

# Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen XVII, Número 1; 2015 ISSN: 1817-5996

[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



## ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

### Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología

### Evaluation of the life collided in the relation with the salad in patients with arthritis rheumatoid in the Rheumatology Center

Dinorah Marisabe Prada Hernández I<sup>I</sup>, Claribel Hernández Torres II, Jorge Alexis Gómez Morejón II, Rafael Gil Armenteros III, Yusimí Reyes Pineda II, Urbano Solís Carta II, Claudino Molinero Rodríguez IV

<sup>I</sup> Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y 2do Grado en Reumatología

<sup>II</sup> Especialista 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología

<sup>III</sup> Especialista de 2do Grado en Reumatología

<sup>IV</sup> Especialista de 1er Grado en Medicina Interna y 2do Grado en Reumatología

Centro Reumatología, Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de medicina 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

#### RESUMEN

**Introducción:** La artritis reumatoide es una de las artropatías de mayor impacto por su capacidad de inducir daño articular permanente y ocasionar discapacidad funcional de grado variable que disminuye la expectativa de vida del paciente.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide.

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 150 pacientes con artritis reumatoide establecida, que ingresaron en el Centro de Reumatología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre en el período de junio del 2010 a julio del

2011. Se calcularon estimaciones puntuales y por intervalos de confianza al 95 % para los valores promedios de las sub-escalas del QoL-RA. Se realizó evaluación de la actividad clínica mediante el índice clínico de actividad CDAI y la capacidad funcional según la aplicación del cuestionario HAQ-CU.

**Resultados:** Predominó el sexo femenino con una edad media de presentación de 56.3 años. La mayor calidad de vida se observó en las sub-escalas ayuda, interacción, estado de ánimo y tensión nerviosa. Las sub-escalas que más afectaron la calidad de vida fueron artritis, salud personal y dolor. Existió una relación estrecha entre la calidad de vida relacionada con la salud, la actividad clínica y la capacidad funcional, según los valores del coeficiente de correlación de Pearson.

**Conclusiones:** La calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes estudiados es evaluada de buena. La aplicación del cuestionario QoL-RA en la práctica clínica diaria, es un método sencillo y fiable, que nos permite evaluar el impacto de la artritis reumatoide en la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Artritis reumatoide, calidad de vida relacionada con la salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** Rheumatoid Arthritis is a very common disease that produces permanent articular damage and functional disability which lessen patient life expectative.

**Objective:** To evaluate quality of life of life in health in patients with Rheumatoid Arthritis.

**Method:** A descriptive study was carried out with 150 RA patients who were admitted in the Rheumatology Center of "Hospital Docente Clinico Quirurgico 10 de Octubre" in the period from June 2010 to July 2011. Punctual estimations were calculated for trust intervals of 95 % of values belong to sub-scales of QoL- RA. The clinical activity was evaluated according to CDAI (Clinical Disease Activity Index) and functional ability was carried out with the HAQ-CU questioner.

**Results:** Female was higher with 56.3 years of age. The huge quality of life was seen in sub-scales help- interaction, state of animi and nerve tension. Arthritis, personal health and pain, were the sub-scales that more affected quality of life. A joint relationship among quality of life according to health, clinical activity and functional ability existed, according to Pearson correlation values.

**Conclusions:** The quality of life related with the health in the studied patients is evaluated of good. The application of the questionnaire QoL-RA in the clinical daily practice is a simple and reliable method that allows us to evaluate the impact of the rheumatoid arthritis in the quality of life in patients.

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis, quality of life in health

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de naturaleza autoinmune, y etiología desconocida que produce un gran deterioro de la capacidad funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de la mortalidad.<sup>1-3</sup>

Presenta una distribución universal, con una prevalencia prácticamente constante en todas las latitudes, de forma general ha sido estimada en torno al 1 %, y de forma consistente es más frecuente en las mujeres (relación aproximada 3:1) con tendencia mayor en ambientes urbanos.<sup>4</sup>

Actualmente, las cifras en España y Francia muestran una prevalencia de alrededor del 0.5 %. En América Latina, es de un 0.4 %, siendo más frecuente en el sexo femenino en proporción de 8:1.<sup>5,6</sup>

En Cuba quedó fijada una prevalencia de 1.24 % con un intervalo de confianza 0.89 a 1.7 para la AR en un estudio

epidemiológico comunitario (COPCORD) que permitió establecer las tasas de prevalencia y discapacidad asociada de las diferentes enfermedades reumáticas.<sup>7</sup>

Otras investigaciones realizadas en Cuba en pacientes con diagnóstico de AR han reportado un franco predominio del sexo femenino, con una edad media de presentación de 56 años.<sup>8,9</sup>

El abordaje terapéutico de los pacientes con esta enfermedad amerita una aproximación biopsicosocial, se debe considerar la enfermedad física, la respuesta psicológica y la calidad de vida del paciente con AR. La discapacidad forma parte del curso natural de la AR, el proceso se inicia con la inflamación de las articulaciones que finalmente lleva a la limitación física. La discapacidad producto de la limitación física genera malestar psicológico y disminuye la calidad de vida.<sup>10</sup>

La discapacidad se define como cualquier restricción o deficiencia en la habilidad para desarrollar una actividad

dentro del rango considerado como normal para un ser humano.<sup>11</sup> La clasificación en clases funcionales propuesta por Steinbrocker en 1942 y modificada en 1949 fue la primera clasificación funcional de los enfermos con AR.<sup>4</sup>

En los últimos años se han ido desarrollando y popularizando diversos instrumentos que tratan de cuantificar de una forma más fina y objetiva las discapacidades producidas por la AR, los cuales en su mayoría el paciente los puede contestar de forma autónoma ó bien mediante entrevista con el médico o con personal de la investigación. Algunos de ellos exploran diferentes aspectos del estado de salud del paciente, tales como dolor, depresión, ansiedad, sociabilidad o gratificación obtenida de la actividad social, y por ello se le llaman instrumentos de valoración de la calidad de vida.<sup>4,12</sup>

Estos cuestionarios se clasifican en genéricos (diseñados para la aplicación en estados de salud en general) y específicos de enfermedad (diseñados para utilizarlos en pacientes con una enfermedad determinada, en este caso la AR). Dentro de los genéricos se encuentra el cuestionario Short Form 36 (SF 36), el cual se considera el instrumento de evaluación global de calidad de vida que se emplea con más frecuencia en todo el mundo. El Health Assessment Questionnaire (HAQ), Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) y el Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) constituyen ejemplos de cuestionarios específicos.<sup>4,13-15</sup>

El cuestionario de evaluación de la salud de Stanford (HAQ) es un instrumento para ser llenado por el paciente mismo, aceptado como parte de los criterios de respuesta en pacientes con AR por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea Contra la Artritis (EULAR). Se considera como específico de la enfermedad, es decir, que evalúa la alteración que ha generado la AR en el paciente; permite una evaluación de la discapacidad al mismo tiempo que logra dimensionar el estado general de salud del paciente y puede ser aplicado tanto a mujeres como a hombres.<sup>16</sup> El HAQ es probablemente el cuestionario más utilizado en la AR.<sup>4,13,17</sup> En Cuba existe una versión adaptada y validada (HAQ-CU).<sup>18</sup>

Una característica de la reumatología moderna es la utilización de instrumentos de evaluación estandarizados en el seguimiento de los enfermos, lo cual ha ocurrido antes en otras especialidades médicas. Se trata de una necesidad ineludible si se quiere avanzar. En la actualidad, con un conjunto reequilibrado de variables podemos describir las características clínicas de los pacientes de una forma mucho más precisa, válida y sobre todo útil que antaño con el ya obsoleto: peor, igual o mejor. Es indudable que la aparición de nuevos y superiores tratamientos para la AR debe ir

acompañada de la utilización de métodos clínicos más sensibles y completos, capaces de detectar las mejorías terapéuticas de una forma consistente. Entre las áreas de mayores avances en los últimos años destaca la evaluación de la calidad de vida, producto de un interés por aspectos cualitativos, centrados en el paciente, dando paso a una visión menos anatómica y más funcional de las enfermedades crónicas.<sup>19</sup>

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual, hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona.<sup>20</sup>

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: «La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.»<sup>21</sup>

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. Su evaluación se considera como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos, reforzando el consenso que indicadores del área de la salud, tales como control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida, no bastan, por sí solos, como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud.<sup>22</sup>

El término calidad de vida relacionada con la salud, surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos. Aunque no hay un consenso en su definición, se han desarrollado diversos instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en diferentes patologías, entre ellas las enfermedades crónicas, haciendo decisivo evaluar las nuevas opciones terapéuticas con relación al valor añadido que aportan al paciente (no sólo en eficacia y seguridad).<sup>22</sup>

En ciencias de la salud se prefiere hablar de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) cuando se intenta evaluar aquella en función del grado de salud,

en un intento de acotar el problema, con una visión más realista, que huye de la ambigüedad e imprecisión, dada la imposibilidad de definir el concepto de calidad de vida. Los contenidos de la CVRS se suelen dividir en tres dimensiones: física, psicológica y social, en una clara referencia a las distintas áreas en que se ha dividido el concepto de salud. Se trata de conocer cómo los estados de salud o si se prefiere, como las distintas formas de enfermar modifican la calidad de vida de las personas.<sup>19</sup>

Estas se pueden subdividir en sub-dimensiones, dominios, categorías ó componentes, dependiendo de los autores. Así el dolor y la movilidad serían categorías o dominios de la dimensión física, mientras que la ansiedad y la depresión constituirían categorías de la dimensión psicológica. Los cuestionarios de CVRS surgen de necesidades de medición específicas, transformados en preguntas (ítems), dominios, categorías o dimensiones.<sup>23</sup>

Se han formulado instrumentos que inespecífica o específicamente han evaluado el impacto de la AR o de intervenciones terapéuticas sobre la calidad de vida de los pacientes. En un inicio, la medición de la calidad de vida en pacientes con AR se realizaba mediante instrumentos diseñados con enfoque en otras enfermedades y adaptados posteriormente.<sup>24</sup>

La necesidad de contar con cuestionarios específicos de la enfermedad se fue haciendo más evidente. Al respecto, Whalley y otros autores en 1997 realizaron un análisis de índices utilizados hasta entonces incluyendo el AIMS (arthritis impact measurement scales), AIMS2, Sickness Impact Profile (SIP), en los que advierte algunas limitaciones y proponen el desarrollo de un nuevo instrumento llamado "Escala de calidad de vida en artritis reumatoide" (RA-QoL).<sup>24</sup>

El RA-QoL se realizó mediante entrevistas directas de formato libre a pacientes con AR, dicha aplicación se llevó a cabo de forma simultánea en 2 países (Reino Unido y Holanda) para reducir el sesgo cultural. Posteriormente un panel de expertos seleccionó un número limitado de elementos que fueron considerados como trascendentales para condensar información. Es un cuestionario formado por 30 elementos (redactados como afirmaciones en primera persona) que evalúan distintos aspectos de la calidad de vida de los individuos que padecen AR.<sup>24</sup> El desarrollo del RA-QoL evidenció algunos aspectos señalados por los pacientes como algunas características demográficas y clínicas de la enfermedad, teniendo en cuenta la relación de algunas de estas

relevantes en el impacto de la enfermedad tales como la limitación en la movilidad, pérdida de su destreza, frustración, depresión o enojo, sentimiento de humillación ó de sentirse avergonzado ante la necesidad de ayuda externa para algunas labores, refiriendo dificultad para la concentración, fatiga y una severa interferencia de la enfermedad en sus actividades sociales y familiares.<sup>9,25</sup>

Se realizaron versiones en inglés, sueco, francés y adaptaciones en Estonia (2006), Australia (2007), México (2011), Argentina, y en todos los casos resultó exitoso.<sup>24,26-29</sup>

A los pacientes evaluados con el RA-QoL, se les aplicaron los cuestionarios NHP, HAQ, DAS-28 como medida de actividad de la enfermedad, Sharp modificada por Van der Heijde para evaluar daño radiológico y la escala visual análoga del dolor (EVA) para medir nivel del dolor. Se encontró que el RA-QoL tenía relaciones a altos niveles con estas escalas, por lo que se concluyó que en los pacientes con AR es una escala importante reflejando calidad de vida relacionada con dolor, actividad de la enfermedad, capacidad funcional y progresión radiológica. Sus características como brevedad, rapidez, puede ser tempranamente implementado por los propios pacientes, se considera una gran ventaja en términos de planificación del tratamiento inicial y del seguimiento.<sup>26-30</sup>

La versión española del cuestionario de calidad de vida en la artritis reumatoide (QoL-RA) fue elaborada por Danao, Padilla y Johnson en el año 2001. Surgió a partir de la evaluación de cuestionarios de calidad de vida relacionado con la salud, health-related quality of life (HR-QOL) teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos asociados a la vida de pacientes con AR que se ven modificados por el estado funcional y el deterioro causado por la enfermedad.<sup>31</sup>

Ha sido aplicada en Colombia, Argentina y México y los resultados parecen apoyar la hipótesis de que la información proporcionada por la versión española de la escala específica para la medición de la calidad de vida en pacientes con AR (QoLRA), es válida y fiable.<sup>24,32,33</sup>

Interesados por conocer como sería el comportamiento de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes cubanos portadores de AR, se realiza esta investigación en el Centro de Reumatología en un grupo de pacientes con diagnóstico establecido de AR, aplicando la versión española del cuestionario "Quality of life in Rheumathoid arthritis (QoL-RA)"; describiéndose además el comportamiento de variables con diferentes dimensiones de la CVRS de los pacientes, independientemente del tratamiento utilizado.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal sobre calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que ingresaron en el Centro de Reumatología (Centro de Referencia Nacional de Enfermedades Reumáticas) del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" de La Habana en el período comprendido entre Junio 2010 y Julio 2011.

Se incluyeron 150 pacientes mayores de 16 años y diagnosticados de AR según los criterios del ACR.<sup>1,4</sup> En el registro de datos, además de los datos demográficos (edad, sexo, grado de escolaridad) se recogió información sobre los antecedentes de la artritis: Tiempo de evolución de la enfermedad. Las variables que se recogieron sobre la evaluación clínica del paciente fueron el número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), escala visual del dolor (EVD), la evaluación global de la enfermedad por el paciente y por el médico (EGEP, EEPM), según escala análoga visual (EVA) y la discapacidad funcional (HAQ- CU).

### Evaluación de la actividad clínica

Se realizó mediante la aplicación del índice clínico de actividad CDAI (*Clinical Disease Activity Index*) que no constituye una variable por sí sola sino un índice que surge de la sumatoria de 4 variables.<sup>13</sup>

- Número de articulaciones dolorosas (recuento de 28)
- Número de articulaciones tumefactas (recuento de 28)
- Evaluación global de la enfermedad por EVA realizada por el paciente (0-10 cm).(EGEP)
- Evaluación global de la enfermedad por EVA realizada por el médico (0-10 cm).(EGEM)

Un valor del índice inferior o igual a 10 indica baja actividad de la misma, entre 11 y 22 actividad moderada y mayor de 22 actividad severa. Un valor del CDAI  $\leq 2.8$  habla a favor de remisión de la enfermedad.

### Evaluación de la capacidad funcional

Para describir la capacidad funcional de los pacientes se utilizó el cuestionario HAQ-CU, que consta de 20 preguntas distribuidas en 8 categorías que incluyen (vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, higienizarse, alcanzar, prensión y otras actividades). El valor de cada categoría se puntualiza desde 0 (realizar las tareas sin dificultad) hasta 3 (incapacidad para hacerlo). Se evalúan sin discapacidad valores entre 0 hasta

1 discapacidad ligera, valores entre 1,01 y 2 será evaluada de moderada, y de 2,01 hasta 3 se considera severa la discapacidad funcional. El cuestionario se completa en alrededor de 5 a 8 minutos.<sup>18</sup>

### Evaluación de la calidad de vida

Se empleó el cuestionario específico para evaluar la CVRS en AR: QoL-RA, en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla y Jonson (2001). Consta de ocho ítems con 10 posibilidades de respuesta que van desde 1 (muy mala calidad de vida) hasta 10 (excelente calidad de vida). Evalúa tanto la dimensión física como psicológica y social a través de 8 elementos: Habilidad física, dolor artrítico, interacción con familiares y amigos, ayuda de familiares y amigos, salud, tensión nerviosa, artritis y estado de ánimo.<sup>31</sup>

Los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes mediante una entrevista personal. El tiempo promedio de aplicación fue de 5 minutos. Se utilizó la media como centro geométrico para equilibrar las desviaciones positivas y negativas

### Técnicas y procedimientos

Los cuestionarios fueron aplicados a las personas de dos formas: autoadministración (a quienes tenían un adecuado grado de instrucción) y mediante entrevista por parte el personal entrenado previamente (médicos de asistencia). El tiempo promedio de la aplicación fue similar para ambos grupos (5 minutos).

El procesamiento de los datos se realizó utilizando una base de datos mediante Microsoft Excel 2007 y luego exportada y procesada con el paquete estadístico SPSS en su versión 11.5.

### Técnicas de análisis estadístico

Para caracterizar a los pacientes con AR, la información de las variables cualitativas se resumió utilizando los porcentajes como medidas de resumen. Por otra parte el promedio con su respectiva desviación estándar se usó para resumir la información de las variables cuantitativas. Se consideraron las medias elaboradas a partir de los valores categóricos para NAD, NAT, EGEP, EEPM, EVD, CDAI, HAQ-CU. Además se realizaron estimaciones puntuales y por intervalos de confianza al 95 % para los valores promedios de las subescalas del QoL-RA.

Se calculó el valor del coeficiente alfa de Cronbach para determinar la validez interna y fiabilidad del cuestionario QoL-RA. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la intensidad de la asociación entre los diferentes ítems del cuestionario, previa verificación del cumplimiento

de los supuestos de esta prueba estadística y para comprobar la relación entre dos variables cuantitativas. El nivel de significación estadística se estableció en un valor de  $p = 0.05$ . El estadígrafo t de Student fue usado para comparar la media entre dos muestras independientes.

**Consideraciones éticas**

Los pacientes fueron informados de la investigación y los objetivos que esta persigue.

Se les comunicó que la entrada al estudio es voluntaria y de no aceptar, tendrían la garantía de recibir una atención médica adecuada, sin que esto afectara sus relaciones con el médico ni con la institución.

Cada paciente ofreció su aprobación en un acta firmada por él mismo y por el médico. La información recogida fue privada y confidencial, publicando los resultados solamente de forma global y con fines científicos y docentes.

**RESULTADOS**

En la tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas de los pacientes estudiados. La edad promedio fue de 56.3 años, prevalecieron los pacientes entre 36 a 75 años, predominando el grupo entre 56-75 (43,8 %), gráfico 1. Se encontró un marcada supremacía del sexo femenino con el 92.7 %.

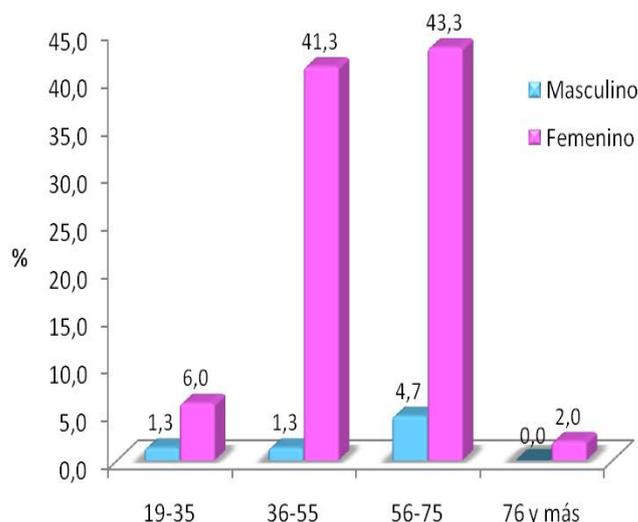
*Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con AR. Centro de Reumatología, Junio 2010-Julio 2011*

Características clínicas y demográficas	Total N: 150
Sexo (F : M) n %	139 (92,7%): 11(7,3%)
Edad (media)	56.3 +12.3
Duración de la enfermedad en años (media)	8.50+8.07
CDAI	21.2 + 14.6
NAD	8,29+ 6,75
NAT	3,54+ 3,46
EGPM	4,51 +2,50
EGPP	4,50 +2,50
HAQ –CU	1.03+ 0.74

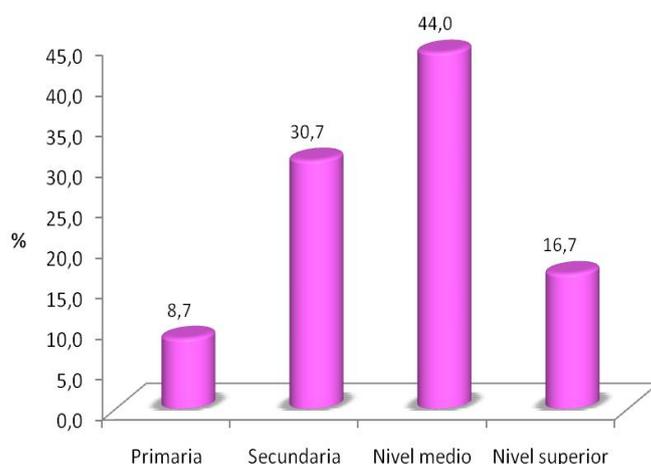
La duración media de la enfermedad fue de 8.50 años. El NAD fue el que mayor promedio mostró, con una media de 8,29. El valor promedio del CDAI y del HAQ-CU expresan

actividad clínica y discapacidad moderada con un 21.2 y 1.03 respectivamente. El nivel medio de escolaridad fue el más frecuente (44,0 %). Gráfico 2.

*Gráfico 1. Distribución de pacientes según grupo de edad y sexo. Centro de Reumatología, Junio 2010 - Julio 2011*

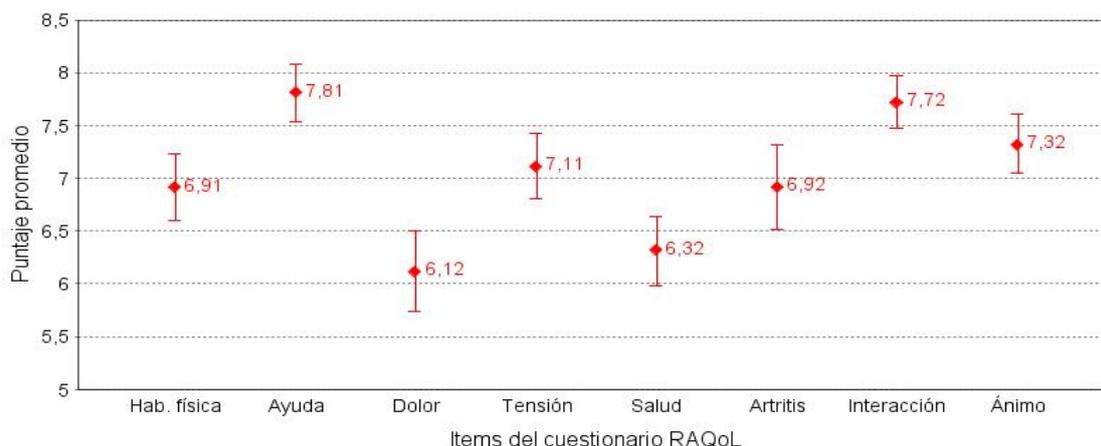


*Gráfico 2. Distribución de pacientes según nivel escolar. Centro de Reumatología, Junio 2010-Julio 2011*



La estimación puntual y por intervalos de confianza al 95% para cada uno de los puntajes promedios de las sub-escalas del cuestionario QoL-RA se muestra en el gráfico 3. Los mayores valores promedios que hablan a favor de una mejor calidad de vida los alcanzaron los ítems ayuda (7.81), interacción (7.72), estado de ánimo (7.32) y tensión nerviosa (7.11). Por otra parte, menores puntuaciones que reducen la calidad de vida las alcanzaron las sub-escalas artritis (6.92), salud personal (6.32) y dolor (6.12).

Gráfico 3. Estimación puntual y por intervalos de confianza al 95 % para el puntaje promedio de las subescalas del cuestionario QoL-RA



La consistencia interna y fiabilidad de aplicación del QoL-RA fue evaluada mediante el alfa de Cronbach, mostrando este coeficiente un valor de 0.97 según aparece reflejado en la tabla 2. Por consiguiente, este instrumento tiene una excelente consistencia interna entre sus elementos y niveles muy bajos de error aleatorio.

Tabla 2. Valor del coeficiente alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y fiabilidad del QoL-RA

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	No de Ítems
0.9718	0.9757	8

La tabla 3 muestra los coeficientes de correlación de Pearson para las ocho subescalas del QoL-RA. Se puede observar que en los ocho ítems tienen una fuerte correlación entre ellos.

De forma general, todos los valores del coeficiente de correlación de Pearson se encuentran por encima de 0.76 lo cual habla a favor de una relación muy fuerte entre los ocho ítems que componen al cuestionario QoL-RA.

Al revisar los valores de las correlaciones entre los ítems se pudo observar que los valores más altos fueron entre la subescala habilidad física con las variables ayuda (0.92) y salud (0.90); la subescala ayuda con salud (0.89) y tensión (0.86); la subescala dolor con las variables salud (0.92) y tensión (0.87); la subescala tensión con salud (0.90).

Tabla 3. Valores del coeficiente correlación de Pearson entre los ítems del cuestionario QoL-RA

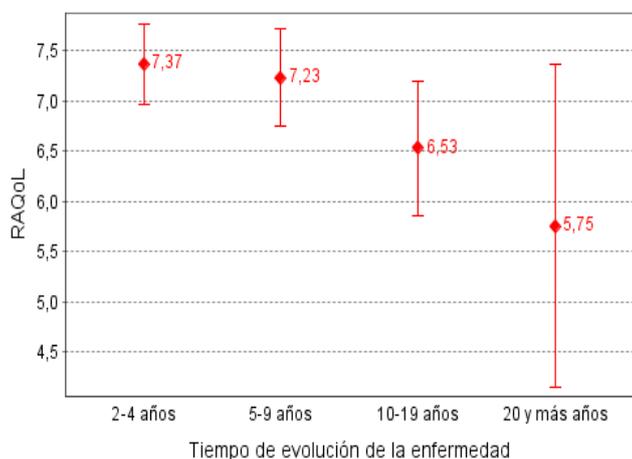
Ítems del QoL-RA	Hab. física	Ayuda	Dolor	Tensión	Salud	Artritis	Interacción	Ánimo
Hab. física	1.00							
Ayuda	0.92	1.00						
Dolor	0.82	0.81	1.00					
Tensión	0.86	0.86	0.87	1.00				
Salud	0.90	0.89	0.92	0.90	1.00			
Artritis	0.83	0.79	0.83	0.81	0.86	1.00		
Interacción	0.84	0.79	0.78	0.80	0.84	0.79	1.00	
Ánimo	0.82	0.81	0.80	0.78	0.85	0.80	0.78	1.00

\* Todas las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral)

En el gráfico 4 se aprecia que a medida que aumenta el tiempo de enfermedad en el paciente, la calidad de vida expresada en el puntaje promedio del QoL-RA va siendo menor.

El puntaje promedio del QoL-RA en aquellos pacientes que tenían entre 2-4 años de evolución de su enfermedad (7.37) resultó ser significativamente superior al de aquellos que llevaban conviviendo con su enfermedad entre 10 y 19 años (6.53), siendo el valor  $p = 0.0268$  para la prueba t de comparación de medias.

Gráfico 4. Estimación puntual y por intervalos de confianza al 95 % para el puntaje promedio del QoL-RA según el tiempo de evolución de la enfermedad.



La tabla 4, muestra la relación entre el puntaje global del QoL-RA con las variables clínicas evaluadas (NAD, NAI, EVD, EGEP, EGEM, CDAI y el HAQ-CU), observándose correlaciones estadísticamente significativas.

El gráfico 5 representa la relación entre la actividad clínica evaluada mediante el índice simplificado de CDAI y los valores promedios del QoL-RA, con un coeficiente de correlación negativo ( $R = -0.86$ ).

El gráfico 6 muestra la fuerte correlación negativa ( $R = -0.83$ ) que existe entre el QoL-RA con la capacidad funcional según el HAQ-CU.

Esto habla a favor de una relación fuerte y negativa tanto de la actividad clínica como la capacidad funcional con el puntaje global del QoL-RA, pues a medida que aumentaba la actividad de la enfermedad y las puntuaciones del HAQ-CU en estos sujetos, la calidad de vida, evaluada a través del valor de la escala QoL-RA, disminuyó significativamente.

Tabla 4. Valores del coeficiente correlación de Pearson entre las variables clínicas de actividad de la enfermedad con el QoL-RA

Variables	Correlación con QoL-RA
NAD	- 0,72 *
NAI	0.79 *
EVD	0.78 *
EGEP	0.78 *
EGEM	0.78 *
CDAI	0.86 *

Todas las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral)

Gráfico 5. Correlación entre el CDAI con la escala global de cuestionario QoL-RA

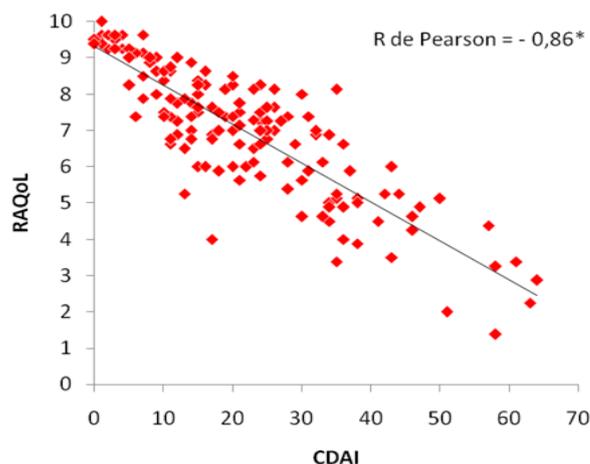
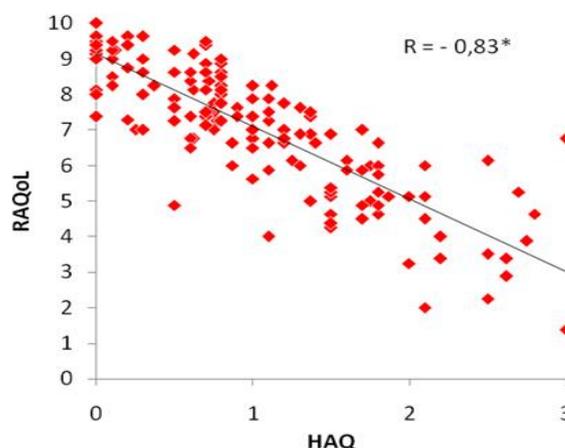


Gráfico 6. Correlación entre el HAQ-CU con la escala global de cuestionario QoL-RA



## DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en la aplicación del QoL-RA, la calidad de vida de forma general fue buena en los pacientes estudiados, con una media de la escala total de 7.03. Analizando los valores de las subescalas podemos afirmar que el puntaje más alto corresponde a ayuda ó apoyo social (7.81), demostrando una elevada percepción de ayuda recibida por las personas, seguida por interacción social (7.72), el estado de ánimo 7.32, y el nivel de tensión nerviosa 7.11, lo cual evidencia la influencia que ejercen los factores psicosociales sobre la calidad de vida de las personas. Por otro lado la artritis y la habilidad física se comportaron de forma muy similar. Los puntajes más bajos corresponden a salud personal 6.32 y dolor 6.12.

Resultados similares se reportaron en estudio realizado en pacientes colombianos donde las personas participantes tuvieron un buen nivel de calidad de vida y las subescalas con puntajes más altos fueron las de apoyo social e interacción social. En las ocho dimensiones los participantes colombianos tuvieron mayores puntuaciones que los norteamericanos con quienes se llevó a cabo la validación original de la prueba.<sup>32</sup>

En la cultura colombiana hay una tendencia de la familia y sus generaciones de involucrarse en el cuidado de los enfermos y brindar apoyo tanto a nivel emocional como económico.<sup>34,35</sup>

Capiottri, en su estudio reporta que los pacientes presentaron una buena calidad de vida en general con una media de la escala de 6.95, inferior a la obtenida en nuestro estudio. Respecto a las subescalas el puntaje más alto correspondió a interacción social 8.76, seguida por ayuda ó apoyo social 7.30. Los puntajes más bajos correspondieron a dolor 5.34, similar a lo obtenido en el estudio y tensión nerviosa 6.17 que se comportó de forma diferente. El dolor junto con la irritabilidad y alteraciones del humor son los aspectos que más perjudicaron la calidad de vida de las personas.<sup>33</sup>

En nuestro país además de la participación de la familia influye la excelente interrelación que se establece entre el médico, el paciente y la familia, con la posibilidad de aclarar dudas preocupaciones respecto a la enfermedad, su repercusión sobre las diferentes esferas de la vida y el tratamiento y de esta forma incidir sobre aspectos negativos que puedan afectar la calidad de vida de los pacientes.

Existen diferentes estudios que determinan que la percepción del dolor es uno de los factores predictivos más importantes de la calidad de vida.<sup>35-37</sup> En este sentido, nuestros resultados corroboran estos datos; el dolor es el factor más limitante de la calidad de vida.

Fernández Lisón y colaboradores en un estudio sobre calidad de vida en pacientes con AR en tratamiento ambulatorio con anti-TNF encontraron una alta puntuación en lo referente al apoyo y la vida social, destacando el dolor como factor más limitante de la calidad de vida.<sup>36</sup>

Se debe considerar que los pacientes con AR que tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad.<sup>32</sup>

El apoyo social hace referencia al “contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información, entre otras.<sup>38</sup> En sentido general la literatura plantea que el apoyo social reduce la tendencia a padecer enfermedades, favorece la recuperación cuando se tiene alguna enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad en enfermedades crónicas, favorece la adherencia a los tratamientos médicos y favorece en los procesos cognitivos a medida que se avanza en edad.<sup>39,40</sup>

La jerarquía de las variables psicosociales en la manera en que las personas asumen su enfermedad y como estos afectan su calidad de vida, han sido abordadas en tres investigaciones desarrolladas en Colombia en pacientes con AR.<sup>32</sup>

La primera de estas fue desarrollada por Cadena, Vinaccia, Rico, Hinojosa, y Anaya,(2003) que estudiaron la relación entre la actividad de la enfermedad, el estado de salud mental, la calidad de vida y la disfunción familiar en una muestra de setenta y nueve pacientes(70 mujeres y 9 hombres) con diagnóstico de AR a los cuales se midieron: desesperanza aprendida, incapacidad funcional, depresión, ansiedad, calidad de vida, autoeficacia, dolor y disfunción familiar. Se encontró que los síntomas depresivos correlacionaban positivamente con la ansiedad, la desesperanza, dolor e incapacidad funcional y correlacionaban negativamente con la calidad de la vida y de la autoeficacia. Estos resultados indican que la actividad de la AR viene influenciada significativamente por el estado de salud y la calidad de vida.

Siguiendo esta misma línea de investigación Vinaccia, Cadena, Contreras y Anaya (2004) llevaron a cabo un segundo estudio para evaluar las relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con AR. Utilizaron una muestra de 124 pacientes (110 mujeres y 14 hombres). Los resultados indicaron que los factores sociodemográficos son mejores predictores de desesperanza que el dolor y la incapacidad funcional.

Posteriormente Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadenas y Anaya (2005) en un tercer estudio exploraron la relación entre

autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en una muestra de 79 pacientes (70 mujeres y 9 hombres), con diagnóstico de AR, encontrando que la autoeficacia percibida se asociaba negativamente con la desesperanza, el dolor y la incapacidad funcional. A su vez estas tres variables se relacionan entre sí de forma positiva. Una lectura de estos resultados nos podría llevar a pensar en el rol de los recursos personales y sociales de los individuos cuando se enfrentan al estrés causado por una enfermedad crónica.

Vinaccia y colaboradores consideran de importancia en su publicación opiniones de varios autores en relación con el rol de los recursos personales y sociales de los individuos cuando se enfrentan al estrés causado por una enfermedad crónica y citan: las experiencias emocionales son una de las fuentes que tienen las personas acerca de sí misma. El impacto de las enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de las personas incidiendo de manera diferencial en su calidad de vida.

El apoyo social podría, entonces ser calificado como un importante recurso de afrontamiento del estrés, siendo considerando un concepto complejo que incluye por lo menos tres niveles de análisis (comunitarios, redes sociales e íntimos), que cumple una serie de funciones emocionales, materiales e informacionales.

El apoyo emocional se refiere a la demostración de amor, cariño y pertenencia a un grupo e implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad. Se ha encontrado que los pacientes con AR que tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad.

Algunos estudios han podido comprobar de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Los factores de interacción social pueden ser determinantes del bienestar psicológico futuro de los pacientes con AR, ya que se relacionan con la depresión y el progreso de la incapacidad.

El estado de ánimo se ha encontrado relacionado positivamente con las principales características clínicas de la AR ( articulaciones dolorosas, severidad del dolor y estado de salud). La importancia de la función social en la calidad de vida de las personas con AR, podría ser, un reflejo de la satisfacción con su vida familiar y la amistad.<sup>32</sup>

El QoL-RA en este estudio muestra una fiabilidad por aplicación/reaplicación excelente, según los resultados del alfa

de Cronbach (0.97), superior a 0.5, por lo que podemos decir que la fiabilidad del estudio para las diferentes variables del cuestionario QoL-RA, está en un rango de criterio bueno. El valor obtenido también es superior al reportado en otros estudios.<sup>25,31,32</sup>

Al analizar los valores de las correlaciones entre los diferentes ítems del QoL-RA, se observó una relación muy fuerte entre los ocho ítems que componen al cuestionario. Observándose relación entre la subescala ánimo con las variables artritis, dolor, salud y tensión; lo cual coincide con lo reflejado en otros estudios.<sup>32</sup>

Respecto a la relación entre la calidad de vida medida por el QoL-RA y los años de evolución de la enfermedad, se comportó de manera similar al estudio realizado por Capiottri, el cual pudo demostrar que la misma disminuye lentamente a medida que los años transcurren.<sup>33</sup>

Se halló relación del QoL-RA con cada uno de los parámetros clínicos evaluados, resultados similares han sido reportado en el estudio realizado en México para la validación y adaptación del QoL-RA donde se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con el NAD, NAT, EVD, EGEP, EGEM y con el HAQ.<sup>24</sup>

Ábalo Medina y colaboradores en una investigación sobre CVRS tras terapia anti-TNF alfa en pacientes con AR encontraron que todos los pacientes mejoraron significativamente tanto en la sintomatología clínica como en los parámetros de laboratorio percibiendo un aumento global en su calidad de vida.<sup>41</sup>

Respecto a la capacidad funcional en el estudio a medida que aumentaron las puntuaciones del HAQ, la calidad de vida, evaluada a través del valor de la escala QoL-RA, disminuyó significativamente, lo cual coincide con lo comunicado en otros estudios.<sup>25,27,41-43</sup>

La capacidad funcional del individuo se ve alterada tanto por las secuelas irreversibles de la enfermedad como por la propia actividad inflamatoria que presenta la misma. De ahí que estas dimensiones se muestren alteradas en fases de actividad de la enfermedad y puedan por este motivo ser consideradas auténticos marcadores de actividad.<sup>4,13</sup>

En Cuba, Chico Capote y colaboradores en un estudio sobre los factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con AR en una muestra de 180 pacientes obtuvo que el grado de mayor discapacidad funcional (HAQ mayor de 1) fuera el que más relación tuvo con el bienestar psicológico, con

afectación tanto del componente afectivo como de satisfacción.<sup>44</sup>

En otras investigaciones realizadas algunos autores señalan que la presencia de dolor, inmovilidad articular y fatiga, propios del trastorno, afectan no solo el bienestar físico sino también psicológico, donde existe una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad.<sup>29, 41,45</sup>

En diferentes estudios se reporta que la actividad de la enfermedad y la capacidad funcional afectan de manera importante la calidad de vida de los pacientes con AR, considerando el QoL-RA como una escala importante que refleja calidad de vida relacionada con dolor, actividad de la enfermedad, capacidad funcional y progresión radiológica.<sup>25,27,42</sup>

La AR 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 otro lado, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, todo esto altera la independencia económica, así como el rol social de las personas que la padecen, todo lo cual implica un cambio importante en su calidad de vida.<sup>32</sup>

Por ello, incidir sobre el control de actividad clínica, la disminución de la discapacidad y la atención psicológica adecuada a nuestros pacientes y su familias, puede favorecer el afrontamiento a la enfermedad y permitir una mejor adaptación a los cambios en el estilo de vida que ella conlleva y por tanto una mejor calidad de vida.

El comportamiento de las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas, así como la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes estudiados es similar a lo reportado en otros países según informes de la literatura.

A partir de los resultados obtenidos consideramos que sería muy útil extender la aplicación de la versión española del cuestionario "Quality of life in Rheumatoid arthritis (QoL-RA)" a la práctica clínica diaria en nuestro país, como un método sencillo y fiable, que nos permite evaluar el impacto de la AR en la calidad de vida de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez MA. Artritis Reumatoide. Etiopatogenia y Patología. En: Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Bogotá: Ed. Nomos; 2006:435-97.
- Laffon Roca A. Artritis reumatoide. Epidemiología, etiopatogenia y manifestaciones clínicas. En: Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 4. ta ed. Madrid: Ed. Panamericana; 2004:169.
- Villaverde García V, Balsa A, Carmona L, Sanmartín R, Maese J, Pascual D, et al. ¿Cómo son los pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo en España? descripción de la cohorte PROAR. Reumatol Clin. 2009; 5(3):115-20.
- Loza E, Calvo J, del Canto F, Alarcón GS. Artritis Reumatoide. En: Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. 3. ed. Barcelona: Ed. Masson; 2006:369-99.
- Cardiel MH. First Latin American Position Paper on the Pharmacological Treatment of Rheumatoid Arthritis. Rheumatology. 2006;45 Suppl 2:S7-22.
- Pons-Estel B, Gladar. Cohorte Latino Americana de pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo (ARRC). Grupo Latino Americano de Estudio de Artritis Reumatoide. Reumatología 2005;21:165.
- Reyes Llerena Gil A. Prevalencia comunitaria de las Enfermedades Reumáticas y Discapacidad asociada. Estudio COPCORD, [Tesis]. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ): Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2005
- Prada Hernández DM, Molinero Rodríguez C, Martell Sarduy R, Gómez Morejón JA, Guibert Toledano M, Hernández Cuellar IM. Estudio descriptivo de la actividad clínica y utilización de los fármacos modificadores de enfermedad en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Rev. Cubana de Reumatología. 2012;14(20):79-87.
- Acosta Hernández R, Castell Pérez C, Hernández Duarte MJ, Pernas González A. Comorbilidad y mortalidad en una cohorte de pacientes cubanos con artritis reumatoide. Revista Cubana Medicina 2009;48 (2).
- Lozano de Castro JG, Hernández Lizarazo BM. Artritis Reumatoide y Trastorno depresivo mayor. Med UNAB. 2003;6(18):164-7.
- Meenan RF. The AIMS approach to health status measurements: conceptual background and measurement properties. J Rheumatol 1982; 9:785-8.
- GUIPCAR. Guía Práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología. 2007.
- Schneeberger E, Marengo M-F, Papisidero S-B, Chaparro del Moral, RE, Citera, G. Clinimetría en Artritis Reumatoide. Revista Argentina de Reumatología. 2008;19(2):9.

14. De Jong Z, Van Der Heijde D, McKenna SP, Whalley D. The reliability and construct validity of the RAQoL: a rheumatoid arthritis-specific quality of life instrument. *Br J Rheumatol.* 1997;36(8):878-3.
15. Álvaro-Gracia J.M., Pascual E., Jover J.A., Aguilar M.D. e Dueñas I. Impacto de la artritis reumatoide sobre la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes en España. XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología Comunicaciones orales. *Reumatol Clin.* 2011; 7(Núm Espec Cong):1-22.
16. Diego Luis Saaibi s. Calidad de vida y discapacidad física. *Revista Colombiana de Reumatología.* 2002; 9 (4): 281-6.
17. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000;14(2):163-7.
18. Reyes Llerena G A, Penedo Coello A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, González IR, Fernández Medero I, et al. Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con Artritis Reumatoide. (CU-HAQ). *Revista Cubana de Reumatología.* 2002;4(1):43-53.
19. Batlle-Gualda E y Colaboradores. Calidad de vida en la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología.* 2002;1 Suppl 1:S9-21.
20. Velarde-Jurado E, Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Artículo de revisión. *Salud pública de México.* 2002;44(4):349-61.
21. WHOQOL GROUP. The world Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Special issue "Quality of life". *Social Science Med* 1995;41(10):1403-9.
22. Ramírez Robinson, FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2007,14 (4):207-22.
23. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2000;14(2):163-7.
24. Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, McKenna S P, Ríos-Barrera VA. Adaptación y validación del Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) al español de México. *Reumatol Clin.* 2011;7(2):98-103.
25. Tjhuis GJ, de Jong Z, Zwinderman AH, Zwijderduin WM, Jansse LMA, Hases JMW, et al. The validity of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RA-QoL) Questionnaire. *Rheumatology* 2001; 40:1112-9.
26. Whalley D, McKenna SP, De Jong Z, Vander Heijde D. Quality of life in Rheumatoid Arthritis. *Br J Rheum.* 1997; 36(8):884-8.
27. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Agarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol.* 2007;17(4):290-5.
28. Tammaru M, McKenna SP, Meads DM, Maiments K, Hansen E. Adaptation of the rheumatoid arthritis quality of life scale for Estonia. *Rheumatol Int.* 2008;26(7): 655-2.
29. Cox S R, McWilliams L, Massy-Westropp N, Meads DM, McKenna SP, Proudman S. Adaptation of the RAQoL for use in Australia. *Rheumatol Int.* 2007;27(7):661-6.
30. Göksel Karatepe A, Günaydin R, Türkmen G, Kaya T, Özbek G. The validity and reliability of the Turkish version of the Rheumatoid and Arthritis Outcome Score (RAOS) in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2009;28(1):47-51.
31. Danao L, Padilla G, Johnson D. An English and Spanish Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Research.* 2001;45(2):167-73.
32. Vinaccia S, Tobón S, San Pedro EM, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico artritis reumatoide. *International Journal Psychology and Psychological Therapy.* 2005;5(1):47-61.
33. Capriotty A. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. [Tesis] Facultad de medicina y ciencias de la salud: Universidad abierta interamericana. Rosario; 2008.
34. Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Vélez M, Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Col de Reum.* 2002; 9(3):184-91.
35. Cadena J, Vinaccia S, Pérez A, Rico M, Hinojosa H, Anaya JM. The Impact of disease activity on the Quality of life and Mental Health status in colombian Patient with arthritis rheumatoid. *Journal of Clinical Rheumatology.* 2003; 9(3):142-50.
36. Fernández Lisón LC, Vásquez Domínguez B, Fernández JL, Moreno Álvarez P, Fruns Jiménez I, Liso Rubio J. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp.* 2008;32(3):178-81.
37. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, Van des Bos GA. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol.* 2007;35(3):175-81.

38. Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C, Fifeocol J, Rowe J. Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1988;1(2):71-7.
39. Rodríguez-Marín J, Neipp M. *Manual de psicología social de la salud.* Madrid: Ed. Síntesis; 2008.
40. Gómez I, Pérez M, Vila J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual.* 2001;9(1):5-38.
41. Ábalos Medina GM, Ruiz Villa verde G, Sánchez Cano D, Ruiz Villa verde R, Ramírez Rodrigo J, Raya Álvarez E y Villa verde Gutiérrez C. Calidad de vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con artritis reumatoide. *Un estudio piloto. Reumatol Clin.* 2011;7(3):167-71.
42. Aktekin LA, Eser F, Baskan BM, Sivas F, Malhan M, Oksuz E, Bodur H. Disability of Arm Shoulder and Hand Questionnaire in rheumatoid arthritis patients: relationship with disease activity, HAQ, SF-36. *Rheumatol Int.* 2011;31(6):823-26.
43. Ballina F. Medición de la calidad de vida en la artritis Reumatoide. *Revista Española de Reumatología.* 2007;29: 56-74.
44. Chico Capote A, Carballar Alberteries L, Estévez del Toro M, García-Viniegras CR, Pernas González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Rev cuba med [Internet].* 2012 Mar [citado 15 Nov 2014];51(1):48-60. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232012000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232012000100006&lng=es)
45. Vicnacia S, Cadena J, Contreras F, Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, la incapacidad funcional, el dolor y la desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *International Journal of clinical and Health Psychology.* 2004;4(1):91-103.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido 27 de noviembre de 2014

Aprobado: 29 de diciembre de 2014

Publicado: 31 de diciembre de 2014

Contacto para la correspondencia: Dra. Dinorah Marisabel Prada Hernández. E-mail: [dinoprada@infomed.sld.cu](mailto:dinoprada@infomed.sld.cu)

Centro de Reumatología. Calzada de 10 de Octubre No 122, esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba