



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán

Tesis: Hombres y mujeres con LEG ¿Son tan diferentes?  
Estudio multidimensional

Para obtener el título de especialista en Reumatología

Presenta

Lilian Guadalupe Cano Cruz

Tutores de tesis

**Dr. Francisco Javier Merayo Chalico**

**Dra. Ana Barrera Vargas**

**Dra. Virginia Pascual Ramos**

Ciudad de México

2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Índice

1. Antecedentes .....	3
2. Justificación e hipótesis .....	6
3. Objetivos.....	6
4. Material y métodos .....	7
5. Resultados .....	10
6. Discusión .....	14
7. Conclusiones .....	17
8. Bibliografía .....	18

## Antecedentes

El lupus eritematoso generalizado (LEG) es el prototipo de enfermedad autoinmune sistémica, con un gran espectro de presentaciones clínicas, afectando a múltiples órganos y sistemas, causando inflamación y daño a diferentes órganos. (1) Las tasas de incidencia y prevalencia difieren en las zonas estudiadas, siendo la incidencia más elevada reportada en América del Norte con una tasa de 23.2 por cada 100 000 personas al año, y la más baja en África y Ucrania con 0.3 por cada 100 000 personas al año. (2) En México se ha estimado que la prevalencia de LEG es alrededor de 0.07%. (3)

En todos los estudios la prevalencia es mayor en mujeres, con una relación de mujeres a hombres promedio de 9.3:1. (2) La presentación del LEG en hombres es más grave y está asociada a un peor pronóstico. En mujeres son más frecuentes la alopecia (RM 0.36 IC 95% 0.29–0.46,  $p < 0.00001$ ), la fotosensibilidad (RM 0.72, IC 95% 0.63–0.83,  $p < 0.00001$ ) y las úlceras orales (RM 0.7 IC 95% 0.60–0.82,  $P < 0.00001$ ) y en hombres la afección renal es más frecuente (OR 1.51, IC 95% 1.31–1.75,  $p < 0.00001$ ) (4).

El modelo de medicina moderna está basado en identificación de la enfermedad y brindar tratamiento, sin embargo, carece de reconocimiento de múltiples factores y la naturaleza compleja de muchas enfermedades, para muchas enfermedades este abordaje no es suficiente. Un abordaje bio-psicosocial evalúa factores psicológicos, sociales y existenciales con el fin de brindar un abordaje holístico que influye el estado de salud y la calidad de atención médica (5). No hay estudios que describan la calidad de la atención médica en paciente en pacientes con LEG con herramientas estandarizadas.

Se conoce que las alteraciones de salud mental son frecuentes en pacientes con LEG, su prevalencia varía ampliamente en diferentes cohortes debido a la heterogeneidad de las definiciones usadas. En general alteraciones del estado de ánimo son más frecuentes que trastornos de ansiedad, pero en ambos casos su prevalencia es mayor que en población general, con reportes del 17–75% de los pacientes con LEG con diagnóstico también de depresión y 6–52% de los pacientes con ansiedad. El género se ha descrito como un factor importante para alteraciones de salud mental, los hombres con LEG presentando una prevalencia significativamente menor que mujeres con LEG medida por el cuestionario HADS-D (13% vs 31%,  $P=0.003$ ), y de ansiedad (16.7% para hombres vs mujeres 38.9%,  $p=0.024$ ). (6)

Varios estudios han mostrado correlación entre depresión y ansiedad con peor calidad de vida. En pacientes con LEG se ha evaluado a través de SF-36, en donde se ha reportado que en general es pobre con hombres presentando una mejor puntuación en general, con diferencia estadísticamente significativa en los dominios de salud mental y vitalidad. (6)

Hay pocos estudios que evalúan depresión, ansiedad y calidad de vida en hombres con LEG, en un estudio que incluyó 1,803 pacientes con LEG de los cuales 122 (6.7%) eran hombres, evaluaron calidad de vida a través del instrumento LupusPRO, que es una herramienta que evalúa diferentes desenlaces reportados por los pacientes en dos esferas: el relacionado con el individuo y el relacionado con el ambiente, entre hombres los dominios más afectados fueron medicamentos, salud emocional, apoyo social y afrontamiento, en las mujeres fueron cognición, vitalidad, salud emocional, deseos y metas y afrontamiento. En el dominio de apoyo social los hombres tuvieron peores puntajes, mientras que las mujeres puntuaron peor en síntomas de LEG mediana 75.0 [IQR 33.3] versus una mediana de 83.3 [IQR 33.3] en hombres;  $p = 0.06$ ). (7)

La adherencia al tratamiento está definida como “la medida en la que el comportamiento de los pacientes, incluyendo la toma de medicamentos, corresponde con las recomendaciones de un profesional de la salud” (8). Existen múltiples herramientas para la medición de la adherencia, se

puede realizar de forma directa o indirecta. La medición indirecta se hace a través de cuestionarios realizados por el médico o auto aplicados en donde se evalúa el comportamiento de la toma de medicamentos. (9)

Se ha estudiado en enfermedades reumatológicas, entre las cuales encontraron mejoría del dolor, el antecedente de haber usado más de un biológico, la auto-aplicación del medicamento, creencias de efectos adversos del tratamiento, y una sensación de falta de apoyo del sistema de salud.(10) En LEG Mehat, P et al revisaron 11 estudios, reportando que el porcentaje de mala adherencia al tratamiento varía entre 43% y 75%. Las causas relacionadas a esto fueron la depresión, vivir en zonas rurales, un nivel bajo de escolaridad y tener polifarmacia. (11) En estos estudios utilizaron distintos cuestionarios para la medición. Los cuestionarios más usados son el *Medication Adherence Self-report Inventory (MASRI)* (12)(13)(14), el *Morisky medication adherence scale (MMAS-8)* (15)(16)(17), el *Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR)* (18)(19)(20). Dos estudios hacen la medición de la adherencia con escalas visuales análogas (21)(22), el resto a través de registros electrónicos, y registros clínicos. (23)(24)(25)(26)(27).

No está descrito si las diferencias de género impactan en el diagnóstico de salud mental, ni su impacto en calidad de vida, relación médico paciente y adherencia a tratamiento. Aunque algunos aspectos han sido evaluados de manera aislada, es necesario conocer el impacto de la diferencia de género en aspectos biopsicosociales para mejorar la calidad de la atención médica, tomando en cuenta que, aunque los hombres con LEG constituyen una minoría, la presentación de la enfermedad es más grave y está asociada a un peor pronóstico.

## **Justificación**

Se desconoce si las diferencias de género influyen en el aspecto biopsicosocial de los pacientes con LEG.

## **Hipótesis**

**Hipótesis nula:** No existe diferencia entre hombres y mujeres en los aspectos biopsicosociales en pacientes con LEG.

**Hipótesis alterna:** Existen diferencia entre hombres y mujeres en aspectos biopsicosociales en pacientes con LEG.

## **Objetivos:**

**Objetivo primario:** Determinar si las diferencias de género influyen sobre las esferas biopsicosociales en pacientes con LEG (calidad de vida con desenlaces reportados por los pacientes (LupusPRO), psicopatología (depresión y ansiedad), relación médico-paciente (PDRQ-9), adherencia a tratamiento (MMAS-8).

**Objetivos secundarios:** Definir si hay asociación de características clínicas (tiempo de duración de la enfermedad, SLEDAI, número de inmunosupresores y uso de prednisona), están asociados a variables biopsicosociales.

## **Materiales y métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, de casos y controles, en donde se integraron datos de hombres y mujeres con diagnóstico de LEG.

Tamaño de muestra a conveniencia:

Se contó con aprobación comité de ética IRE-0627

## **Criterios de inclusión**

- Hombres y mujeres con diagnóstico de LEG por criterios ACR 1998
- Mayores de 18 años
- En tratamiento farmacológico para LEG
- Registros clínicos completos
- Criterios de exclusión
- Síndromes de sobreposición diferentes a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
- Comorbilidades infecciones virales, neoplasias activas o retraso psicomotor
- Pacientes que no hablen español
- Dependientes de cuidador

## **Criterios de eliminación**

Pacientes que no contesten todas las preguntas



## **Análisis estadístico**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS V 25, utilizando estadística descriptiva, para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se utilizó desviación estándar y percentiles. Para determinar la distribución de las variables se utilizó la prueba de Shapiro Wilk. Para el análisis bivariado se utilizó T de Student para variables con distribución normal y Chi cuadrada para variables no paramétricas. Para establecer los factores de riesgo asociados a psicopatología se utilizó un modelo de regresión logística, para determinar las correlaciones realizamos una prueba de correlación de Spearman.

## **Descripción del procedimiento**

Se invitaron a participar a pacientes con LEG a través de una invitación por medio de un consentimiento informado, se realizó una evaluación a través de 6 herramientas estandarizadas auto aplicadas, y posteriormente se obtuvieron datos clínicos de la última consulta registrada en el expediente.

## **Datos Clínicos**

1. La actividad de la enfermedad se evaluó a través del instrumento SLEDAI 2K, dicha puntuación va de 0 a 105, se consideró actividad leve cuando se puntúa como menos o igual a 6, moderada de 8 a 11 puntos y grave más de 12 puntos.
2. Daño: SLICC damage index: establece el grado de daño tisular desde el inicio de la enfermedad, y para cuya evaluación es necesario que los signos y síntomas se manifiesten al menos seis meses previos al examen.
3. Comorbilidades: Se busco en el expediente electrónico desde 2015 que se reportara actividad de sistema nervioso, diagnóstico previo de depresión y que tuvieran tratamiento farmacológico, y reportes de diagnóstico de fibromialgia.

## Herramientas:

1. **Depresión:** se evaluó a través del cuestionario validado a español CES-D20, que cuenta con 20 preguntas, evaluada en una escala de Likert de 0 a 3, el rango de puntuación 0-60, con un puntaje mayor a 14 se interpretó como depresión. (28)
2. **Ansiedad:** se evaluó con la Escala de ansiedad de Beck, que cuenta con 21 preguntas, evaluada con una escala de Likert de 0 a 3, con un rango de puntuación 0-63, con un puntaje mayor a 21 siendo positivo para ansiedad. (29)
3. **Percepción de la enfermedad (calidad de vida):** Se evaluó con el cuestionario LupusPRO en el cual se evalúan 12 dominios a través de 43 preguntas, que se evalúan por medio de una escala Likert de 0-4, el rango de puntuación se expresa en porcentaje de cada dominio. Para el uso de esta herramienta se contó con el permiso del autor (30)
4. **Adherencia al tratamiento:** se evaluó a través del cuestionario MMAS-8, que es una escala de 8 reactivos, 7 se califican a través de respuesta si/no y una se evalúa a través de evaluar una escala Likert, el rango de puntuación es de 0 a 8, se tomó como menor a 6 como mala adherencia. (31)
5. **Relación médico paciente PDRQ9:** se evalúa a través de 9 preguntas que se puntúan en una escala de Likert de 0 a 5, la puntuación máxima es de 45 puntos y aunque no existe un punto de corte que describa una buena relación médico paciente, se considera entre más alto mejor. (32)

## Resultados

Se analizaron 205 sujetos, siendo 65 (32%) hombres y 140 (68%) mujeres. Las características sociodemográficas fueron similares en ambos grupos (edad, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico) (Tabla 1).

Característica	Hombres n=65	Mujeres n=140	p
Edad (años) (mediana, P 25-P75)	34 (27-44)	36 (26-45)	0.937
Pareja (n, %)	35 (54.7%)	58 (42.6%)	0.111
Escolaridad (Preparatoria o universidad) (n, %)	51 (82.3%)	101 (74.8%)	0.248
Nivel socioeconómico bajo (n,%)	32 (49.2%)	78 (55.7%)	0.386

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos.

Las características clínicas de la enfermedad (duración de la enfermedad, tratamiento y daño SLICC DI), también fueron similares en ambos grupos, sin embargo, el índice de actividad de la enfermedad SLEDAI 2K fue mayor en hombres. (Tabla 2)

Características de la enfermedad	Hombres n=65	Mujeres n=140	p
Tiempo de duración en años (mediana, P 25-P75)	9 (4-16)	10 (5-16.5)	0.286
Uso de PDN (n, %)	40 (62.5%)	75 (53.6%)	0.233
Numero de inmunosupresores (mediana, P 25-P75)	2 (1-2)	2(1-2)	0.877
SLEDAI (mediana, P 25-P75)	<b>4(0-5)</b>	<b>2(0-4)</b>	<b>0.017</b>
SLICC (mediana, P 25-P75)	0 (0-1)	0 (0-1)	0.056

Tabla 2. Características clínicas de pacientes incluidos.

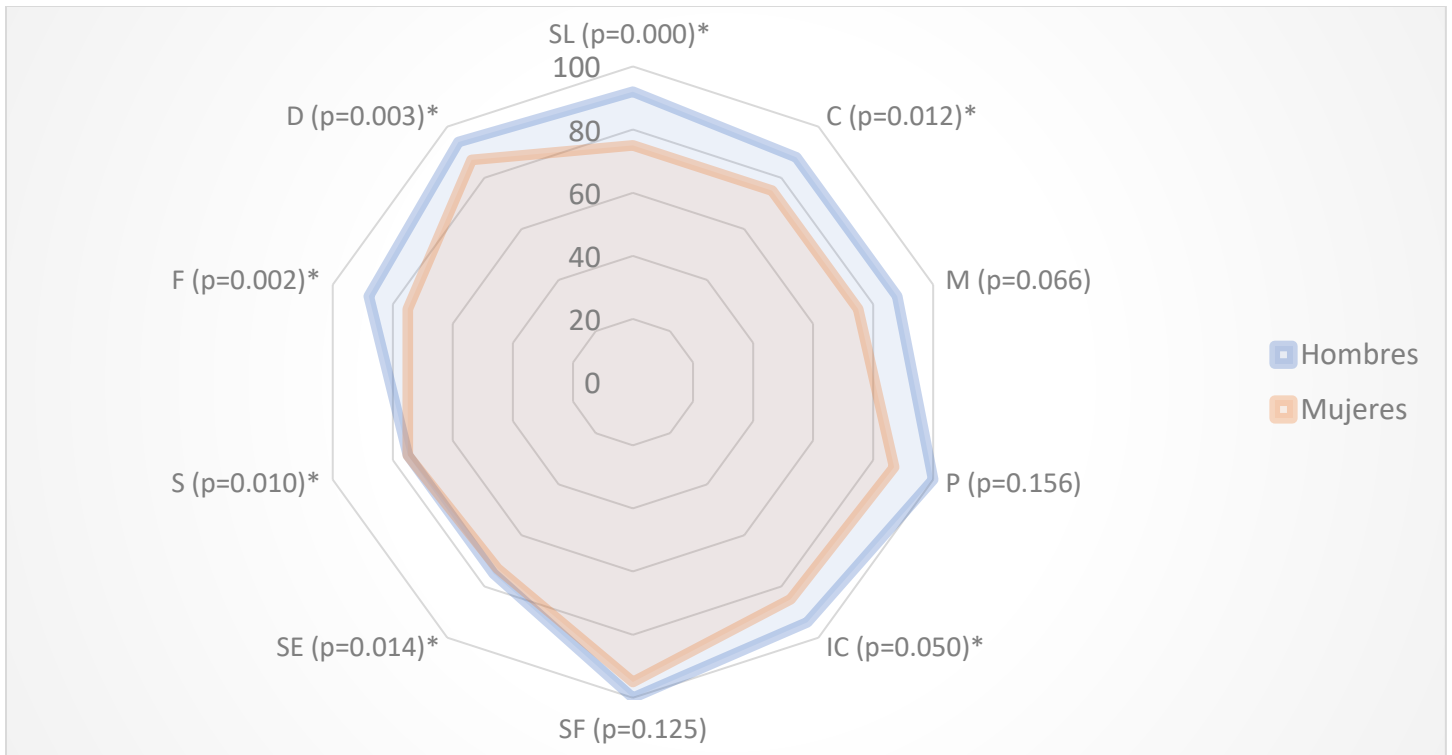
En cuanto a antecedente de actividad en sistema nervioso se reportó que 6 (9.2%) hombres la habían presentado y 12 (8.6%) mujeres ( $p=0.1$ ), en cuanto a antecedente de depresión 2 (3.1%) hombres lo reportaron en comparación con 1(0.7 %) mujer, ( $p=0.19$ ), el diagnóstico de fibromialgia se encontraba en 2 (3.1%) hombres y 9 (6.4%) mujeres. ( $p=0.322$ ).

## Evaluación psicosocial

Las mujeres reportaron con más frecuencia depresión 65 (46.4%) vs hombres 20 (31.2%) ( $p=0.041$ ) y ansiedad 41 (29.3%) vs hombres 7 (10.8%) ( $p=0.004$ ). La percepción de la enfermedad (LupusPRO) fue mejor en hombres con un puntaje promedio de 83% (P25-P75, 73-88) vs mujeres 76% (P25-P75, 64-86) ( $p=0.003$ ). Ambas poblaciones tuvieron mala adherencia al tratamiento con un puntaje de MMAS-8 en mujeres de 6 (P25-P75, 4.3-7) vs hombres 5.8 (P25-P75, 4-7) ( $p=0.373$ ). La relación médico-paciente (PDRQ9) presentó una satisfacción máxima en 85 pacientes (41.3%) de los pacientes, fue similar para ambos grupos hombres 43(P25-P75, 39-45) y mujeres 43 (P25-P75, 34-45), ( $p=0.243$ ).

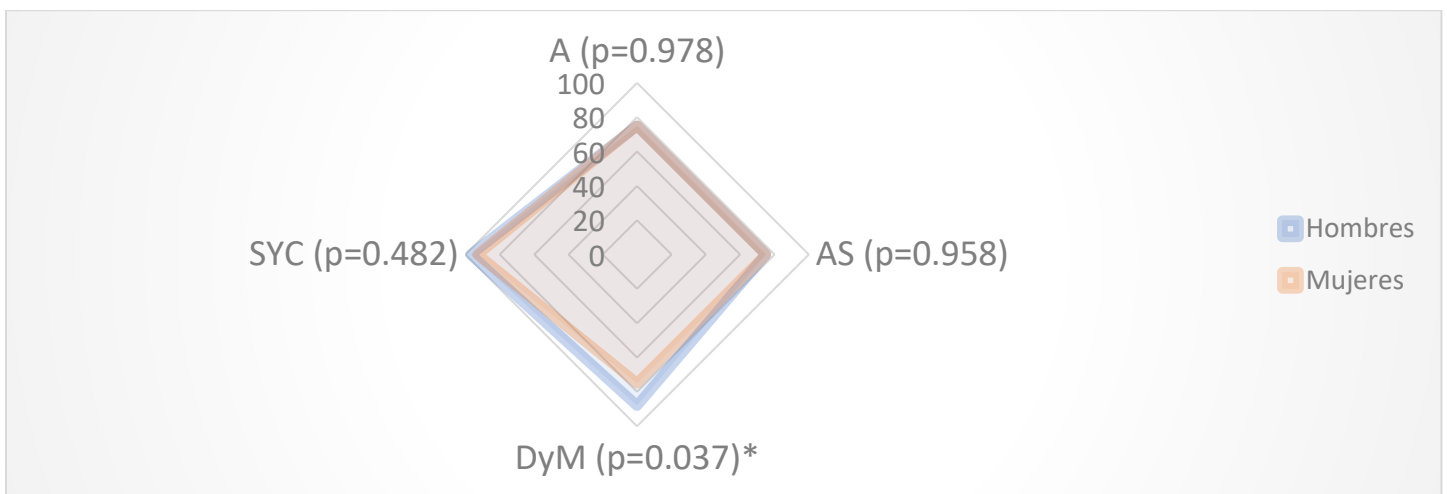
Se desglosó la herramienta de percepción de la enfermedad (LupusPRO), en la esfera relacionada con el individuo se encontró que las mujeres reportaron un puntaje de manera global peor que los hombres en todos los dominios, con significancia estadística en los siguientes dominios: síntomas de LEG 75(58-91) vs 92(75-100) ( $p=0.000$ ), cognición 75(50-87) vs 88(63-100) ( $p=0.012$ ), salud emocional 73(41-87) vs 75(63-92) ( $p=0.014$ ), fatiga 75(68-93) vs 88(75-100) ( $p=0.002$ ), dolor 87 (75-100) vs 94 (82-100) ( $p=0.003$ ). (Grafica 1)

Los dominios en donde los hombres reportaron un mejor puntaje fueron en salud física 100(90-100) y procreación 100 (75-100), y un peor puntaje fueron en sueño 75(58-83) y salud emocional 75(63-92). Al igual que las mujeres, pero con puntajes diferentes con los mejores puntajes en salud física 95(83-100) y procreación 87(50-100), y los peores puntajes en salud emocional 73(41-87) y sueño 75(46-75).



Grafica 1: Grafica de araña que muestra los puntajes de la esfera relacionada con el individuo, en hombres y en mujeres, SF salud física, SE salud emocional S sueño, IC imagen corporal, P procreación, F fatiga, D dolor SL síntomas de lupus C cognición, M medicamentos. \*Características con  $p < 0.05$

En la esfera relacionada con el ambiente se encontró que las mujeres reportaron un puntaje de manera global peor que los hombres, con diferencia estadísticamente significativa en el dominio de deseos y metas en donde puntuaron 75(50-100) vs 88(63-100) ( $p=0.037$ ). Grafica 2.



Grafica 2: Grafica de araña que muestra los puntajes de la esfera relacionada con el ambiente en hombres y en mujeres, A afrontamiento, AS apoyosocial, DyM deseos y metas, SYC satisfacción con el cuidado. \*Características con  $p < 0.05$

El tener una psicopatología como ansiedad o depresión se asocio con una peor adherencia a tratamiento y relación médico paciente, ya que el tener ansiedad se correlaciono tuvo una correlación negativa con relación médico paciente ( $r=-0.179$ ,  $p=0.010$ ) y con adherencia al tratamiento ( $r=-0.266$ ,  $p=0.000$ ). El tener depresión tuvo una correlación negativa con relación médico paciente ( $r=-0.194$ ,  $p=0.005$ ) y con adherencia a tratamiento ( $r=-0.206$ ,  $p=0.003$ ).

Se encontró una correlación entre el puntaje global de LupusPRO con satisfacción de la relación médico paciente con una ( $r=0.321$ ,  $p=0.000$ ), además de con una buena adherencia a tratamiento. ( $r=0.224$ ,  $p=0.001$ )

Se definió una variable determinada como psicopatología, tomando en cuenta a pacientes con puntuación con ansiedad o depresión y se analizaron diferentes factores encontrando que el ser hombre estaba asociado a no presentar psicopatología con 43 (66.2%) vs 22 (33.8%) que presentaban psicopatología con una  $p=0.006$ . Tabla 3.

	Sin psicopatología n=107	Con psicopatología n=98	p
<b>Hombre LEG (n,%)</b>	<b>43 (66.2%)</b>	<b>22 (33.8%)</b>	<b>0.006</b>
Antecedente de depresión (n,%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0.510
NSE bajo (n,%)	56 (50.9%)	54 (49.1%)	0.692
Uso de PDN (n,%)	64 (55.2%)	52 (44.8%)	0.333
Atención por el mismo medico (n,%)	75 (55.6%)	60 (44.4%)	0.181
Estudios hasta secundaria (n,%)	23 (51.1%)	22 (48.9%)	0.858
Relación medico paciente (n,%)	50 (58.8%)	35 (41.3%)	0.110
Con pareja (n,%)	51 (54.8%)	42 (45.2%)	0.454
Tiempo de duración en años (mediana, P 25-P75)	11(5-17)	8(5-14)	0.132
Numero de inmunosupresores (mediana, P 25-P75)	2(1-2)	2(1-2)	0.288
SLEDAI (mediana, P 25-P75)	2(0-4)	2 (0-4)	0.839

Tabla 3: Factores asociados a presentar psicopatología

Se realizó un análisis multivariado de regresión logística en donde el género permaneció asociado siendo mujer un factor de riesgo para tener psicopatología con un OR de 2.57, (IC 95% 1.36-4.8,  $p=0.004$ ).

## Discusión

En pacientes con LEG hay diferencias de género en diferentes aspectos multidisciplinarios, desde las características clínicas hasta en aspectos de salud mental y calidad de vida, esto impacta directamente en el enfoque de la atención médica.

Encontramos que en el aspecto de salud mental hay un mayor porcentaje de depresión (CES-D20) 65 (46.4%) vs hombres 20 (31.2%) ( $p=0.041$ ) y ansiedad (EAB) 41 (29.3%) vs hombres 7 (10.8%) ( $p=0.0049$ ).

Estos resultados coinciden con lo descrito previamente en un estudio en donde se evaluaron 54 hombres y 54 mujeres con LEG y encontraron mayor proporción de depresión mediada por HADS-D en mujeres 51.9% vs 24.1%  $p=0.6$ , así como ansiedad HADS-D nuevamente siendo mayor en mujeres 38.9% que en hombres 16.7%, ( $p= 0.024$ ). (6) En este estudio se evaluó depresión con otras escalas depresión sin encontrar diferencias por género.

Encontramos también que los hombres puntúan mejor en LupusPRO global (83 vs 76,  $p=0.003$ ), con diferencia estadísticamente significativa en los dominios de síntomas de LEG 75(58-91) vs 92(75-100) ( $p=0.000$ ), cognición 75(50-87) vs 88(63-100) ( $p=0.012$ ), salud emocional 73(41-87) vs 75(63-92) ( $p=0.014$ ), fatiga 75(68-93) vs 88(75-100) ( $p=0.002$ ), dolor 87 (75-100) vs 94 (82-100) ( $p=0.003$ ) y deseos y metas 75(50-100) vs 88(63-100) ( $p=0.037$ ).

Sólo un estudio previo compara el LupusPRO en hombres y mujeres con LEG que, aunque no reporta un puntaje global, los hombres reportaron un mayor puntaje en la mayoría de los dominios, con diferencia estadísticamente significativa con peor puntaje de mujeres en: síntomas de LEG, cognición, procreación y apoyo social. (7)

Lo cual sugiere que a pesar de que los hombres cuentan con mayor actividad de la enfermedad, las mujeres presentan una carga emocional mayor, y que tiene impacto en diferentes esferas sobre todo en las que se relacionan con los individuos.

Evaluamos también la adherencia al tratamiento con un puntaje de MMAS-8 en mujeres de 6 (P25-P75, 4.3-7) vs hombres 5.8 (P25-P75, 4-7) ( $p=0.373$ ), en ambos grupos se considera como una adherencia mala a tratamiento, lo cual coincide con lo reportado previamente en donde el porcentaje de mala adherencia al tratamiento varía entre 43% y 75% en pacientes con LEG. (11)(12)(13)(14)(15)(16). Sin embargo, en ningún estudio previo se realizó el análisis por género, en donde no se encontró diferencia entre ambos grupos, a diferencia de análisis encontrados sobre adherencia en pacientes con enfermedades crónicas en donde los hombres presentan mejor adherencia a tratamiento. (33)

La relación médico-paciente (PDRQ9) fue similar para ambos grupos hombres 43(P25-P75, 39-45) y mujeres 43 (P25-P75, 34-45), ( $p=0.243$ ). No hay estudios que evalúen la relación médico paciente en pacientes con LEG con herramientas estandarizadas. En un estudio realizado con pacientes de a consulta de medicina familiar se encontró que solo el 43,9% de los sujetos presenta el máximo grado de satisfacción con su médico, en nuestro estudio se encontró un porcentaje de satisfacción máxima de 42.3%, en el estudio previamente comentado no realizaron un análisis de género. (34)

Encontramos que el tener una psicopatología como ansiedad o depresión se asoció a una peor adherencia al tratamiento con una correlación negativa con adherencia al tratamiento ( $r=-0.266$ ,  $p=0.000$ ). Esto se ha reportado en dos estudios previos en pacientes con LEG, en uno de ellos se encontró una peor adherencia a tratamiento asociada a depresión ( $r = -0.28$ ;  $p = 0.01$ ). (20) En otro se encontró que los pacientes con mala adherencia a tratamiento tenían con más frecuencia síntomas de depresión (OR 4.4, IC 95 % 1.9–7.2,  $P < 0.01$ ). (19)



El tener una psicopatología como ansiedad o depresión se asoció con una peor relación médico paciente, ya que el tener ansiedad se correlaciono tuvo una correlación negativa con relación médico paciente ( $r=-0.179$ ,  $p=0.010$ ) El tener depresión tuvo una correlación negativa con relación médico paciente ( $r=-0.194$ ,  $p=0.005$ ). Esto no ha sido evaluado en otros estudios previamente.

Se encontró una correlación entre mejor calidad de vida valorado con LupusPRO con mejor adherencia al tratamiento, ya que el puntaje global se correlaciono con un mayor puntaje en el MMAS-8 ( $r=0.224$ ,  $p=0.001$ ). Solo existe un estudio previo en donde se encontraron resultados similares, en donde se midió la calidad de vida con la herramienta SF-36, y se encontró que una peor calidad de vida tuvo una correlación negativa con adherencia a tratamiento. ( $r=-0.25$ ;  $p=0.03$ ). (20)

Además, la mejor calidad de vida valorado con LupusPRO, se correlaciono con una mejor satisfacción de la relación médico paciente con una ( $r=0.321$ ,  $p=0.000$ ), esto no se ha evaluado en estudios previos.

Por último, encontramos que el género femenino está asociado a presentar una psicopatología (depresión o ansiedad) ya que en un análisis multivariado de regresión logística el ser mujer fue un factor de riesgo para tener una psicopatología, con un OR de 2.57 (IC 95% 1.36-4.8,  $p=0.004$ ). Esto sólo se ha descrito en un estudio previamente en donde se encontró que las mujeres tenían más frecuentemente depresión en comparación a los hombres medida por el cuestionario BDI ( $p=0.0264$ ) and HADS-D ( $p=0.0156$ ).

Entre las limitaciones de este estudio están que es un estudio transversal y desconocemos el comportamiento de estos datos a lo largo del tiempo, además de si tienen algún impacto en los desenlaces de la enfermedad. Sólo incluimos pacientes mexicanos y de un solo centro, por lo que no representa el comportamiento otros pacientes con LEG.

Otra limitación es que para el antecedente de diagnóstico de fibromialgia no se realizó un tamizaje basal de diagnóstico, es importante porque se conoce es un factor que afecta directamente calidad de vida y esta subdiagnosticado en pacientes con LEG.

Por último, no contamos con una evaluación psicológica basal de los pacientes, por lo que no conocemos los porcentajes de ansiedad y depresión en pacientes con LEG al momento del diagnóstico, y no pudimos realizar una asociación con los años del diagnóstico de la enfermedad.

### **Conclusiones**

Es el primer estudio que demuestra que a pesar de que los hombres cuentan con un peor pronóstico y un curso de enfermedad más grave, las mujeres tienen una peor calidad de vida y mayor afección en la esfera de salud mental. Ambos géneros reportan una mala adherencia al tratamiento. Finalmente, alteraciones de salud mental y una pobre calidad de vida impactan con la satisfacción de la relación médico paciente y adherencia al tratamiento.

## Bibliografía

1. Kaul A, Gordon C, Crow MK, Touma Z, Urowitz MB, van Vollenhoven R, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. Macmillan Publishers Limited; 2016 Jun 16;2:16039. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.39>
2. Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology* (Oxford). England; 2017 Nov;56(11):1945–61.
3. Rodriguez-Amado J, Pelaez-Ballestas I, Sanin LH, Esquivel-Valerio JA, Burgos-Vargas R, Perez-Barbosa L, et al. Epidemiology of rheumatic diseases. A community-based study in urban and rural populations in the state of Nuevo Leon, Mexico. *J Rheumatol Suppl*. Canada; 2011 Jan;86:9–14.
4. Boodhoo KD, Liu S, Zuo X. Impact of sex disparities on the clinical manifestations in patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* (Baltimore). United States; 2016 Jul;95(29):e4272.
5. Papadimitriou G. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki*. 2017;28(2):107-110. doi:10.22365/jpsych.2017.282.107
6. Macêdo EA, Appenzeller S, Costallat LTL. Depression in systemic lupus erythematosus: gender differences in the performance of the Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Lupus*. 2018;27(2):179-189. doi:10.1177/0961203317713142
7. Jolly M, Sequeira W, Block JA, et al. Sex Differences in Quality of Life in Patients With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(12):1647-1652. doi:10.1002/acr.23588
8. Burkhart P V, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. United States; 2003;35(3):207.
9. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int*. United States; 2015;2015:217047.
10. Betegnien A-L, Gauchet A, Lehmann A, Grange L, Roustit M, Baudrant M, et al. Why Do Patients with Chronic Inflammatory Rheumatic Diseases Discontinue Their Biologics? An Assessment of Patients' Adherence Using a Self-report Questionnaire. *J Rheumatol*. Canada; 2016 Apr;43(4):724–30.
11. Mehat P, Atiquzzaman M, Esdaile JM, AviNa-Zubieta A, De Vera MA. Medication Nonadherence in Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. United States; 2017 Nov;69(11):1706–13.
12. Daleboudt GMN, Broadbent E, McQueen F, Kaptein AA. Intentional and unintentional treatment nonadherence in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. United States; 2011 Mar;63(3):342–50.
13. Koneru S, Kocharla L, Higgins GC, Ware A, Passo MH, Farhey YD, et al. Adherence to medications in systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol*. United States; 2008 Aug;14(4):195–201.
14. Costedoat-Chalumeau N, Houssiau F, Izmirly P, Guern V Le, Navarra S, Jolly M, et al. A Prospective International Study on Adherence to Treatment in 305 Patients With Flaring SLE: Assessment by Drug Levels and Self-Administered Questionnaires. *Clin Pharmacol Ther*. United States; 2018 Aug;

15. Xie X, Yang H, Nie A, Chen H, Li J. Predictors of medication nonadherence in patients with systemic lupus erythematosus in Sichuan: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. New Zealand; 2018;12:1505–11.
16. Oliveira-Santos M, Verani JFS, Klumb EM, Albuquerque EMN. Evaluation of adherence to drug treatment in patients with systemic lupus erythematosus in Brazil. *Lupus*. England; 2011 Mar;20(3):320–9.
17. Mazur-Nicorici L, Sadovici-Bobeica V, Garabajiu M, Mazur M. Therapeutic adherence in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Rom J Intern Med*. Germany; 2018 Jun;56(2):109–15.
18. Garcia-Gonzalez A, Richardson M, Garcia Popa-Lisseanu M, Cox V, Kallen MA, Janssen N, et al. Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. Germany; 2008 Jul;27(7):883–9.
19. Abdul-Sattar AB, Abou El Magd SA. Determinants of medication non-adherence in Egyptian patients with systemic lupus erythematosus: Sharkia Governorate. *Rheumatol Int*. Germany; 2015 Jun;35(6):1045–51.
20. Marengo MF, Waimann CA, de Achaval S, Zhang H, Garcia-Gonzalez A, Richardson MN, et al. Measuring therapeutic adherence in systemic lupus erythematosus with electronic monitoring. *Lupus*. England; 2012 Oct;21(11):1158–65.
21. Zhang L, Lu GH, Ye S, Wu B, Shen Y, Li T. Treatment adherence and disease burden of individuals with rheumatic diseases admitted as outpatients to a large rheumatology center in Shanghai, China. *Patient Prefer Adherence*. New Zealand; 2017;11:1591–601.
22. Chambers S, Raine R, Rahman A, Hagley K, De Ceulaer K, Isenberg D. Factors influencing adherence to medications in a group of patients with systemic lupus erythematosus in Jamaica. *Lupus*. England; 2008 Aug;17(8):761–9.
23. Mosley-Williams A, Lumley MA, Gillis M, Leisen J, Guice D. Barriers to treatment adherence among African American and white women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. United States; 2002 Dec;47(6):630–8.
24. Feldman CH, Yazdany J, Guan H, Solomon DH, Costenbader KH. Medication Nonadherence Is Associated With Increased Subsequent Acute Care Utilization Among Medicaid Beneficiaries With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. United States; 2015 Dec;67(12):1712–21.
25. Lee S-G, Park E-K, Park J-H, Kweon S-M, Kim Y-K, Kim G-T. Compliance and persistence with hydroxychloroquine in South Korean patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. England; 2018 Apr;27(5):753–61.
26. Liu LH, Fevrier HB, Goldfien R, Hemmerling A, Herrinton LJ. Understanding Non-Adherence with Hydroxychloroquine Therapy in Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol*. Canada; 2019 Feb;
27. Wang L, Mei X-L. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms: Retrospective Analysis of 104 Cases over One Decade. *Chin Med J (Engl)*. China; 2017 Apr;130(8):943–9.
28. Camacho PA, Rueda-Jaimes GE, Latorre JF, Navarro-Mancilla AA, Escobar M, Franco JA. Validez y confiabilidad de la escala del Center for Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia [Validity and reliability of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale in Colombian adolescent students]. *Biomedica*. 2009;29(2):260-269.
29. Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol*. 2008;11(2):626-640.

30. Castrejón I, Tani C, Jolly M, Huang A, Mosca M. Indices to assess patients with systemic lupus erythematosus in clinical trials, long-term observational studies, and clinical care. *Clin Exp Rheumatol*. 2014;32(5 Suppl 85):
31. Torres NMC, Sarmiento JEE, Ballesteros DA, Rodriguez JQ, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Med [Internet]*. 2016 Dec 5;24(2 SE-Artículos). Available from: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/2627>
32. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, et al. [Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9)]. *Atencion Primaria*. 2010 Apr;42(4):196-203. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.09.026.
33. Puskas CM, Forrest JI, Parashar S, Salters KA, Cescon AM, Kaida A, et al. Women and vulnerability to HAART non-adherence: a literature review of treatment adherence by gender from 2000 to 2011. *Curr HIV/AIDS Rep. United States*; 2011 Dec;8(4):277–87.
34. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire [Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9)]. *Aten Primaria*. 2010;42(4):196-203. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.026