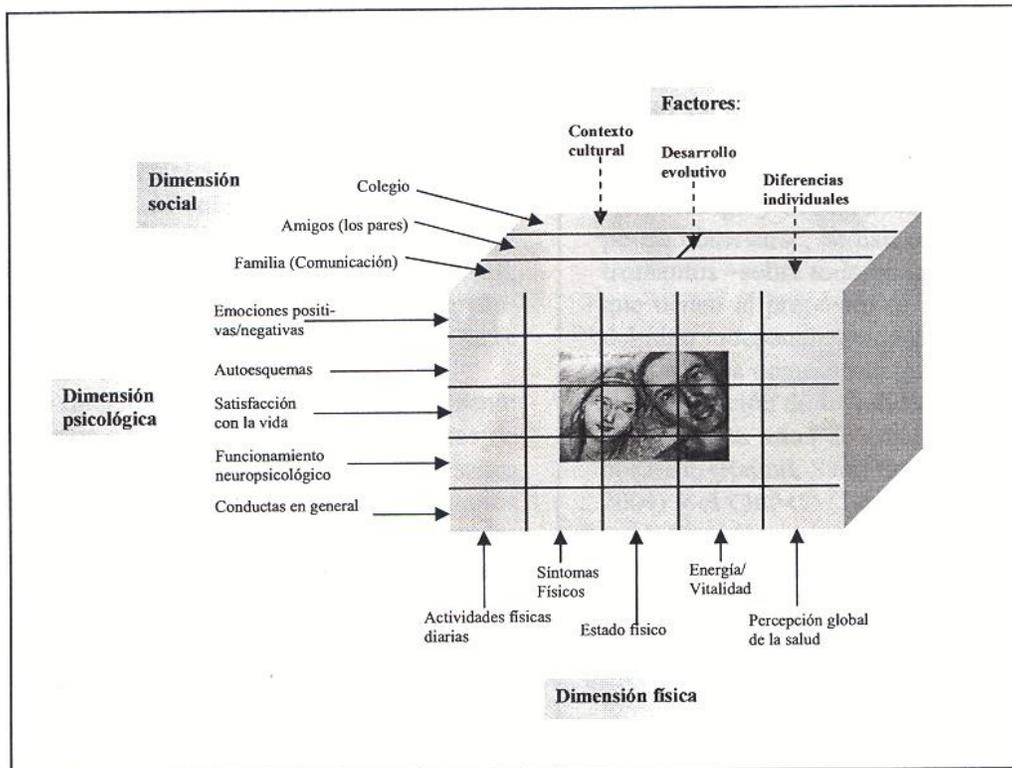
edad³², incluso entre los cinco a seis años pueden expresar las manifestaciones de los síntomas de dolor y su estado físico³³.

Según Quiceno (2008)³², la Calidad de Vida Infantil (CVI) se define como “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño o adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y a sus diferencias individuales”, mientras que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil (CVRSI) sería la valoración que hace el niño o adolescente de su funcionamiento físico, psicológico y social cuando este se ha visto limitado o alterado por una enfermedad o accidente.

Las diferentes dimensiones de la CVRSI están afectadas por otras variables, la percepción de bienestar objetivo o subjetivo del niño o adolescente sobre su salud mental y física está influida por el contexto cultural al cual pertenece y se haya desarrollado.

A continuación, se presenta el modelo de Quiceno sobre la CVRSI.

Figura 1. Dimensiones y factores relacionados con la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Infantil (CVRSI; Quiceno, 2008)³².



Evaluación de la Calidad de Vida.

Los instrumentos de CVRS están diseñados para proporcionar una medición del impacto de la enfermedad. Una puntuación de CVRS es un número que representa la distancia entre el estilo de vida esperado y la valoración que el individuo hace sobre su propia vida. Su medición ha de evaluar la distancia entre la CVRS actual ligada a la enfermedad y al estilo de vida deseado. Para la medición disponemos de dos grandes tipos de instrumentos, los genéricos y específicos.

La creación de instrumentos genéricos ofrece una visión general del problema de salud, sirviendo, así como base para diversos estudios epidemiológicos, aunque pueden serlo también sobre distintos grupos poblacionales, independientemente del problema de salud. La ventaja de estos instrumentos consiste en que permiten evaluar la utilidad de los tratamientos integrando mortalidad y morbilidad.

Los instrumentos de CVRSI de tipo genéricos evalúan fundamentalmente dimensiones asociadas a aspectos psicológicos, físicos y de relaciones sociales. Las dimensiones relacionadas con el aspecto social recogen la forma en que el sujeto interactúa con el medio: colegio, amigos (relaciones con los pares, rechazo por los pares), familia (comunicación familiar). Como aspectos psicológicos, los cuestionarios recogen información sobre los sentimientos y las emociones positivas/negativas; la depresión, el sufrimiento, la ansiedad y el estado de ánimo; la percepción de sí mismo, la autoestima y la apariencia física; las adquisiciones cognitivas, la habilidad para concentrarse, aprender y utilizar la memoria; y por último, las conductas en general o de riesgos en especial. Con respecto al aspecto físico, se evalúa la capacidad para realizar las actividades físicas diarias; desplazamiento, destreza, deambulación y el cuidado personal; los síntomas, como el dolor y el malestar³¹.

En una revisión sistemática sobre instrumentos que miden CVRSI³⁴ se reporta la existencia de quince cuestionarios para niños y adolescentes de 4 a 18 años. Se ha sugerido que la medición de la CVRS puede acompañarse de la medición de variables biológicas/fisiológicas, donde se puede incluir pruebas de laboratorio (por

ejemplo, actividad de la enfermedad), medicamentos administrados y el reporte de síntomas durante la visita médica (dolor articular). La relación entre las variables biológicas/fisiológicas y la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud provee evidencia del impacto sobre la percepción del médico a la importancia de la medición de la calidad de vida³⁵.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con AIJ.

Un niño con una enfermedad crónica no está únicamente afectado por la pérdida de su funcionamiento físico, puede además experimentar dificultades en su funcionamiento psicológico como lo muestran los pacientes con enfermedades reumatológicas³⁶ El área de funcionamiento físico es la más afectada, entendiendo esta dimensión como la habilidad para realizar diariamente sus actividades, tal como el vestirse, caminar una distancia corta, etc.

Son diversos los estudios con pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil. Se ha recomendado en dos revisiones sistemáticas que la evaluación de la CVRS en estos pacientes se considere como una medida del estatus de salud del paciente^{34,35}. Al evaluar el estado emocional se reporta la presencia de depresión, la afectación de la calidad de vida en la dimensión física y que esta modelada por la severidad de la enfermedad^{37,38}. La percepción de la CVRS en estos pacientes se reporta con bajas calificaciones equivalentes a la presencia de dificultades o mala calidad de vida³⁹⁻⁴² y cuando se relaciona con la presencia de dolor los valores de

la calidad de vida disminuyen más^{18,40,43}. Al comparar a los pacientes con AIJ con otras enfermedades crónicas se reportan diferencias; observando que la AIJ tiene mayor afectación en el área motora⁴⁴.

Se reporta que entre el 47% y 57% de los pacientes con AIJ tienen afectación en su CVRS, en comparación con el 16% de una población aparentemente sana. La discapacidad física y el dolor son los predictores más importantes relacionados con CVRS, sin embargo, el ausentismo escolar y la carga subjetiva del uso de medicamentos también juegan un papel relevante⁴⁵.

La presencia de dolor está relacionada con la afectación a la CVRS, se han estudiado las estrategias de afrontamiento, la presencia de problemas emocionales, dificultades en sus relaciones de pares y problemas con la asistencia a la escuela⁴⁶. Sin embargo, existen otras variables que han sido asociadas a la CVRS como: gravedad o severidad de la enfermedad, edad, sexo, apoyo social y percepción del control⁴⁷.

La percepción de control de la enfermedad ha sido evaluada para ubicar a la persona en el tipo de locus de control (grado de creencia en la persona de que los factores internos o externos son los responsables de su propia salud o enfermedad); se investiga el grado de efecto percibido de la medicación sobre los síntomas de la enfermedad considerando un mejor efecto de la medicación pudiese dar una mayor sensación de control sobre está y la percepción del sujeto acerca del grado de control que él percibe tiene sobre su propia enfermedad. Es así como la percepción

de la calidad de vida es significativamente mayor en aquellos que tienen un locus de control interno sobre aquellos que predomina un externo⁴⁶. Se recomienda profundizar la investigación de explicaciones, de carácter cognitivo que vinculen de alguna manera la calidad de vida con la percepción de control, partiendo de la base que aquellas personas que creen que su salud esta mediada por sus propias conductas tienen una mejor evaluación de aquellas que conciben este proceso con una mayor influencia de los externos. Se ha sugerido la relación entre locus de control y calidad de vida (mayor control o control interno estaría asociado a una mayor calidad de vida)⁴⁷.

Aplicado el constructo de Locus de Control al campo de la salud, éste aporta que aquellas personas que creen que su salud depende de ellas mismas (Locus de Control Interno), tendrán mejor salud que las que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (Locus de Control Externo), debido a que el Locus de Control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud^{48,49}.

CAPITULO III

LOCUS DE CONTROL (LC)

J.B. Rotter introdujo el concepto de Locus de Control (LC) en la década de los años sesenta dentro de la Teoría del Aprendizaje Social. Surgió con la finalidad de sistematizar el estudio de las diferencias individuales de personalidad, la cual se adquiere y se transforma en el recorrer de la vida a través de la interacción del individuo con su medio significativo. Por lo tanto, las experiencias de una persona desempeñan un papel fundamental en la determinación del comportamiento actual, porque ellas interfieren en los nuevos aprendizajes del sujeto^{50,51}.

De acuerdo con esta teoría, la conducta de las personas puede predecirse desde el conocimiento de cómo éstas ven la situación, desde sus expectativas sobre su propia conducta y desde sus evaluaciones sobre los resultados que podrían ocurrir en consecuencia de sus actos en esa situación.

El término de locus de control⁵⁰ se refiere a las creencias que las personas tienen con respecto a quién o qué cosas controlan los resultados de su vida y que determinan las consecuencias de sus conductas. El interés por este rasgo de personalidad se debe a la observación de que ciertas conductas, que se presentan o no ante ciertas circunstancias y que después de que el reforzamiento (cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que una conducta se repita, por ejemplo aceptación o rechazo) aparece de forma sistemática y puede ser descrita. Para lograr describir una conducta se requiere de conocer el valor del reforzador si es

positivo (aceptación, una felicitación, etc.) o negativo (rechazo); de su historia, la secuencia así como del patrón y valor asignado por cada persona.

Rotter describe y utiliza cuatro tipos de variables que intervienen: el potencial para realizar una conducta, las expectativas de reforzamiento, el valor del reforzamiento y la situación psicológica. Entonces el potencial para que una persona haga una conducta en una situación psicológica específica, está en función de 1) la expectativa de la persona de que tal conducta llevará a unas consecuencias particulares en esa situación, y 2) del valor de esas conductas para la persona en esa situación dada⁵⁰.

Las expectativas de reforzamiento en una situación dada, también llamadas expectativas específicas, están determinadas por las experiencias concretas del individuo en esa situación y también por las expectativas de carácter general que el individuo genera a partir de sus experiencias en otras situaciones que percibe como similares. Se distingue posteriormente entre expectativas específicas (o expectativas de reforzamiento en una situación dada) y expectativas generalizadas (o expectativas de reforzamiento que el individuo extrapola de su experiencia en situaciones anteriores similares). El interés se centra en las expectativas generalizadas ya que en ellas se fundamenta el LC⁵² ya que la conducta dependerá de la cantidad de experiencia que tenga el individuo, es decir, a mayor experiencia mayor peso de las expectativas específicas. El valor del reforzamiento y las situaciones psicológicas específicas influyen también en las expectativas de reforzamiento así como las conductas alternativas disponibles para el individuo en

esa situación: cuanto menor sea el rango de opciones conductuales disponibles, mayor será la capacidad de los constructos propuestos en la Teoría del Aprendizaje Social para predecir una conducta, puesto que el número de conductas a elegir será menor.

Entonces, el LC es una cognición del tipo de expectativa generalizada, que refleja el historial de reforzamiento de cada individuo, y que se refiere a la independencia/dependencia de los resultados respecto a la conducta⁵².

El constructo de LC no es unitario ni se trata de una tipología, sino que puede implicar creencias diferentes según el ámbito al que se refiera, prediciendo la conducta de las personas en ciertos ámbitos y situaciones ^{53,54}. Las expectativas de control variarán en función de contextos específicos, al tiempo que existe una tendencia a mantener un tipo de expectativas en diferentes contextos⁵⁵. Así, por ejemplo es posible que individuos que se comportan generalmente con un locus de control externo, en situaciones específicas se comporten como internos. Esto es porque la historia de aprendizajes de los sujetos les ha mostrado que ellos tienen el control del refuerzo en ciertas situaciones, aunque en general no perciban tener el control de lo que les ocurre⁵⁴.

Ahora bien, si se sopesan las ventajas y desventajas de la internalidad y la externalidad, el locus de control interno pareciera ser claramente más ventajoso que el externo, relacionándose con aspectos mucho más deseables y positivos⁵³.

Tipos de Locus de Control.

El LC se define cuando una persona percibe que un refuerzo sigue a una acción suya pero que no es contingente a esa acción, se percibe típicamente como el resultado del azar, que está bajo el control de otras personas o como algo impredecible debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo causan. Cuando una persona interpreta un evento de esta manera, llamamos a esto una creencia de control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes, se llama a esto una creencia en el control interno. Entonces el Locus de Control Interno (LCI) se define como la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con la conducta del sujeto. Mientras que el Locus de Control Externo (LCE) se refiere a la creencia por la cual los refuerzos que siguen a una acción están bajo el control de otras personas, están predeterminados o son controlables, puesto que dependen de las fuerzas del destino y/o del azar.

Medición del Locus de Control.

Rotter construyó el primer instrumento para medir el LC, este instrumento se denominó Escala de Locus de Control I-E para Adultos. El análisis factorial reflejó la existencia de un factor más amplio y de un número elevado de pequeños factores. Es una escala unidimensional que muestra un conjunto muy limitado de pares conductuales. La dimensión que forma esta escala la constituyen dos polos

opuestos: el interno y el externo. Una consecuencia del uso de esta escala fue la tendencia a ver el LC como un rasgo de personalidad y no como una creencia, pues el hecho de que las respuestas del sujeto tendieran más a un amplio polo u otro de la escala se atribuía a la existencia de un rasgo de personalidad. Recordando que LC es una expectativa generalizada que la persona lleva consigo desde una situación a otra nueva, lo que hace más similar a un rasgo que a un estado y le aproxima al concepto de unidimensionalidad de la personalidad.

Ha sido utilizada de forma inapropiada al haberse estudiado como predictor de la conducta al margen de otros factores con los que supuestamente interactúa. Este hecho explica el bajo poder predictivo de este constructo sobre la conducta⁵⁶. No obstante, Wallston en 1992⁵⁷ señala que aunque la relación sea débil, aparece en forma consistente, es decir, el LC se comporta como un predictor muy extensivo pero poco intensivo.

Es Lefcourt en 1980⁵⁸, amplía el rango de posibilidades del constructo LC. En su definición incluye todo tipo de consecuencias derivadas de la conducta del individuo, independientemente de que éstas puedan ser consideradas como refuerzos o no. Para Lefcourt el locus de control es parte de una expectativa generalizada respecto de la conexión entre las características personales y de los resultados esperados. Una expectativa generalizada de control externo es una creencia difusa de que los resultados son independientes de los esfuerzos personales y una expectativa generalizada de control interno es la creencia de que los resultados son contingentes con las acciones.

Instrumentos de medición del Locus de Control.

La primera escala de LC, fue desarrollada por James y Phares en 1957. Después de varios refinamientos, surgió la escala unidimensional desarrollada por Rotter, formada por 23 reactivos y denominada Escala de Locus de Control I-E para Adultos. La Escala de Rotter sigue siendo la más conocida y aún la más usada entre las escalas de miden el LC. La Escala I-E fue el producto final de cuatro versiones previas y hasta la quinta versión se valoró la validación concurrente, la de constructo y la predictiva (siendo todas ellas satisfactorias), lo cual permitió su posterior publicación⁵⁹. Esta escala ha sido traducida, acortada, ampliada, analizada y vuelta a analizar factorialmente, modificada, adaptada y criticada, pero se considera aún la base de todas las medidas de LC.

Rotter realizó diversos estudios y reporta correlaciones significativas entre las puntuaciones de la Escala IE y situaciones como los juegos de azar, el activismo político, la persuasión, el tabaquismo, la motivación de logro y la conformidad⁵⁶.

Diversos investigadores han afirmado que la Escala de Locus de Control I-E era unidimensional⁶⁰, pero en diversos estudios los resultados no fueron replicados en su momento^{61,62}. Los estudios de Levenson en 1973⁶³, reportan inconsistencias e inadecuaciones en la escala, distinguió entre las personas que creen que el poder de otras personas puede controlar el mundo, y las que sienten que el mundo es incontrolable e impredecible y entonces desarrolló las Escalas IPC del Locus de Control (la escala Interna, la escala Poder de los otros y la escala Azar). A partir de

estos estudios se han creado instrumentos específicos que contemplan estas o más dimensiones⁶⁴.

La elaboración de instrumentos que miden el LC ha seguido dos caminos: por un lado, buscar posibles dimensiones en este constructo a partir del Análisis Factorial y, por otro, conseguir una mayor especificidad de los instrumentos. Lefcourt en 1981⁵⁸ menciona tres aproximaciones distintas y con orígenes diferentes para evaluar el constructo. Las dos primeras intentan clasificar las formas en que puede ejercerse el control sobre el entorno, independientemente del ámbito en que se le sitúe (laboral, de salud, etc.) y la tercera se centra en la evaluación del control en ámbitos específicos donde es importante el control para conseguir unos resultados concretos en el área de salud, en el área laboral y las relaciones personales entre los individuos de diferentes grupos de edad. Sin embargo, la mayoría de estas escalas han sido desarrolladas o dirigidas para adultos.

Locus de Control en niños.

El origen del locus de control en los niños se espera que tenga una estrecha relación con la conducta de sus padres debido a que en los primeros años de vida estos controlan las contingencias de reforzamiento de la conducta de los niños. De igual manera si un hijo es rechazado y castigado por sus padres, aprenderá que no es capaz de controlar su medio ambiente, sino que este es controlado por otros y como consecuencia no percibirá que es capaz de manejarlo.

Bialer⁶⁵ (1961) y Crandall, Katkovsky y Crandall⁶⁶ (1965), proponen que en el desarrollo temprano, los niños ven el mundo controlado externamente, ello debido a su necesaria dependencia temprana de otros, para su cuidado emocional y físico. Supusieron que las expectativas generalizadas de control interno, no deberían existir en niños muy, pequeños, pero deberían desarrollarse con el crecimiento y maduración. En 1967, Katkovsky, Crandall y Good⁶⁷ en su estudio sobre la relación entre LC e interacción padres-hijos reportan altas correlaciones en niños de ambos sexos en LCI y el grado en que los padres eran protectores, los apoyaban emocionalmente y no los rechazaban. Estos investigadores reportan que es más probable que los niños desarrollen en mayor grado una orientación interna, si tienen apoyo y amor maternal, y las niñas desarrollan una orientación externa, si experimentan rechazo y control autoritario paternal. En contraste, Halpin, Halpin y Whiddon⁶⁸ 1980, no encontraron tal correlación.

Chandler, Wolf, Cook y Dugovics⁶⁹ 1980, reportan que otras dimensiones que se correlacionan con el LCI de los hijos son el LCI de la madre, menos restricciones por parte de la madre así como sugerencias y explicaciones del padre hacia el hijo. Las madres de niños con LCI, han ejercido prácticas de independencia con sus hijos a más temprana edad que los niños con LCE.

Andrade⁷⁰ (1987) reportó correlaciones positivas entre el locus de control y conductas de los padres como apoyo emocional, instrumental y afectividad. Asimismo, observó que son más las conductas de la madre que las del padre las que mostraron ese efecto significativo en el LC de los hijos, lo cual de cierta manera

concuerta con el hallazgo de Chandler⁶⁹, quienes reportaron que el LC de la madre correlaciona con el LC de los hijos, pero no el del padre.

El hecho de que sean las conductas de la madre y no las del padre, se explica por el hecho de que hay mayor contacto entre estos, sobre todo en los primeros años, pero no por esto debe dejarse de lado la influencia del padre, ya que algunas de sus conductas también influyen en el LC de los hijos. También se ha descubierto que ciertas prácticas paternas ayudan a fomentar una creencia en el LCI: condiciones afectuosas, responsabilidad, apoyo y el estímulo a la independencia⁷¹.

En su estudio de 1994 Carton y Nowicki⁷² sugieren que una infancia libre de estrés, donde los niños experimentan menor control personal pero mayor calidez materna, se asocia con el desarrollo de expectativas generalizadas de control interno. Mencionan que en los eventos estresantes el control y la calidez de los padres, son tres variables importantes para el desarrollo de las creencias de control, sugieren que niños con autonomía para analizar el ambiente, desarrollan expectativas de control interno, debido a que aprenden que los eventos en su vida son resultados de sus acciones o habilidades. Los niños que usan un excesivo control, creen que los eventos en sus vidas se deben a factores externos como a las acciones de sus padres, opuesto a la visión de los eventos como contingentes de su propia conducta.

Se puede esperar que entre más eventos estresantes que se experimenten tempranamente, mayor será el impacto en el desarrollo de las expectativas de control generalizado⁷³. La internalidad aumenta con la edad, conforme los niños

crecen, su LC tiende a volverse más interno⁷⁴. Una persona desarrollará un rasgo consistente interno o externo, y que depende de sus experiencias de reforzamiento pasado.

Es así que se han desarrollado escalas para evaluar el LC en niños y adolescentes, creando medidas generales y específicas como se puede ver en la tabla 2, elaborada por Linares⁷⁵:

Tabla 2. Instrumentos que miden el Locus de Control en niños.

Nombre:	Autores, año:	Reactivos y factores	Tipo de escalas	# Confiabilidad & Validez
Escala de Locus de control.	Bialer, 1961.	23 reactivos 1 factor	Si - No	#,& No evaluada
Test de Locus de Control I-E de dibujos para niños.	Battle y Rotter, 1963	6 dibujos 1 factor.	7 puntos para cada dibujo	# No evaluada & Concurrente, Predictiva
Cuestionario de Responsabilidad del logro académico.	Crandall, Katkovsky y Crandall, 1965.	34 reactivos 1 factor	Respuestas forzadas.	# Alfa 0.54-0.60. Test-retest 0.54-0.74 & Constructo, Predictiva
Escala de Locus de Control para niños.	Nowicki y Strickland, 1973	40 reactivos 1 factor	Si - No	# Alfa 0.62-0.81 & Concurrente, Constructo
Escala de Contro I-E- Standorf de pre-escolar.	Michel, Zeiss y Zeiss, 1974.	14 reactivos 1 factor	Respuestas forzadas	# Dos mitades 0.47-0.62 Test-retest 0.14-0.20 & Constructo, Predictiva
Grupo de medidas de Locus de Control.	Gruen, Korte y Baum, 1974.	38 fotografías.	Respuestas forzadas	# Kuder-Richarson 0.68-0.79 & Concurrente
Escala de Locus de Control para Grupos Minoritarios.	Louden, 1978.	12 reactivos. 1 factor.	Si – No	# Dos mitades 0.61 & Concurrente

Tabla 2. Continuación Instrumentos que miden el Locus de Control en niños.

Escala de LC para la percepción de niños en interacciones sociales.	Dahlquist y Ottinger, 1983.	48 reactivos 1 factor.	Si - No	# Alfa 0.75-0.80 & Concurrente, Constructo, Convergente.
Escala Multidimensional al del Locus de Control para niños.	Richaud de Minzi, 1991.	45, 32, 16 reactivos cada versión. 5 factores.	Si – No	# Dos mitades 0.41-0.74. Test-retest 0.42-0.79 & Aparente
Escala Multidimensional al de la Percepción del Control de los Niños.	Connell, 1985.	48 reactivos 3 factores.	Escala de 4 puntos: verdadero – falso.	# Alfa 0.43-0.75 & Constructo, Predictiva

Díaz Loving y Andrade Palos⁷⁶ construyeron la Escala de Locus de Control para Niños Mexicanos. Con esta escala apoyan la multidimensionalidad del concepto de locus de control describiendo tres factores de control (o tres tipos de locus de control): fatalista, instrumental y afectivo.

La subescala afectiva se refiere a la modificación del medio ambiente a través de las relaciones afectivas con quienes le rodean; los reactivos de esta subescala podrán considerarse como representativos del locus de control interno, ya que se refiere a situaciones en las que el niño ejerce una forma de control que se manifiesta en una presión de tipo afiliativo hacia aquellos que pueden ejecutar la conducta.

La subescala fatalista, la cual describe situaciones donde el niño considera que no puede hacer nada para controlar su medio. Podría considerarse que representa una forma extrema de control externo, en México esta característica está presente. En el caso de los niños mexicanos se encontró que existe más de una forma de ser

interno, ya que, un niño puede estar orientado a intentar resolver situaciones difíciles y por lo tanto puede lograr sus metas interviniendo directamente sobre el medio (subescala instrumental) o indirectamente a través de sus relaciones afectivas (subescala afectiva) con otros.

La Rosa⁷³ (1986) al trabajar con los niños encontró que aparte del control interno y el control externo apareció otra dimensión, es decir, un locus de control interno afectivo que hace referencia a que el niño manipulaba el medio de manera indirecta a través de habilidades de afiliación y comunicación. Enriquez y Tapia⁷⁷ (1989) calcularon la validez y confiabilidad de la escala de Locus de Control (construyendo una combinación de la escala de Diaz Loving y Nowicki y Strinckland en niños de primaria y secundaria).

TIPOS DE LOCUS DE CONTROL EN MÉXICO

Varela y Mata en 2004⁷⁸ llevaron a cabo una investigación con el objetivo de saber si el LC en los niños de siete, nueve y once años es interno o externo, así como determinar si existen diferencias vinculadas al sexo. Los resultados muestran que el LC predominante para los niños de todas las edades fue el interno, observaron diferencias por sexo, siendo el grupo de los niños los que obtienen las calificaciones más altas en internalidad y en el grupo de las niñas se obtienen puntajes más altos en externalidad. El LC que prevalece en la población infantil en México es interno⁷⁰.

Diversas investigaciones se han realizado para reportar la asociación del locus de control con otras variables. Phares (1976) en Findley y Cooper, (1983)⁷⁹, realizó estudios que probaron la relación entre locus de control y logro en niños, y concluyó que solamente los niños con control interno, demostraron una ejecución superior a la de los niños con control externo, asimismo, observó que esta relación era más substancial en niños que en adultos. Tesiny, Lefkowitz y Gordon en 1980⁸⁰, que encontraron que la externalidad, se asociaba con mal desempeño en lectura, matemáticas y hábitos de estudio. Otras investigaciones han reportado que el locus de control interno se asocia con una búsqueda más activa para cumplir los objetivos, la acción social, la participación más espontánea en las actividades de aprovechamiento, mejores relaciones interpersonales, mejor ajuste emocional, una sensación de bienestar, y los niveles más altos de rendimiento, la búsqueda de información, el estado de alerta, y la toma de decisión autónoma. Un locus de control externo se asocia más con la depresión, la ansiedad, y una menor capacidad para hacer frente a las experiencias de vida estresantes^{72,81}.

Locus de Control y Salud.

Al aplicar la Teoría del Aprendizaje Social y el constructo de Locus de Control de Rotter al campo de la salud, nace el Locus de Control de la Salud; la cual refiere que las personas que creen que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas (LCI), tendrán mejor salud que las que creen que las causas de las

enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (LCE), debido a que el LC de la Salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

Los profesionales de la salud han venido observando que el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades precisa no sólo de la determinación de su naturaleza (con todas sus posibles especificaciones biológicas), sino también de la evaluación de las creencias del paciente, de sus expectativas y del modo en el que éste y su familia asumen e interpretan los síntomas⁸².

El conocimiento, las ideas y las expectativas que el paciente y su familia tengan sobre la naturaleza, origen, curso y pronóstico de la enfermedad, así como de la hospitalización, suponen relevantes implicaciones respecto de su evolución, principalmente en lo referente a la adhesión al tratamiento y curación²¹. En el ámbito de la enfermedad y hospitalización infantil este fenómeno es muy significativo, con el agravante de que las creencias, expectativas y el conocimiento del paciente pediátrico están, en gran medida, influidas por las de sus padres. Se ha observado que el LC funciona como un importante recurso de afrontamiento que tiene gran relevancia como factores predictivo de otras variables actitudinales, afectivas y comportamentales⁸³.

El estudio de locus de control en salud nació al aplicar el constructo de locus de control de Rotter al campo de la salud. Fernández en 1994⁸⁴, se refiere a la “creencia de las personas sobre qué o quién es responsable de lo que le ocurre a uno”. Se

considera que las personas que creen que tienen control sobre su salud realicen con mayor frecuencia comportamientos que permitan mantener o mejorar su salud. Se reporta que existe una relación entre las conductas que efectúan las personas, observando que aquellas con un locus de control interno son más proclives a realizar acciones en pro de su salud⁸⁵.

Nowicki y Strickland⁸⁶ refieren que los individuos con un locus de control interno, asumen una mayor responsabilidad por su propia salud. Son más propensos a involucrarse en conductas más saludables (por ejemplo, no fumar y adoptar mejores hábitos nutricionales) y tener un mayor cuidado para evitar accidentes. Además, los estudios han encontrado que los internos tienen en general menores niveles de estrés y son menos propensos a sufrir de enfermedades relacionadas al estrés. Implícito en el concepto de Rotter del locus de control es el supuesto de que los internos están mejor adaptados y son más eficaces en la vida.

El LC es factor protector de la salud mental; el LC interno amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad, por el contrario, el LC externo puede tomarse como predictor de enfermedades. La percepción de tener cierto control sobre lo que ocurre en la vida cotidiana, suele asociarse con mejores estrategias de afrontamiento al estrés, autoeficacia, autoestima; mejor bienestar psicosocial. Por el contrario, la sensación de no poder controlar lo que nos ocurre, genera frecuentemente un estado de paralización que inhabilita a las personas para alcanzar las metas propuestas⁸⁴.

El potencial de un individuo para involucrarse en una serie de comportamientos de salud es una función multiplicativa entre el grado en que el sujeto cree que sus actos pueden influir en su salud y el grado en el que el individuo valora su salud. Cuando una persona padece una enfermedad grave acostumbra a relegar el control a los médicos, es decir se manifiestan creencias de LCE centrado en el médico, dependiendo de la realidad esto será adaptativo o no. Se considera que aquellos que creen que tienen el control sobre su salud realizarán más a menudo comportamiento que la promuevan y, como resultado tendrán una mejor salud⁸⁷. Lo contrario ocurrirá a con los que suponen que carecen de dicho control.

El LC se encuentra estrechamente relacionado con indicadores de ajuste emocional, como la CVRS. Tradicionalmente, se señala que el locus de control interno tiene un mayor impacto positivo sobre la salud⁸⁸. La investigación reporta que aquellos que creen que pueden hacer algo respecto a su enfermedad tienen una adaptación más positiva que aquellos que no⁸⁹; son más proclives a practicar buenos hábitos saludables^{58,90}, pueden aumentar su adherencia al tratamiento⁹¹; usan más estrategias de afrontamiento activas y reportan menores niveles de depresión que los de una orientación externa⁹².

Un solo estudio, con pacientes adultos con artritis reumatoide y osteoartritis reportan que un nivel más alto de locus de control interno de la salud está asociado a mejor calidad de vida, tanto en el área física como mental⁹³.

Finalmente, el locus de control es una característica definida de los individuos que opera de manera constante en diversas situaciones. Las influencias sobre el comportamiento producido por la dimensión interna-externa influyen en cada persona de tal forma que las personas pueden comportarse de manera diferente cuando se enfrentan con la misma situación.

JUSTIFICACIÓN

La presencia de una enfermedad crónica afecta la forma en que suele vivir un paciente y su familia. La Artritis Idiopática Juvenil afecta principalmente a niñas principalmente menores de 16 años y se considera como la enfermedad reumatológica más frecuente en la población infantil. El área de mayor afectación que se ha evaluado es el área motora o física debido a la presencia de dolor, la inflamación de las articulaciones y que le impide realizar sus actividades diarias. Debido a esto la evaluación que pueda realizarse de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud es afectada por la percepción y limitaciones en las áreas emocional, social, escolar y física. El tipo de Locus de Control permite conocer cómo la paciente evalúa su nivel de afectación, ya sea como resultado de la conducta de otras personas, o sucesos que no controla (locus de control externo) o es el resultado de lo que ella hace (locus de control interno) y que puede controlar.

El estudio de la calidad de vida en el ambiente clínico provee información relevante para el tratamiento y seguimiento de los pacientes, la evaluación adecuada que se realice durante la consulta puede proveer información acerca de los aspectos del funcionamiento físico, emocional y social; sin embargo, en ocasiones no son evaluados en la consulta de seguimiento por el médico y por lo tanto no comentado por el médico con el paciente.

El estudio de locus de control permitirá describir una característica de personalidad que puede estar incidiendo en la evaluación de la CVRS, así como proponer intervenciones que promuevan el mayor bienestar posible en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Esta investigación fue realizada en dos fases, que se describen a continuación.

- **FASE UNO**

Estandarización de la Escala de Locus de Control para Niños Mexicanos de Díaz Loving y Andrade Palos⁷⁶.

INTRODUCCION

Estandarizar – en el ámbito de la psicometría – se define como la transformación de las puntuaciones directas (crudas) de un instrumento en otras típicas de acuerdo con una norma establecida, por ejemplo, a partir de una media y desviación estándar⁹⁴. Así la transformación de una puntuación permite clasificar, ordenar o conocer la magnitud de dicho atributo, a fin de establecer semejanzas o diferencias en la posesión que cada persona tiene del atributo⁹⁵.

Las calificaciones directas o crudas tienen significado sólo en función de un promedio de calificaciones, es decir, de un parámetro de comparación (por ejemplo, la media estadística). Para facilitar la interpretación de puntuaciones se recomienda transformar la puntuación cruda. De esta manera, es posible interpretar de manera adecuada una calificación individual en relación con un grupo normativo y con la ventaja de que otras personas puedan interpretarlas⁹⁶.

Una vez que los puntajes crudos han sido transformados o normalizados el siguiente paso es la elaboración de normas de calificación. Las normas de calificación se presentan en una tabla que contiene las calificaciones crudas y calificaciones derivadas (puntuaciones transformadas) con la descripción del grupo sobre el cual se han elaborado. Lo más frecuente es que la puntuación de una persona se compare con las calificaciones obtenidas por otras personas en un grupo de referencia pertinente, el grupo normativo. Un grupo normativo consiste en una muestra tomada de la población de interés, que debe ser una muestra representativa (personas que comparten ciertas características o dimensiones como sexo, edad, grado o nivel educativo, la ocupación, zona geográfica, posición socioeconómica y la raza) y que proporciona una base de comparación.

Objetivo

Estandarizar la Escala de Locus de Control para Niños Mexicanos.

Diseño

Transversal (desarrollo de la estandarización de un instrumento).

Población

Escolares de 8 a 11 años de nivel básico de la Ciudad de México.

Selección de la muestra

De tres escuelas de la Ciudad de México se llevó a cabo la selección de los alumnos a través de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos para la aplicación del instrumento.

Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión.
 - Escolares de 8 a 11 años que supieran leer y escribir.
- Criterios de Exclusión.
 - Escolares que por cualquier condición física o psicológica estuviera impedido para contestar la escala.
- Criterios de Eliminación.
 - Prueba psicológica contestada de forma incompleta o con respuestas múltiples en un mismo reactivo.

Tamaño de la muestra

Nunally⁹⁷ menciona que se requiere de 10 sujetos por cada reactivo que forme parte del instrumento. El número de sujetos a incluir se determinó de acuerdo con los criterios de Nunally por lo que la escala consta de 30 reactivos, se requería de un mínimo de 300 sujetos por escuela. Sin embargo, Geisinger⁹⁸ refiere que para la estandarización de un instrumento se requiere incluir entre 750 a 1000 participantes.

Para este estudio se consideró un número de 600 escolares de 8 a 11 años para la estandarización del instrumento.

Instrumento

La Escala de Locus de Control para niños mexicanos fue creada por Díaz Loving-Andrade Palos en 1984 (Ver Anexo A)⁷⁶. Para la validación y confiabilidad de la escala se realizaron tres estudios. Los resultados del análisis factorial mostraron que tres factores explicaban el 19.3% de varianza total. Estos factores corresponden las subescalas de Locus de Control: Fatalista (SF), Afectivo (SA) e Instrumental (SI); cuya consistencia obtenida en cada subescala de SF= .73, SA=.57 y SI= .66.

La escala original de Locus de Control de Rotter estaba compuesta por dos dimensiones (interno-externo). En la escala elaborada por Díaz Loving y Andrade Palos refieren la existencia de más dimensiones de locus de control y se encontró que existe más de una forma de locus de control interno: un niño puede estar orientado a resolver situaciones difíciles y logra sus metas interviniendo directamente sobre el medio o indirectamente a través de sus relaciones afectivas con otros⁷⁶.

Procedimiento

I. Aplicación de la Escala de Locus de Control para Niños Mexicanos.

Se solicitó al personal de la dirección de la escuela el permiso para poder llevar a cabo la aplicación de la escala. Se llevó a cabo una plática informativa con los profesores titulares de cada grupo para dar a conocer el objetivo de la escala y las condiciones necesarias para su aplicación (Ver Anexo B).

De acuerdo con el horario de actividades se llevó a cabo la aplicación de la escala bajo las siguientes condiciones:

1. Se aplicó en el salón de clases de cada grupo elegido, el cual tenía iluminación y ventilación adecuada.
2. Cada niño debió estar sentado en un espacio que le permitió escribir de forma tranquila y adecuada (una mesa).
3. La aplicación fue realizada de forma colectiva: se leyeron las instrucciones de la escala en voz alta que permitió a todos los niños escuchar claramente. Se aclararon las dudas de los niños.
4. Se llevó a cabo la aplicación en cada uno de los grupos, entregando a cada niño la escala y un lápiz.
5. En el caso de niños que no entendieron las instrucciones, se llevó a cabo la aplicación de forma individual y con apoyo de una psicóloga.

II. Estandarización de la escala.

1. Se asignaron los números a las respuestas originalmente dadas por el instrumento, para la respuesta NO un número cero (0) y para la respuesta SI un número asignado de uno (1).
2. Se realizó la captura de los datos de acuerdo con el número asignado a cada respuesta de los 30 reactivos.
3. Se llevó a cabo el análisis estadístico para la obtención de las características psicométricas de la escala.

Análisis estadístico

Con los datos capturados en una base de datos se llevó a cabo el siguiente análisis estadístico de acuerdo con los siguientes pasos.

1. Discriminación de reactivos: se eligió el 25% de calificaciones más altas y bajas. Se calculó una prueba t de *Student* para muestras independientes y poder determinar si los reactivos discriminan aquellos sujetos que obtienen bajas o altas calificaciones.
2. Se llevó a cabo un Análisis de Factores (AF)⁹⁹, que es una técnica estadística que sirve para resumir la información contenida en una matriz de datos. En el AF confirmatorio se propone un modelo según el cual hay unos factores que representan a las variables originales, en este caso los tipos de locus de control.

3. Se calculó el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach¹⁰⁰, que es un índice de consistencia interna que proporciona información sobre la homogeneidad de los reactivos (es el promedio de todos los coeficientes de correlación entre los reactivos) y proporciona información sobre el grado en que los reactivos miden la misma variable. Mientras más homogéneos sean los reactivos, mayor será el valor de la consistencia interna para un número dado de reactivos. Se calculó para cada factor obtenido en el Análisis de Factores.

4. Para la elaboración de las normas de grupo se obtuvo el valor de la mediana de acuerdo con cada subescala del instrumento.

5. Para determinar el tipo de locus de control con mayor frecuencia en la población de estudio se llevó a cabo un Análisis de Conglomerados⁹⁹.

Consideraciones éticas.

Este estudio se clasificó en la categoría de investigación con riesgo mínimo de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁰¹; Título Segundo: De los aspectos éticos en la investigación con seres humanos; Capítulo I: Disposiciones comunes, Artículo 17. Se llevó a cabo la aplicación de una prueba psicológica y no se manipuló o modificó la conducta de los niños. Se obtuvo la autorización por las escuelas y consentimiento de los padres. Se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información que fue proporcionada por los participantes.

- **FASE DOS**

Objetivos

General

Evaluar la asociación del tipo de locus de control (LC) y el tipo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes escolares con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).

Específicos

1. Describir el tipo de locus de control más frecuente en pacientes escolares con AIJ.
2. Describir las áreas afectadas de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con AIJ.

Hipótesis

Existe asociación entre el tipo de Locus de Control de tipo interno y una buena Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Diseño

Estudio Transversal.

Población

Pacientes de 8 a 18 años con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil.

Muestra

La muestra fue seleccionada de forma no probabilística por conveniencia. Las pacientes fueron seleccionadas al asistir a la consulta externa del Servicio de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Criterios de selección

- Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de AIJ que asistieron a la consulta externa.

La evaluación y diagnóstico fue realizado por el médico pediatra reumatólogo (Criterios del ILAR) La evaluación médica fue realizada por el médico reumatólogo que incluyó:

- La clasificación del tipo de AIJ (1. Artritis sistémica; 2. Oligoartritis persistente o extendida; 3. Poliartritis con Factor Reumatoideo Negativo y 4. Poliartritis con Factor Reumatoideo Positivo).

- Evaluación de la Actividad de la Enfermedad resultado del instrumento DAS 28 (Disease Activity Score)¹⁰² que valora el dolor y la inflamación en 28 articulaciones, la actividad de la enfermedad (valorada mediante una escala Analógica Visual (EVA), y la Velocidad de Sedimentación (VSG). El resultado fue reportado como presencia o ausencia de actividad.

2. Firma de la Carta de Consentimiento y Asentimiento Informado del tutor y del paciente.

3. Pacientes que supieran leer y escribir.

- Criterios de Exclusión

1. Pacientes que por su condición física o psicológica no podían contestar la escala.

Tamaño de la muestra

Un estudio realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas¹⁰³, reportaron la presencia de 24.5% de pacientes que refieren una mala calidad de vida, con valores que fluctúan de 19.4% a 31.3% de mala calidad de vida; así la diferencia entre ambas proporciones es de un valor aproximado de 12%. Se calculó una diferencia del 15% en la puntuación de calidad de vida (mala) entre los pacientes que reporten un locus de control interno versus locus de control externo. Entonces a partir de los valores de tabla para un tamaño de muestra por proporciones se requirieron 108 pacientes¹⁰⁴.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente: Locus de Control (LOC).

Variable dependiente: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

VARIABLES CONFUSORAS: tiempo de evolución, actividad de la enfermedad y dolor.

Otras variables: Sexo y edad del paciente.

Definición conceptual y operacional de las variables.

❖ Locus de Control (LC):

Definición conceptual.	Es la creencia que las personas tienen con respecto a quién o qué cosas controlan los resultados o las consecuencias de sus conductas. Se agruparon en tres tipos: 1. LC interno: cuando una persona evalúa que una situación está relacionada con sus acciones o su conducta. 2. LC Externo: cuando se evalúa que una situación no se relaciona con la conducta de uno, sino que depende de otro. 3. LC Indefinido: cuando la persona no identifica claramente si el resultado de sus acciones se deben a su conducta o a la influencia de otras personas.
Definición operacional.	Se aplicó la escala modificada de Locus de Control para niños mexicanos que se utilizó en la primera parte de este estudio. Se agruparon de acuerdo con los resultados de la mediana por tipo de LC en: 1. Locus de control interno, 2. Locus de control externo y 3. Locus de control indefinido.
Nivel de medición.	Nominal.

❖ **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):**

Definición conceptual. La valoración que hace el niño o adolescente de su funcionamiento físico, psicológico y social cuando se ha visto limitado o alterado por una enfermedad.

Definición operacional. Se aplicó el cuestionario PedsQL 4.0 versión en español. Las opciones de respuesta son 5: nunca, casi nunca, algunas veces, con frecuencia y casi siempre.

La calificación total se obtiene sumando los puntajes de cada reactivo y se divide en el total de reactivos de la prueba (23). Se obtiene un puntaje final de 0 a 100, con un punto de corte de 69.7.

Mala calidad de vida= valores menores a 69.7.

Buena calidad de vida= valores mayores o igual a 69.8.

Nivel de medición. Nominal: 0. Mala y 1. Buena.

Tiempo de evolución:

Definición conceptual. Tiempo transcurrido desde que se da el diagnóstico y hasta el momento que se evalúa al paciente en este estudio.

Definición operacional. Se registró en meses.

Nivel de medición. Cuantitativa.

Actividad de la enfermedad:

Definición Se refiere a la actividad inflamatoria de las articulaciones. Se
conceptual. refiere al 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 (DAS).

Definición El pediatra reumatólogo realizó la evaluación y clasificación en:
operacional. Si = actividad de la enfermedad.
No = ausencia de actividad de la enfermedad.
Utilizo el instrumento DAS 28 (Disease Activity Score) que evalúa
el dolor y la inflamación en 28 articulaciones, la actividad de la
enfermedad mediante la Escala Analógica Visual (EVA), y la
Velocidad de Sedimentación (VSG).

Nivel de medición. Nominal

Dolor:

Definición conceptual. Dolor es un término que procede del latín y que señala una sensación molesta, aflictiva y por lo general desagradable en el cuerpo. Puede tratarse, por lo tanto, de una experiencia sensorial y objetiva (el dolor físico) o emocional y subjetiva (el dolor anímico).

Definición operacional. Se utilizará la Escala Visual Análoga (EVA) que consiste en una línea recta de diez cm de longitud, con las leyendas "Sin dolor" y "Dolor máximo" en cada extremo.

Al paciente se le pide anote o raye en la línea "el grado de dolor que siente de acuerdo con su percepción individual.

Una vez evaluado el nivel de dolor, se registrada el número señalada por la paciente y de acuerdo con el valor de la mediana se definió como presente o ausente.

Nivel de medición. Nominal: presencia, ausencia.

Edad:

Definición conceptual. Edad que ha vivido una persona.

Definición operacional. Se registró en años-meses para los pacientes.

Nivel de medición. Cuantitativa continua (años-meses).

Sexo:

Definición conceptual.	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo; condición orgánica, masculino o femenina.
Definición operacional.	Se registró el sexo aparente del paciente.
Nivel de medición.	Cualitativa Nominal (femenino, masculino).

Instrumentos

Escala Modificada Locus de Control para niños mexicanos (ver Anexo A).

Se aplicó la escala modificada dado que se llevó a cabo el proceso de estandarización (Fase uno).

Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL versión en español) de Varni W. (Anexo C¹⁰⁵).

El Inventario de Calidad de Vida Pediatrico (PedsQL 4.0) es un instrumento genérico para medir CVRS en niños y adolescentes con enfermedades crónicas, que consta de 23 reactivos que indaga sobre cuatro dimensiones relacionadas con la salud:

- Dimensión física: se refiere a actividades como caminar, correr, practicar deportes, bañarse, dificultad para realizar quehaceres, sentir dolor y sentirse cansado.
- Dimensión emocional: cómo se siente, con miedo, triste, enojado, con dificultades para dormir y preocupación por lo que le vaya a pasar.

- Dimensión social: cómo se lleva con los demás, con otros niños, tener amigos, burlas de otros niños hacia él, no poder hacer cosas que otros niños hacen y mantenerse en el juego al igual que otros niños.

- Dimensión escolar: dificultades para poner atención, olvidar cosas, mantenerse al corriente con tareas y actividades escolares, faltar a la escuela por no sentirse bien o para asistir al doctor o al hospital.

Las dimensiones del PedsQL 4.0, han demostrado ser sensibles a la gravedad de las enfermedades y reactivas a los cambios de los pacientes a lo largo del tiempo, y evidencian una significativa relación con las escalas de síntomas específicos de enfermedad.

En México, Villaruel y Lucio¹⁰⁶ reportan las propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico en adolescentes mexicanos. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en el poder de discriminación de los reactivos, la varianza total explicada en la versión adolescente fue de 56.46% y su coeficiente de confiabilidad de .83. Concluyen que el instrumento puede ser útil en la evaluación de adolescentes con problemas de salud.

Calificación del PedsQL 4.0^{105,107}.

Los reactivos de las cuatro dimensiones (funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social y funcionamiento escolar) son agrupados para su calificación.

Para obtener las puntuaciones de la escala total, la media se calcula con la suma de los reactivos contestados y se divide por el total de reactivos de la escala.

Para calcular la calificación de la Escala de Salud Psicosocial, la media se calcula como la suma de los reactivos más el número de reactivos contestados en las escalas de funcionamiento emocional, funcionamiento social, y funcionamiento escolar.

La puntuación de la Salud Física se calcula de la misma forma que la escala anterior.

Una vez obtenida las puntuaciones finales; las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida relacionada a la salud. Los autores reportan un punto de corte de 69.7 (valor equivalente a -1 desviación estándar) mientras que el valor de media es de 82.8. Los valores menores a 69.7 indican que el niño percibe su calidad de vida relacionada a la salud como mala¹⁰⁸.

Escala Visual Análoga (EVA).

El dolor es una sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. Para el Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española)¹⁰⁹ es una “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”, pero también un “sentimiento de pena y congoja”. Estas dos acepciones recogen fielmente las vertientes con que el término es empleado comúnmente: el dolor físico y el dolor moral.

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP)¹¹⁰ éste es una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o descrita como la ocasionada por dicha lesión”. Esta definición integra tanto la faceta objetiva del dolor, relacionada con los aspectos fisiológicos, como la subjetiva, es decir la carga emocional y psicológica que cada individuo asigna al dolor. El componente individual del dolor se traduce en un conjunto de emociones que le confieren ese carácter único y personal.

La Escala Visual Análoga (EVA) es de uso universal y relativamente simple, que requiere poco tiempo para contestarla, aunque requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con escalas descriptivas (más complejas), es confiable y fácilmente reproducible¹¹¹. Consiste en una línea recta, habitualmente de diez cm de longitud, con las leyendas "Sin dolor" y "Dolor máximo" en cada extremo. El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo con su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros desde el punto cero (Sin dolor)^{112,113}.

Procedimiento general.

En la consulta externa del Servicio de Reumatología Pediátrica, se invitó a los pacientes que asistieron a su consulta médica con el especialista y que cumplieron con los criterios de selección para participar en este estudio.

- **Evaluación.**

Los pacientes se presentaron a la consulta de reumatología pediátrica y aquellas que cumplieron con los criterios de selección fueron invitadas a participar en esta investigación.

A los pacientes seleccionados y su familiar se les explicó el objetivo de la investigación, en qué consiste y se solicitó la firma de la Carta de Consentimiento y Asentimiento Informado (Anexo D).

Se registraron sus datos generales en un formato construido ex profeso (Anexo E) así como las variables clínicas: dolor, tiempo de evolución, subtipo de AIJ, actividad de la enfermedad, género y edad.

Se aplicaron las pruebas en el siguiente orden: 1. Escala Visual Análoga (EVA), 2. Escala Modificada de Locus de Control de Díaz Loving (Anexo A) y 3. Inventario de Calidad de Vida Pediátrico de Varni W (Anexo C).

Los datos y resultados de las aplicaciones fueron codificados en una base de datos en computadora para la realización del análisis estadístico.

Análisis estadístico

1. Se calcularon frecuencias y porcentajes de acuerdo con el tipo de distribución de los datos (distribución libre): sexo, edad, tiempo de evolución, tipo de AIJ, actividad de la enfermedad, dolor, así como el tipo de Locus de Control y Calidad de Vida Relacionada a la Salud.

2. Se calculó la prueba de chi cuadrada (X^2) para evaluar la asociación entre el locus de control y la calidad de vida relacionada a la salud.

Consideraciones éticas.

Este estudio fue autorizado por la Dirección de Investigación y evaluado por los Comités de Investigación, Ética y Bioseguridad del Hospital Infantil de México Federico Gómez con el número HIM-2013-082 (Anexo E).

Se clasificó en la categoría de investigación con riesgo mínimo de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹¹⁷; Título Segundo: De los aspectos éticos en la investigación con seres humanos; Capítulo I: Disposiciones comunes, Artículo 17.

Se llevó a cabo la aplicación de pruebas psicológicas y el registro de datos personales, no se manipulo o modifiko la conducta de los pacientes.

Se solicitó la firma de la carta de consentimiento y asentimiento informado donde se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información que fue proporcionada por los participantes para la realización de las pruebas (Anexo C).

CAPITULO V

RESULTADOS

- FASE I

ESTANDARIZACIÓN DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL PARA NIÑOS MEXICANOS

Para llevar a cabo la estandarización de la escala se obtuvo el permiso y la supervisión del Dr. Rolando Díaz-Loving de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Datos de la muestra

Se evaluó un total de 601 niños en edad escolar (8 a 11 años) de tres escuelas primarias de la Ciudad de México (CDMX). Los niños cursaban del tercer a sexto año de educación primaria. En la siguiente tabla se presenta la distribución de acuerdo con el sexo, la cual se observa es homogénea.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje del sexo de 601 niños.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	294	48.9
Masculino	306	51.1

Propiedades psicométricas del instrumento.

1. Discriminación de los reactivos.

Se llevó a cabo el análisis para evaluar la discriminación de los reactivos y saber si cada uno de ellos logra diferenciar a los sujetos que obtienen alta calificación (que tienen el atributo que se está midiendo) o baja calificación (no tiene el atributo).

Se llevó a cabo la sumatoria de cada uno de los reactivos por sujetos. Con esta sumatoria se obtuvo el 25% de las calificaciones más bajas y 25% más altas. En la tabla 4 se muestra la distribución de las calificaciones.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de las calificaciones de 601 niños.

	Calificaciones	Frecuencias	Porcentaje
Bajas	2	1	.2
	3	1	.2
	4	1	.2
	7	1	.2
	8	3	.5
	9	3	.5
	10	8	1.3
	11	23	3.8
	12	27	4.5
	13	44	7.3
	14	82	13.7
Altas	15	88	14.7
	16	94	15.7
	17	61	10.2
	18	57	9.5
	19	36	6.0
	20	30	5.0
	21	13	2.2
	22	15	2.5
	23	5	.8
	24	5	.8
	25	1	.2
	28	1	.2

Las calificaciones, se dividieron en dos grupos:

Grupo 1. 25% de niños que obtuvieron un puntaje bajo.

Grupo 2. 25% de niños que obtuvieron un puntaje alto.

Con esta distribución se llevó a cabo la comparación de medias con la prueba *t-Student* para muestras independientes. Ver en la siguiente tabla.

Tabla 5. Comparación de medias por grupo.

	Grupo 1	Grupo 2	sig
LC-1	.07	.31	.000
LC-2	.44	.84	.000
LC-3	.07	.25	.000
LC-4	.11	.35	.000
LC-5	.89	.92	.429
LC-6	.68	.79	.026
LC-7	.32	.63	.000
LC-8	.28	.67	.000
LC-9	.81	.96	.000
LC-10	.68	.87	.002
LC-11	.25	.60	.000
LC-12	.79	.97	.000
LC-13	.35	.57	.001
LC-14	.79	.94	.073
LC-15	.38	.97	.000
LC-16	.05	.38	.000
LC-17	.83	.91	.037
LC-18	.84	.89	.175
LC-19	.54	.87	.000
LC-20	.37	.68	.000
LC-21	.06	.43	.000
LC-22	.04	.14	.002
LC-23	.17	.64	.000
LC-24	.67	.99	.000
LC-25	.55	.83	.000
LC-26	.11	.62	.000
LC-27	.03	.17	.000
LC-28	.75	.84	.046
LC-29	.21	.56	.000
LC-30	.07	.35	.000

prueba *t-Student*, $p < .05$

De acuerdo con los resultados de la tabla anterior donde se comparó las altas y bajas calificaciones, los reactivos 5 y 18 (en gris) no discriminan a los niños que tienen o no el atributo; se eliminaron de la escala original.

Análisis de Factores.

La escala de Locus de Control en la versión original desarrollada por Diaz-Loving en 1989⁷⁶, estaba compuesta por tres subescalas. Cuando en nuestro estudio se realizó el Análisis de Factores de Componentes Principales – con el objetivo de reducir la información en una cantidad mínima de factores – se encontraron 3 factores (diferentes a los reportados en la escala original) que explicaron el 24.1% de la varianza, como se puede observar en la tabla 6.

Tabla. 6. Análisis Factorial de Componentes Principales y varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3.104	11.086	11.086	3.104	11.086	11.086
2	1.953	6.975	18.061	1.953	6.975	18.061
3	1.698	6.065	24.126	1.698	6.065	24.126
4	1.453	5.188	29.314			
5	1.274	4.549	33.863			
6	1.167	4.169	38.031			
7	1.118	3.994	42.025			
8	1.104	3.942	45.967			
9	1.031	3.683	49.650			
10	1.005	3.588	53.239			
11	.972	3.470	56.708			
12	.948	3.386	60.094			
13	.918	3.278	63.372			
14	.887	3.167	66.539			
15	.849	3.034	69.573			
16	.846	3.022	72.595			
17	.818	2.923	75.518			
18	.771	2.752	78.271			
19	.746	2.664	80.934			
20	.723	2.580	83.515			
21	.694	2.478	85.992			
22	.682	2.437	88.429			
23	.648	2.314	90.743			
24	.614	2.194	92.937			
25	.556	1.986	94.923			
26	.533	1.905	96.828			
27	.480	1.715	98.543			
28	.408	1.457	100.000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la Matriz de configuración se pueden observar los 3 componentes principales.

Cada componente está integrado por los reactivos que tienen una carga factorial \geq

.30 o más. Como se puede observar en la tabla 7 para que un reactivo se considere como parte de un factor debe obtener la carga factorial (saturación) más alta y no tener valores negativos.

Tabla 7. Carga factorial (saturación) de los reactivos.

		Componente		
		1	2	3
2	Mis papás siempre deciden lo que yo tengo que hacer.	.322	.317	-.073
8	Una de las mejores formas de resolver los problemas es olvidarse de ellos.	.326	.153	-.046
15	Si las cosas comienzan bien en la mañana va a ser un buen día sin importar lo que yo haga.	.378	-.059	.227
16	La suerte vale más que la inteligencia.	.569	.244	-.171
19	Si le caigo bien a la gente me ayudará.	.373	-.136	.282
21	Los mejores alumnos son lo que tienen suerte.	.575	.173	-.130
26	Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte.	.726	.072	-.105
27	Todos los problemas se resuelven solos.	.339	.176	-.262
30	Es mejor tener suerte que ser inteligente.	.638	.177	-.305
1	Es casi inútil esforzarse en la escuela porque la mayoría de los niños son más inteligentes que yo.	.209	.395	-.097
3	Todo lo que hago siempre me sale mal.	.179	.533	-.125
4	Mi forma de ser está fuera de mi control.	.090	.365	-.227
7	En la vida aunque se luche es difícil cambiar las cosas.	.130	.335	.054
11	Todo en la vida es difícil de conseguir.	-.036	.593	-.011
23	La vida es muy difícil.	.057	.605	-.066
29	Es difícil caerle bien a la gente.	.125	.589	-.151
6	Yo creo más en el esfuerzo y la dedicación que en la suerte.	-.092	-.107	.501
9	El entusiasmo más que la suerte ayuda a un equipo a ganar.	-.048	.063	.381
14	A veces yo decido lo que me dan de comer en mi casa.	-.143	-.078	.554
17	Yo puedo controlar mi forma de actuar.	-.078	-.090	.318
24	Es importante ser bueno para conseguir muchas cosas.	.143	.116	.510
28	Soy capaz de tomar algunas decisiones.	-.237	-.233	.487

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Los reactivos 10, 12, 13, 20, 22 y 25 obtuvieron una carga factorial por debajo de .30, y se eliminaron del cuestionario.

Confiabilidad interna de los reactivos.

Para determinar la homogeneidad de los reactivos se calculó el Alfa de Cronbach para cada uno de los factores. La escala final de Locus de Control quedó conformada por 22 reactivos dividida en tres factores: locus de control externo, interno instrumental e interno afectivo.

El primer factor que corresponde al Locus de Control Externo quedó conformado por 9 reactivos, con un Alfa de .60 (ver tabla 8).

Tabla 8. Alfa de Cronbach por reactivo y correlación elemento-escala Factor I

Factor 1		Correlación corregida*	Alfa de Cronbach**
2	Mis papás siempre deciden lo que yo tengo que hacer.	.229	.590
8	Una de las mejores formas de resolver los problemas es olvidarse de ellos.	.214	.595
15	Si las cosas comienzan bien en la mañana, va a ser un buen día sin importar lo que haga.	.198	.600
16	La suerte vale más que la inteligencia.	.336	.562
19	Si le caigo bien a la gente me ayudará.	.173	.603
21	Los mejores alumnos son lo que tienen suerte.	.378	.548
26	Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte.	.501	.508
27	Todos los problemas se resuelven solos.	.206	.591
30	Es mejor tener suerte que ser inteligente.	.425	.541

*Correlación elemento-total corregida.

**Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

Los siguientes factores correspondieron al Locus de Control Interno. Este tipo de Locus se subdividió en dos tipos de Locus de Control:

a) El Locus de Control Interno-Instrumental

b) El Locus de Control Interno-Afectivo

El Factor 2 estuvo conformado por 7 reactivos que hacen referencia a la percepción del niño de que su conducta es la que lo lleva a obtener algún resultado deseado, es decir el Locus de Control Interno-Instrumental. Este factor obtuvo un Alfa de Cronbach total de .55 (tabla 9)

Tabla 9. Correlación elemento-escala y Alfa de Cronbach por reactivo.

Factor 2		Correlación corregida*	Alfa de Cronbach**
1	Es casi inútil esforzarse en la escuela porque la mayoría de los niños son más inteligentes que yo.	.234	.536
3	Todo lo que hago siempre me sale mal.	.317	.514
4	Mi forma de ser está fuera de mi control.	.197	.550
7	En la vida aunque se luche es difícil cambiar las cosas.	.195	.557
11	Todo en la vida es difícil de conseguir.	.325	.501
23	La vida es muy difícil.	.392	.471
29	Es difícil caerle bien a la gente.	.342	.494

*Correlación elemento-total corregida.

**Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

En tanto el factor 3 estuvo constituido por el Locus de Control Interno-Afectivo, integrado por 6 reactivos; con un Alfa de Cronbach total de .46.

Tabla 10. Correlación elemento-escala y Alfa de Cronbach por reactivo.

Factor 3		Correlación corregida*	Alfa de Cronbach**
6	Yo creo más en el esfuerzo y la dedicación que en la suerte.	.267	.394
9	El entusiasmo más que la suerte ayuda a un equipo a ganar.	.188	.438
14	Mis papas deben dejarme tomar algunas decisiones.	.338	.359
17	Yo puedo controlar mi forma de actuar.	.104	.477
24	Es importante ser bueno para conseguir muchas cosas.	.219	.423
28	Soy capaz de tomar algunas decisiones.	.261	.398

*Correlación elemento-total corregida.

**Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

Clasificación de los perfiles.

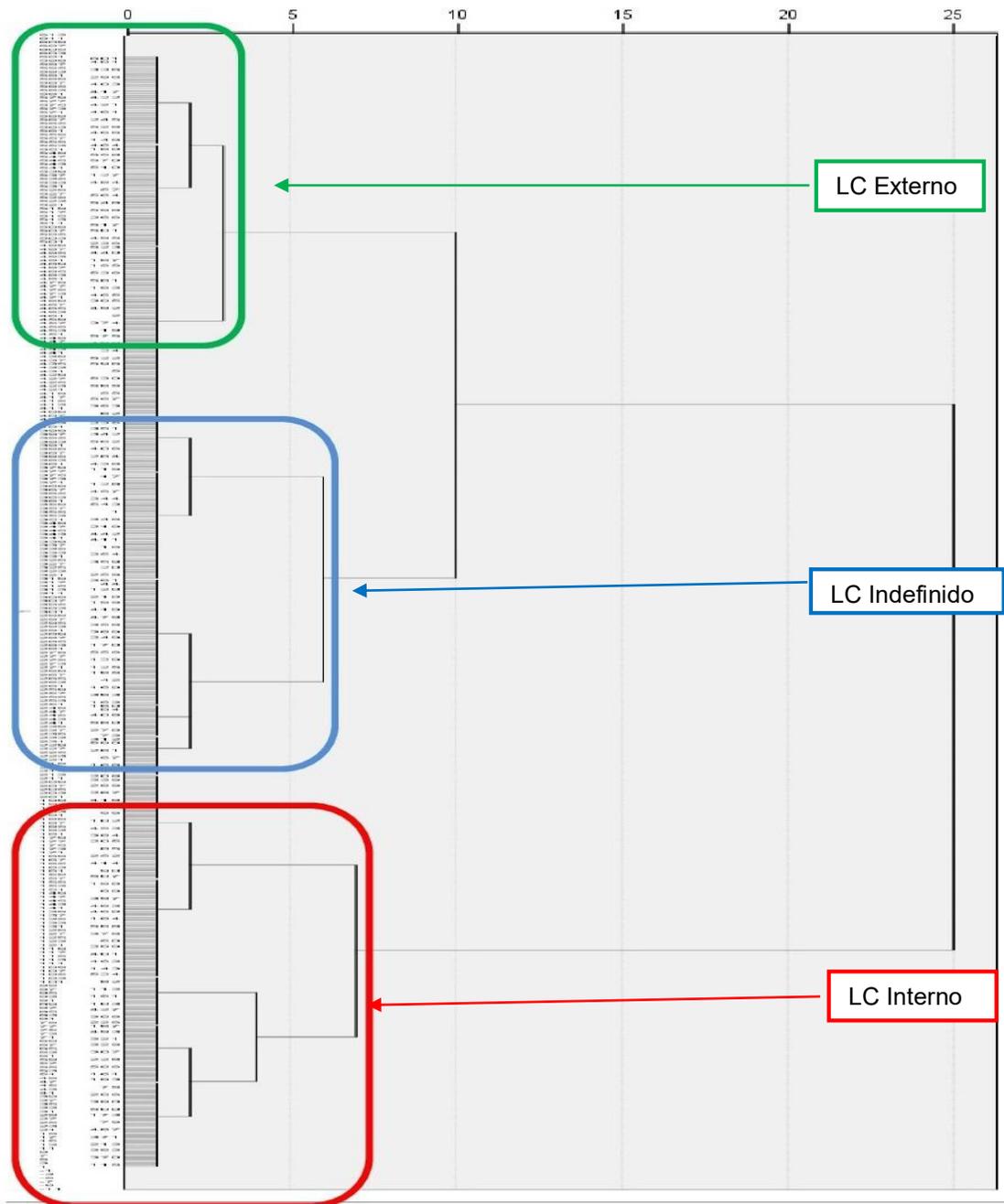
Análisis de conglomerados.

Para asignar a cada niño a un Locus de Control determinado se llevó a cabo un Análisis de Conglomerados. Esta técnica estadística multivariada agrupa los elementos de acuerdo con la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos y de esta manera obtener grupos mutuamente excluyentes.

En la Figura 2 – que corresponde al Dendograma obtenido del análisis de conglomerados – se muestra cómo quedaron clasificados los niños de acuerdo con el puntaje que obtuvieron en la escala de Locus de Control.

Se puede observar la presencia de los perfiles que corresponden al Locus de Control Interno y Locus de Control Externo. Sin embargo, se encontró un tercer grupo que compartían características de ambos tipos de Locus de Control (interno y externo). Este conglomerado fue etiquetado como Locus de Control Indefinido.

Figura 2. Dendrograma de las calificaciones de locus de control de 600 niños escolares.



- **FASE II**

LOCUS DE CONTROL (LC) Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ)

Para esta fase del estudio se evaluaron a 108 pacientes con diagnóstico de AIJ que se presentaron a la consulta externa del Servicio de Reumatología Pediátrica y que cumplieron con los criterios de selección.

La muestra del estudio estuvo conformada por mujeres en el 76.8% (n=83) y por los hombres en el 23.2% (n=25).

La media de edad de 11 años \pm 3 años. Se clasifico a los pacientes por grupo de edad, de 6 a 12 años que se presentó en el 53.7% (n=58) y de 13 a 16 años representando el 46.3% (n=50).

Datos clínicos.

En la tabla 11 se muestran las características clínicas de los pacientes de la muestra. Como se puede observar más de la mitad de la muestra tuvo un tiempo de evolución de la enfermedad mayor a los 25 meses.

Con respecto del tipo de AIJ, se encontró que las poliartritis con factor reumatoide positivo o negativo se presentaron con mayor frecuencia entre los pacientes.

La mayoría de los pacientes reportaron la ausencia de actividad de la enfermedad, mientras que no presentaron dolor un poco más de la mitad de la muestra

Tabla 11. Distribución de las variables clínicas de pacientes con AIJ.

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Tiempo de evolución</i>		
4 a 24 meses	50	46.3
≥ 25 meses	58	53.7
<i>Tipo de AIJ</i>		
Artritis sistémica	16	14.8
Oligoartritis	8	7.4
Poliartritis FR Negativo	41	38.0
Poliartritis FR Positivo	43	39.8
<i>Actividad de la enfermedad</i>		
Ausencia	78	72.2
Presencia	30	27.8
<i>Dolor</i>		
Ausencia	62	57.4
Presencia	46	42.6

Locus de Control.

En relación con el tipo de Locus de Control, los resultados mostraron que más de la mitad de los pacientes con AIJ percibieron que lo que viven o lo que les sucede era el resultado de sus acciones o de su conducta (Locus de Control Interno); mientras que más de la tercera parte de los sujetos de la muestra no identificaron claramente si los resultados que obtienen se deben a su conducta o a la influencia de otras

personas (Locus de Control Indefinido). Finalmente, menos del 10% de los pacientes percibieron que lo que les ocurre se debe a otras personas (Locus de Control Externo) (tabla 12).

También en la tabla 12 podemos observar el reporte de la Calidad de Vida de los pacientes.

Una proporción ligeramente mayor al 50% percibió que su calidad de vida no se encontraba afectada.

Tabla 12. Tipo de Locus de Control y Calidad de vida relacionada para la salud de los pacientes con AIJ.

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Locus de Control</i>		
Externo	8	7.4
Interno	62	57.4
Indefinido.	38	35.2
<i>CVRS</i>		
Mala	42	38.9
Buena	66	61.1

Relación de Locus de Control con sexo y edad.

Al comparar el sexo con Locus de Control se observó diferencias entre mujeres y hombres. Fue mayor la proporción de mujeres que de hombres que percibían que lo que les sucedía era el resultado de su conducta (Locus de Control Interno), no obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En tanto que fue muy similar la proporción de mujeres como de hombres que no eran capaces de identificar claramente si los resultados se deben a su conducta o a otras personas (Locus de Control Indefinido). Fue menor el porcentaje de hombres y mujeres que percibían que los sucesos de su vida eran debido a la influencia de otras personas (Locus de Control Externo).

Cuando se hizo el análisis bivariado entre edad y Locus de Control, encontramos que fue mayor proporción de pacientes del grupo de 13-16 años que percibían que lo que les sucede se debe a sus acciones (Locus de Control Interno); en comparación al grupo de 6- 12 años.

En relación con el Locus de Control Indefinido, el grupo de edad de 6-12 años reportó con mayor frecuencia este tipo de Locus de Control (no lograban identificar claramente si lo que los sucesos de su vida son producto de sus acciones o de otras personas) en comparación al grupo de 13-16 años. En cuanto al Locus de Control Externo fue muy similar el porcentaje en ambos grupos de edad que reportaron este tipo de Locus de Control. No obstante, ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

Tabla 13. Comparación del género y la edad de acuerdo con el tipo de Locus de Control en pacientes con Artritis Idiopática Juvenil.

	Externo	Interno	Indefinido	p
<i>Sexo</i>				
Femenino	5 (6.1)	50 (60.2)	28 (33.7)	.44
Masculino	3 (12.0)	12 (48.0)	10 (40.0)	
<i>Edad</i>				
6 a 12 años	4 (6.9)	30 (51.7)	24 (41.4)	.34
13 a 16 años	4 (8.0)	32 (64.0)	14 (28.0)	

$X^2, p \leq .05$

Locus de Control y variables clínicas.

En relación con las variables clínicas y Locus de Control, los resultados se muestran en la tabla 14. Los pacientes con menos tiempo de evolución de su padecimiento (4 - 24 meses) reportan un Locus de Control Interno en mayor frecuencia que los pacientes con un tiempo de evolución mayor (25 meses y más). El Locus de Control Indefinido es reportado en una proporción más alta en los sujetos con un mayor tiempo de evolución. Finalmente, el Locus de Control Externo fue percibido en menor proporción en pacientes con un tiempo de evolución mayor a 25 meses y un porcentaje más elevado en pacientes con tiempo de evolución de 4- 24 meses. A pesar de observarse diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En relación con la presencia de actividad de la enfermedad no se encontró ninguna asociación con algún tipo de Locus de Control. Para cada uno de los tipos de Locus

se encontró un porcentaje similar de sujetos independientemente de la presencia o no de actividad de la enfermedad. El mismo caso se presentó en la percepción de dolor, no hubo diferencias de acuerdo al tipo de Locus de Control y la presencia de dolor (ver tabla 14).

Tabla 14. Comparación de las variables clínicas con el tipo de Locus de Control en los pacientes con AIJ.

Locus de control	Externo	Interno	Indefinido	p
<i>Tiempo de evolución</i>				
4 a 24 meses	5 (10.0)	32 (64.0)	13 (26.0)	.15
≥ 25 meses	3 (5.2)	30 (51.7)	25 (43.1)	
<i>Actividad de la enfermedad</i>				
Ausencia	6 (7.7)	45 (57.7)	27 (34.6)	.97
Presencia	2 (6.7)	17 (56.6)	11 (36.7)	
<i>Dolor</i>				
Ausencia	3 (4.8)	35 (56.5)	24 (38.7)	.40
Presencia	5 (10.9)	27 (58.7)	14 (30.4)	

X², p≤.05

En cuanto al tipo de AIJ y el Locus de Control (tabla 15), los pacientes con Poliartritis con Factor Reumatoide Positivo reportaron en mayor proporción el tipo Interno, seguido de los pacientes con Poliartritis con Factor Reumatoide Negativo, mientras que los pacientes con diagnóstico de Artritis sistémica y Oligoartritis lo reportan tan solo en la mitad de los sujetos. El Locus de Control Indefinido es principalmente reportado por los pacientes con Oligoartritis, y en menor proporción la Artritis

sistémica, Poliartritis con Factor Reumatoide Negativo y Poliartritis con Factor Reumatoide Positivo. El Locus de Control Externo es el menos reportado por los pacientes; la mayor proporción es para los pacientes con Artritis sistémica. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 15. Comparación del tipo de AIJ con el tipo de Locus de Control.

Locus de control	Externo	Interno	Indefinido	p
<i>Tipo de AIJ</i>				
Artritis sistémica	2 (12.5)	8 (50.0)	6 (37.5)	.74
Oligoartritis	0 (0.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	
Poliartritis FR Negativo	4 (9.8)	22 (53.7)	15 (36.5)	
Poliartritis FR Positivo	2 (4.7)	28 (65.1)	13 (30.2)	

X^2 , $p \leq .05$

En cuanto a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (ver tabla 6), los pacientes la evaluaron como buena en mayor proporción. Los pacientes no percibieron afectaciones; es decir, no sentían preocupados, triste o con miedo (área Emocional). Tampoco reportaron dificultades en sus relaciones con los otros niños; así mismo, consideraron que podían llevar a cabo actividades que otros niños de su edad realizan (área de las Relaciones sociales). En la escuela lograban poner atención en las clases, no olvidaban cosas, realizaban sus actividades (área de la Escuela) y reportaron que tenían la capacidad de caminar, bañarse y hacer sus quehaceres (área de la Salud).

Tabla 16. Distribución del tipo de Calidad de Vida Relacionada a la Salud total y de las subescalas de pacientes con Artritis Idiopática Juvenil.

	Buena	Mala
Salud	54 (50.0)	54 (50.0)
Emocional	88 (81.5)	20 (18.5)
Relaciones Sociales	86 (79.6)	22 (20.4)
Escuela	71 (65.7)	37 (34.3)
CVRS	66 (61.1)	42 (38.9)

En la siguiente tabla (17) se observó que, por género, las mujeres en una mayor proporción percibían una buena Calidad de Vida Relacionada a la Salud que los hombres que se percibían más afectados. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Mientras que por edad los pacientes del grupo de edad de 13-16 años reportaron buena Calidad de Vida Relacionada a la Salud en mayor proporción que el grupo de 6- 12 años. A pesar de esta diferencia, no fue estadísticamente significativa.

Tabla 17. Comparación de género y edad con el tipo de Calidad de Vida Relacionada a la Salud de las pacientes Artritis Idiopática Juvenil.

	CVRS		p
	Buena	Mala	
<i>Género</i>			
Femenino	57 (68.7)	26 (31.3)	.003
Masculino	9 (36.0)	16 (64.0)	
<i>Edad</i>			
6 a 12 años.	32 (55.2)	26 (44.8)	.17
13 a 16 años.	34 (68.0)	16 (32.0)	

X², p ≤ .05

En relación con las características clínicas y calidad de vida relacionada con la salud (ver tabla 18), se observó que a mayor tiempo de evolución la percepción de la afectación en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud es menor: los pacientes con un tiempo de evolución ≥ 25 meses, reportaron poca afectación en su Calidad de Vida en comparación al grupo con menos tiempo de evolución (4- 24 meses). Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Los pacientes que refieren ausencia actividad de la enfermedad y ausencia de dolor refieren no tener afectación en su Calidad de Vida. La ausencia de enfermedad y de dolor permite a los pacientes tener una mejor percepción de su Calidad de Vida Relacionada a la Salud y la evalúan como buena en más de 50% de la muestra. A

pesar de que se observaron diferencias, solo la ausencia de dolor se asoció de manera significativa con la percepción de buena calidad de vida.

Tabla 18. Comparación de las variables clínicas con el tipo de CVRS de las pacientes AIJ.

	CVRS		p
	Buena	Mala	
<i>Tiempo de evolución</i>			
4 a 24 meses	25 (50.0)	25 (50.0)	0.02
≥ 25 meses	41 (70.7)	17 (29.3)	
<i>Actividad de la enfermedad</i>			
Ausencia	50 (64.1)	28 (35.9)	0.30
Presencia	16 (53.3)	14 (46.7)	
<i>Dolor</i>			
Ausencia	44 (71.0)	18 (29.0)	0.01
Presencia	22 (47.8)	24 (52.2)	

X², p≤.05

En cuanto al tipo de AIJ y CVRS (ver tabla 19) los pacientes con Poliartritis con Factor Reumatoide Negativo reportaron en mayor proporción buena Calidad de Vida Relacionada a la Salud, seguida por los pacientes con artritis sistémica y Oligoartritis. Los pacientes con Poliartritis con Factor Reumatoide Positivo reportan la menor proporción de buena Calidad de Vida Relacionada a la Salud. A pesar de las diferencias, no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 19. Comparación de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de las pacientes AIJ.

	CVRS		p
	Buena	Mala	
<i>Tipo de AIJ</i>			
Artritis sistémica	10 (62.5)	6 (37.5)	0.33
Oligoartritis	5 (62.5)	3 (37.5)	
Poliartritis FR Negativo	29 (70.7)	12 (29.3)	
Poliartritis FR Positivo	22 (51.2)	21 (48.8)	

X^2 , $p \leq .05$

Respecto de los resultados de la relación entre el Locus de Control y la Calidad de Vida (tabla 20), los pacientes con los tres tipos de Locus de Control reportan una buena calidad de vida, solo un poco menor el porcentaje de los pacientes con un Locus de Control Indefinido, lo cual significa que no existe asociación entre el tipo de Locus de Control y la CVRS.

Tabla 20. Diferencias entre el tipo de Locus de Control y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en 108 pacientes con Artritis Idiopática Juvenil.

Locus de control	CVRS		p
	Buena	Mala	
Externo	5 (62.5)	3 (37.5)	.40
Interno	41 (66.1)	21 (33.9)	
Indefinido	20 (52.6)	18 (47.4)	

X^2 , $p \leq .05$

Finalmente, se observó que el grupo de niños que perciben que lo que les sucede se debe a otras personas (Locus de Control de tipo Externo) en un alto porcentaje reportaron una buena Calidad de Vida Relacionada a la Salud fue buena en las subescalas Emocional, Relaciones sociales y Escolar. El grupo de pacientes que perciben que lo que les ocurre se debe a su conducta (Locus de Control Interno) la subescala mejor evaluada fue la de Relaciones Sociales (la percepción de locus de control no afectó su relación con los amigos y su capacidad de llevar a cabo actividades con sus compañeros). En el grupo de niños que no identificaban si lo que les sucede se debe a su conducta u otras personas (Locus de Control Indefinido) la subescala Emocional fue la mejor evaluada, los pacientes no se sintieron afectados emocionalmente, no reportaron sentirse asustados, tristes o enojados. También se observó que no hay diferencias entre el tipo de Locus de Control en la subescala de Salud; el 50% de los pacientes reportaron que su calidad de vida relaciona con la salud era buena debido que no tenían dificultades para caminar, correr, bañarse o realizar quehaceres.

Tabla 21. Distribución del tipo de Locus de Control vs buena Calidad Vida Relacionada con la Salud por subescalas en 108 pacientes con Artritis Idiopática Juvenil.

LC	Sub-escalas			
	Salud	Emocional	Rel Soc	Escolar
Externo	4 (50.0)	6 (75.0)	6 (75.0)	6 (75.0)
Interno	31 (50.0)	48 (77.4)	52 (83.9)	42 (67.7)
Indefinido	19 (50.0)	34 (89.5)	28 (73.7)	23 (60.5)

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre el tipo de Locus de Control (LC) y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).

El Locus de Control es definido como la percepción de una persona acerca de quién o qué controla lo que le pasa en la vida. Es decir, las atribuciones que se hacen sobre las causas de lo que nos sucede cotidianamente, nos llevan a determinar si tenemos algún control sobre ellas o no⁵⁷.

En nuestro estudio encontramos que el Locus de Control se podía dividir en: Locus de Control Interno (LCI) cuando el individuo percibe que los resultados que obtiene están directamente relacionados con su conducta; Locus de Control Externo (LCE) cuando la persona percibe que los resultados se deben a factores externos (otra persona, suerte, destino, etc.). Y el Locus de Control indefinido que describe a niños y adolescentes que no identifican claramente si lo que les sucede se debe a su conducta o a la influencia de otros.

En este estudio el Locus de Control más frecuente fue el de tipo Interno (57.4%), seguido por el Locus de Control Indefinido (35.2%) y finalmente el Locus de Control Externo (7.4%). Estos resultados son similares a lo reportado en la literatura, en donde se refiere que este tipo de Locus de Control es el que se presenta más frecuentemente en niños y adolescentes mexicanos^{70,76,78,114}.

En la relación con el tipo de Locus de Control con aspectos sociodemográficos de la muestra (género y grupo de edad) se encontró relación, aunque no fue estadísticamente significativa.

En la relación entre el sexo y el Locus de Control, se observó que fue mayor el porcentaje de mujeres que reportaron Locus de Control Interno que los hombres. Algunos autores han encontrado resultados diferentes. Varela (2004), en su estudio con niños mexicanos, reportó que las mujeres presentaban con mayor frecuencia Locus de Control Externo, mientras que los hombres el Locus de Control Interno y estas diferencias fueron estadísticamente significativas⁷⁸. Esta misma tendencia se reporta en los estudios con adultos donde las mujeres también presentaban Locus de Control Externo¹¹⁵⁻¹¹⁸.

En este sentido, se considera que las mujeres perciben que las consecuencias de sus conductas dependen de factores ajenos a su control (como la suerte o participación de otras personas) entonces, tienen una menor habilidad para reconocer en sí, la capacidad de intervenir en el curso de los eventos y de influir en

sus acciones¹¹⁹. Por lo que el Locus de Control Interno se ha relacionado más como un rasgo masculino, mientras que el Locus de Control Externo como rasgo femenino¹²⁰. En nuestro estudio, la falta de asociación entre sexo y Locus de control puede deberse a que no se contó con un tamaño de muestra suficiente (en el caso de los hombres solo se encuestó a 25 mientras que mujeres fueron 83), para encontrar diferencias significativas.

De la misma manera, en el análisis por grupo de edad, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El tipo de Locus de Control se presentó casi en la misma proporción en los dos grupos de edad: Locus de Control Interno se presentó en el 51.7% en el grupo de edad de 6-12 años vs el 64% en el grupo de 13 – 16 años. El Locus de Control Indefinido se presentó en el 41.4% vs 28% (6-12 años y 13-16 años, respectivamente). Por último, el Locus de Control Externo fue el que menos se presentó en la muestra de pacientes (6.9% y 8%). Estos resultados fueron consistentes con lo reportado en otros estudios donde no se encontraron diferencias por grupo de edad⁷⁸.

La misma situación se presentó cuando evaluamos la asociación entre Locus de Control y las características clínicas, los resultados tampoco mostraron diferencias. Los resultados de nuestro estudio mostraron que los pacientes con y sin dolor, con y sin actividad de la enfermedad, así como con diferente tiempo de evolución del padecimiento no se diferenciaron en el tipo de Locus de Control.

En nuestro estudio se evaluó la Calidad de Vida Relacionada con la Salud – definida como la percepción del niño/adolescente acerca de su funcionamiento físico, psicológico y social, en presencia de una enfermedad – y su relación con variables clínicas y sociodemográficas. La evaluación de la Calidad de Vida es útil para la toma de decisiones, asignar recursos y valorar las necesidades de los pacientes¹²¹.

Por un lado, en la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, los datos de nuestro estudio mostraron que más de la mitad de los pacientes con AIJ (61.1%) evaluaron como buena su CVRS. Muy similar a lo reportado en otros estudios, en donde el 57% de los pacientes con AIJ obtuvieron calificaciones equivalentes a una buena calidad de vida o ausencia de dificultades¹²². Otros estudios con pacientes con AIJ se reportan resultados inversos; esto es, es menor el porcentaje de pacientes que reportan buena calidad de vida (45%)^{123,124}.

Por otro lado, la evaluación de la asociación entre factores sociodemográficos y clínicos y CVRS mostraron resultados mixtos. Se encontró una asociación estadísticamente significativa con el género: las mujeres calificaron con mayor frecuencia como buena su CVRS (68.7%) a diferencia de los hombres (36%). Estos resultados están acordes con lo reportado en la literatura, en donde se ha encontrado que los hombres refieren los peores niveles de CVRS^{123,124}. Estas diferencias se pueden explicar por la presencia de síntomas más exacerbados y

mayores limitaciones en los hombres con AIJ en comparación las mujeres en esta enfermedad¹⁹.

A diferencia del sexo, en la evaluación de la CVRS por grupo de edad no se encontraron diferencias significativas: el 55.2% en el grupo de 6 – 12 años y 68% de 13 – 18 años calificaron como buena la calidad de vida. En estudios con pacientes con enfermedades crónicas han encontrado diferencias en los grupos de edad. Reportan que los niños de 6 a 12 años evalúan mejor su calidad de vida que aquellos con edad de 13 años en adelante¹²⁵. Se explica que los pacientes con menor edad no siempre pueden darse cuenta de las repercusiones de la enfermedad. Estudios llevados a cabo con pacientes con obesidad han mostrado que a los niños les cuesta trabajo evaluar las repercusiones inmediatas a mediano plazo cuando no existen síntomas de la enfermedad y califican su Calidad de Vida como buena¹²⁶. A diferencia de los pacientes con AIJ que desde el inicio presentan los síntomas (dolor e inflamación de articulaciones) y se altera su vida al iniciar su tratamiento en un hospital.

En el análisis de la relación entre CVRS y las variables clínicas mostraron resultados consistentes, se encontró que estas variables influyen de manera importante en la calidad de vida de los pacientes. Con relación al tiempo de evolución, los datos del estudio mostraron que los pacientes con mayor tiempo de evolución de la

enfermedad (>25 meses), el 70% evaluaron su calidad de vida como buena, en contraste con el 50% de los pacientes con menos tiempo de evolución de su padecimiento (≤ 24 meses). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

El inicio del tratamiento de la AIJ (tiene como objetivo la remisión de la enfermedad) es inmediato a la detección de los primeros síntomas de inflamación, dolor de las articulaciones y confirmación con los estudios de laboratorio. Conforme se logra el control del periodo agudo y de los síntomas del padecimiento (inflamación y dolor), los pacientes puedan evaluar como buena su calidad de vida. En este sentido, la percepción de CVRS está sujeta al tiempo de evolución clínica debido al proceso de aprendizaje y posterior adaptación que viven los pacientes, lo que favorece que sea percibida como buena o con pocas afectaciones¹²⁷.

A diferencia del tiempo de evolución, a pesar de que los pacientes sin actividad de la enfermedad evaluaron en mayor porcentaje su CVRS como buena con relación a los pacientes que reportan la presencia de actividad, sin embargo, estas diferencias no son significativas. Un estudio realizado con pacientes con AIJ no se reportaron diferencias entre el nivel de Calidad de Vida y la actividad de la enfermedad¹²². En otros estudios se ha observado que, en este tipo de pacientes, el nivel de severidad y la interferencia en las actividades de la vida diaria afecta de forma negativa la evaluación de la CVRS^{22,127}. Sin embargo en este estudio no se evaluó la severidad del padecimiento.

En la asociación entre el dolor y la evaluación de la CVRS se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El mayor porcentaje de pacientes con buena calidad de vida fueron aquellos que no reportaron la presencia del dolor a diferencia de los participantes que reportaron la presencia de dolor.

El dolor es un síntoma característico de la AIJ, por lo tanto, su ausencia permite que los pacientes evalúen su CVRS como buena¹²⁷. La presencia de dolor impacta la evaluación de la CVRS en niños y adolescentes debido a que afecta su estado emocional, físico, social, escolar y en la percepción general de bienestar¹²⁸. La ausencia de dolor matutino; permite a los pacientes con AIJ saber cuál es el curso clínico de su enfermedad y que el tratamiento médico está funcionando²².

Mientras que el tiempo de evolución y el dolor determinaron la percepción de la calidad de vida, las variables psicológicas (Locus de Control) no tuvieron influencia sobre esta percepción. Los resultados sugieren que no hubo asociación entre el tipo de Locus de Control y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en la mayoría de los pacientes el tipo de Locus de control fue el Interno y el mayor porcentaje reportaron como buena su Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

CONCLUSIONES

La CVRS se relaciona con aspectos clínicos como el tiempo de evolución y la presencia de dolor. El control del periodo agudo del padecimiento (inflamación y dolor) y el aprendizaje y adaptación al padecimiento que se logra con la experiencia con la enfermedad (tiempo de evolución), permite que los pacientes puedan evaluar como buena su calidad de vida. No obstante, las variables psicológicas no influyeron sobre la percepción de la CVRS. Si bien el tipo de Locus de Control Interno fue el que se presentó con mayor frecuencia en los participantes, en el estudio no se pudo determinar que la presencia de un Locus de Control en específico influyera sobre el estado de bienestar de los pacientes del estudio.

Al vincular el Locus de Control con aspectos de salud favorables, las personas que reportan el Locus de Control Interno suelen no reportar sus fracasos o experiencias desagradables lo que hace parecer que el Locus de Control Interno es el más frecuente¹²⁹.

Así mismo, el Locus de Control varía de cultura a cultura, la percepción de los resultados que una persona puede controlar está determinada por las normas que rigen su cultura; de tal forma que dictaminaran el tipo de locus de control. El Locus de Control es una representación de la persona respecto a su entorno y a sí mismo, es un indicador sensible a los cambios en la que se visualiza sus capacidades como

persona o al contexto en función del escenario en que se encuentra y que tiene que afrontar¹²⁹.

También hay que considerar que el Locus de Control Interno podría no ser el más adecuado en el caso de algunas enfermedades crónicas¹³⁰⁻¹³². Las personas orientadas con un Locus de Control Interno podrían sentirse frustradas y desesperanzadas al no poder cambiar su estado de salud, en cambio los individuos orientados hacia una posición más externa pueden mantener un estado de salud más positivo, porque no tratan de controlar su ambiente y por ello no experimentan niveles altos de frustración¹³⁰.

Rotter definió el Locus de Control como una variable explicativa que depende de las circunstancias en las que se encuentre el individuo⁵⁶. El Locus de Control de la Salud no es un rasgo de personalidad sino un estado cambiante de acuerdo con cada situación de salud⁵⁷.

De esta manera, mantener la percepción de control selectiva – cambiar de locus interno a externo o viceversa – podría ser lo más adecuado en el contexto de las enfermedades, debido que los individuos tienen un área que pueden controlar (síntomas, tratamiento) y otras que controla el médico (parte del curso de la enfermedad) y otras que están fuera de control de ambos¹³³.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quesada VM, Esquivel RN, Rosales GJM. Artritis idiopática juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento. Revista Medicina Legal de Costa Rica. 2020; 37 (1): 45-53.
2. Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemain F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. Joint Bone Spine 2014; 81: 112-117, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.09.003>
3. Grom A. Juvenil idiopathic arthritis: Epidemiology and immunopathogenesis. UpToDate [internet]. [consultado el 3 de marzo 2020]. 2018; 12-3. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/juvenile-idiopathic-arthritis-epidemiology-and-immunopathogenesis>
4. Pavo García MR, De Inocencio AJ. El pediatra de Atención Primaria y la artritis idiopática juvenil: ¿qué hay que saber? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017: 175-181.
5. Oberle JE, Harris GJ, Verbsky WJ. Polyarticular juvenile idiopathic asthma – epidemiology and management approaches. Clinical Epidemiology 2014; 379-393.
6. Anuario Estadístico de Servicios Médicos, Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2018. Disponible en: <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/AnuariosEst/Anuario2018.pdf>

7. Malagón GC. Artritis crónicas en la infancia. En: Espada G, Malagón Gutiérrez C, Rosé CD, eds. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. 1ª Edición. Buenos Aires: Nobuko; 2006. Cap III: Págs. 133-49.
8. Cohen EM, Morley-Flercher A, Mehta DH, Lee CY. A systemic review of psychosocial therapies for children with rheumatic diseases. *Pediatric Rheumatology* 2017; 15 (6). DOI: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240254/pdf/12969_2016_Article_133.pdf
9. Morales LA. Artritis Idiopática Juvenil. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXI 2014; (609): 61-66
10. Arreguin-Reyes R, Valle-Leal J, Lozano-Rentería L, Medina-Valenton E, Álvarez-Bastidas L. Descripción de una cohorte de pacientes de artritis idiopática juvenil en el estado de sonora, México. *Rev Colomb Reumatol.* 2016; 23 (4): 236-241.
11. Torrent BR, Grupo de la Reunión Nacional de uveítis asociada a AIJ. Protocolo de seguimiento y tratamiento de la uveítis asociada a la artritis idiopática juvenil. *Protoc diagn ter pediatr.* 2014; 1:57-70.
12. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis: second revision. Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004; 31:390-392.

13. Puche AM, López MB, Calvo PI. Artritis idiopática juvenil oligoarticular. *Protoc diagn ter pediatr*. 2014; 1: 9-19.
14. Pazmiño PNL, Loja VJK, Toledo CYV, Bermeo NMA. Artritis idiopática juvenil: manejo y diagnóstico diferencial. *RECIAMUC* [Internet]. 3jun.2019 [citado 5mar.2020];3(1):427-42. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/24>
15. Burgos-Vargas R. The juvenile-onset spondyloarthritides. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28:531-60.
16. Immonen K, Savolainen A, Kautiainen H, et al. Long term outcome of amyloidosis associated with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol* 2008; 35:907-12.
17. Lien G, Selvaag AM, Flato B, et al. A two-year prospective controlled study of bone mass and bone turnover in children with early juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2005; 52:833-840.
18. Sällfors CLR, Hallberg AF. Well-being in children with juvenile chronic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22: 125-130.
19. Huygen ACJ, Kuis W, Sinnema G. Psychological, behavioral and social adjustment in children and adolescents with juvenile chronic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000; 59: 276-82.

20. Guridi MZ, Rouco O, Rodriguez O, Cantera D, Franco V. Caracterización psicosocial de pacientes con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil. Revista PsicologíaCientífica.com, 2012; 13(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-de-pacientes-con-diagnostico-de-artritis-idiopatica-juvenil>
21. Palomo P. El niño hospitalizado; características, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ed. Pirámide. 1995.
22. Rapoff MA, Lindsley CB, Karlson WC. Medical and psychosocial aspects of juvenile idiopathic arthritis. En: Handbook of Pediatric Psychology. Editor: Roberts MC. New York: The Guilford Press; 2017. pp: 335-348.
23. Martínez CJM, Morales MML, Poma CLA, Ghia CCA. Complicaciones psicosociales de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. Revista Cubana de Reumatología 2017; 19 (3): 132-138.
24. Vinaccia A, Stefano, Quiceno, Japcy M. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychologia. Avances de la disciplina [Internet]. 2012; 6 (1):123-136. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
25. Quiceno JM, Vinaccia AS. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. Psychologia: avances de la disciplina. 2013; 7 (2): 69-86.

26. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* 2003; IX (2): 9-21.
27. Padilla GV. Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de psicología*. 2005; 13:80-88.
28. Vinaccia S. Presentación de número monográfico. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005; 14:1-2.
29. Angermeyer MC, Killian R. Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En Katschnig H, Freeman H, Sartorius N *Calidad e vida en los trastornos mentales*. 19-29. Barcelona: Masson. 2000).
30. McKeown T. *The origins of human disease*. Oxford: Basil Blackell, 1988.
31. Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V, Estrada MD, Rajmil L. Instrumentos de Calidad de vida relacionada a la Salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. 2006.
32. Quiceno JM, Vinaccia AS. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*. 2008; 18 (1): 37-44.
33. Serra-Sutton V, Rajmil L, Guillamon I, Estrada MD, Alonso J. ¿Son capaces de contestar un cuestionario de salud autopercebida los niños/as de 6 a 11 años?: la versión española de Child Health and Illness Profile, Child Edition (CHIP-CE). *Gaceta Sanitaria*. 2003; 17: 61-62.

34. Van Mater HA, Williams JW Jr, Coeytaux RR, Sanders GD, Kemper AR. Psychometric characteristics of outcome measures in juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Apr; 64(4): 554-62.
35. Duffy CM, Arsenault L, Watanabe-Duffy KN, Paquin JD, Strawczynski H. The Juveniles Arthritis Quality of Life Questionnaire-development of a new index for juvenile rheumatoid arthritis and juvenile spondyloarthritides. *The Journal of Rheumatology*. 1997; 9: 440-447.
36. Manczak M, Rutkowska L, Raciborski. Health-related quality of life in children with juvenile idiopathic arthritis – child’s and parent’s point of view. *Reumatologia* 2016, 54 (5): 243-250.
37. Tarakci E, Yeldan I, Kaya Mutlu E, Baydogan SN, Kasapcopur O. The relationship between physical activity level, anxiety, depression, and functional ability in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Clin Rheumatol*. 2011 Nov;30(11):1415-20.
38. April KT, Feldman DE, Platt RW, Duffy CM. Comparison between Children with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) and their parents concerning perceived Quality of Life. *Qual Life Res*. 2006 May;15(4):655-61.
39. Stenovic D, Susic G. Health-related quality of life and emotional problems in juvenile idiopathic arthritis. *Qual Life Res* 2013 7: 607-12.

40. Haverman L, Verhoof EJ, Maurice-Stam H, Heymans HS, Gerlag DM, Vvan Rossum MA, Grootenhuis MA. Health-related quality of life and psychosocial developmental trajectory in young female beneficiaries with JIA. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Feb; 51(2):368-74.
41. Ringold S, Wallace CA, Rivara FP. Health-related quality of life, physical function, fatigue, and disease activity in children with established polyarticular juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol*. 2009 Jun; 36(6): 1330-6.
42. Duarte C, Ruperto N, Goycochea MV, Maldonado R, Beristain R, De Inocencio J, Burgos-Vargas R; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. The Mexican version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol*. 2001 Jul-Aug; 19(4 Suppl 23): S106-10.
43. Amine B, Rostom S, Benbouazza K, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. Health related quality of life survey about children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol Int*. 2009 Jan; 29(3): 275-9.
44. Varni JW, Seid M, Knight TS. The PedsQL in pediatric rheumatology: reliability, validity and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory generic score scales and rheumatology module. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 714-725.
45. Haverman L, Grootenhuis MA, Van Den JMB, Van Veenendaal M, Dolman KM, Swart JF, Kuijpers TW, Van Rossum MAJ. Predictors of Health-Related Quality of

Life in children and adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: Results from a Web-Based Survey. *Arthritis Care Research* 2012; 65(5): 694-703.

46. Sawyer MG, Whitham JN, Robertson DM, Taplin JE, Verni JW, Baghurst PA. The relationships between health-related quality of life, pain and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 2004; 43: 325-330.

47. Urzúa MA. Calidad de vida y factores biopsicosociales en patologías médicas crónicas. *Terapia psicológica* 2008; 26(2): 207-214.

48. Roales-Nieto JG, López RF, Moreno SPE. Concepto, creencias y comportamientos de salud en preadolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2001; 27: 875-904.

49. Ortiz VGR, Ortega HE. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud* 2011; 21(1): 70-90.

50. Rotter JB. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*. 1989; 45:489-493.

51. Strickland BR. Internal External control expectancies: From contingency to creativity. *American Psychologist* 1989; 44(1): 1-12.

52. Heredia CJE, Vivas BMA. Conceptualización, medición y aplicación del constructo locus de control: una revisión teórica. Tesis de licenciatura Psicología. Colombia: Universidad de la Sabana; 2002. Disponible en:

<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4132/131228.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

53. Burón J. Motivación y aprendizaje. Bilbao, España. Ediciones Mensajero; 1994.

54. Means J. The Social Learning Theory of Julian B. Rotter. 2000. Extraído el 22 de mayo, 2006. Disponible en: <http://psych.fullerton.edu/jmearns/rotter.htm>

55. Alonso, J. Arce, E. Expectativas de control y motivación: el cuestionario ECO. En, Alonso, J. (Ed): Motivar en la adolescencia. Madrid, España. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid; 1993.

56. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1975; 43: 56-67.

57. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Education Monographs 1978, 6: 160-170.

58. Lefcourt HM. Locus of control. Current trends in theory and research. New York: Psychology Press. 1982.

59. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus control of reinforcement. Psychological Monograph, 1966; 80, 1-28.

60. Sanger SP, Alker HA. Dimensions of Internal-External Locus of Control and the Women's Liberation Movement. *Journal of Social Issues* 1972; 28: 115–129. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1972.tb00050.x
61. Mirels HL. Dimensions of internal versus external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1970, 34, 226-228.
62. Schneider J, Parsons O. Categories on the locus of control scale and cross-cultural comparisons in Denmark and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1970; 2:131-138.
63. Levenson H. Multidimensional locus of control un psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1973. 41: 397-404.
64. Wallston K. Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive therapy and research*. 1992, 16(2), 183-199.
65. Bialer I. Conceptualization of success and failure in mentally retarded and normal children. *Journal of Personality* 1961; 29, 303—320.
66. Crandall VC, Katkovsky W, Crandall VJ. Children's belief in their own Control of reinforcement in intellectual academic achievement situations. *Child Development* 1965; 36: 91-109.
67. Katkovsky W, Crandall VC, Good S. Parental antecedents of children's beliefs in interal-external or reinforcements in intellectual achievement situations. *Child Development*. 1967, 38: 765-776.

68. Halpin G, Halpin G, Whiddon T. The relationship perceived parental behaviors to Locus of control and self-esteem among American Indian and white children. *Journal of Social Psychology*. 1980, 111: 189-195.
69. Chandler TA, Wolf FM, Cook B, Dugovics DA. Parental correlates of locus of control in fifth graders: an attempt at experimentation in the home. *Merril-Palmer Quartely*. 1980, 26 (3): 183-195.
70. Andrade PP. Relación padres-hijo y locus de control: el caso de la ciudad de México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 1987, 3 (2) 11-23.
71. Demann L, Labreche G. Parental control in child rearing and multidimensional locus of control. *Psychological Reports*. 1992, 70 (1): 320-322.
72. Carton JS, Nowicki S. Antecedentes of individual differences in locus of control of reinforcement: a critical view. *Genetic, social and General Psychology Monographs*. 1994, 120: 31-81.
73. La Rosa J. Escalas de Locus de Control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis de Doctorado en Psicología social. México: Facultad de Psicología, UNAM 1986.
74. Engler B. Introducción a las teorías de la personalidad. México: Mc GrawHill; 1996.
75. Linares JE. Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos con cáncer de pulmón avanzado

sometidos a tratamiento paliativo. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/23424/1/T34893.pdf>

76. Díaz-Loving y Andrade Palos (1984), Una escala de control para niños mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*. 1984; 18 (1): 21-33.

77. Enriquez OI, Tapia GB. Autoconcepto y Locus de Control en niños. Tesis para obtener el título en Psicología Social. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. 1989.

78. Varela MM, Mata VL. Diferencia de locus de control en niños y niñas de siete, nueve y once años. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2004. 7 (2): 91-101.

79. Findley MJ, Cooper HM. Locus of control and academic achievement; a Literature review. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983, 44: 419-427.

80. Tesiny EP, Lefkowitz MM, Gordon NH. Childhood depression, locus of control and school achievement. *Journal of Educational Psychology* 1980, 34: 506-510.

81. Lefcourt HM. Research with the locus of control construct Vol. 2: Development and social problems. New York: Academic Press. 1991: 53-103.

82. Bibace R, Walsh ME. Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*. 1980, 66: 912-917.

83. Oros, LB. Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*. 2005; XIV (1): 89-97.

84. Fernández J, Edo S. ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*. 1994; 10 (2), 127-33.
85. Ortiz RG. Capacidad Predictiva de los modelos de creencias en Salud y de Wallston sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. [Tesis de doctorado] Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara; 2005.
86. Nowicki S, Strickland BR. A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1973; 40 (1): 148-154.
87. Ortiz VG, Ortega HE. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud* 2011. 21 (1): 79-90.
88. Arraras J, Wright S, Jusue G, Tejedor M, Calvo J. Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*. 2002, 7(2): 181-187. doi: 10.1080/13548500120116139
89. Shapiro D, Schwartz C, Astin J. Controlling ourselves, controlling our world. *American Psychologist*. 1996, 51(12): 1213-1230.
90. Taylor S. *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill, 2003.
91. Morowatisharifabad M, Mahmoodabad S, Baghianimoghadam M, Tonekaboni N. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a

sample of Iranians. International Journal of Diabetes in Developing Countries. 2010, 30(1): 27-32. doi: 10.4103/0973-3930.60009

92. Comeche M, Díaz M, Vallejo M. Cognitive factors in chronic pain. Psychology in Spain. 1999, 3(1): 75-87.

93. Cross M, March L, Lapsley H, Byrne E, Brooks P. Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. Rheumatology. 2006, 45(1): 92-96. doi: 10.1093/rheumatology/kei114

94. Ardila A, Ostrosky Feggy. Guía para el diagnóstico neuropsicológico. 2012. Disponible en: http://medina-psicologia.ugr.es/moodle/file.php/7/Documentos/Libros/Ardila_Ostrosky_2012_Guia_para_el_Diagnostico_Neuropsicologico.pdf

95. Espinosa MJC. Validación y estandarización de instrumentos. Convenio Interadministrativo de Cooperación Académico-Científico No. 29 de 2008. Disponible en: <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/VYEInstrumentos.pdf>

96. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. New York: Oxford University Press; 1995.

97. Nunnally JC, Bernstein IJ. Teoría Psicométrica. México: McGraw-Hill; 1995.

98. Geisinger KF. Cross-Cultural Normative Assessment: translation and adaptation issues influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*. 1994; 6 (4): 304-312.
99. Hair JF, Anderson Re, Tatham RL, Black WC. *Análisis multivariante*. 5a edición. México: Prentice Hall Iberia; 1999.
100. Quero VM. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista de Estudios interdisciplinarios en Ciencias Sociales*. 2010; 12 (2): 248-252.
101. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
102. Díaz-Jouanen E, Abud-Mendoza C, Garza-Elizondo MA, Medrano-Ramírez G, Orozco-Alcalá JJ, Pacheco-Tena CF, Pineda-Villaseñor C, Pozos-Espíndola JC, Ramos-Niembro F, Robles-San Román M, Santana-Sahagún EJ. Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. *Rev Invest Clínica* 2005; 57 (6): 735-755.
103. Tercero QG. Calidad de Vida, ansiedad y depresión en escolares y adolescentes con enfermedades crónicas. Tesis para obtener el Grado de Doctora en Ciencias. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
104. Hulley BS, Cummings RS, Browner SW, Grady GD, Newman BT. *Diseño de estudios clínicos*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014. pp 232.
105. Varni JW, Limbers CA. Pediatric Quality of Life Inventory: medición de la calidad de vida relacionada a la salud desde la perspectiva de los niños y sus padres. *Pediatr Clin N Am* 2009; 56: 843-863.

106. Villaruel RMB, Lucio GMME. Propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, versión 4.0, en adolescentes mexicanos. *Psicología y salud* 2010; 1:5-12.
107. The PedsQLTM Scoring Algorithm. Scoring the Pediatric Quality of life Inventory. Disponible en: www.pedsql.org/Score.html
108. Varni JW, Seid M, Knight TS. The PedsQL in pediatric rheumatology: reliability, validity and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory generic core scales and rheumatology module. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 714-725.
109. Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=dolor>.
110. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Editado por Kopf A, Patel NB. 2010. Washington, D.C. Disponible en: www.iasp-pain.org.
111. Ferreira-Valente M, Pais-Ribeiro J, Jensen M. Validity of four pain intensity rating scales. *PAIN*. 2011; 152:2399-2404.
112. Serrano-Atero M, et al. Valoración del dolor (I). *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2002; 9: 94-108.
113. Huguet A, Stinson JN, McGrath. Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68: 329-336.
114. Vera NJA, Cervantes MNNE. Locus de control en una muestra de residentes del noroeste de México. *Psicología y Salud*. 2000, 10 (2): 237-247.

115. Soo KH, Chang KE, Chen C, Greenberger E. Locus of control and peer relationships among Caucasian, Hispanic, Asian and African American adolescents. *J Youth Adolescence*. 2015, 44:184-194.
116. Reyes-Lagunes I. Género y control: conceptualización y medición etnopsicológica. México: CONACYT, 1995.
117. García-Campos T, García-Barragán LF. Locus de control y tradicionalismo en el Estado de Guanajuato, México. *Psicología Iberoamericana*. 2011, 19 (1): 72-79.
118. Haider ZI, Naeem MM. Locus of control in graduation students. *International Journal of Psychological Research* [Internet]. 2013; 6 (1):15-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299028095003>
119. Brenilla ME, Vázquez N. Análisis psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter. Universidad Católica Argentina. 2010, (2).
120. Andrade P, Reyes-Lagunes I. Locus de control y orientación al logro en hombres y mujeres. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 1996, 7 (1): 75-84.
121. González DDJ. Calidad de vida relacionada con la salud: conocer e implementar en la toma de decisiones basada en pruebas en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 60 (6): 507-13. Disponible en: DOI: 10.1016/S1695-4033(04)78319-8
122. Haverman L, Grootenhuis MA, Berg VD, Veenendaal M, Dolam KM, Swart JF, Juijpers TW, Russum VM. Predictors of health-related quality of life in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis: results from a Web-Based Survey. *Arthritis Care & Research*. 2012, 64 (5): 694-703.

123. Lundberg V, Lindh V, Eriksson C, Petersen S, Eurenus E. Health-related quality of life in girls and boys with juvenile idiopathic arthritis: self- and parental reports in a cross-sectional study. *Pediatric Rheumatology*. 2012, 10 (33). Disponible en: <http://www.ped-rheum.com/content/10/1/33>
124. Bomba M, Meini A, Molinaro A, Cattalini M, Oggiano, Fazzi E, Neri F, Plebani A, Nacinovich. Body experiences, emotional competence, and psychosocial functioning in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol Int*. 2013, 33: 2045-2052. DOI: 10.1007/s00296-013-2685-4
125. Martínez CJM, Morales MML, Poma CLA, Ghia CCA. Complicaciones psicosociales de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. 2017, 19 (3): 132-138.
126. Hurtado-Valenzuela JG, Álvarez-Hernández G. Calidad de vida relacionada a la salud del niño y del adolescente con obesidad. *Salud Mental*. 2014, 37 (2): 119-25.
127. Hanns L, Cordingley L, Galloway J, Norton S, Carvalho LA, Christie D, et. al. Depressive symptoms, pain and disability for adolescent patients with juvenile idiopathic results from the Childhood Arthritis Prospective Study. *Rheumatology*. 2018, 57: 1381-1389.
128. Gold JI, Mahrer NE, Yee J, Palermo TM. Pain, fatigue, and health-related quality of life in children and adolescents with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2009. 25: 407-412.
129. De Grande P. Redes personales y locus de control en centros urbanos de la Argentina. *Revista de psicología*. 2013, 31 (2): 315-348.

130. Burish T, Carey M, Wallston K, Stein M, Jamison R, Naramore J. Health locus of control and chronic disease: an external orientation may be advantageous. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1984, 2 (4): 326-332.
131. Carver C, Harris S, Lehman J, Durel L, Antoni M, Spenser S, Pozo-Kaderman C. How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology*. 2000, 26 (2): 139-149. DOI: 10.1177/0146167200264001
132. Helgeson V. Moderators of the relation between perceived control and adjustment chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992, 63 (4): 656-666. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
133. Affleck G, Tenner H, Pfeiffer C, Fifield C. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of personality and social psychology*. 1987, 53:273-279.

ANEXO A



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DR. MARQUEZ NO. 162 C.P. 06720 MÉXICO D.F.
INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

LOCUS DE CONTROL EN NIÑOS MEXICANOS

Díaz-Loving R y Andrade Palos P.

Nombre: _____ Edad: _____

Grado escolar: 3º. 4º. 5º. 6º.

Instrucciones.

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones, lee cada una de ellas con cuidado. Si estás de acuerdo con lo que dice la afirmación marca una equis en el paréntesis que dice *sí* (X). Si no estás de acuerdo marca con una equis en el paréntesis que dice *no* (X).

		SI	NO
1	Es casi inútil esforzarse en la escuela porque la mayoría de los niños son más inteligentes que yo.		
2	Mis papás siempre deciden lo que yo tengo que hacer.		
3	Todo lo que hago siempre me sale mal.		
4	Mi forma de ser está fuera de mi control.		
5	Le caigo bien a la gente por mi forma de ser.		
6	Yo creo más en el esfuerzo y la dedicación que en la suerte.		
7	En la vida aunque se luche es difícil cambiar las cosas.		
8	Una de las mejores formas de resolver los problemas es olvidarse de ellos.		
9	El entusiasmo más que la suerte ayuda a un equipo a ganar.		
10	Yo decido quienes van a ser mis amigos.		
11	Todo en la vida es difícil de conseguir.		
12	Mis papás son buenos conmigo si yo soy bueno con ellos.		

ANEXO A

13	A veces yo decido lo que me dan de comer en mi casa.		
14	Mis papás deben dejarme tomar algunas decisiones.		
15	Si las cosas comienzan bien en la mañana, va a ser un buen día sin importar lo que yo haga.		
16	La suerte vale más que la inteligencia.		
17	Yo puedo controlar mi forma de actuar.		
18	Me gusta luchar para lograr mis propósitos.		
19	Si le caigo bien a la gente me ayudará.		
20	Yo decido por mí mismo.		
21	Los mejores alumnos son lo que tienen suerte.		
22	Todas las personas deciden lo que tengo que hacer.		
23	La vida es muy difícil.		
24	Es importante ser bueno para conseguir muchas cosas.		
25	A veces yo decido lo que mis amigos y yo haremos.		
26	Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte.		
27	Todos los problemas se resuelven solos.		
28	Soy capaz de tomar algunas decisiones.		
29	Es difícil caerle bien a la gente.		
30	Es mejor tener suerte que ser inteligente.		

ANEXO B



México DF., Mayo del 2013.

**PROFESOR ALEJANDRO MELGAR DIAZ
INSPECTOR DE ZONA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
PRESENTE**

Por este medio, solicitamos a usted la autorización para realizar la aplicación de la “Escala de Locus de Control” en niños de 8 a 11 años que forma parte de un trabajo de Tesis de Doctorado en Ciencias del Programa de Maestría y Doctorados en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la salud de la UNAM. El trabajo se titula: “Estandarización de la escala de locus de control en niños de 8 a 11 años”.

El locus de control es un término que se refiere a las creencias que las personas tienen con respecto a quién o qué cosas controlan los resultados de su vida y que determinan las consecuencias de sus conductas. Cuando el resultado de una conducta es percibido por una persona como consecuencia de la acción de otros, la explica a partir de la suerte, casualidad, el destino y es interpretado de esta forma individual, se denomina como locus de control externo. Si la persona percibe este evento como resultado de su propia conducta o características, entonces se llama locus de control interno. El locus de control, ya sea interno o externo, es una parte importante de su personalidad.

El trabajo tiene como objetivo “Estandarizar el instrumento de Locus de Control para Niños Mexicanos de Díaz Loving y Andrade Palos. Estandarizar es definir lo más claro posible las condiciones de aplicación, puntuación e interpretación de una prueba. La puntuación permite clasificar, ordenar o conocer la magnitud de dicho atributo, a fin de establecer semejanzas o diferencias en la posesión que cada persona tiene del atributo. La escala consta de 30 reactivos y fue creada por Díaz Loving-Andrade Palos en 1984.

Para la aplicación del instrumento, solicitamos su autorización con fechas y horario de actividades. La aplicación bajo las siguientes condiciones: se aplicará en el salón de clases de cada grupo, el cual tenga iluminación y ventilación adecuada.

Cada niño deberá estar sentado en un espacio que le permita escribir de forma tranquila y adecuada (una mesa), la aplicación será realizada de forma colectiva: se leerán las instrucciones de la escala en voz alta que permita a todos los niños escuchar claramente.

Se aclararan las dudas de los niños y se llevará a cabo la aplicación en cada una de los grupos, entregando a cada niño la escala y un lápiz.

Los datos de cada aplicación serán manejados de forma confidencial y anónima, ningún dato de los alumnos será dado a conocer, por ello solo se solicita su edad, sexo y grupo.

En caso de ser autorizada la aplicación de esta escala en las escuelas primarias a su digno cargo, se cuenta con una plática informativa para los directores y profesores. Comprometiéndonos a contestar y aclarar cada una de sus dudas.

Sin más por el momento, quedamos a la espera de sus comentarios.

Atentamente.

M en C. Alejandra Hernández Roque _____
Alumna de Doctorado (no. de cuenta 90039689).
(55) 3519-7180.

M en C. Gabriela Tercero Quintanilla _____
(55) 3262-8382.

Psicólogas adscritas al Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
5228-9917 extensión 1065.

Anexo. Escala de Locus de Control en Niños Mexicanos.

ANEXO C. Cuestionario sobre Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL).

Número de identificación: _____

Fecha: _____

PedsQL™

Cuestionario Sobre Calidad de Vida Pediátrica

Versión 4.0 – Español para México

REPORTE para NIÑOS (edades 8-12)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente hay una lista de cosas que pudieran ser un problema para tí. Por favor dínos cuánto problema ha sido ésto para tí en el **MES PASADO** (un mes). Por favor encierra en un círculo la respuesta:

- 0 si nunca es un problema
- 1 si casi nunca es un problema
- 2 si algunas veces es un problema
- 3 si con frecuencia es un problema
- 4 si casi siempre es un problema

No hay respuestas correctas o incorrectas.
Si no entiendes una pregunta, por favor pide ayuda.

En el **MES PASADO** (un mes), cuánto problema ha sido ésto para tí...

SOBRE MI SALUD Y ACTIVIDADES (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Se me hace difícil caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Se me hace difícil correr	0	1	2	3	4
3. Se me hace difícil practicar deportes o hacer ejercicio	0	1	2	3	4
4. Se me hace difícil levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5. Se me hace difícil bañarme solo(a) en tina o regadera	0	1	2	3	4
6. Tengo dificultad para hacer quehaceres en la casa	0	1	2	3	4
7. Siento dolores	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado(a)	0	1	2	3	4

SOBRE MIS EMOCIONES (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Me siento asustado(a) o con miedo	0	1	2	3	4
2. Me siento triste	0	1	2	3	4
3. Me siento enojado(a)	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupo por lo que me vaya a pasar	0	1	2	3	4

CÓMO ME LLEVO CON LOS DEMÁS (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Tengo dificultad para llevarme bien con otros niños	0	1	2	3	4
2. No quieren ser mis amigos otros niños	0	1	2	3	4
3. Se burlan de mí otros niños	0	1	2	3	4
4. No puedo hacer cosas que otros niños de mi edad pueden hacer	0	1	2	3	4
5. Se me hace difícil mantenerme físicamente igual que otros niños cuando juego con ellos	0	1	2	3	4

SOBRE LA ESCUELA (problemas con...)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Se me hace difícil poner atención en clase	0	1	2	3	4
2. Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3. Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en las clases	0	1	2	3	4
4. Falto a la escuela por no sentirme bien	0	1	2	3	4
5. Falto a la escuela para ir al doctor o al hospital	0	1	2	3	4



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



CARTA DE ASENTIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., _____ de 20__.

Paciente: Yo _____ Nombre completo paciente _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar.

Tutora (or): Yo _____ Nombre completo del tutor _____ declaro libre y voluntariamente que mi hija (o) participe.

Título del estudio "Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes escolares con artritis idiopática juvenil" que es realizado en esta Institución, cuyo objetivo es describir la relación entre el tipo de locus de control y el nivel de calidad de vida relacionada a la salud en pacientes escolares con artritis idiopática juvenil.

El estudio consistirá en la aplicación de dos cuestionarios y se nos explico que los riesgos por contestar los cuestionarios son nulos.

Toda la información que proporcionemos será confidencial y presentada de forma anónima.

Entendemos que del presente estudio se derivará el beneficio de mejorar la atención y promover una mejor calidad de vida en niños con enfermedades crónicas y poder disminuir las posibles alteraciones emocionales de niñas y niños.

Es de nuestro conocimiento que somos libres de retirarnos del estudio en el momento en que yo así lo deseemos y que la atención a mi hijo/a en esta Institución NO se verá afectada. También podremos solicitar, en cualquier momento, información adicional acerca de los resultados de los cuestionarios.

Investigador responsable: Psic. Alejandra Hernández Roque (Depto. Psiquiatría, 52.28.99.17 ext: 2038). Firma: _____

Nombre md/pd: _____ Firma _____

Nombre del paciente: _____ Firma _____

Dirección: _____

Testigo 1: _____ Firma _____

Dirección: _____

Testigo 2: _____ Firma _____

Dirección: _____



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



LOCUS DE CONTROL (LC) Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES ESCOLARES CON ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ).

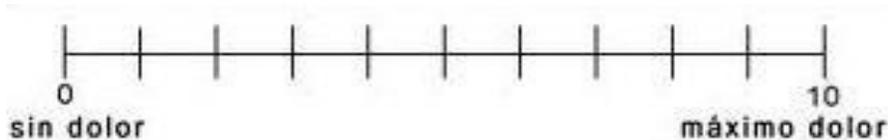
No. paciente: (____) Registro hospitalario: _____ Fecha: ____/____/20__.

Tutora (or):

Paciente:

Nombre:		
Edad: años-meses.		
Género:	Fem (1) Masc (2)	Fem (1) Masc (2)
Cuidador principal:	Parentesco:	
Tipo de AIJ:	(1) Artritis sistémica. (3) Poliartritis: factor reumatoideo negativo. (2) Oligoartritis: a. persistente, b. extendida. (4) Poliartritis: factor reumatoideo positivo.	
Locus de control:		
CVRS	Puntuación natural: (1). Buena. (2). Mala.	
Dolor:	Puntuación:	
Actividad de la enfermedad:	Puntuación:	
Duración de la enfermedad:	Años-meses:	
Edad de inicio de la enfermedad:		

- **Marca en la línea de abajo cuan fuerte es el dolor que sientes en este momento:**



Observaciones: _____

ANEXO F. Carta de aprobación de protocolo.

   **Hospital Infantil de México
Federico Gómez
Instituto Nacional de Salud** 
Dirección General

"2013. AÑO DE LA LEALTAD INSTITUCIONAL Y CENTENARIO DEL EJERCITO MEXICANO"

MÉXICO, D.F., A 13 DE AGOSTO DE 2013 DG/1000/ 744 /2013

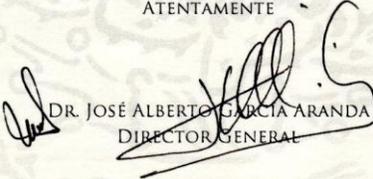
M. EN C. ALEJANDRA HERNÁNDEZ ROQUE
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y MEDICINA DEL ADOLESCENTE
PRESENTE

INFORMO A USTED, QUE LAS COMISIONES DE INVESTIGACIÓN, ÉTICA Y BIOSEGURIDAD, DESPUÉS DE HABER REVISADO SU PROTOCOLO NÚMERO HIM-2013-082 "LOCUS DE CONTROL (LC) Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES ESCOLARES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)", HAN EMITIDO EL DICTAMEN DE:

APROBADO

EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SEÑALADOS POR DICHAS COMISIONES. POR LO ANTERIOR, SE AUTORIZA SU DESARROLLO.

ATENTAMENTE


DR. JOSÉ ALBERTO GARCÍA ARANDA
DIRECTOR GENERAL

CON COPIA:
C.P. ELÍAS HERNÁNDEZ RAMÍREZ. JEFE DE LA UNIDAD AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

JAGA/OMH/ARC/GLRO

 INSTITUCION DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACION, AFILIADA A LA UNAM
Dirección: Dr. Márquez 162, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, 06720, México, D.F.
Tel: 57 61 01 81/ 57 61 19 63/ 57 61 36 60; Fax: 57 61 89 74; Conn. 52 28 99 17 ext. 9010
www.himfig.edu.mx