

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD
(B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDEA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Julio Cesar Hilaje Miranda

ASESOR:

Dr. Aldo Hugo Vargas Molineros

TACNA-PERÚ

2015

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	03
ABSTRACT	04
INTRODUCCIÓN	05
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema	08
1.2 Formulación del Problema	11
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.4 Justificación	12
CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.	
2.1 Antecedentes de la investigación	14
2.2 Marco teórico	20
CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	32
3.2 Operacionalización de las variables	32
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño	34
4.2 Población y muestra.	36
4.2.1 Criterios de Inclusión	37
4.2.2 Criterios de Exclusión	37
4.3 Instrumentos de Recolección de datos.	37
4.4 Procedimientos de análisis de datos	39
CAPÍTULO 5 RESULTADOS, DISCUSIÓN	41
CAPITULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	73

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la calidad de vida (CV) y Percepción de la enfermedad del paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) que acude al servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo 2008-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo de corte transversal, en el Hospital Hipólito Unanue, periodo 2008-2012. Se evaluó la CV mediante (QOL-RA) y Percepción de la enfermedad (B-IPQ) con 152 pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoidea, Se utilizó una ficha validada de Recolección de Datos, se procedió al llenado de la misma que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: Según el presente estudio se encontró que la enfermedad es más frecuente en el grupo de sexo femenino de 40 a 59 años (47.7%). Según estado civil la frecuencia de la característica de “soltero” es mayor en el sexo femenino (14.6%).

Según CV el 47.4% refiere una baja o mala calidad de vida asociado a su enfermedad, el 35.5% como regular y solo el 17.1% una buena calidad de vida. Y según percepción de la enfermedad el 53.9% de los pacientes tienen una baja percepción de la presencia de la enfermedad. Un 31.6% tiene una percepción regular y el 14.5% una buena percepción de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Podemos afirmar que el grupo en estudio en su mayoría refiere llevar una baja calidad de vida (47.4%) y percibe su estado de enfermedad en forma no adecuada (53.9%), éstos datos confirman como los niveles de severidad de la AR, influyen sobre el estado de salud y calidad de vida de estos pacientes. Existe una alta asociación entre el grado de percepción de la enfermedad y la calidad de vida. Podemos observar que en el grupo buena percepción (n=22) de la enfermedad (77.3%) refiere tener una mala calidad de vida y en el grupo con una baja percepción de la enfermedad (n=82), sólo el 30.5% refirió una baja CV.

PALABRAS CLAVES: calidad de vida, percepción de la enfermedad, artritis reumatoidea.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the quality of life (QL) and perception of the patient's disease with rheumatoid arthritis presenting to medical service Hipólito Unanue Hospital in Tacna, in 2008-2012.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive cross-sectional study was conducted in the Hospital Hipólito Unanue, 2008-2012. Se period evaluated by CV (QOL-RA) and Perception of disease (B-IPQ) with 152 patients was diagnosed with rheumatoid arthritis, a data Collection tab was used proceeded to fill it that met the inclusion and exclusion criteria.

RESULTS: In the present study we found that the disease is more frequent in the group of female 40-59 years (47.7%). by marital status frequency characteristic of "bachelor" is higher in females (14.6%).

According CV 47.4% reported low or poor quality of life associated with their disease, 35.5% as fair, and only 17.1% good quality of life. And according to perceptions of illness 53.9% of patients have a low perception of the presence of the disease. 31.6% have a regular perception and the rest (14.5%) a good perception of the disease.

CONCLUSIONS: We can say that the study group mostly refers eating a low quality of life (47.4%) and perceive their disease state in not properly (53.9%), these data confirm the levels of severity of RA, influencing health status and quality of life of these pacientes. Existe a high association between the degree of disease perception and quality of life. We can see that in the group good perception (n = 22) of the disease (77.3%) refers to have a poor quality of life and in the group with a low perception of the disease (n = 82), only 30.5% reported a low CV.

KEY WORDS: quality of life, perception of disease, rheumatoid arthritis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son una de las causas más frecuentes de discapacidad y dolor crónico, con un gran impacto para los individuos, los sistemas de salud y los sistemas de asistencia social; entre sus consecuencias predominan los costos; este impacto ha sido reconocido por las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominando a la década del 2000-2010 como el Decenio de los Huesos y Articulaciones, se reconoce además que el dolor lumbar es la causa más frecuente de quejas músculo esqueléticas, siendo importantes la osteoartritis, la artritis reumatoide y la osteoporosis.¹

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumatológica, que compromete las articulaciones y que puede llevar a discapacidad cuando el tratamiento es iniciado tardíamente, la prevalencia estimada en otras poblaciones (anglosajonas y latinoamericanas) va de 0.3 a 1%¹, según el estudio COPCORD (Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases)¹ la prevalencia fue de 0.5%². Con afección a predominio de las mujeres entre la cuarta y sexta década de la vida, en una relación mujer/varón de 5/1 diferente a lo descrito en otras latitudes de 3/1². Esta enfermedad tiene varias manifestaciones clínicas siendo importante resaltar que estas características clínicas son inespecíficas al inicio de la enfermedad, por lo que el diagnóstico demora aproximadamente 2 años.^{1,2}

¹ Medina M., Acevedo-Vasquez E., Gamboa R., Pastor-Asurza C., Alfaro J., Gutierrez C., Perich R., Sanchez-Torres A, Cucho M, Sanchez- Schwartz C, Ponce de Leon, D, Ugarte M. Low prevalence of rheumatoid arthritis in an urban mestizo population. *Journal of clinical rheumatology*. 2006;12(4):S5-S6.

² Medina M., Acevedo E., Gamboa R., Pastor C., Cucho M., Alfaro J., Sanchez A., Perich R., Sanchez C., Ugarte M., Ponce de Leon D., Gutiérrez C., Manrique R.. Factors Associated to extra-articular manifestations in an urban mestizo cohort of patients with rheumatoid arthritis not using biological. *Journal of Clinical Rheumatology* 2006,12(4) S75.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

La discapacidad es otra complicación seria de la artritis reumatoide que puede tener importantes consecuencias en la calidad de vida como la pérdida del trabajo; cerca del 50% de los pacientes están discapacitados para el trabajo después de 10 años de enfermedad y 10 % desarrollaran severo deterioro funcional en los primeros 2 años de enfermedad; 15 años después de su aparición sólo el 40% puede trabajar.²

La calidad de vida (CV) implica un concepto multidimensional, dinámico y de paradigma modular. Donde la calidad de vida es un concepto complejo que incluye el bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, felicidad, satisfacción y recompensa (Schwartzmann, 2003).

La CV es lo que hace que una vida sea mejor, mientras que en otras perspectivas es el bienestar mental y espiritual, o la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, o el funcionamiento e integridad del cuerpo respecto a una enfermedad. El concepto de CV como “una buena vida”³.

Alternativamente el término << calidad de vida>> ha sido definido como la percepción subjetiva de satisfacción o felicidad con la vida en aquellos dominios importantes para el individuo (Francesc Bobé, M Eugenia 2006).

Además de la importancia que implica el control bioquímico y clínico de la enfermedad (Artritis Reumatoide), es importante darle relevancia a valorar la calidad de vida y percepción de la enfermedad de los pacientes cuando se les instituye un tratamiento médico para determinar la satisfacción del mismo y la afectación de los parámetros de calidad de vida.

³ Lugo, Luz Helena; García, Héctor Ivan ;Gómez Restrepo, Carlos, Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud . Iatreia;Jun.2002;15(2):96-102.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

El controlar una Enfermedad comporta conocer y adaptarse a dicha enfermedad⁴. Por ello la importancia de la calidad de vida y percepción de la enfermedad ha llevado a la realización de múltiples cuestionarios con el fin de determinar esta condición.

El presente estudio pretende evaluar la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide y como éste percibe su condición de la patología, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008-2012, y encontrar la asociación que permita entender el fenómeno para diseñar estrategias del III nivel de prevención: la rehabilitación.

⁴ Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:163-7.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, caracterizada por sinovitis erosiva, tendencia a la simetría y un curso variable pero habitualmente crónico. Su incidencia anual se ha cifrado en alrededor de 25 por 100 000 habitantes, con una prevalencia entre el 0,5% y el 1%. Puede presentarse a cualquier edad, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años. Predomina en la mujer en una proporción de 3:1, produciendo síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y problemas emocionales⁵.

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes, lo que produce una disminución progresiva de la movilidad, además de producir manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos.⁶

La artritis reumatoide induce en los pacientes varios procesos interactuantes. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad produce discapacidad. Por el otro, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. Todo esto altera la

⁵ Farreras, Rozman. Medicina Interna. Elsevier. Madrid. Decimoquinta edición; 1, 7: 1000-1008.

⁶ Anaya J M. Genes y artritis reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología 1999; 6: 240-250.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

independencia económica y el rol social de la persona⁷. Las personas con artritis reumatoide experimentan, por lo tanto, una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad. Los síntomas depresivos son muy prevalentes en enfermedades de larga evolución⁸. Existen evidencias que sugieren que la depresión deteriora la condición clínica de los pacientes con artritis reumatoide⁹. La existencia de depresión se asocia a las peores características clínicas de los pacientes, mayor número de articulaciones dolorosas, severidad de dolor, y mal estado de salud. Concluyendo que la artritis reumatoide implica un cambio importante en la vida de las personas⁸.

Diversos estudios han demostrado que los pacientes tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general y en pacientes con enfermedades, consideradas de una mayor gravedad, tales como el infarto de miocardio, la colitis ulcerosa y el lupus eritematoso sistémico¹⁶.

La información de la CV y como éste percibe su condición de la patología, permitirá a los médicos comprender cómo el paciente individual está afectado por la enfermedad. Donde gracias a la combinación de medidas de la función física y del bienestar psíquico, nació la moderna investigación clínica de la CV.

La Asociación Americana de Reumatología (American Collage of Rheumatology), revisó en 1987 unos criterios de clasificación que combinan signos, síntomas, datos de laboratorio y pruebas de imágenes. Su sensibilidad alcanza casi el 95%, y su especificidad casi el 90%. A

⁷Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Vélez MC, Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Colombiana de Reumatología* 2002; 9: 184-191.

⁸ Dickens C, Cread F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2001; 40: 297-317.

⁹ Lozano J, Hernández B. Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor. *Med- Unab* 2010; 6: 161-167.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

pesar de su antigüedad todavía se utilizan y hasta el momento no se han elaborado otros debidamente validados que lo sustituyan⁵.

El notable decaimiento del estado general (físico y mental) fue lo que nos llevó a realizar este estudio. A la vez, creemos que el Quality of Life – Rheumatoid Arthritis test(QoL-RA) puede demostrar la real situación de estos enfermos, ya que ellos mismos definen su calidad de vida.

En la ciudad de Tacna no se ha realizado un tipo de estudio donde se describa cual es finalmente la calidad de vida que acompaña a los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide. Por tal motivo es que amerita realizar un trabajo como éste en nuestra ciudad, donde la artritis reumatoide a pesar de no recibir una justa prioridad en comparación con otras enfermedades, toma un ascenso cada vez mayor por las condiciones de nuestros pacientes y la población en general.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

1.2 Formulación del Problema

- a. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida y percepción de la enfermedad en personas con diagnóstico de artritis reumatoide en los pacientes que acuden al servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008-2012?

1.3 Objetivo General

Conocer la calidad de vida y percepción de la enfermedad del paciente con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden al servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008-2012.

1.4.1 Objetivos específicos:

- a. Conocer las características socio-demográficas de pacientes con artritis reumatoide (edad, sexo, ocupación, estado civil y convivencia, escolaridad, antecedentes familiares).
- b. Conocer los aspectos de la calidad de vida más afectados y su relación con los años de evolución de la enfermedad según edad, sexo, ocupación, estado civil y convivencia, escolaridad, antecedentes familiares y fármacos que utiliza.
- c. Conocer los principales aspectos asociados a Percepción de la enfermedad según edad, sexo, ocupación, escolaridad, antecedentes familiares y fármacos que utiliza.
- d. Relacionar la percepción de la enfermedad vs la calidad de vida en las diferentes escalas de medición los pacientes que acuden al servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2008-2012.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

- e. Relacionar la percepción de los pacientes con respecto a los factores causantes de la Artritis Reumatoide.

1.5 Justificación

La Artritis Reumatoide es una de las enfermedades de origen reumatológico más frecuentes, siendo un motivo frecuente de consulta y constituye un problema reumatológico de importancia, generando un costo anual en el paciente y sus familiares además de interconsultas a los servicios de rehabilitación, oftalmología, psicología, dermatología,, traumatología y ortopedia. Sus causas, así como sus consecuencias y/o forma de manifestación, son muy variadas.

Actualmente uno de los grandes problemas de los sistemas de salud es dar respuesta a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas.

- La exploración de las percepciones que las personas tienen de su enfermedad permite desarrollar intervenciones que tengan en cuenta su perspectiva y disminuir posteriores dificultades en su tratamiento.
- Los instrumentos internacionales más utilizados para medir la percepción de enfermedad son los que utilizaremos en nuestros pacientes en el presente estudio y son de reconocida aceptación por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fue durante las prácticas de las distintas asignaturas en las que conocimos algunos pacientes con artritis reumatoide y aunque el contexto, de cada uno de ellos, era diferente (consultaban por diferentes patologías, todas no reumáticas) todos tenían en común el depresivo estado de ánimo.

Es nuestra intención medir con instrumentos adecuados dicha condición mental y social.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

La utilidad del estudio se basa en seguir su desenvolvimiento de vida en el hogar, no solo laboralmente. Así como valorar la importancia de la calidad de vida de vivir bien.

Asimismo, los resultados de éste estudio servirá de herramienta para que estudiantes y egresados en Medicina fortalezcan sus conocimientos sobre la Calidad de vida y como base para otros estudios sobre aquel que viene padeciendo artritis reumatoide lo que redundará en la atención emocional del enfermo.

La discapacidad de los pacientes, generada por la propia enfermedad, fue la limitación del presente estudio.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Londoño y colaboradores¹⁰ refieren que la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente las articulaciones, produciendo destrucción articular, deformidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. Como nuevas opciones de tratamiento, producto del avance tecnológico y del conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, han aparecido recientemente en el mercado los denominados agentes biológicos. Teniendo en cuenta que no hay reportes colombianos sobre la experiencia con infliximab en pacientes con AR, el objetivo de este estudio fue cuantificar en un grupo de pacientes colombianos con AR de larga evolución (13 ± 10 años) y refractarios al tratamiento convencional, el cambio en la calidad de vida, la capacidad funcional, en los síntomas y signos relacionados con la actividad inflamatoria y en la seguridad terapéutica producidos por infliximab. Un total de 31 pacientes, 22 mujeres y 9 hombres, con edades de 51 ± 12 años y un promedio de evolución de enfermedad de $13,2\pm 10,4$ años, que permanecieron activos a pesar de recibir metotrexate o leflunomida en combinación con otros agentes modificadores de la enfermedad, bajas dosis de glucocorticoides, analgésicos y antiinflamatorios, recibieron infusiones de infliximab de tres mg/kg dosis durante 22 semanas, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Colombiana de Reumatología, en las semanas 0, 2, 6, 14 y 22. Se

¹⁰Londoño P., John; Fernández A., Daniel G; Salazar, Juan C; Saiibi, Diego L; Molina, José F; Valle O., Rafael; Ruiz, Oscar; Iglesias, Antonio; Santos, Pedro; Reyes S, Elsa. Cambio en la capacidad funcional, calidad de vida y actividad de la enfermedad, en un grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide refractaria. Rev. MED;17(1):40-49, ene.-jun. 2009.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

encontró que la capacidad funcional medida por Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) pasó de $1,2\pm 0,54$ a $0,29\pm 0,28$, que la calidad de vida medida por Spanish-AIMS mejoró en su calificación global de $48,4\pm 14,4$ a $29,4\pm 8,2$ y en cada uno de sus ocho componentes. Hubo también mejoría en los componentes de la Short Form- 12 (SF-12), pues la salud física pasó de $39,9\pm 13,7$ a $55,5\pm 24,1$ y la salud mental de $57,0\pm 24,2$ a $74,6\pm 17,0$. Aunque el 71% refirió algún evento adverso durante el seguimiento, estos fueron menores y no obligaron a la suspensión del medicamento. Sólo tres pacientes fueron retirados, uno por hipotensión repetitiva al inicio de la infusión, otro por reacción anafiláctica que requirió reanimación y el otro por tuberculosis pleural luego de dos meses de iniciado el medicamento. Se encontró entonces que de acuerdo con los reportes internacionales, la administración de infliximab conlleva a una mejoría significativa en los enfermos con AR refractaria a los tratamientos comunes, evidenciada en los signos y síntomas relacionados con la actividad de la AR, así como en la calidad de vida y en la capacidad funcional. Teniendo en cuenta la posibilidad las reacciones adversas durante la aplicación y que en nuestro país la tuberculosis es un riesgo real, la administración del infliximab debe hacerse en unidades especializadas con personal entrenado y bajo la supervisión estricta del reumatólogo.

Vinaccia y colaboradores¹¹ realizaron un estudio donde examina la calidad de vida en una muestra de pacientes colombianos con artritis reumatoide (AR) usando la Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL- RA). Se planteó la hipótesis de que una medida específica de la AR proporcionaría información sobre la calidad de vida, adicional a la obtenida con mediciones generales del estado funcional o de depresión.

¹¹Vinaccia, Stefano; Fernández, Hamilton; Moreno San Pedro, Emilio; Padilla, Geraldine V. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Rev. colomb. reumatol;13(4):264-270, oct.-dic. 2006.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

Muestra: 82 pacientes con AR (65 mujeres, 17 hombres). Instrumentos: versión española de la Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA), la Short Form-36Scale (SF-36) y la Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). Resultados: los pacientes colombianos con AR informaron de una mejor calidad de vida en todas las dimensiones de la Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA), comparados con pacientes de AR de sexo femenino y origen hispano-latino, provenientes de California, las cuales, si bien son más jóvenes, presentaban niveles similares de severidad en su artritis, se encontraban confinadas en casa, sin compañía y con un nivel educativo más bajo. Las correlaciones encontradas entre la puntuación total y los ítems de la Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) con las sub-escalas de la SF-36 (r que oscilaba de 0,31 a 0,48) y la puntuación total en la CES-D (r de 0,28 a 0,46) muestran que la QOL-RA aporta información acerca de la calidad de vida que es única, no recogida por las otras dos escalas. Conclusión: la versión española de la escala Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) parece ser una medida válida y confiable de la calidad de vida propia de los sujetos con AR.

Mota¹² Pocos estudios han evaluado, de forma prospectiva, los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida, tanto genéricos y específicos en pacientes con artritis reumatoide (AR). El objetivo de este estudio fue caracterizar una población de pacientes con AR precoz (menos de 12 meses de los síntomas al momento del diagnóstico) de forma prospectiva seguido por el patrón de respuestas a los cuestionarios sobre la calidad de vida. Pacientes y métodos: Se evaluaron 40 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) temprana, con seguimiento

¹² Mota, Licia Maria Henrique da; Laurindo, Ieda Maria Magalhães; Santos Neto, Leopoldo Luiz dos. Evaluación de la calidad de vida prospectiva en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide temprana. Rev. bras. reumatol;50(3):249-261, maio-jun. 2010

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

prospectivo durante tres años y con un régimen de tratamiento estandarizado. Se registraron los datos demográficos y clínicos, aplicándose el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) y el SF-36 al inicio del estudio ya los 3, 6, 12, 18, 24 y 36 meses de seguimiento. Se utilizaron la prueba t de Student y Wilcoxon (nivel de significación del 5 por ciento) para las comparaciones. Encontrando que: La edad media fue de 45 años y el sexo femenino representa el 90% del total. La puntuación media del HAQ inicial fue de 1,89, con una disminución progresiva a 0,77 en el tercer año ($P < 0,0001$). La mayoría de los dominios del cuestionario SF-36 presentaron una mejoría significativa en los tres años de seguimiento, excepto para la salud general y vitalidad. **CONCLUSIÓN:** En esta población de pacientes con AR temprana en el momento del diagnóstico, los resultados mostraron un impacto significativo en la calidad de vida en el momento del diagnóstico, medida por los cuestionarios HAQ y SF-36. El tratamiento precoz de la AR parece estar asociada con una mejor calidad relacionada con la salud de la vida, siendo esto reportado por los pacientes.

Corbacho y colaboradores¹³ realizaron un estudio donde evalúan el impacto de la artritis reumatoide (AR) en la capacidad funcional y en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con esta enfermedad. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal con una muestra de 53 pacientes de un centro público de reumatología en Montevideo. Usando una variedad de ítems se evaluó: el dolor, las consecuencias funcionales, la CVRS y los niveles de actividad: EVA-D (Escala Visual Analógica-Pain), EVA-G (Escala Visual Analógica - General del Estado), HAQ (Cuestionario de valoración de salud), SF-12 (Estudio de Resultados Médicos Short Form 12), DAS 28 (Disease Activity Score). El análisis estadístico se realizó utilizando coeficientes

¹³Corbacho, María Inés; Dapueto, Juan José. Evaluación de la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide. Rev. bras. reumatol;50(1):31-43, jan.-fev. 2010.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

de rentencia lineal, el test ANOVA se utilizó para estudiar la asociación entre las variables independientes y la CVRS. El coeficiente de correlación intraclase (ICC) se utilizó para verificar la correspondencia entre la información proporcionada por el paciente y la observación del médico en relación con el bienestar general. RESULTADOS: Los niveles altos de actividad (41,5 por ciento de la actividad severa, el 26,5 por ciento de baja actividad o remisión), dolor grave (60 por ciento), y el impacto en la salud (VAS mediana G-40, rango 0-100). Más del 70 por ciento de los pacientes tenían tasas de HAQ de moderada a severa. El PCS (Resumen del Componente Físico) del SF-12 fue de 31,5 puntos (rango de 15,2 a 59,5, SD = 10,1) y MCS (Resumen del Componente Mental) fue de 37,9 puntos (rango 15,7 a 66,4, SD = 14,6). Fueron determinantes de la CVRS mide la evolución a lo largo de un año y el nivel de actividad. Conclusiones: Este estudio demuestra que el gran inconveniente para los pacientes con AR es debido al dolor, al deterioro de la salud, la capacidad funcional en general, la situación de trabajo, y la CVRS física y emocional. Destaca la necesidad de cambios en el manejo terapéutico de esta población que se encuentra particularmente vulnerable.¹⁴

Velarde y colaboradores¹⁵ realizaron un estudio donde se revisa los métodos y principios para la evaluación de calidad de vida. Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento. En 1948 la Organización Mundial de la Salud(OMS) define la salud no sólo como la

¹⁴ Mota, Licia Maria Henrique da; Cruz, Boris Afonso; y col . Consenso de la Sociedad Brasileña de Reumatología para el tratamiento de la artritis reumatoide 2012. Rev. bras. reumatol;52(2):152-174, mar.-abr. 2012.

¹⁵ Velarde-Jurado, Elizabeth; Avila-Figueroa, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Méx;44(4):349-361, jul.-aug. 2002

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico, mental y social. Este término evolucionó a partir de su definición conceptual para el desarrollo de escalas para medir la calidad de vida más allá de la condición física. Por lo tanto, la evaluación de la calidad de vida incluye áreas como la salud mental, apoyo social y la satisfacción vital. Se reconoce que las expectativas, la vitalidad, el dolor, la discapacidad y las experiencias personales influyen en la percepción de la salud general de una persona. Una medición de composición destinada para cuantificar la salud de acuerdo a la integridad física, mental y social. Los problemas de multidimensionalidad y el nivel de subjetividad en la evaluación de la calidad de vida requieren instrumentos válidos y confiables. Este artículo presenta un inventario de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida de las diversas poblaciones y enfermedades. Una mejor comprensión de los métodos para evaluar la calidad de vida permitirá la incorporación de estos instrumentos en la evaluación integral de los pacientes, en los ensayos clínicos y en la investigación de servicios sanitarios.

2.2 MARCOTEÓRICO

2.2.1 ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica de etiología desconocida que afecta principalmente las articulaciones. Afecta de forma predominante a las articulaciones periféricas produciendo una sinovitis inflamatoria con distribución simétrica que provoca destrucción del cartílago, con erosiones óseas y deformidades articulares en fases tardías. En pacientes que no responden completamente al tratamiento, ocasiona una discapacidad motriz importante dentro de los 10 a 20 años.

La artritis reumatoide implica un cambio importante en la vida de las personas.

Diversos estudios han demostrado que los pacientes tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general y que pacientes con enfermedades consideradas de una mayor gravedad, tales como el infarto de miocardio, la colitis ulcerosa y el lupus eritematoso sistémico¹⁶.

La Artritis Reumatoide se presenta como una poli-artritis crónica, simétrica, aditiva, erosiva, deformante y anquilosante. Las muñecas se afectan en casi todos los casos, también es casi constante la afectación de la articulación **MCF** (la más frecuentemente afectada), **IFP** (segundas en frecuencia), **MTF** y rodillas, mientras que es rara la afectación de **IFD** y

¹⁶ Ballina F. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Revista Española de Reumatología 2002; 29: 56-64.

del esqueleto axial (excepto la región cervical). También puede afectarse la articulación crico-aritenoidea, la temporo-mandibular, esternoclavicular y hombros.^{4, 17}

En la forma de comienzo más frecuente, la artritis afecta varias articulaciones de manera simultánea o aditiva, preferentemente las de las muñecas, las manos, los pies y las rodillas, con tendencia a la **simetría** y evolución lentamente progresiva.

En otros casos, la enfermedad empieza siendo bi-articular y simétrica o mono-articular, durante semanas, meses o más de un año antes de que se generalice. Otras posibles formas de comienzo son la teno-sinovitis, en especial de los flexores de los dedos –que puede causar un **síndrome del túnel carpiano**–, la localización de la artritis en articulaciones de una sola extremidad o en las grandes articulaciones proximales.

El **quiste de Baker**, es una prominencia que aparece en la cara posterior de la rodilla (precisa que la cavidad articular de la rodilla comunique con una bolsa serosa del hueso poplíteo). No es específico de la enfermedad y puede darse en otros procesos que aumenten el líquido sinovial (artrosis, por ejemplo). En ocasiones, se rompe y provoca un dolor brusco y tumefacción en la pantorrilla que hacen pensar en una tromboflebitis.

Clínicamente, la sinovitis se manifiesta por dolor, calor, tumefacción y disminución de la movilidad articular. La **rigidez articular** después de la inactividad es otro síntoma muy frecuente. Es característica la rigidez matutina, sensación de entumecimiento de las manos que se nota al despertarse por la mañana y que puede durar más de una hora.

¹⁷Miriam Estébanez Muñoz Borja Ruiz Mateos Paula Martínez Santos María De Las Mercedes Sigüenza Sanz David Bernal Bello María Molina Villar Javier Alonso García-Pozuelo. Manual AMIR – Reumatología. 3ra. Edición Academia De Estudios MIR. Madrid. 2006.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Al cabo de algunos meses de evolución se aprecia atrofia en los músculos próximos a las articulaciones afectas, como los músculos interóseos en la artritis de la mano.

Las deformidades articulares son consecuencia de la destrucción del cartílago y del hueso, de la hiperlaxitud o de la retracción de las formaciones cápsulo-ligamentosas, de alteraciones tendinosas y de la contractura o atrofia muscular. Las deformidades más características en la mano son:^{5, 16}

- **Desviación cubital** de los dedos, a menudo con subluxación palmar de las falanges proximales.
- **Hiperextensión** de las **interfalángicas proximales**, con flexión compensadora de las interfalángicas distales (deformación en cuello de cisne).
- **Flexión** de la **interfalángica proximal** y extensión de la distal (deformidad en boutonnière o en ojal).
- En el primer dedo, hiperextensión de la interfalángica y flexión de la metacarpofalángica.

La Asociación Americana de Reumatología (American Collage of Rheumatology), revisó en 1987 unos criterios de clasificación que combinan signos, síntomas, datos de laboratorio y pruebas de imágenes. Su sensibilidad alcanza casi el 95%, y su especificidad casi el 90%. A pesar de su antigüedad todavía se utilizan y hasta el momento no se han elaborado otros debidamente validados que lo sustituyan.⁴

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

CRITERIOS	DEFINICIÓN
Rigidez matutina, artritis de 3 o más áreas articulares	Rigidez matutina que dure por lo menos 1 hs antes de 1 máxima mejoría. Artritis simultánea de 3 o más áreas, definida como hinchazón de tejidos blandos o presencia de líquido sinovial.
Artritis de manos	Articulaciones de la mano manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas: muñeca, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales.
Artritis simétrica	Hinchazón simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en la superficie de extensión o en regiones yuxtaarticulares.
Factor reumatoide sérico	Demostración de títulos altos en suero, determinado por cualquier método cuyo resultado sea positivo en menos del 5% de los controles normales
Cambios radiográficos	Alteraciones típicas observadas en radiografías de manos y muñecas; incluyen erosiones y signos inequívocos de osteoporosis articular o periarticular en las articulaciones afectadas.

Fig. 1: Criterios de clasificación de la Asociación Americana de Reumatología (American Collage of Rheumatology). Extraído del Manual AMIR – Reumatologiar. ¹⁶

Los objetivos del tratamiento son disminuir la inflamación y prevenir la destrucción articular. Es fundamental explicar al enfermo la naturaleza de la enfermedad, los objetivos que se persiguen con el tratamiento y la necesidad ineludible de que colabore. El reposo articular disminuye la intensidad de la artritis pero, si es prolongado facilita la rigidez. El ejercicio articular tiene como objetivo mantener el tono muscular, evitar la rigidez y prevenir las deformidades.⁴

El tratamiento médico sigue siendo el de paliar o minimizar el deterioro, y los diferentes fármacos que el paciente toma (metotrexate, antimaláricos, leflunomida y/o agentes biológicos anti- TNF), a dosis altas y tiempo prolongado pueden presentar distintos efectos secundarios.¹⁸

¹⁸ Hoffman J. Clinimetría y la actividad médica. Revista argentina de Reumatología 2008; 2: 7-20.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Los efectos adversos más frecuente son las gastropatías, que se manifiestan clínicamente por dispepsia, dolor, náuseas y vómitos; la hemorragia y la perforación son más infrecuentes.

Entre los fármacos que inducen remisión tenemos: el metotrexato, la hidroxicloroquina, la leflunomida, y los agentes biológicos como el etanercept, el infliximab. El metotrexate a dosis bajas se ha impuesto como primera opción en el tratamiento de base, por su eficacia, mejor perfil de toxicidad y bajo costo. La respuesta se aprecia en el transcurso del primer o segundo mes de tratamiento. Los suplementos de ácido fólico disminuyen su toxicidad, sin interferir en la eficacia. La leflunomida tiene un efecto similar al del metotrexato. Suele indicarse en aquellos casos en los que hay intolerancia el metotrexato. La hidroxicloroquina se utiliza en fases iniciales de la enfermedad, y con poca actividad. Si bien mejor la sintomatología, se duda que prevenga el deterioro articular. Los fármacos biológicos son el resultado del mejor conocimiento de la patogenia de la artritis; se consigue disminuir los síntomas y signos clínicos de la inflamación y retrasar la formación de erosiones en un porcentaje elevado de casos.⁵

2.2.2 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Parece fundado mantener cierto escepticismo al manejar el concepto <<calidad de vida>> como término científico por su uso indiscriminado en diversos campos. La primera utilización del concepto tuvo lugar a fines de los años 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolganf Zapf. Entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar).¹⁹

En las décadas siguientes el término <<calidad de vida>> se usó indistintamente para nombrar inúmeros aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. El sentido del término <<calidad de vida>> es indeterminado y aunque tenga un ajuste adecuado en determinadas circunstancias no deja de tener un riesgo ideológico. En su esencia parece un asunto lingüístico, cultural y fenomenológico acaso perteneciente al mundo de la filosofía y que como constructo hipotético desafía su manejo científico. Para la medicina en el fondo filosófico de la idea de calidad de vida laten, al menos, dos contradicciones fundamentales: una, el deslizamiento de la medicina hacia la biología y la contradicción dialéctica de la actual medicina biológica con su teoría de la persona individualista de mercado, de consumidor (ajena a la medicina) y, otra, la oposición entre cantidad y calidad, el hecho de que las calidades se opongan entre sí, tengan referenciales y grados distintos de difícil ordenación y de que algunas calidades no se dejen agregar.¹⁹

De manera general, calidad de vida refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios. La vaguedad conceptual y su componente subjetivo dificultaron el progreso de la investigación de la calidad de vida dentro de la medicina. El primer intento de la sofisticación consistió en entresacar el objetivo de su estudio de la realidad total y acuñar el término <<calidad de vida relacionada con la salud>> para nombrar únicamente los aspectos de la vida relacionados

¹⁹Fernandez, Lopez; Fidalgo y Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública v.84 n.2 Madrid mar-abr. 2010 Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

con la salud, la enfermedad y los tratamientos. Se dejaron fuera y excluidos otros aspectos no relacionados tan estrechamente con la salud como los culturales, políticos o sociales llamándoles <<calidad de vida no relacionada con la salud>>. ¹⁹

La calidad de vida puede medirse en muchas vertientes como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y de la familia, la percepción subjetiva de la enfermedad, etc. Por ello, se ha precisado elaborar un aproximación multidimensional al Concepto de la Calidad de Vida Respecto a la Salud. De este modo, se tiende a considerar, al menos cuatro dimensiones en la evaluación de la calidad de vida respecto a la salud: física, funcional, psicológica y social. ²⁰

La medición de la calidad de vida se realiza con unos instrumentos denominados cuestionarios.

Los instrumentos genéricos, es decir, los que se aplican a todas afecciones y pacientes, pueden proporcionar distintos tipos de información. La característica más notoria de los cuestionarios o escalas es la posibilidad de detectar los efectos relativos de la enfermedad y de un tratamiento sobre las diferentes dimensiones de la salud, al mismo tiempo que permiten realizar comparaciones sobre la calidad de vida en diferentes poblaciones de pacientes. Su inconveniente reside en no centrarse lo suficiente en los síntomas de una enfermedad concreta. ²¹

La calidad de vida relacionada con la salud, esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ellos desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, M, 1996). La evaluación de calidad de vida en un paciente

²⁰KANE RL, Chen Q. Do rehabilitee nursing homes improve the outcomes of care? J Am Geriatric Soc 1996; 44(5) ; 545-54

²¹CAROLINE Haacke, MD; Astrid Althaus, MA; Annika Spottke, MD; Uwe Siebert, MD, MPH; Tobias Back, MD Richard Dodel, MD – Long Term Outcome After Stroke – Evaluating Health-Related Quality of Life Using Utility Measurements – Department of Neurology. University of Bonn, German: 25, 53111 – August 26, 2004.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993). Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena (Lepiege y Hunt, 1998).²²

Quality of Life in Rheumatoid Arthritis (QOL-RA)

Varias investigaciones han dado cuenta de la importancia que cobra cada día la implementación de instrumentos que evalúen la calidad de vida de pacientes de diversas culturas con enfermedades crónicas.

El cuestionario se divide en 8 sub-escalas o ítems, los cuales son:

- **Habilidades físicas:** hace referencia a aquellas actividades que puede (o no) realizar desde que amanece hasta que se acuesta (tareas del hogar, trabajo, ocio, actividades físicas).
- **Ayuda:** hace referencia a todas las actividades en la que el paciente necesita la ayuda de otra persona para poder realizarla (levantarse, abrir puertas o canillas, levantar elementos de peso, cortar alimentos, etc.). Cuanto mayor ayuda necesita, menor será el puntaje, y por ende, peor su calidad de vida.

²²SCHWARTZMANN, LAURA, HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: CONCEPTUAL ASPECTS. *Cienc. Enferm.* Dec. 2003. Vol.9, no.2, p.09-21. ISSN 0717-9553. Disponible en http://www.3w3search.com/chronos/Chr_05.html.

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

- Dolor artrítico: se basa en las características del dolor (constante, regular, intenso, molesto, incapacitante, métodos antálgicos, etc). A mayor dolor, menor puntaje.
- Tensión nerviosa: hace referencia al nerviosismo, irritabilidad, mal humor, etc.
- Salud: hace referencia a la subjetividad del paciente acerca de si mismo: cómo se siente en general (saludable, enfermo, minusválido, etc.).
- Artritis: hace referencia a la subjetividad específica respecto de su enfermedad (si la artritis está latente, en remisión, en crisis, en actividad constante, etc.).
- Apoyo Social: hace referencia a la relación que tiene el paciente con sus familiares y amigos (igual, mejor o peor que antes de padecer la enfermedad).
- Ánimo: hace referencia al estado de ánimo (felicidad, tristeza, estados depresivos, etc.).

Utilizamos la versión desarrollada simultáneamente en inglés y español por Danao, Padilla y Jonson (2001)²³. Este instrumento se compone de 8 ítems, dentro de una escala tipo likert con diez posibilidades de respuesta, que van desde (1) “muy mala calidad de vida” hasta (10) “excelente calidad de vida”.

²³Danao, L.L., Padilla, G., y Johnson, D.A. (2001). An English and Spanish quality of life measure for arthritis. *Arthritis Care Research*, 45, 167-173

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

El desarrollo de la escala QOL-RA tuvo 4 fases, siendo las dos primeras las dos más importantes:

Primera fase: su desarrollo en idioma inglés que partió con la entrevista en profundidad de 40 mujeres norteamericanas de raza blanca sobre su experiencia global con la AR. De estas entrevistas se preseleccionaron una serie de elementos que permitirían posteriormente el desarrollo de la escala.

Segunda Fase: paso de la escala QOL-RA a través de la traducción y re-traducción de dos expertos en lenguaje español de México, Centro América y Sudamérica.

Tercera Fase: entrevistas en profundidad con 30 mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide para evaluar que realmente hubiera un entendimiento sobre las preguntas del cuestionario.

Esta muestra de pacientes identificó cinco categorías en la escala QOL-RA, a saber: física, social, psicológica, artritis y salud. La función física estaba asociada a la habilidad física y al dolor. Lo social con la interacción con la familia y amigos y el apoyo social con la familia y amigos. La función psicológica los elementos fueron estado de ánimo y tensión nerviosa. La artritis fue un elemento específico de la enfermedad. La salud fue un elemento general de la enfermedad.

Cuarta Fase: la población utilizada en el estudio fue pacientes que tuvieran más de 18 años de edad, con diagnóstico médico de artritis reumatoide según los criterios del Colegio Norteamericano de Reumatología. 107 eran caucásicas anglosajonas y 80 hispanas de diferentes áreas de Centro y Sudamérica. Los análisis estadísticos permitieron encontrar coeficientes alfa de Cronbach de la escala para la

“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

versión inglesa de 0,90 y para la versión española de 0,87 respectivamente.

Percepción de la Enfermedad (BIPQ)

El Modelo de Autorregulación de Sentido Común (Common Sense of Self-Regulation Model), propuesto por Leventhal en los años 1980, ha generado un creciente interés²⁴. De acuerdo con el mismo, la representación de la enfermedad se organiza en 3 etapas:

1. Las personas perciben una amenaza para la salud y desarrollan en paralelo una representación cognitiva del problema y de las emociones que lo acompañan.
2. Estas representaciones generan intentos de regulación a través de planes de acción o afrontamiento.
3. Se valoran las consecuencias de dichas acciones y, en sucesivos episodios, se regula la respuesta mediante un sistema continuo de feedback.

Basándose en el resultado de entrevistas abiertas, Leventhal propuso que la representación cognitiva de la enfermedad estaba compuesta por 5 dimensiones interrelacionadas (identidad, causa, duración, consecuencias y control/curación). El Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)²⁵ se desarrolló para recoger de forma estandarizada estas 5 dimensiones. Posteriormente, se propuso una versión revisada, el IPQ-R, cuyas

²⁴Leventhal H, Meyer D, NerenzDR. The common sense representation of illness danger.En: Rachman S., editors. Contributions to Medical Psychology.New York: Pergamon Press; 1980. 17-30.

²⁵Weinman JA. The illness perception questionnaire: a new measure for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Health. 1996; 11:431.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

diferencias más relevantes fueron la división de las dimensiones duración (duración aguda/crónica y duración cíclica) y control/curación (control personal y control atribuible al tratamiento) y la incorporación de 2 nuevas sub-escalas: representaciones emocionales y coherencia. Esta versión demostró además tener buenas propiedades psicométricas²⁶. Desde su creación, ambos instrumentos han experimentado una creciente internacionalización y han sido utilizados en más de 150 estudios.

Posteriormente se desarrolló una versión reducida, The Brief illness Perception Questionnaire (BIPQ), que también demostró adecuadas propiedades psicométricas.²⁷

The Brief illness Perception Questionnaire (BIPQ)

Se compone de 9 ítems, uno para el apartado Identidad y 8 para el apartado IPQ-R General, representado por las subescalas consecuencias, duración, control personal y control del tratamiento, representaciones emocionales y coherencia (duración cíclica no queda representada). Estos 8 primeros ítems se valoran mediante una escala del 0 al 10, en función del grado de acuerdo con los enunciados propuestos. El último ítem, causas, de respuesta abierta, se evalúa citando las 3 respuestas más importantes que se cree que causaron la enfermedad.

²⁶Moss-Morris R. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*. 2002; 17:1

²⁷Roadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman JA. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006; 60:631-7.

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional, no se consideró hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
Edad	Año cumplidos a la entrevista actual	1. 20 a 39 años 2. 40 a 59 años 3. 60 años a mas	Intervalo
Sexo	Género	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Ocupación	Entrevista , estado actual laboral	1. Sin ocupación 2. Dependiente 3. Independiente	Nominal
Nivel de instrucción o escolaridad	instrucción alcanzada	1. Analfabeto 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa	Nominal
Convivencia	Al momento de la visita domiciliaria	1. Vive solo 2. Vive con familiares	Nominal
Estado civil	Entrevista	1. Soltera/o 2. Casada/o 3. Conviviente 4. Divorciada/o 5. viuda/o	Nominal

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Antecedente familiar	Familiares con Artritis Reumatoide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe 	Nominal
Fármacos	Fármacos al momento de la entrevista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) 2. Corticoesteroides 3. Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) 4. Terapia biológica 	Nominal
Calidad de vida	Cuestionario QOL-Ra	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena (7-10) 2. Regular(5- 6) 3. Mala (1- 4) 	Nominal
Percepción de la enfermedad	Cuestionario clínico B-IPQ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena (55 – 80) 2. Regular (27 - 54) 3. Mala (0 – 26) 	Nominal

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El diseño del trabajo fue de tipo prospectivo, observacional descriptivo, de corte transversal, con un enfoque cualitativo, en el que la unidad de análisis fueron los individuos.

Es observacional. ya que el factor de estudio no es controlado por el investigador, porque el investigador se limita a observar y evaluar.

Descriptivo, porque los datos son utilizados con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una relación causa-efecto.

Transversal, debido a que el sujeto en investigación representa un momento en el tiempo.

4.2 Ámbito de estudio

El Hospital de Apoyo "Hipólito Unánue" de Tacna fue creado en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inició sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas y otros servicios adicionales como vivienda y alojamiento para Médicos y Enfermeras.

El primero de una serie de Hospitales Regionales cuya ejecución abordó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, consta de un

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA. 2008- 2012”**

pabellón de 5 pisos y sótano en el que está incluido el núcleo asistencial y la Unidad Sanitaria.

El 25 de febrero de 1955 el Dr. José Luque Vega propone que el hospital se nominara Hipólito Unánue en honor a tan ilustre médico, designado como "Hospital Regional Hipólito Unánue" en memoria del Glorioso Peruano. En 1971 inicia el Hospital sus actividades como Área Hospitalaria Nro. 4 con jurisdicción en los Departamentos de Tacna y Moquegua.

Con la creación de la Región José Carlos Mariátegui con fecha de 18 de abril de 1990 se realiza la transferencia del Sector Salud dando lugar a la creación de la Dirección Sub Regional de Salud de Tacna; conservando nuestro nosocomio la nominación Hospital de Apoyo Departamental Nro. 01 "Hipólito Unánue" Tacna.

En el año 1992 se disuelven las regiones, creándose los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) y con ello las Regiones de Salud, conservando nuestro hospital su denominación, hasta la fecha.

Actualmente, el hospital cuenta con los siguientes servicios de Prevención (Programas de Salud). De Atención Integral Del Niño, al adolescente y adulto, salud de la mujer, Enfermedades Transmisibles, Servicios De Promoción Las actividades de promoción son ejecutadas por la Unidad de Participación Comunitaria de la Oficina de Gestión Institucional en coordinación con el Área de relaciones públicas y los programas preventivos. Servicios De Recuperación, Consultas Externas (especialidades y generales), Atención Odontológica, Emergencia, Hospitalización Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Intervenciones

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Quirúrgicas, cuidados intensivos, Servicios De Apoyo Al Diagnostico Y Tratamiento.

Los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide son tratados en el servicio y/o consultorio de Medicina.

4.3 Población y muestra

a) Población:

Se trabajó con los pacientes atendidos en consultorio externo y hospitalización de medicina del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna entre los años 2008 y 2012.

b) Muestra:

Muestreo bi-etápico donde primeramente se identificó por años los pacientes atendidos.

Se seleccionó una muestra sistemática proporcional según año representativa.

Secundariamente se tamizó la muestra según criterios de inclusión y exclusión básicos.

Se consideró un factor de pérdida del 10%.

Tamaño muestral:

$$n = \frac{Nz^2p(1-p)}{d^2(N-1) + z^2p(1-p)}$$

N = tamaño de la población = 358

α = 5% (error)

z = Nivel de confianza (95% = 1.96)

p= 0.15

n= 152 (incluye porcentaje de pérdida)

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden a consultorio externo y hospitalización de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con edad a partir de 20 años.
- Atendidos en los años seleccionados

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con otras patologías severas como LUPUS, SIDA o Tuberculosis.
- Que no deseen entrar en el estudio.

4.4 Instrumento de recolección de datos

4.4.1 Ficha De Datos Generales:

Contiene Variables De Las Características Generales Del Paciente y en el que se indaga sobre antecedentes familiares sobre artritis. (Ver anexo n°1)

4.4.2 Se aplicó el cuestionario Quality of Life for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA).

El cual consta de ocho ítems, cada uno con un rango de puntuaciones que va de 1 (muy mala QOL) a 10 (excelente QOL). Aquellos pacientes que respondieran que su Calidad de Vida se encuentra en 1 ó 2 se considerará como mala; seguido por 3 ó 4 como regular; luego 5 ó 6 como buena; posteriormente 7 ó 8 como muy Buena y por último 9 ó 10 como Excelente, esto para estimar la Calidad de Vida de los pacientes del estudio (Ver Anexo n°2).

4.4.3 The Brief illness Perception Questionnaire (BIPQ)

Es un instrumentos válido y moderadamente fiables. Su aplicación permitirá incorporar a las intervenciones las representaciones cognitivas y respuestas emocionales de las personas a su enfermedad reumatoide.

Este cuestionario al igual que el anterior también contiene 8 preguntas además se le solicita al paciente con una pregunta abierta mencionar aquellos factores que sospecha influyeron en su enfermedad. La escala se mide de 0 a 10 valorizando desde la no afección hasta la máxima afección. Estos 8 ítems se valoran mediante una escala del 0 al 10 y, que según sus autores, permiten una interpretación simple de sus puntuaciones. Las puntuaciones se suman. Cuanto mayor es la puntuación, más amenazante es percibida la enfermedad. La consistencia interna de esta puntuación depende de la enfermedad estudiada para la validación interna del instrumento se utilizó Alfa Cronbach obteniéndose una puntuación de 0.806. Y por puntos de corte de los niveles se utilizó el sistema percentil donde se considera puntaje mínimo 0 y puntaje máximo 80 (Ver Anexo n°3).

4.4.4 Consentimiento informado de participación.

Aceptación de participante del estudio para que se le tome los datos (Ver Anexo n°4)

4.5 Procedimiento de análisis de datos

Los datos fueron sometidos a un análisis estadístico bajo el siguiente procedimiento:

Los datos se sintetizaron a través de tres medidas de resumen; dos de centralización, y una de dispersión. Se utilizó la “media” como centro geométrico para equilibrar las desviaciones positivas y negativas, junto con el “desvío Standard” como medida de dispersión; y la “mediana”, que utiliza menos información que la media, pero no se ve alterada si una observación es extrema. Las tres medidas proporcionan información complementaria, que pueden coincidir en una distribución de datos simétrica, pero no lo hacen en distribuciones asimétricas.

Proceso de captación de información

- Se utilizó una ficha de Recolección de Datos (Anexo 1) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.
- Teniendo elaborada nuestra ficha de Recolección de Datos y delimitada nuestra población a estudiar, se procederá al llenado de la misma, que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.
- Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 10. Se utilizó la prueba de chi cuadrada y prueba de relación de Spermán para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.
- Consideraciones éticas

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

- Ninguna persona fue obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados fueron para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificó los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizó la confidencialidad de los datos individuales.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

**CAPÍTULO 5
RESULTADOS**

TABLA 01

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE EDAD Y SEXO DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE
MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	20 a 39 años	7	17.1%	24	21.6%	31	20.4%
	40 a 59 años	13	31.7%	53	47.7%	66	43.4%
	60 a mas	21	51.2%	34	30.6%	55	36.2%
	Total	41	100.0%	111	100.0%	152	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Se observa la distribución de frecuencia de la edad y según sexo de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en consulta externa y hospitalización de medicina. Observándose que la enfermedad es más frecuente en el grupo de sexo femenino; encontrándose que en el grupo de sexo masculino, la mayor frecuencia se presenta en el grupo etario de 60 años a mas, en contraposición al sexo femenino donde la mayor frecuencia se presentó en el grupo etario de 40 a 59 años (47.7%). El grupo etario con mayor frecuencia en ambos sexos es el de 40 a 59 años (43.4%).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SEXO SEGUN OCUPACIÓN
DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACION DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA. 2008- 2012”**

		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino			
		n	%	n	%	n	%
Ocupacion	Sin ocupacion	11	26.8%	40	36.0%	51	33.6%
	Dependiente	2	4.9%	16	14.4%	18	11.8%
	Independiente	28	68.3%	55	49.5%	83	54.6%
	Total	41	100%	111	100%	152	100%

Fuente: Instrumento del investigador

Se observa la distribución de frecuencia de la ocupación y según sexo de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en consulta externa y hospitalización de medicina. Observándose que en ambos sexos la mayor frecuencia se presenta en aquellos con ocupación independiente (54.6%) seguido de las pacientes sin ocupación (33.6%). Tanto en hombres como en mujeres, la frecuencia es mayor en aquellos que tienen ocupación independiente (68,3% y 48.5%, respectivamente), seguido por el grupo sin ocupación con una frecuencia de 26.8% en los hombres y 36.0% en mujeres.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 03

**CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA.
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
¿Vive solo?	Sí	4	9.8%	3	2.7%	7	4.6%
	No	37	90.2%	108	97.3%	145	95.4%
	Total	41	100.0%	111	100.0%	152	100.0%
Estado Civil	Soltera/o	6	14.6%	3	2.7%	9	5.9%
	Casada/o	17	41.5%	50	45.0%	67	44.1%
	Conviviente	14	34.1%	44	39.6%	58	38.2%
	Divorciada/o	1	2.4%	6	5.4%	7	4.6%
	Viuda/o	3	7.3%	8	7.2%	11	7.2%
	Total	41	100.0%	111	100.0%	152	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

(p: 0.8)

Se observa las características de convivencia y estado civil según sexo de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en consulta externa y hospitalización de medicina.

Observándose que tanto hombres como mujeres refieren en su mayoría (95.4%) no vivir solos y la distribución según estado civil es muy similar en ambos sexos, aunque la frecuencia de la característica de “soltero” es mayor en el sexo masculino (14.6%), pero esta diferencia no es significativa. (p: 0.8)

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 04

**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO CON
DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA.
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Escolaridad	Analfabeto	0	0.0%	1	0.9%	1	0.7%
	Primaria incompleta	7	17.1%	13	11.7%	20	13.2%
	Primaria completa	4	9.8%	21	18.9%	25	16.4%
	Secundaria incompleta	13	31.7%	30	27.0%	43	28.3%
	Secundaria completa	8	19.5%	21	18.9%	29	19.1%
	Superior Incompleta	5	12.2%	8	7.2%	13	8.6%
	Superior Completa	4	9.8%	17	15.3%	21	13.8%
	Total	41	100.0%	111	100.0%	152	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

p: 0.03

Se observa el nivel de escolaridad según sexo de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en consulta externa y hospitalización de medicina.

Según nivel de escolaridad, se observa una distribución similar en ambos grupos, no existiendo diferencias significativas según sexo. En ambos sexos, la mayor frecuencia se presentó en aquellos con secundaria incompleta (28.3%).

Las tablas del 01 al 04 nos permiten tener algunas características socio-demográficas de la población en estudio, donde el comportamiento es homogéneo en ambos grupos según sexo.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SEXO SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Antecedentes familiares con artritis reumatoidea	No sabe	6	14.6%	3	2.7%	9	5.9%
	Sí	22	53.7%	81	73.0%	103	67.8%
	No	13	31.7%	27	24.3%	40	26.3%
	Total	41	100.0%	111	100.0%	152	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Se observa la distribución de frecuencia por sexo de la presencia de antecedente familiar con artritis donde la asociación de esta característica es mayor en el sexo femenino (73%) estadísticamente diferente al sexo masculino donde la frecuencia es de 53.7%.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

		n	%
CALIDAD DE VIDA	Mala	72	47.4
	Regular	54	35.5
	Buena	26	17.1
	Total	152	100.0

Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis).

Se observa la distribución de frecuencia del nivel de calidad de vida percibido por los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en consulta externa y hospitalización de medicina. El instrumento aplicado ((QOL-Ra: (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis) se compone de 8 ítems, dentro de una escala tipo Likert con diez posibilidades de respuesta determina la calidad de vida percibida por los pacientes que específicamente padecen artritis reumatoide. Pretende tamizar rápidamente a los pacientes en tres grupos de abordaje preventivo y de priorización.

En nuestro grupo de estudio, la mayor proporción de pacientes (47.4%) perciben una baja o mala calidad de vida asociado a su enfermedad, seguido del 35.5% como regular calidad de vida y solo el 17.1% refiere conllevar una buena calidad de vida.

Cabe resaltar que no se encontró muy buena o excelente calidad de vida en la población estudiada.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 07

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

		n	%
PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD	Baja	82	53.9%
	Regular	48	31.6%
	Buena	22	14.5%
	Total	152	100.0%

Fuente: Instrumento B-IPQ, de percepción de la enfermedad

Se observa la distribución de frecuencia del nivel de percepción de la enfermedad según el instrumento **B-IPQ** (brief Illness Perception Questionnaire). En nuestro grupo de estudio la mayor proporción de los pacientes (53.9%) tienen una baja percepción o poco conocimiento de la presencia de la enfermedad, de su cuidado, las características que podrían mejorar su actitud frente al daño y las medidas de mitigación. Seguido de un 31.6% que tienen una percepción regular de la enfermedad y solo el 14.5% una buena percepción de la enfermedad.

Podemos afirmar que el grupo en estudio en su mayoría refiere llevar una baja calidad de vida (Tabla 06) y percibe su estado de enfermedad en forma no adecuada (Tabla 07).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 08

**NIVEL DE INFLUENCIA DEL SEXO, EDAD Y NIVEL DE
ESCOLARIDAD EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA.
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		CALIDAD DE VIDA								P
		Baja		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	18	43.9%	15	36.6%	8	19.5%	41	100.0%	0.839
	Femenino	54	48.6%	39	35.1%	18	16.2%	111	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	
Edad	20 a 39 años	7	22.6%	14	45.2%	10	32.3%	31	100.0%	0.00
	40 a 59 años	21	31.8%	30	45.5%	15	22.7%	66	100.0%	
	60 a mas	44	80.0%	10	18.2%	1	1.8%	55	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	
Escolaridad	Analfabeto	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.002
	Primaria incompleta	13	65.0%	7	35.0%	0	0.0%	20	100.0%	
	Primaria completa	18	72.0%	6	24.0%	1	4.0%	25	100.0%	
	Secundaria incompleta	22	51.2%	13	30.2%	8	18.6%	43	100.0%	
	Secundaria completa	11	37.9%	12	41.4%	6	20.7%	29	100.0%	
	Superior Incompleta	2	15.4%	9	69.2%	2	15.4%	13	100.0%	
	Superior Completa	5	23.8%	7	33.3%	9	42.9%	21	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	

Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis)

Se observa la distribución de frecuencia de la sexo, edad y escolaridad y su relación con la calidad de vida.

Se puede observar que en el grupo de estudio, no existe diferencia según sexo (p: 0.839), ya que ambos grupos refieren tener similar percepción de los niveles de calidad de vida. La baja calidad de vida es similar en ambos sexos, no existiendo diferencia significativa.

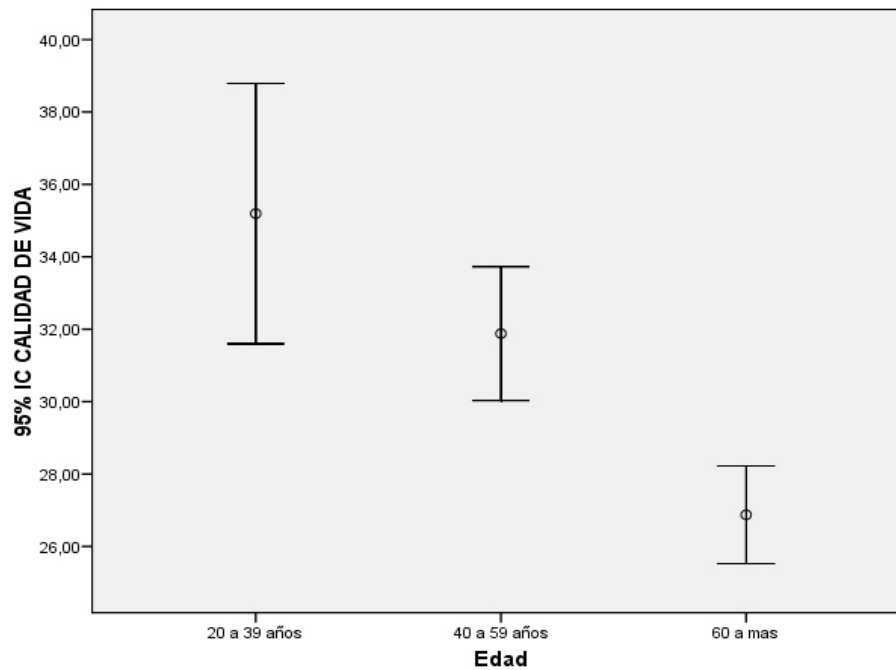
**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Según grupo etario es una condición asociada a calidad de vida. (p: 0.00) donde se afirma que a mayor edad, es referida una menor calidad de vida (graf. 01), siendo el grupo etario de 60 años a mas los que refieren esta condición con mayor frecuencia (80%), siendo esta diferencia altamente significativa.

Según nivel de escolaridad, es una condición asociada a calidad de vida, donde se afirma que a menor nivel de escolaridad, es percibida una menor calidad de vida y esta asociación es altamente significativa (p: 0.002).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

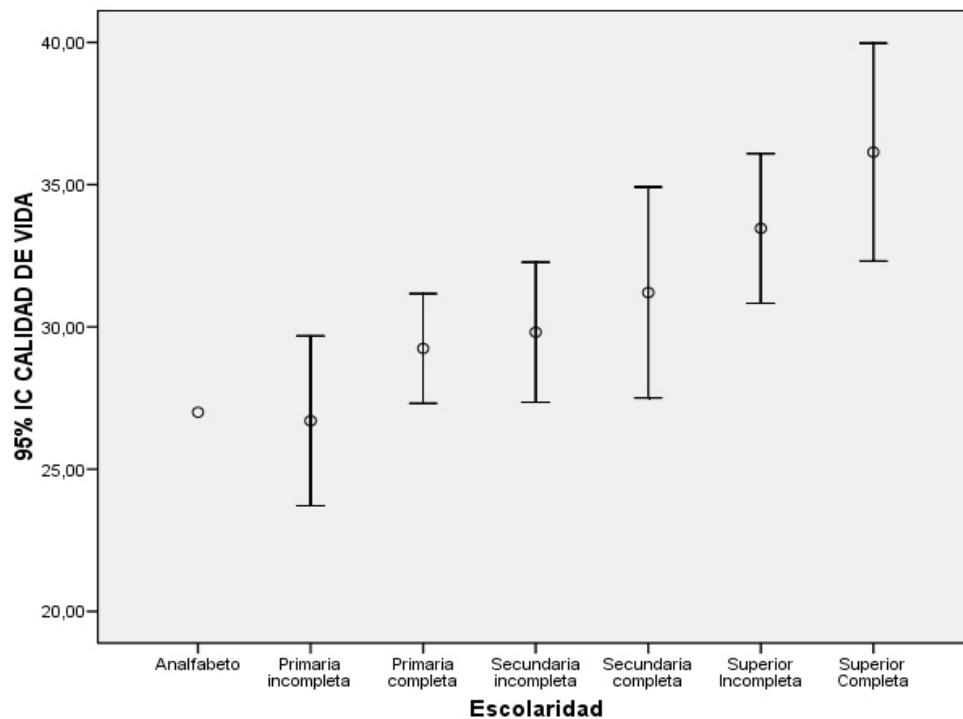
**GRÁFICO 01:
CALIDAD DE VIDA SEGÚN EDAD (IC 95%)**



La gráfica 02 muestra esta tendencia con un nivel de confianza del 95%.
Según grupo etario, donde se afirma que a mayor edad, es percibida una menor
calidad de vida y esta asociación es significativa ($p: 0.00$).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

**GRÁFICO 02:
CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCOLARIDAD**



La gráfica 02 muestra esta tendencia con un nivel de confianza del 95%. Según nivel de escolaridad, podemos afirmar que a menor nivel de escolaridad, es percibida una menor calidad de vida y esta asociación es altamente significativa ($p: 0.002$).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 09

**PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE
ATENDIDOS EN EL CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE
MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		Calidad de vida						Total		P
		Baja		Regular		Buena				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ocupacion	Sin ocupacion	36	70.6%	12	23.5%	3	35%	51	100%	0.01
	Dependiente	4	21.1%	7	36.8%	8	42.1%	19	100%	
	Independiente	32	39.0%	35	42.7%	15	18.3%	82	100%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100%	

Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis)

Se observa la asociación entre la ocupación y el nivel de calidad de vida. Donde se evidencia que el grupo sin ocupación el 70.6% percibe una baja o mala calidad de vida. El grupo con una ocupación independiente el 42.7% percibe una regular calidad de vida. El grupo con ocupación dependiente el 42.1% percibe una buena calidad de vida. Y esta asociación es significativa. (p: 0.01).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 10

**INFLUENCIA DE LA CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE
MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		CALIDAD DE VIDA								p
		Baja		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Vive solo?	Sí	5	71.4%	0	0.0%	2	28.6%	7	100.0%	0.131
	No	67	46.2%	54	37.2%	24	16.6%	145	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	
Estado Civil	Soltera/o	3	33.3%	3	33.3%	3	33.3%	9	100.0%	0.044
	Casada/o	37	55.2%	18	26.9%	12	17.9%	67	100.0%	
	Conviviente	20	34.5%	29	50.0%	9	15.5%	58	100.0%	
	Divorciada/o	3	42.9%	2	28.6%	2	28.6%	7	100.0%	
	Viuda/o	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%	11	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	

Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis)

Se observa que el vivir solo no es una condición asociada puesto que el grupo en su mayor proporción vive con alguna persona (p: 0.131).

Según estado civil, la condición de viudo (81.8%) y casado (55.2%) son las condiciones mayormente asociadas a una baja calidad de vida y es estadísticamente diferente a las demás condiciones, siendo la condición de “soltero” el que refiere una mejor percepción de una adecuada o buena calidad de vida. (p: 0.044).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 11

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA INFLUENCIA DEL ANTECEDENTE FAMILIAR DE ARTRITIS Y EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

		CALIDAD DE VIDA								p
		Baja		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Antecedentes familiares con artritis reumatoidea	No sabe	2	22.2%	7	77.8%	0	0.0%	9	100.0%	0.075
	Sí	52	50.5%	34	33.0%	17	16.5%	103	100.0%	
	No	18	45.0%	13	32.5%	9	22.5%	40	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	

Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis)

Se observa que la presencia de Antecedente familiar con artritis no es una condición asociada a calidad de vida. Aunque en el grupo que refiere tener algún antecedente familiar presenta una mayor frecuencia en la condición baja o mala calidad de vida (50.5%), esta diferencia frente a los demás grupos, “no sabe” o “sin antecedente familiar” no es significativa. (p: 0.075)

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 12

**PERFEPCION DELA ENFERMEDAD SEGÚN SEXO, EDAD DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE
MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD								p
		Baja		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	20 a 39 años	22	71.0%	6	19.4%	3	9.7%	31	100.0%	0.01
	40 a 59 años	34	51.5%	17	25.8%	15	22.7%	66	100.0%	
	60 a mas	26	47.3%	25	45.5%	4	7.3%	55	100.0%	
	Total	82	53.9%	48	31.6%	22	14.5%	152	100.0%	
Sexo	Masculino	22	53.7%	14	34.1%	5	12.2%	41	100.0%	0.85
	Femenino	60	54.1%	34	30.6%	17	15.3%	111	100.0%	
	Total	82	53.9%	48	31.6%	22	14.5%	152	100.0%	

Fuente: Instrumento B-IPQ, de percepción de la enfermedad

Se observa la probable asociación entre la edad, sexo y con el nivel de percepción de la enfermedad, dado que se encontró que esta última variable estaba asociada a calidad de vida.

A menor edad, la percepción de la enfermedad es más baja (p: 0.01), en comparación a los otros grupos de edad. No existe una asociación entre el sexo y el nivel de percepción de la enfermedad, ambos grupos tienen niveles similares de percepción.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 13

**PRINCIPALES MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA.
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

		n	%
Fármacos que utiliza para el tratamiento	Meloxicam	123	80.9%
	Diclofenaco	48	32.2%
	Celecoxib	38	25.0%
	Etofenamato (GEL)	13	8.6%
	Deflaxacort	4	2.6%
	Metrotexato	6	3.9%
	Ketoprofeno	6	3.9%
	Naproxeno	5	3.3%
	Ciclobenzaprina	1	0.7%
	Frotaciones inespecíficas	11	7.3%
	Ibuprofeno	2	1.3%
	Glucosimin	4	2.6%
	Prednisona	1	0.7%
	Complejo B	2	1.3%
	Condroitina	3	2.0%
	Complejo B	8	5.3%
DinaflexDuo	1	0.7%	
No recuerda	21	13.8%	

Fuente: Instrumento del investigador

Se observa los principales medicamentos utilizados por los pacientes en el grupo de estudio. Cabe destacar que un paciente puede recibir más de un medicamento a la vez.

Los medicamentos presentes con mayor frecuencia son Meloxicam (80.9%), Diclofenaco (32.2%) y Celecoxib (25%).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 14

INFLUENCIA DEL NIVEL DE PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”

		CALIDAD DE VIDA								P
		Baja		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD	Baja	25	30.5%	37	45.1%	20	24.4%	82	100.0%	0.00
	Regular	30	62.5%	14	29.2%	4	8.3%	48	100.0%	
	Buena	17	77.3%	3	13.6%	2	9.1%	22	100.0%	
	Total	72	47.4%	54	35.5%	26	17.1%	152	100.0%	

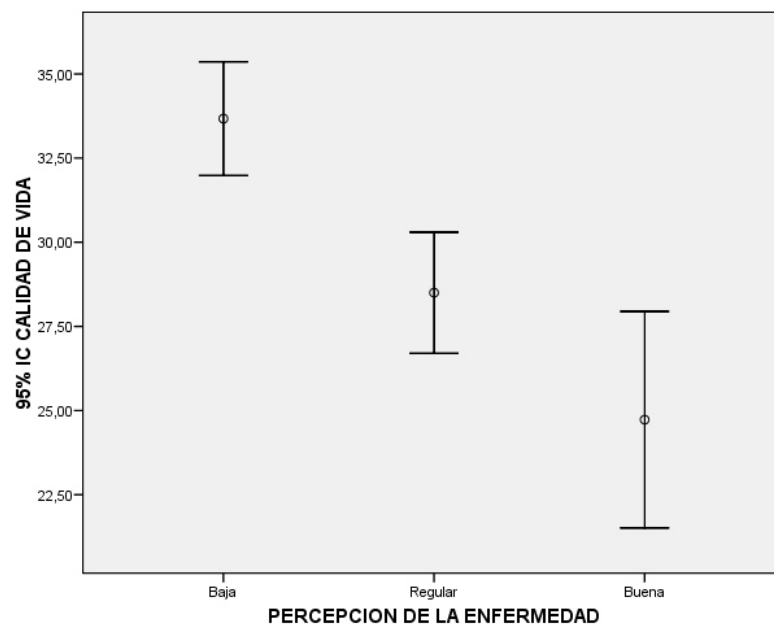
Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis)

En la tabla 12 se presenta la influencia del nivel de percepción de la enfermedad en la calidad de vida.

Se observa que el nivel de percepción de la enfermedad es una condición asociada a calidad de vida. Observándose en el grupo de buena percepción de la enfermedad el 77.3% refiere tener una mala calidad de vida y asimismo, aquellos que refieren una regular percepción de la enfermedad, el 62.5% refieren una baja calidad de vida. En el grupo con una baja percepción de la enfermedad, sólo el 45.1% refirió una regular calidad de vida. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

**GRAF. 03: CALIDAD DE VIDA SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA
ENFERMEDAD**



En el gráfico 3 se observa el comportamiento de relación entre las variables del nivel de calidad de vida según percepción de la enfermedad, donde podemos afirmar con un intervalo de confianza al 95% que el grupo que refiere tener una percepción buena (mayor información de su enfermedad, y percibir su estado con mayor interés), manifieste una baja o mala calidad de vida (estados de stress o discomfort).

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

TABLA 15

**PERCEPCION DE FACTORES QUE CREYERON SE ASOCIARON A LA
ARTRITIS REUMATOIDE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2008- 2012.**

	N	%	
¿Que factores cree usted que causaron su enfermedad?	Antecedente familiar	67	46.15
	Por el frio	51	33.55
	Por mucho contacto con el agua	17	11.18
	Excesivo consumo de carnes y sal	6	3.95
	Por la edad	6	3.95
	Infeccion	4	2.63
	Constantes caidas de rodillas	4	2.63
	Sobreesfuerzo articular constante	4	2.63
	Falta de ejercicio rutinario	3	1.97
	Por algun mal funcionamiento organico	3	1.97
	Caminar mucho/mucho tiempo de pie	3	1.97
	Falta de calcio	2	1.32
	Estrés	2	1.32
	Sobrepeso	2	1.32
	Mal funcionamiento articular	2	1.32
	Falta de movimiento	2	1.32
	Falta de vitaminas y minerales	1	0.66
	Problemas de origen hormonal	1	0.66
	Mala alimentacion	1	0.66
	Por fumar demasiado	1	0.66
No sabe	40	26.32	

Fuente: Instrumento QOL-Ra (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis)

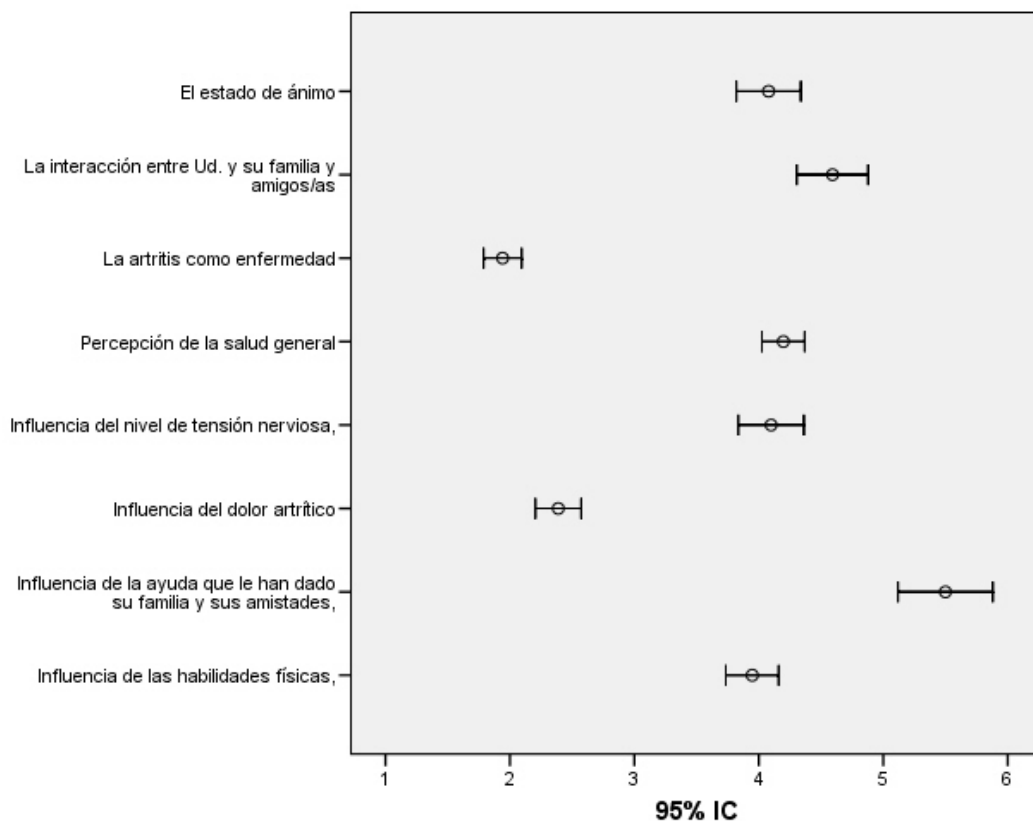
Se observa las principales respuestas al último ítem del cuestionario de Percepción de la Enfermedad – Cuestionario Clínico B-IPQ, respecto a percepción de los 3 principales factores que “causaron” la enfermedad.

Los más reconocidos como factores causales son: antecedente familiar (46.15%), por el frio (33.55%) y mucho contacto con el agua (11.18%). Un 26.32% refiere no conocer alguna causa probable.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

GRÁFICO 04:

ÍTEMS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

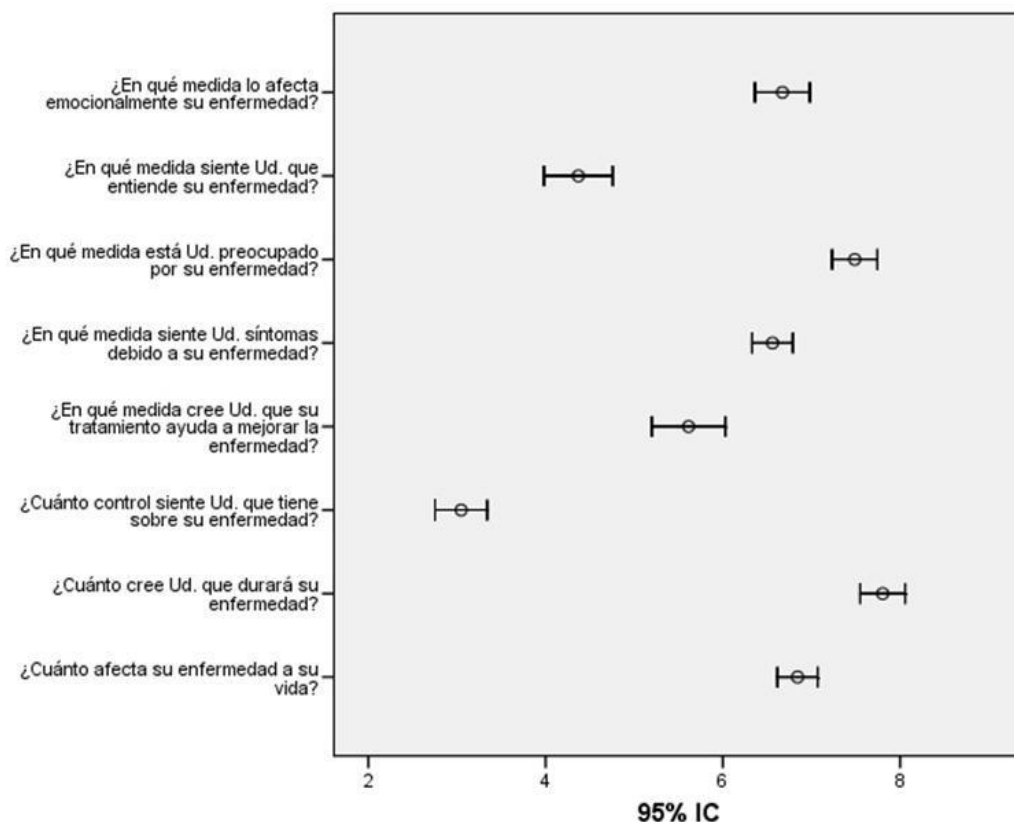


En la Gráfica 04 se presenta los ítems del test de calidad de vida y su influencia en la valoración final con un nivel de confianza de la tendencia del 95%.

Los factores “la artritis como enfermedad” y “presencia de dolor” son los mayormente influyentes en una mala calidad de vida. El ítem que aporta positivamente en la calidad de vida es “ayuda de los familiares”.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

**GRÁFICO 05:
ÍTEMS DE MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD**



En la gráfica 05 se presenta los ítems del test de percepción de la enfermedad y su influencia en la valoración final con un nivel de confianza de la tendencia del 95%.

Los ítems que aportan negativamente en la percepción de la enfermedad son “control sobre la enfermedad”, entendimiento de la enfermedad” y “medida en que el tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad”.

DISCUSIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad relativamente frecuente, pues se estima que 1,2% de la población mundial la padece, siendo más común en mujeres en una proporción de 2-3 a 1 con relación a los hombres²⁸, lo que difiere de los resultados del presente estudio donde el sexo femenino predominó en una relación significativamente desproporcional de 10 a 1 con relación al sexo masculino.

En nuestro estudio (tabla 01) el grupo etario con mayor frecuencia es de 40 a 59 años (43.4%). Lo que difiere del estudio realizado por Prada Dinorah y col²⁹, donde se evidencia que el grupo etario con mayor frecuencia es de 56-75 años (43.8%).

Al analizar las variables socio-demográficas de la muestra (tabla 2-3), se encontró que tanto hombres como mujeres refieren en su mayoría no vivir solos y la distribución según estado civil es muy similar en ambos sexos, aunque la frecuencia de la característica de “soltero” es mayor en el sexo femenino (14.6%), pero esta diferencia no es significativa. Gardner, J.³⁰ y Pastor, J.³¹ mencionan, que existe una tendencia a incrementar el número de casos con AR en hombres de mediana edad solteros y mujeres separadas.

Así mismo en nuestro estudio se observa (tabla 4) según nivel de escolaridad, un comportamiento similar en ambos grupos, no existiendo diferencias significativas según sexo. En ambos grupos según sexo, la mayor frecuencia estuvo presente en

²⁸Rodríguez de la Serna: Temas actuales de Reumatología. Publicaciones Médicas ESPAXS, S.A. Barcelona, España 1992; 233-49.

²⁹Prada Dinorah y col. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología. Volumen XVII, Número 1, Ene-Abr; 2012: 48-60.

³⁰Gardner, J. y Oswald, A. (2004). How is mortality affected by Money, marriage and stress? Journal of Health Economics. Vol.23(nº6).pp.1181-1207.

³¹ Pastor, J., Morales, M., Llopis, A. y Ferriol, V. (1998) Prevalence and depression degree in patients with rheumatoid arthritis. Med. Clin., 111, 361-366.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

aquellos con secundaria incompleta, esto favorece el grado de entendimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, al comprender las alteraciones que puede producir su patología y como pueden ser controlada, contribuyendo a mejorar el pronóstico de desarrollo de discapacidad; este hecho es apoyado por Leigh JP y Fries JF, quienes encuentran que el nivel de instrucción juega un papel importante en el pronóstico del desarrollo de discapacidad en el paciente con AR de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio multicéntrico realizado con 2006 pacientes³². Callahan LF y Pincus T, descubrieron que el nivel de escolaridad se asocia con la severidad de la enfermedad³³. En la misma línea de ideas, en la investigación sobre nivel de conocimiento de la Artritis Reumatoide por el paciente y la severidad de la enfermedad, realizada por Soto MG, se encontró un mayor compromiso clínico y funcional asociado a una falta de conocimiento elemental de la enfermedad por parte de los pacientes³⁴.

En el presente estudio (tabla 06) el 47.4% refiere una baja o mala calidad de vida asociado a su enfermedad, el 35.5% regular calidad de vida y solo el 17.1% refiere conllevar una buena calidad de vida. Lo que difiere del estudio de Arroyo T y col³⁵. donde permitió saber que el 57,5% respondió que su calidad de vida es muy Buena, el 22.5% refiere una excelente calidad de vida, el 17.5% refiere una buena calidad de vida, el 2.5 % refiere una regular calidad de vida y por ultimo no hubo registro de pacientes (0%) que refirieron una mala calidad de vida.

En la evaluación de la percepción de la enfermedad sobre el estado de Salud global y su distribución de frecuencia según el instrumento **B-IPQ** (Brief Illness

³²Leigh JP y Fries JF, Arthritis specific global health analog scales asses generic health related quality-of-life in patients with rheumatoid arthritis. 1997. J Rheumatol 24(9):1697-702

³³Callahan LF y Pincus T. A largo plazo la terapia de drogas para la artritis reumatoide en siete reumatología prácticas privadas: II.Fármacos de segunda y prednisona.. J Rheumatol diciembre 1992, 19 (12) :1885-94

³⁴ Soto MG. Relación entre el nivel de conocimiento de la artritis reumatoide por el paciente y la severidad de la enfermedad (tesis de Bachiller). Lima,Peru:UPHC, 1996, 65pp.

³⁵ Arroyo T y Barreto R, calidad de vida y estado de salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. complejo hospitalario universitario “ruíz y páez”.venezuela. marzo – mayo 2008.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Perception Questionnaire), se sabe que las personas pueden percibir una amenaza para su salud ante la presencia de la patología y así desarrollar simultáneamente una actitud cognitiva frente al problema y desarrollar paralelamente emociones frente a ello. Dicha situación aclara gran parte de las acciones tomadas por nuestros pacientes tanto en la consulta como en sucesivos episodios. Asimismo explicara el éxito o fracaso del feedback entre el médico tratante y el paciente.

En el presente estudio (tabla 07) el 53.9% de los pacientes tienen una baja percepción de la enfermedad, de su cuidado, las características que podrían mejorar su actitud frente al daño y las medidas de mitigación. Un 31.6% tiene una percepción regular y solo el 14.5% una buena percepción de la enfermedad. A diferencia del estudio de Vinaccia y col.³⁶, donde demostró que la mayor proporción de pacientes tienen una regular percepción de su enfermedad.

Podemos afirmar que la mayor proporción del grupo en estudio refiere llevar una baja calidad de vida y percibe su estado de enfermedad en forma no adecuada, estos datos confirman como los niveles de severidad de la artritis reumatoide influyen sobre el estado de salud y calidad de vida de estos pacientes.

En función a los resultados obtenidos a través del QOL-Ra, y al relacionarlos con factores socio-demográficos, no existe diferencia según sexo ($p: 0.839$), la baja calidad de vida es similar en ambos sexos, no existiendo diferencia significativa. Según edad existe asociación entre los diferentes niveles de calidad de vida. ($p: 0.00$) donde a mayor edad, es referida una menor calidad de vida, siendo esta diferencia altamente significativa. La presencia de algún familiar con artritis no es un factor asociado a calidad de vida ($p: 0.075$). Además existe una alta asociación entre el grado de percepción de la enfermedad y la calidad de vida.

³⁶Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28, 366-377

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

En el presente estudio (tabla 15), las principales respuestas al último ítem del cuestionario de Percepción de la Enfermedad – Cuestionario Clínico B-IPQ, respecto a percepción de los 3 principales factores que “causaron” la enfermedad. Los más reconocidos como factores causales son: antecedente familiar (46.15%), por el frío (33.55%) y mucho contacto con el agua (11.18%). Un 26.32% refiere no conocer alguna causa probable. Cabe recordar que para fines de medición de la escala no se utiliza el último Ítem de respuesta abierta donde se evalúa citando las 3 respuestas más importantes que se cree que causaron la enfermedad, puesto que su fin es orientativo y no utilizado en el test psicométrico. Coincidiendo parcialmente con el estudio de Quinceno y col.³⁷, donde hace referencia a las causas de la enfermedad según los pacientes donde: el 59 % considera que es la "genética/herencia", un 39 % cree que son las "emociones negativas", como ansiedad, depresión, etc., las que originaron su enfermedad.

Según el presente estudio (grafico 04), los factores “la artritis como enfermedad” y “presencia de dolor” son los que más influyen en una mala calidad de vida. El ítem que aporta positivamente es “ayuda de los familiares”. Coincidiendo con el estudio realizado por Prada Dinorah y col.²⁹ donde se demuestra que los factores que influyen en una buena calidad de vida son: ayuda de los familiares. Por otra parte, el factor que influye en una mala calidad de vida es: artritis como enfermedad

Según el presente estudio (grafico 05), los ítems que aportan negativamente son “control sobre la enfermedad”, entendimiento de la enfermedad” y “medida en

³⁷QUICENO, Japcy Margarita y VINACCIA, Stefano. resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicol. caribe* . 2012, vol.30, n.3 pp. 590-619

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

que el tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad”. Lo que difiere del estudio realizado por Japcy Quiceno y col.³⁸ donde se demuestra que el ítem que aportan negativamente en la percepción de la enfermedad es la representación cognitiva y emocional.

Respecto a la calidad de vida. Mota¹² en su trabajo concluye que en la población de pacientes con AR temprana al momento del diagnóstico, se observó el impacto y cambios significativos en la calidad de vida al momento del diagnóstico, según la evaluación HAQ y el SF-36. El tratamiento temprano de la AR parece estar asociada con una mejor calidad de vida relacionada con la comunicación médico-paciente.

³⁸JapcyQuiceno y col. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 30 (3): 590-619, 2012.

CONCLUSIONES

1. La enfermedad se presentó con más frecuencia en el sexo femenino (73%) así como el 51.2% del sexo masculino tiene 60 años a más. El 54.6% de los pacientes tiene ocupación independiente. Según convivencia y estado civil su distribución es muy similar en ambos sexos. En ambos sexos la mayor frecuencia se presentó en aquellos con secundaria incompleta (28.3%). El 67.8% refiere tener familiares con Artritis Reumatoide.
2. El 47.4% refiere una baja o mala calidad de vida, el 35.5% como regular y solo el 17.1% refiere conllevar una buena calidad de vida. No existe diferencia según sexo ($p: 0.839$). Según edad se afirma que a mayor edad, es referida una menor calidad de vida. La condición de viudo (81.5%) y casado (55.2%) son las condiciones mayormente asociadas a una baja calidad de vida.
3. El 53.9% refiere baja percepción de la enfermedad. Un 31.6% tiene una regular percepción y solo el 14.5% una buena percepción de la enfermedad. A menor edad, la percepción de la enfermedad es más baja ($p: 0.01$). No existe una asociación entre el sexo y el nivel de percepción de la enfermedad. Los medicamentos utilizados con mayor frecuencia son Meloxicam (80.9%), Diclofenaco (32.2%) y Celecoxib (25%).
4. Existe una alta asociación entre el grado de percepción de la enfermedad y la calidad de vida. El grupo de buena percepción de la enfermedad el 77.3% refiere tener una mala calidad de vida. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p: 0.00$).
5. Según percepción de factores causantes de la Artritis Reumatoide, el 46.15% refiere que el factor asociado es el antecedente familiar seguido del 33.55% respecto al factor “por el frío”

RECOMENDACIONES

1. En el presente estudio se encontró una mala calidad de vida (estados o disconfort) y una buena percepción de la enfermedad, por lo cual se recomienda utilizar el presente estudio como fuente de información para futuros trabajos de investigación.
2. En nuestro estudio se observó que con “ayuda de los familiares” se aporta positivamente en la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto se recomendaría realizar terapia de apoyo familiar. Con la cual el familiar del paciente conozca y comprenda el curso de la enfermedad.
3. Proporcionar información al paciente para mayor entendimiento de su enfermedad. Que les permita entender de manera integral la Artritis Reumatoide.
4. Realizar programas orientados a modificar la actitud del paciente frente a su enfermedad, para un resultado óptimo en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina M., Acevedo-Vasquez E., Gamboa R., Pastor-Asurza C., Alfaro J., Gutierrez C., Perich R., Sanchez-Torres A, Cucho M, Sanchez- Schwartz C, Ponce de Leon, D, Ugarte M. Low prevalence of rheumatoid arthritis in an urban mestizo population. *Journal of clinical rheumatology*. 2006;12(4):S5-S6.
2. Medina M., Acevedo E., Gamboa R., Pastor C., Cucho M., Alfaro J., Sanchez A., Perich R., Sanchez C., Ugarte M., Ponce de Leon D., Gutiérrez C., Manrique R. Factors Associated to extra-articular manifestations in an urban mestizo cohort of patients with rheumatoid arthritis not using biological. *Journal of Clinical Rheumatology* 2006,12(4) S75.
3. Lugo, Luz Helena; García, Héctor Ivan ;Gómez Restrepo, Carlos, *Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud*. Iatreia; Jun. 2002; 15(2):96-102.
4. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:163-7.
5. Farreras, Rozman. *Medicina Interna*. Elsevier. Madrid. Decimoquinta edición; 1, 7: 1000-1008.
6. Anaya J M. Genes y artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología* 1999; 6: 240-250.
7. Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Vélez MC, Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Colombiana de Reumatología* 2002; 9: 184-191.
8. Dickens C, Creed F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2001; 40: 297-317.
9. Lozano J, Hernández B. Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor. *Med- Unab* 2010; 6: 161-167.
10. Londoño P., John; Fernández A., Daniel G; Salazar, Juan C; Saiibi, Diego L; Molina, José F; Valle O., Rafael; Ruiz, Oscar; Iglesias, Antonio; Santos, Pedro; Reyes S, Elsa. Cambio en la capacidad funcional, calidad de vida y actividad de la enfermedad, en un grupo de pacientes

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

- colombianos con artritis reumatoide refractaria. Rev. MED;17(1):40-49, ene.-jun. 2009.
11. Vinaccia, Stefano; Fernández, Hamilton; Moreno San Pedro, Emilio; Padilla, Geraldine V. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. Rev. colomb. reumatol;13(4):264-270, oct.-dic. 2006.
 12. Mota, Licia Maria Henrique da; Laurindo, Ieda Maria Magalhães; Santos Neto, Leopoldo Luiz dos. Evaluación de la calidad de vida prospectiva en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide temprana. Rev. bras. reumatol;50(3):249-261, maio-jun. 2010
 13. Corbacho, María Inés; Dapuetto, Juan José. Evaluación de la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide. Rev. bras. reumatol;50(1):31-43, jan.-fev. 2010.
 14. Mota, Licia Maria Henrique da; Cruz, Boris Afonso; y col . Consenso de la Sociedad Brasileña de Reumatología para el tratamiento de la artritis reumatoide 2012. Rev. bras. reumatol;52(2):152-174, mar.-abr. 2012.
 15. Velarde-Jurado, Elizabeth; Avila-Figueroa, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Méx;44(4):349-361, jul.-aug. 2002
 16. Ballina F. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoidea. Revista Española de Reumatología 2002; 29: 56-64.
 17. Miriam Estébanez Muñoz Borja Ruiz Mateos Paula Martínez Santos María De Las Mercedes Sigüenza Sanz David Bernal Bello María Molina Villar Javier Alonso García-Pozuelo. Manual AMIR – Reumatologiar. 3ra. Edición Academia De Estudios MIR. Madrid. 2006.
 18. Hoffman J. Clinimetría y la actividad médica. Revista argentina de Reumatología 2008; 2: 7-20.
 19. Fernández, López; Fidalgo y Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica v.84 n.2 Madrid mar-abr. 2010

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

20. Kane RI, Chen Q. Do rehabilitee nursing homes improve the outcomes of care? *J Am Geriatric Soc* 1996; 44(5) ; 545-54.
21. Caroline Haacke, MD; Astrid Althaus, MA; Annika Spottke, MD; Uwe Siebert, MD, MPH; Tobias Back, MD Richard Dodel, MD – Long Term Outcome After Stroke – Evaluating Health-Related Quality of Life Using Utility Measurements – Department of Neurology. University of Bonn, German: 25, 53111 – August 26, 2004.
22. Schwartzmann, Laura, Health-Related Queality Of Life: Conceptual Aspects. *Cienc. Enferm.* Dec. 2003. Vol.9, no.2, p.09-21. ISSN 0717-9553.
23. Danao, L.L., Padilla, G., y Johnson, D.A. (2001). An English and Spanish quality of life measure for arthritis. *Arthritis Care Research*, 45, 167-173.
24. Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. En: Rachman S., editors. *Contributions to Medical Psychology*. New York: Pergamon Press; 1980. 17-30.
25. Weinman JA. The illness perception questionnaire: a new measure for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*. 1996; 11:431.
26. Moss-Morris R. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*. 2002; 17:1
27. Roadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman JA. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J PsychosomRes*. 2006; 60:631-7.
28. Rodríguez de la Serna: *Temas actuales de Reumatología*. Publicaciones Médicas ESPAXS, S.A. Barcelona, España 1992; 233-49.
29. Prada Dinorah y col. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*. Volumen XVII, Número 1, Ene-Abr; 2012: 48-60.
30. Gardner, J. y Oswald, A. (2004). How is mortality affected by Money, marriage and stress? *Journal of lhealth Economics*. Vol.23(nº6).pp.1181-1207.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

31. Pastor, J., Morales, M., Llopis, A. y Ferriol, V. (1998) Prevalence and depresión degree in patients whith rheumatoid artritis. *Med. Clin.*, 111, 361-366.
32. Leigh JP y Fries JF, Arthritis specific global health analog scales asses generic health related quality-of-life in patients with rheumatoid arthritis. 1997. *J Rheumatol* 24(9):1697-702
33. Callahan LF y Pincus T. A largo plazo la terapia de drogas para la artritis reumatoide en siete reumatología prácticas privadas: II.Fármacos de segunda y prednisona. *J Rheumatol* diciembre 1992, 19 (12) :1885-94
34. Soto MG. Relación entre el nivel de conocimiento de la artritis reumatoide por el paciente y la severidad de la enfermedad (tesis de Bachiller). Lima,Peru:UPHC, 1996, 65pp.
35. Arroyo T y Barreto R, calidad de vida y estado de salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. complejo hospitalario universitario “ruíz y páez”.venezuela. marzo – mayo 2008.
36. Vinaccia, S., Quiceno, J. M., &Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28, 366-377
37. Quiceno, Japcy Margarita y Vinaccia, Stefano. resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicol. caribe* . 2012, vol.30, n.3, pp. 590-619
38. Japcy Quiceno y col. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 30 (3): 590-619, 2012.

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

ANEXOS

Anexo n°1

FICHA DE DATOS GENERALES

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo: M () F ()

Ocupación: _____

Escolaridad:

1. Analfabeto
2. Primaria Incompleta
3. Primaria Completa
4. Secundaria Incompleta
5. Secundaria Completa
6. Superior Incompleta
7. Superior Completa

Estado Civil:

soltera/o () casada/o () conviviente () Divorciada/o () viuda/o ()

Vive solo: si () no ()

Antecedentes familiares con A R: SI () NO ()

Año de diagnóstico: _____

Fármacos que utiliza para el tratamiento:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Anexo n°2

***Quality of Life – Rheumatoid Arthritis (Qol-RA).
Calidad de vida en artritis Reumatoidea***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Si Ud. Sólo considera su nivel de interacción entre Ud. Y su familia y amigos/as, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:?

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

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

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

**“CALIDAD DE VIDA (QOL-RA) Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (B-IPQ) DEL PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2008- 2012”**

Anexo n°4

Consentimiento informado de participación.

_____ acepta participar voluntariamente en el trabajo de investigación; el cual servirá para determinar mi estado

de salud actual y a futuro, por padecer artritis reumatoide.

Toda la información que se obtenga a través de este cuestionario será usado por el investigador responsable con la finalidad de elaborar un trabajo de investigación.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad plena de la información obtenida.

Habiendo sido informado en forma adecuada sobre los objetivos del estudio, acepto y firmo este documento.

Tacna, _____ de _____ del 2013